

Proyecto de evaluación del programa de
acompañamiento en el embarazo y el posparto,
AMAM, de l'Associació Educativa Itaca de L'Hospitalet
de Llobregat

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

Diciembre 2025

Equipo investigador:

Isabel Torras Genís – Facultad de Educación Social y Trabajo Social Pere Tarrés.

Universitat Ramon Llull

Marta Ausona Bieto – Escuela de Trabajo Social. Facultad de Educación.

Universitat de Barcelona

Anna López Romero - Facultad de Educación Social y Trabajo Social Pere Tarrés.

Universitat Ramon Llull

Elena Requena Varón – Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación.

Universitat Oberta de Catalunya

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido posible gracias al apoyo de personas e instituciones.

En primer lugar, agradecemos a Mutua Generali Seguros, a través de su programa The Human Safe, el financiamiento económico del programa Amam, su interés por indagar en su efectividad, así como por extenderlo a otros territorios.

En segundo lugar, nuestros agradecimientos a todo al equipo directivo y técnico de la Associació Educativa Itaca de l'Hospitalet de Llobregat que desarrolla, con profesionalidad y entusiasmo, su tarea de acompañamiento a las familias.

En tercer lugar, a Antoni Ruiz Bueno, del Grup de Recerca en Intervencions Socioeducatives en la Infància i en la Joventut de la Universitat de Barcelona, por su asesoramiento en el procesamiento estadístico de los datos.

Por último, pero no por ello menos importante, todo nuestro reconocimiento y máxima admiración a las mujeres que nos han abierto su intimidad en este momento tan especial de sus vidas como es la maternidad. Su generosidad hacia con nosotras, explicándonos sus vidas, sus anhelos, sus retos... es una muestra más de su resiliencia y resistencia.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	4
2. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. El paradigma interseccional	8
2.2. La salud mental perinatal: pobreza, migración y soledad en la base del malestar emocional	9
2.3. El vínculo y la teoría de la mentalización: favorecer la mentalización en las madres para favorecer el vínculo con su bebé.....	10
3. ELEMENTOS CLAVES EN LA ATENCIÓN PERINATAL	12
4. EL PROGRAMA AMAM	13
5. OBJETIVOS, HIPÓTESIS, PLANIFICACIÓN Y ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	17
6. VALORACIÓN DE LA ADECUACIÓN DEL PROGRAMA AMAM AL ENTORNO SOCIAL EN EL QUE SE DESARROLLA Y A SUS PRINCIPIOS.....	19
6.1. Adecuación del programa Amam con respecto al entorno social en el que se desarrolla.....	19
6.2. Adecuación del programa Amam en lo que se refiere al enfoque del programa y a sus principios de actuación	22
7. ADECUACIÓN DEL PROGRAMA AMAM CON RESPECTO AL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, NECESIDADES PERCIBIDAS Y EXPECTATIVAS DE LAS MUJERES PARTICIPANTES (RESULTADOS DEL ESTUDIO CUALITATIVO)	24
7.1. Método	24
7.2. Resultados	25
7.2.1. Datos básicos de las madres informantes.....	25
7.2.2. Núcleos de convivencia.....	26
7.2.3. Organización familiar y redistribución de las tareas domésticas y de crianza..	27
7.2.4. Redes de apoyo en la crianza	30
7.2.5. Ámbito formativo, laboral e ingresos económicos	34
7.2.6. Vivienda.....	36
7.2.7. Proyectos migratorios.....	36
7.2.8. Expectativas hacia el parto y la crianza versus la realidad	38
7.2.9. Expectativas hacia Amam y beneficios percibidos al final del programa	42
7.2.10. Valoración de los profesionales del territorio que colaboran con Amam.....	44
7.2.11. Valoración de tres madres de la primera edición de Amam que iniciaron un proyecto de emprendimiento propio.....	46

8. IMPACTO DEL PROGRAMA AMAM EN EL BIENESTAR SUBJETIVO, LA AUTOEFICACIA PARENTAL Y LA CAPACIDAD DE MENTALIZACIÓN PARENTAL (RESULTADOS DEL ESTUDIO CUANTITATIVO)	47
8.1. Impacto del programa Amam en el bienestar percibido por sus participantes (beneficios subjetivos)	47
8.1.1. Método	47
8.1.2. Resultados.....	48
8.1.3. Conclusiones.....	52
8.2. Impacto del programa Amam en la autoeficacia parental y en la capacidad de mentalización parental	53
8.2.1. Método	53
8.2.2. Resultados.....	54
8.2.3. Conclusiones.....	55
9. CONCLUSIONES	58
10. RECOMENDACIONES	60
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61

1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio y el informe de investigación que se deriva, ha sido realizado por encargo de la *Associació Educativa Itaca* de L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) y de Generali Seguros Human Safety Net con el objetivo de realizar una evaluación de su programa de acompañamiento a mujeres embarazadas y durante el período de posparto (Programa Amam). El estudio se ha centrado en medir los efectos que tiene disponer de apoyo psicosocial en un momento vital muy sensible para las mujeres, como es el embarazo y los primeros meses del posparto. El grupo evaluado es diverso en cuanto a edad, procedencia, formación u otros factores que pueden incidir en la propia vivencia de la maternidad. El estudio pone el foco en los relatos de todas estas mujeres, pero muy especialmente en los de aquellas que viven el embarazo y el posparto en situaciones frágiles y/o vulnerables. Se quiere conocer cómo impacta un programa de estas características en mujeres que no viven el embarazo y la maternidad en las mejores condiciones, ya sea por cuestiones económicas, de vivienda, de soledad, de salud, de red social u otros motivos. El acompañamiento perinatal en estos casos toma especial relevancia por su carácter preventivo, dada la repercusión que tiene la vivencia positiva del embarazo y el posparto sobre la calidad de vida de las mujeres y sus niños y niñas a corto y largo plazo.

Es, por tanto, una investigación aplicada, concretamente, de tipo evaluación de programas (Pérez-Llantada, López y Gutiérrez, 2010), cuyo objeto de estudio es la eficacia del programa Amam.

En evaluación de programas se entiende por eficacia la capacidad que tiene una acción para producir el efecto que se busca. Este concepto se relaciona con otros, como son la efectividad (capacidad de una acción para producir algún efecto, sea el esperado o no) y la eficiencia (capacidad que tiene una acción para producir el efecto que se busca con una adecuada relación coste-beneficio) (Pérez-Llantada, López, y Gutiérrez, 2010).

El presente trabajo se centra en evaluar la eficacia de Amam, es decir, si aquello que persigue el programa, se consigue. Sus metas u objetivos se describirán en el apartado 5 de este informe, pero los adelantamos aquí de manera sintética:

- 1) Acompañar de manera individual y grupal en la etapa perinatal.
- 2) Prevenir y promocionar la salud mental y el vínculo maternofilial.
- 3) Proporcionar un espacio donde se genere identidad, red de apoyo y vínculos.

Estos objetivos son ambiciosos, remiten a conceptos como acompañamiento, prevención, promoción, salud mental, vínculo maternofilial sano, identidad, red de apoyo, que son conceptos complejos, multidimensionales, que permite diversas operativizaciones. En la presente investigación, se han considerado los siguientes indicadores de estos conceptos: bienestar percibido, autoeficacia parental, capacidad de mentalización parental y redes de apoyo. Estos indicadores van a ser nuestra guía para medir la eficacia de Amam.

Desde el punto de vista epistemológico, el estudio de la eficacia del programa Amam se enmarca en la perspectiva de la triangulación múltiple, dado que se da (Denzin, 1970; citado por Mora, 2020):

- Triangulación de datos: Se utilizan diferentes fuentes de datos (variedad en las técnicas de recogida de datos) y de informantes.
- Triangulación metodológica: se da respuesta a las preguntas de investigación combinando metodologías cuantitativa y cualitativa, pero también de manera integrada para establecer unas conclusiones de conjunto.
- Triangulación del equipo investigador: Las investigadoras tienen formación académica diversa (Antropología, Trabajo Social, Psicología, Educación Social).
- Triangulación teórica: En la elaboración del marco teórico se han tenido en cuenta diferentes perspectivas procedentes de las ciencias sociales y de la salud.

Así, hay una parte de la investigación que se ha realizado con metodología mixta (apartado 6); una parte con metodología cualitativa (apartado 7); y otra parte de la investigación que se ha realizado con metodología cuantitativa (apartado 8).

Realizar investigaciones aplicadas no es fácil desde el punto de vista metodológico. La realidad que pretendemos medir no se puede controlar como si aconteciese en un laboratorio. A las personas que participan en un estudio, como es natural, les pasan cosas que, metodológicamente, son difíciles de controlar y que van en contra de la validez de la investigación: participantes que no se presentan el día pactado a una entrevista, no completan un cuestionario, incluso pueden abandonar el estudio... Son imprevistos que, por muy bien planificada que esté la investigación, nunca se podrán controlar. Aun así, a pesar de que el rigor metodológico por lo que se refiere a validez interna (control de las variables) en una investigación aplicada nunca será equiparable a la de los estudios realizados en un laboratorio con una metodología experimental, no por ello se debe renunciar a ella: estamos obligadas éticamente, como profesionales y como investigadoras, a investigar y calibrar el valor de programas, intervenciones y actuaciones que se aplican a personas. Y es en estos parámetros donde se enmarca la investigación que aquí presentamos.

La estructura del informe es la siguiente. Hay una primera parte (PARTE I) donde se explican los aspectos conceptuales que han guiado nuestra investigación. Así, en primer lugar, se expone un breve marco teórico de la investigación, en torno a tres focos: el paradigma interseccional, la salud mental perinatal y el vínculo y la teoría de la mentalización. En segundo lugar, se sintetizan los elementos clave en la atención perinatal. Finalmente, se acaba esta primera parte conceptual con la descripción del programa Amam.

A la conceptualización le sigue una segunda parte (PARTE II) de estudio empírico. Esta parte se inicia con los objetivos, la hipótesis, la planificación de la investigación y los aspectos éticos de la investigación. A continuación, se detallan las diferentes dimensiones

estudiadas en relación con Amam detallando la metodología utilizada, así como los principales resultados y conclusiones alcanzadas.

Por último, en la tercera parte (PARTE III) se exponen las principales conclusiones, así como recomendaciones que se derivan de ellas.

PARTE I

2. MARCO TEÓRICO

La presente investigación se encuadra o conceptualiza a través de tres focos o temas clave: 1) El paradigma interseccional; 2) La salud mental perinatal y 3) El vínculo y la teoría de la mentalización. Este marco nos facilitará la evaluación del programa Amam desde niveles macro y microsociales.

2.1. El paradigma interseccional

No todas las madres por ser madres viven la maternidad de la misma manera

El embarazo y la maternidad vividos en una situación de vulnerabilidad y sin red social de apoyo puede acarrear diferentes riesgos tanto para la madre como para el bebé. Vivimos en un sistema individualista que no favorece maternar: un sistema con políticas de conciliación laboral insuficientes, que desvaloriza el trabajo del cuidado, que penaliza laboralmente a la maternidad, donde existe desigualdad en el reparto de las tareas domésticas, entre otros factores (Olmo, 2013; Ausona, 2015). Estos factores socioestructurales que acabamos de enunciar pueden ser analizados desde una mirada interseccional. El paradigma interseccional parte de la premisa de que las situaciones de discriminación están atravesadas por distintos ejes de desigualdad que se constituyen mutuamente. No todas las mujeres (o las madres) por el hecho de ser mujeres (o madres), viven situaciones similares. La clase social, el origen (migrante o autóctono), la edad, los recursos económicos o la salud mental, entre otros factores, crean escenarios y situaciones distintas; de mayor fragilidad o mayor privilegio.

En la misma línea, la Fundación Foessa en su último informe (2025) continúa alertando e insistiendo en que la fragilidad de las familias no solo tiene que ver con factores económicos, sino que es claramente multifactorial, incluyendo factores relacionados con la salud física y mental, la vivienda, el empleo, los procesos migratorios y los duelos que comporta (Atxotegui, 2008, 2020). Y destaca cómo algunos de estos factores se han visto empeorados en los últimos años (como la vivienda, la salud mental o los procesos migratorios). Los hogares monomarentales, a menudo con una mujer migrada a la cabeza, son los que tienen mayor riesgo de convertirse en vulnerables (Torras y Lorenzo, 2018).

También cabe recordar que toda maternidad tiene una parte instintiva y una parte contextual. Es decir, que cada madre crea un vínculo con su bebé en un determinado contexto cultural y socioeconómico (Scheper-Hughes, 1992). Las desigualdades y los privilegios se configuran de manera diferente dependiendo del lugar donde esté la persona (Rodó-Zárate, 2021). Y no hablamos solo de lugares geográficos, sino también de los diferentes espacios en los que se mueve la mujer en su entorno cercano: la casa, la calle, el trabajo o el centro de salud, por ejemplo. La vulnerabilidad no solo está presente cuando existe una falta de recursos por parte de los individuos y de sus familias, también depende

de las oportunidades que ofrezcan las sociedades en los diferentes entornos y de las facilidades que tengan las familias para poder aprovecharlas.

Varios estudios han puesto de manifiesto que el acompañamiento psicoemocional integral a las madres -especialmente aquellas en situación de vulnerabilidad- durante el embarazo y los primeros meses de posparto, teniendo en cuenta las variables mencionadas, es un factor protector tanto para ellas como para el desarrollo de sus bebés (Naciones Unidas, 2020; UNICEF, 20).

2.2. La salud mental perinatal: pobreza, migración y soledad en la base del malestar emocional

La OMS nos recuerda que una de cada cuatro personas va a experimentar algún problema de salud mental a lo largo de su vida. Los factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales desempeñan un papel fundamental en la salud mental de las personas. El trabajo, la vivienda, el entorno, la situación económica, así como la discriminación de género y la exclusión social que las personas pueden sufrir, son hechos que impactan directamente sobre su salud mental. La salud mental, por tanto, no se considera una cuestión solamente individual, sino también con un importante componente social y estructural.

Según la encuesta de salud de Cataluña (2023), un 26,7% de mujeres presenta malestar emocional y se evidencia una relación estadística entre situaciones de vulnerabilidad social y malestar emocional. Las diferencias en los aspectos sociales generan desigualdades en salud que se manifiestan en forma de gradiente: a peor posición social, peor estado de salud. Según Belvis et al. (2024), la precariedad, sobre todo la laboral, explica una tercera parte de las depresiones en adultos.

La etapa perinatal es un período de la vida de la mujer especialmente sensible, dada la importancia y los cambios físicos y mentales que comporta gestar y cuidar a un bebé. Es también un momento en el que pueden aparecer problemas de salud mental que, si no se tratan, pueden repercutir en la vida de la mujer y en el desarrollo de su bebé. Hospitales barceloneses como el Clínic o Vall d'Hebron han detectado un aumento de las primeras visitas a sus unidades de salud mental perinatal en los últimos años (del 2022 al 2023 la Unidad de Salud Mental Perinatal del Clínic ha detectado un aumento del 37%). Se calcula que una de cada cinco mujeres tendrá un trastorno mental a lo largo de la gestación o posparto. El trastorno mental más habitual es la depresión posparto con un 10% o 15% de incidencia, seguida de los episodios ansiosos. Roca et al. (2023) indican como factores de riesgo: experimentar acontecimientos vitales estresantes (migración, enfermedades, muerte o sufrimiento de seres queridos, problemas de vivienda, laborales o económicos); vivir situaciones de abuso o violencia y no disponer de apoyo externo, entre otros. Un estudio empírico de Ruiz Aragüez (2020) señaló que el apoyo social desempeña un papel crucial en la salud mental de las embarazadas: cuanto más apoyo social se tiene, menos

estrés y ansiedad se experimenta. Estos datos ponen de manifiesto la importancia de priorizar la salud mental de las madres y sus bebés desde la perspectiva médica, pero también, y muy especialmente, desde perspectivas más sociales y comunitarias (Torras y Lorenzo, 2018; Informe FPT Salud Mental, 2024).

Los programas de acompañamiento de mujeres embarazadas se han realizado tradicionalmente desde el entorno sanitario. Sin menospreciar el control médico del embarazo, cada vez se ve más necesario que haya también un acompañamiento de cariz psicosocial y emocional desde otros entornos, especialmente en los casos de maternidades vulnerables, donde se pueda profundizar en cuestiones tan diversas como la lactancia, el ejercicio físico, los trámites a realizar, los miedos ante la maternidad, las vivencias, el apoyo, la crianza o las competencias parentales, entre otras.

2.3. El vínculo y la teoría de la mentalización: favorecer la mentalización en las madres para favorecer el vínculo con su bebé

En los primeros apartados de este marco teórico hemos expuesto los factores estructurales *macro* que influyen en la maternidad; pero también hay que tener en cuenta los aspectos más *micro* que intervienen en la relación madre-bebé. Entre estos últimos, destacamos, como uno de los más básicos, la *función reflexiva o mentalización* que puede tener cada madre, dado que esta función influye de forma decisiva en el establecimiento del vínculo con su bebé.

Bowlby (1969) ya puso de manifiesto la importancia del vínculo seguro madre-hijo/a para el buen desarrollo biopsicosocial del bebé. Lanza (2013), años más tarde, profundizaría en uno de los constructos que más tienen que ver con el establecimiento de este vínculo: la función reflexiva. La función reflexiva o mentalización es una forma de actividad mental imaginativa, predominantemente consciente, que interpreta el comportamiento humano en términos de estados mentales intencionales (necesidades, deseos, creencias, sentimientos, objetivos, etc.). La mentalización es imaginativa en la medida en que debemos imaginar qué debe estar pensando o sintiendo a la otra persona (Allen, Fonagy, Bateman, 2008; en Graell, Lanza, 2014).

Así, la mentalización hace referencia a esa capacidad humana para mirar más allá de la conducta observable, y poder entender y dar explicaciones a la misma. Es una capacidad fundamental para explicar los procesos que pone en juego la madre para entender las necesidades de su bebé, darle respuesta y vincularse a ella. Lanza defiende que la función reflexiva no es algo homogéneo, sino un complejo constructo que incluye tres procesos:

1. Procesos cognitivos/imaginativos/atencionales o de “mentalización reflexiva”, que engloban: recordar, interpretar, empatizar, imaginar, identificar, dar sentido y comprender los estados emocionales (Lanza, 2012). Esta mentalización reflexiva incluye tres capacidades básicas: discernir la naturaleza de los estados mentales, comprender la mente ajena y comprender la mente propia.

2. Procesos simbolizantes y transformadores o "mentalización transformacional" (Lanza, 2012) mediante los cuales nuestra mente puede transformar experiencias pulsionales y emocionales originarias en representaciones más complejas y elaboradas. Así, según Lecours Bouchard (citado en Lanza, 2013), se transmiten de forma más adecuada los afectos e impulsos.
3. Procesos reguladores, que tienen que ver con la regulación emocional, conductual, atencional y que, como dice Lanza (2013) siguiendo a Bouchard, incluyen procesos defensivos que pueden clasificarse en niveles (bajo, medio y alto).

Estos tres procesos descritos -que tienen que ver con la reflexividad y que pueden medirse- pueden dar información valiosa sobre cómo influyen los programas de acompañamiento (como es el caso de Amam) para potenciarlos en las madres en el cuidado de sus bebés y en el vínculo que establecen.

La atención en el período perinatal debería tener el objetivo de velar por la díada madre-bebé, teniendo en cuenta factores tanto micro como macrosociales y siguiendo el modelo propuesto por Olza, Fernández, González, et al. (2021):

Proponemos un modelo de encuadre que sirva para la atención integral a la perinatalidad, incluyendo los cuidados en los procesos psíquicos de la reproducción, embarazo, parto y posparto desde una visión ecosistémica inspirada en las propuestas de Urie Bronfenbrenner y John Bowlby, entre otros, integrando las aportaciones de la neurobiología, la sistémica, y añadiendo una perspectiva de género y ecológica que permita visibilizar las necesidades de la díada madre-bebé en el centro como punto de partida para la prevención y la atención en perinatalidad. Proponemos una mirada perinatal como modelo para seguir profundizando en la atención a madres y familias en el inicio de la vida, así como para cuidar también a las profesionales que les atienden. Apostamos por la escucha, el acompañamiento y la psicoterapia como herramientas básicas en la atención comunitaria e individual a madres, bebés y familias.

En conclusión, el marco teórico que encuadra esta investigación contempla: la perspectiva interseccional que apunta a las diferentes maternidades existentes en función de ejes de desigualdad y privilegio; la salud perinatal centrada en la díada madre-bebé, que va más allá del seguimiento sanitario para poner el foco en el acompañamiento y el apoyo psicosocial; y la teoría del vínculo y la capacidad de mentalización de la madre como aspectos claves en toda maternidad para garantizar un buen inicio del desarrollo infantil. Aplicar estas teorías a la investigación, con sus instrumentos de análisis y medida, nos permitirá valorar la capacidad de transformación que tiene este programa.

3. ELEMENTOS CLAVES EN LA ATENCIÓN PERINATAL

Como ya se ha comentado, la mayoría de las actuaciones y de los programas perinatales se han desarrollado tradicionalmente desde el ámbito de la medicina y la enfermería. Hasta hace unos años no se ha dado importancia al desarrollo de programas desde entornos más comunitarios para atender también la vertiente psicosocial y emocional de la mujer embarazada y, especialmente, cuando hay situaciones de precariedad y fragilidad. A partir de la bibliografía consultada y del análisis de modelos de atención perinatal diseñados por expertos en base a evidencias científicas, se han identificado los elementos clave en el enfoque de los programas perinatales. Los modelos analizados han sido:

- Modelo del servicio de atención domiciliaria infantil 0-3 años (SAID)* dirigido a mujeres gestantes y familias con niños/as de 0 a 3 años. Diputació de Barcelona.
- Modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal*. Instituto Europeo de salud mental perinatal. Navarra.
- Modelo de atención perinatal a mujeres en situación de vulnerabilidad social*. Fundación Meniños - Xunta de Galicia - Servizio Galego de Saude.

Los elementos claves o principios de actuación básicos en los que coinciden los modelos estudiados y la bibliografía consultada podrían resumirse en los siguientes:

En relación con la mirada:

1. Mirada integral y holística: atención centrada en el niño/a y en la familia. Poner la diada madre-bebé en el centro de la atención y promover el vínculo saludable.
2. Mirada ecosistémica: visión y abordaje comunitario.
3. Mirada inclusiva: con enfoque de género, edad, diversidad funcional y multiculturalidad. Respeto a la inteligencia cultural.

En relación con el acompañamiento:

4. Creación de un espacio de atención individual y/o grupal a la mujer embarazada que reduzca los niveles de estrés. Un espacio de confianza, no jerárquico, sin imposición y sin juicio.
5. Fomento de la crianza positiva y respetuosa. Acompañamiento para el empoderamiento y la corresponsabilidad.
6. Intervención oportuna, ágil y abordaje proactivo.
7. Universalidad.
8. Voluntariedad de la participación.
9. Creación de redes de apoyo: con profesionales implicados y entre madres.
10. Flexibilidad interseccional.
11. Atención de calidad: efectiva, segura y eficiente, con seguimiento y evaluación.

En relación con los profesionales:

12. Importancia del posicionamiento y actitud de los profesionales, especialmente del facilitador de grupos de madres o mujeres embarazadas.
13. Perspectiva sistémica para promover, prevenir, proteger y tratar. Abordaje preventivo y de detección precoz (de problemas de desarrollo infantil, violencias, trastornos mentales, etc.).
14. Coordinación con otros profesionales (ámbito sanitario, atención temprana, etc.) compartiendo códigos comunes desde la mirada perinatal.

4. EL PROGRAMA AMAM

Amam se inició en 2023 y actualmente los Servicios Sociales del territorio son los principales derivadores de sus participantes. Según se lee en la memoria 2023-2024 de la *Associació Educativa Itaca* de Hospitalet de Llobregat (Barcelona), el Programa Amam es una iniciativa que surge dentro de esta asociación, que consiste en un espacio de encuentro para madres embarazadas y en posparto con bebés de 0-6 meses, donde cuentan con apoyo de profesionales especializadas en atención perinatal financiado por el programa social de mutua Generali, The Human Safe. Se trata de un programa preventivo que ofrece un espacio de seguridad, confianza, donde las madres pueden participar compartiendo experiencias, sentimientos, inquietudes, independientemente de su semana de gestación generando vínculos de apoyo entre iguales y de identidad, todo ello, complementando con actividades de bienestar físico y emocional.

Destinatarias

Mujeres embarazadas y/o con bebés hasta 6 meses, empadronadas principalmente en Hospitalet de Llobregat.

Objetivos principales

1. Acompañar de manera individual y grupal en la etapa perinatal.
 - 1.1 Ofrecer un acompañamiento durante el embarazo y posparto, en un espacio seguro, de confianza y no juicio, donde las madres puedan vivir la maternidad desde la no soledad.
 - 1.2 Apoyo individualizado a la familia en término de necesidades específicas, a demanda o por criterio de detección profesional.
2. Prevenir y promocionar la salud mental materna y el vínculo maternofilial.
 - 2.1 Prevención de la salud mental materna, preservando el bienestar integral de la mujer, autocuidado, cuerpo y mente, en su vertiente sexual y reproductiva, revalorizando el hecho de maternar en nuestra sociedad.

2.2 Promover el bienestar físico emocional de la mujer en esta etapa reproductiva, promocionando la salud, y empoderando a las mujeres con información basada en evidencia científica y actualizada, a fin de que puedan tomar con conciencia sus decisiones en este momento vital.

2.3 Favorecer el vínculo maternofilial, cuidando a las madres a fin de cuidar el futuro de nuestra sociedad: prevención de la pequeña infancia. Preservando el buen establecimiento del vínculo madre- bebé, favoreciendo que este establezca unas bases de estructura psíquica seguras.

3. Proporcionar un espacio donde se genere identidad, red de apoyo y vínculos.

3.1 Generar espacio y dar tiempo a cada participante en las diferentes sesiones a que se sientan escuchadas, validadas y que puedan compartir vivencias de su experiencia, a fin de que las participantes puedan desarrollar sentimientos de pertenencia para favorecer la formación de vínculos y red de apoyo entre iguales.

3.2 Ayudar a la creación de estrategias y promover vínculos saludables entre iguales.

3.3 Normalizar las vivencias personales cuando se exponen problemas.

3.4 Ofrecer nuevas perspectivas y romper el aislamiento.

Metodología de la intervención

Partiendo de una mirada transcultural e interseccional hacia la realidad que vive cada mujer, Amam propone un acompañamiento individual y grupal.

Las sesiones se ofrecen en dos días semanales de intervención de grupo para mujeres embarazadas, y un día para el grupo de posparto en franja de mañana. La duración de cada sesión es de dos horas.

Los grupos están acompañados en todo momento por las profesionales referentes, formadas en acompañamiento perinatal, que facilitan la dinámica del grupo y observan, evalúan y/o atienden las necesidades que van surgiendo todo ello desde la mirada integradora y holística, atendiendo a los aspectos emocionales, psicológicos y sociales de la madre y también del vínculo madre-bebé.

En las sesiones, las participantes disponen de acompañamiento individualizado y de grupo, focalizado en sus necesidades, ofreciendo un espacio seguro, acogedor con una serie de recursos, información y dinámicas que permiten proveer una atención a la mujer de forma que complementa la atención que reciben de la parte sanitaria, favoreciendo a sentirse empoderada para su proceso de vida. Un espacio en el que encontrar vínculos con otras madres compartiendo esta experiencia en círculos de mujeres.

Todo ello se compagina con otras dinámicas más de trabajo corporal, puesto que trabajar cuerpo y mente es necesario para incentivar esta conexión, favoreciendo potenciar su intuición y sensaciones corporales. Una muestra de las actividades físicas son yoga, baile; otras más artísticas como bodypainting o los trabajos manuales. Asimismo, las sesiones se enriquecen con las cápsulas formativas de profesionales del ámbito de la perinatalidad, como la matrona, fisioterapeuta, suelo pélvico, obstetra, pediatra, referente de bienestar, nutricionista... que ofrecen contenidos especializados en materias concretas de interés del grupo.

Por último, hay salidas culturales y de ocio en un ambiente más distendido y donde se pueda generar otro tipo de relación, descubriendo otros espacios donde después las participantes pueden reunirse y crear redes informales de apoyo mutuo.

PARTE II

5. OBJETIVOS, HIPÓTESIS, PLANIFICACIÓN Y ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

La finalidad del presente estudio se concreta en los siguientes objetivos:

1. Valorar la adecuación del programa Amam en función de las necesidades percibidas y de la revisión de la bibliografía especializada.
2. Evaluar los efectos que comporta para las mujeres participar en el programa Amam
 - a. En relación con el bienestar percibido por las propias participantes: contar con apoyo, romper el aislamiento, establecer vínculos, no ser juzgadas, sensación de pertenencia, estar en un espacio seguro reducción de estrés, aumento de seguridad, disponer de más herramientas de autocuidado, conocer más recursos, etc.
 - b. En relación con el desarrollo de habilidades parentales y personales para establecer un vínculo sano y seguro con su hijo/a.
3. Evaluar los efectos sociales y de carácter preventivo del programa Amam en el entorno social en el que está ubicado
 - a. En relación con la percepción de profesionales y agentes sociales del barrio (SS, CDIAP, Mesas de trabajo en red, etc.).
 - b. En relación con indicadores objetivos relacionados con salud y la educación para la salud (CAP, ASSIR, etc.).

La hipótesis de partida del estudio que presentamos es que el acompañamiento psicosocial durante el embarazo y los primeros años de vida del niño/a comporta beneficios de carácter individual y social para todas las madres y sus hijos/as, pero especialmente para aquellas que viven situaciones de vulnerabilidad.

Para alcanzar los objetivos del estudio y contrastar la hipótesis, la planificación del estudio ha tenido como guía dos preguntas de investigación. Concretamente:

- *¿Se adecua el programa Amam a las necesidades detectadas en el entorno social en que se desarrolla? Para ello, se ha hecho un análisis para ver el nivel de encaje entre las necesidades del territorio en que se desarrolla Amam, las características del programa Amam y los aspectos clave o críticos según la evidencia científica sobre este tipo de programa. Este análisis se encuentra en el punto 6 del presente informe.*
- *¿Es eficaz el programa Amam, realmente consigue aquello que pretende? Esta pregunta ha requerido un diseño de investigación de metodología mixta, cuyos resultados se exponen en los puntos 7, 8 y 9 de este informe.*

En la siguiente tabla, se resumen los objetivos del estudio, los temas de análisis de cada objetivo y los instrumentos a utilizar.

Tabla 1. Objetivos, temas de análisis e instrumentos

Objetivo	Temas de análisis	Instrumentos
Valorar la adecuación del programa en función de las necesidades percibidas y la revisión de la bibliografía especializada.	-Perfiles de las participantes -Cifras de salud -Análisis de bibliografía especializada -Programa Amam	-Cuestionario inicial -Test de depresión posparto -Entrevistas con profundidad -Estadísticas de observatorios -Artículos -Memoria Amam 23/24
Evaluar los efectos que comporta para las mujeres participar en el programa Amam: -Con relación al bienestar percibido por las propias participantes: -Con relación al desarrollo de habilidades parentales y personales para establecer un vínculo sano y seguro con su hijo/a.	-Percepción de apoyo, de pertenencia, de disponer de más herramientas de autocuidado, de reducción de estrés, de conocer más recursos del territorio, etc. -Desarrollo de habilidades parentales -Vínculo maternofilial	-Foco grupo mujeres emprendedoras -Cuestionario final de satisfacción -Test EEP -Test PRFQ
Evaluar los efectos sociales y de carácter preventivo del programa Amam en el entorno social en el que está ubicado: - En relación con la percepción de profesionales y agentes sociales del barrio (SS, trabajo en red, Cdiap) - En relación con indicadores objetivos relacionados con salud y la educación para la salud (CAP, ASSIR...)	-Valoración de las necesidades que cubre Amam y de los cambios percibidos en las participantes -Análisis de cifras de salud	-Cuestionario para profesionales -Entrevistas en profundidad a profesionales -Cuestionario para profesionales

El diseño de la investigación ha tenido en cuenta los aspectos éticos recogidos en el Informe Belmont sobre principios de ética biomédica de Beauchamp y Childress (1979). Estos principios son cinco: no maleficencia, beneficencia, justicia, autonomía y confidencialidad, principios que han servido de guía ética en la presente investigación.

Además, el diseño de esta investigación ha sido presentado y valorado favorablemente por parte del Comité de Ética de la Facultad de Educación Social y Trabajo Social de la Universidad Ramon Llull.

Por último, a todas las personas participantes se les ha entregado una hoja explicativa de la investigación y todas aquellas que han formado parte del estudio, han firmado el consentimiento informado. Para garantizar la confidencialidad, a cada participante le ha sido asignado un código. Algunos datos sensibles se han omitido para evitar la identificación de la persona entrevistada.

6. VALORACIÓN DE LA ADECUACIÓN DEL PROGRAMA AMAM AL ENTORNO SOCIAL EN EL QUE SE DESARROLLA Y A SUS PRINCIPIOS

En este apartado, se valora la adecuación del programa Amam con respecto a las necesidades detectadas en el entorno en que se desarrolla dicho programa.

Para ello, además de los datos aportados por el marco teórico, se han tenido en cuenta datos sociodemográficos y se han llevado a cabo tres reuniones con profesionales del programa entre mayo y julio de 2024, que han actuado como informantes clave en la detección de necesidades normativas (Bradshaw, 1972).

Se exponen los resultados hallados en este análisis a un doble nivel:

- Adecuación del programa Amam con respecto al entorno social en que se inscribe.
- Adecuación del programa Amam en lo que se refiere al enfoque del programa y a sus principios de actuación.

6.1. Adecuación del programa Amam con respecto al entorno social en el que se desarrolla.

Los datos estadísticos utilizados en referencia a la población de Hospitalet de Llobregat se han extraído de las siguientes fuentes:

La población en L'Hospitalet 2023 de la Dirección de Gobernanza de datos del Ayuntamiento de L'Hospitalet (2024).

L'Hospitalet en cifras Portal estadístico del Ayuntamiento de L'Hospitalet de Llobregat 2024:

<https://www.lh.cat/portalestadistic/portalestadistic.aspx?id=1>

Informe de indicadores de salud local 2023. L'Hospitalet de Llobregat. Diputación de BCN.

Amam es un programa de la *Associació Educativa Itaca* ubicado en el barrio de la Torrassa de Hospitalet del Llobregat, municipio colindante con la ciudad de Barcelona. Hospitalet de Llobregat es, con 291.488 habitantes, la segunda ciudad en número de habitantes de Cataluña y la más densamente poblada. Concretamente, el barrio de la Torrassa es el que

concentra un mayor número de población por metro cuadrado. A continuación, se exponen una serie de datos que ayudarán a caracterizar la población que reside en el municipio.

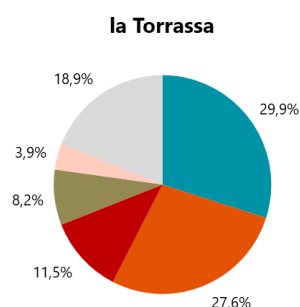
El informe del año 2024 de la Dirección de Gobernanza de datos del Ayuntamiento de Hospitalet expone que el 34,5% de la población que vive en esta ciudad, como máximo, reside en ella desde hace cinco años; por tanto, vemos que hay un porcentaje importante de personas recién llegadas a la ciudad.

En cuanto al lugar de nacimiento, el 43,4% de los residentes en Hospitalet han nacido en Cataluña; el 39,7% en el extranjero; y el 16,9%, en el resto de España.

El informe expone que se mantienen respecto a años anteriores las diferencias entre barrios en cuanto al origen de los residentes: la Torrassa, Florida, Pubilla Cases y Les Planes destacan por el porcentaje de personas de origen extranjero; siendo la Torrassa con un 57,2% el barrio en el que viven más personas de origen extranjero, principalmente de América Latina.

El Gráfico 1 muestra los lugares de nacimiento más frecuentes de los habitantes del barrio de la Torrassa.

Gráfico 1. Los 5 lugares de nacimiento más frecuentes del barrio de la Torrassa. Fuente: Ayuntamiento L'Hospitalet.



Azul: L'Hospitalet – Naranja: América Sur – Granate: América Central – Marrón: Asia – Rosa: Magreb –

Según el portal estadístico del Ayuntamiento de L'Hospitalet de Llobregat, la Torrassa, junto con Les Planes son los dos barrios con menor renta media por hogar (28.000 €).

Relacionando datos, vemos que la Torrassa destaca como el barrio más densamente poblado de L'Hospitalet, con el mayor porcentaje de población extranjera y con la menor renta media por hogar.

Si nos fijamos en los datos perinatales de L'Hospitalet del informe de indicadores de salud local 2023 de la Diputación de Barcelona, vemos que el 44% de las mujeres que fueron madres ese año eran de nacionalidad extranjera.

Conviene en este apartado hacer un apunte en relación con las mujeres atendidas por Amam, muchas de ellas inmigrantes, y la incidencia de la depresión posparto en este colectivo. Se ha destacado, en el marco teórico, que entre el 10 y el 15% de las mujeres de la población general que son madres tienen síntomas de depresión posparto a las 6 u 8 semanas después del parto. En las 31 mujeres atendidas por Amam durante el curso 24-25, el porcentaje de depresión posparto asciende a un alarmante 55% (según la escala de Depresión posparto de Edimburgo). Aunque la puntuación del test no es concluyente y se recomienda realizar una exploración clínica adicional, el dato en sí mismo es suficientemente relevante y justifica un programa como Amam que ayuda a detectar situaciones de sufrimiento, que deriva a las mujeres a los servicios sanitarios pertinentes cuando sea necesario, y las acompaña en todo el proceso.

En la revisión bibliográfica realizada, también se ha encontrado que el perfil de las familias con mayor probabilidad de estar en una situación de vulnerabilidad social son familias migradas, recién llegadas al territorio, solas y con problemas de vivienda; muchas de ellas monomarentales sin red social y en situación económica precaria; perfiles todos ellos compatibles con las cifras expuestas de la población de L'Hospitalet y, más concretamente, del barrio de la Torrassa.

Todos estos datos apuntan a la idoneidad de programas como el de Amam, que se ajustan a las necesidades y características del territorio y de las personas a las que atiende. Cabe señalar que el programa atiende a todas las maternidades; pero se dirige especialmente a aquellas maternidades que sufren mayor adversidad social. Formar grupos de madres en situación diversa, trabajando desde el respeto y el no juicio, evita la segregación y ayuda a la sensibilización y la inclusión social.

En una zona con mucha población migrada, recién llegada y con una renta económica baja, programas como Amam se adecuan al perfil poblacional, dando respuesta a las siguientes necesidades:

- El aislamiento de familias sin red de apoyo familiar, especialmente madres, por migración u otras causas.
- Embarazo y crianza en soledad o con red frágil/inadecuada.
- Cronificación y transmisión intergeneracional de la vulnerabilidad.
- Desconocimiento del entorno, de los recursos existentes en el territorio, del funcionamiento de determinados procesos.
- Detección, acompañamiento e intervención temprana en situaciones de riesgo en relación con la gestación y la crianza (negligencia, maltrato, violencia).
- Detección y acompañamiento integral de situaciones de riesgo con relación a la vivienda, la salud, la salud mental (por ejemplo, depresión posparto), trámites legales, etc.

Por todo ello, se puede concluir que el programa Amam se adecua al entorno territorial en que se inscribe, dando respuesta a necesidades detectadas en él.

6.2. Adecuación del programa Amam en lo que se refiere al enfoque del programa y a sus principios de actuación

Basándonos en lo que la bibliografía especializada y las evidencias científicas consideran buena práctica, se ha evaluado si el diseño del programa Amam tiene en cuenta los catorce indicadores que se han encontrado como claves o críticos. Además, esto se ha triangulado con los datos aportados por las profesionales en reuniones mantenidas con ellas que han actuado a modo de informantes clave.

En la tabla 2, se contrastan los 14 indicadores clave identificados en la bibliografía especializada con el diseño del programa Amam, complementado con la perspectiva de los profesionales del territorio.

Tabla 2. Identificación de indicadores críticos en el programa Amam.

INDICADORES CRÍTICOS IDENTIFICADOS	Amam
En relación con la mirada: 1. Mirada integral y holística: atención centrada en el niño y en la familia. Poner la díada madre-bebé en el centro de la atención y promover el vínculo saludable. 2. Mirada ecosistémica: visión y abordaje comunitario. 3. Mirada inclusiva: con enfoque de género, edad, diversidad funcional y multiculturalidad. Respeto a la inteligencia cultural.	En relación con la mirada: Tanto en la memoria del curso 23-24 como en las reuniones mantenidas con las profesionales, se observa que Amam parte de una visión integral y global, poniendo a la mujer gestando en el centro. El abordaje es claramente comunitario e inclusivo a todos los niveles.
En relación con el acompañamiento: 4. Creación de un espacio de atención individual y/o grupal a la mujer embarazada que reduzca los niveles de estrés. Un espacio de confianza, no jerárquico, sin imposición y sin juicio. 5. Fomento de la crianza positiva y respetuosa. Acompañamiento por el empoderamiento y la corresponsabilidad. 6. Intervención oportuna, ágil y abordaje proactivo. 7. Universalidad. 8. Voluntariedad de la participación.	En relación con el acompañamiento: En el diseño de Amam y en la memoria 23_24 podemos identificar claramente este espacio de atención doble (individual y grupal). Se cuida de que sea de confianza y sin jerarquía. Trabajan desde el acompañamiento y no desde el control. Todas las actividades desarrolladas se dirigen al fomento del vínculo materno-filial saludable y la crianza respetuosa. También se apuesta por la universalidad de la atención, por lo que existe una mezcla enriquecedora de madres de diferentes procedencias y niveles sociales.

9. Creación de redes de apoyo: con profesionales implicados y entre madres 10. Flexibilidad interseccional. 11. Atención de calidad: efectiva, segura y eficiente, con seguimiento y evaluación.	La participación es, en todo momento, voluntaria. Habla explícitamente de creación de redes de apoyo para superar el aislamiento. El acompañamiento se adapta a situaciones individuales desde una flexibilidad interseccional. Hay voluntad de rigor en la atención directa y se utilizan mecanismos de seguimiento y evaluación.
En relación con los profesionales: 12. Importancia del posicionamiento y actitud de los profesionales, especialmente del facilitador de grupos de madres o mujeres embarazadas. 13. Perspectiva sistémica para promover, prevenir, proteger y tratar. Abordaje preventivo y de detección precoz (de problemas de desarrollo infantil, violencias, trastornos mentales, etc.). 14. Coordinación con otros profesionales (ámbito sanitario, atención temprana, etc.) compartiendo códigos comunes desde la mirada perinatal.	En relación con los profesionales: Hemos podido comprobar que los tres indicadores relativos a los profesionales se contemplan en el diseño y también en la evaluación. Los profesionales tienen formación perinatal y su actitud facilita la consecución de los objetivos establecidos. Trabajan desde la prevención y la actuación rápida y ágil cuando se detecta alguna situación que deba ser derivada al especialista. Trabajan en coordinación con otros profesionales por cuestiones de derivaciones y de trabajo conjunto de casos. Participan en tablas sectoriales de profesionales interdisciplinarios.

Comprobamos que el programa Amam cumple los estándares establecidos por el sector; además, destacamos que aporta otros dos elementos relevantes: intensidad y flexibilidad en el acompañamiento. Estos dos elementos permiten ajustar la intervención a las necesidades de cada mujer y grupo. La prevención, protección y promoción de la atención perinatal significa una inversión con beneficios para los niños, sus familias y la sociedad (OMS, 2020).

7. ADECUACIÓN DEL PROGRAMA AMAM CON RESPECTO AL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, NECESIDADES PERCIBIDAS Y EXPECTATIVAS DE LAS MUJERES PARTICIPANTES (RESULTADOS DEL ESTUDIO CUALITATIVO)

Los resultados que aquí se exponen provienen del análisis de contenido de las técnicas cualitativas que se han utilizado en esta investigación: entrevistas semiestructuradas, registros personales, cuestionarios y focus group.

7.1. Método

Participantes

La muestra se compone de 8 mujeres participantes en el programa Amam. Con 3 de las mujeres se realizó una segunda entrevista una vez ya habían dado a luz y se habían incorporado al grupo de postparto.

En lo que respecta a los profesionales, la muestra se compone de 10 profesionales de los ámbitos de la salud, la educación y los servicios sociales que colaboran con Amam. Con 2 de estos profesionales se realizó posteriormente una entrevista en profundidad.

Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

Entrevista semiestructurada (mujeres Amam): Se elaboró una entrevista semiestructurada diseñada ad hoc para la investigación (ver documento de anexos). Las preguntas eran de tipo abierto y se podían agrupar en 6 bloques temáticos:

- Situación actual
- Proceso migratorio (en caso de que haya habido)
- Experiencias de violencia (en caso de que haya habido)
- Embarazo y parto
- Expectativas sobre su maternidad
- Red de apoyo

Registro personal: A cada participante, se le facilitó una libreta con la consigna de anotar sus impresiones y sensaciones de bienestar emocional durante los meses de participación en el programa a modo de autorregistro.

Focus group: Dirigido a antiguas participantes de Amam que actualmente son emprendedoras para conocer su experiencia (ver documento de anexos).

Cuestionario a profesionales del territorio de sanidad, educación y servicios sociales diseñado ad hoc para esta investigación (ver documento de anexos).

Entrevista semiestructurada (profesionales del territorio): Se elaboró una entrevista semiestructurada diseñada ad hoc para la investigación (ver documento de anexos).

Diseño y procedimiento

En una primera fase -octubre del 2024- se realizaron 5 entrevistas en profundidad en el grupo de mujeres embarazadas que recién se habían incorporado al programa.

En una segunda fase –entre abril y septiembre del 2025-, se hicieron otras 6 entrevistas. De estas, 3 fueron realizadas a mujeres que habían participado en la primera fase y se incorporaron 3 nuevas entrevistadas también participantes de Amam. A pesar de que se había planificado que en esta segunda fase se entrevistaran a las mismas mujeres de la primera fase, esto no fue posible por causas ajenas a la investigación (abandono de dos participantes del programa Amam por cargas familiares y laborales).

En definitiva, entre la primera y la segunda fase se entrevistaron a un total de 8 mujeres de las cuales a 3 de ellas se las ha entrevistado al inicio y al final, 2 de ellas solo al inicio y a 3 de ellas solo al final de la investigación.

Las entrevistas se realizaron dentro del horario del programa, en la misma asociación, a excepción de una informante que prefirió ser entrevistada por teléfono. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente se transcribieron literalmente.

Las entrevistas se completaron con un mapa de red, que permite ver los apoyos sociales que tienen las entrevistadas. Por otro lado, este apartado se complementa con un análisis de los registros personales que las participantes del grupo de posparto Amam han realizado. La información extraída de estos registros se triangula con la extraída de las entrevistas en el apartado en el que se habla de la organización familiar y con la extraída de los mapas de redes en el apartado de apoyo social.

En cuanto a los profesionales, se les administró el cuestionario online en el mes de junio del 2025. Se obtuvieron diez respuestas de profesionales de los ámbitos de la psicología, educación social, trabajo social, pediatría, enfermería, nutrición y magisterio de recursos del territorio que colaboran con Amam. Posteriormente, se realizaron entrevistas en profundidad a dos de las mencionadas profesionales: Nutricionista Comunitaria en julio de 2025 y Educadora Social de Servicios Sociales en septiembre de 2025.

En diciembre de 2024 se realizó un focus group con tres de las participantes de la primera edición de Amam que habían iniciado sus propios proyectos de emprendería.

7.2. Resultados

7.2.1. Datos básicos de las madres informantes

Las entrevistadas en la primera fase tenían entre 27 y 34 años y estaban entre la semana 20 y la 36 de embarazo. Una de ellas refirió que su bebé venía con anomalías y que, por diferentes razones (entre las que se hallan motivos religiosos), no consideraba el aborto

como opción posible a su situación¹. La fe religiosa, de hecho, es una variable presente y muy influyente en la mayor parte de las madres migradas entrevistadas. La edad en las entrevistadas de la segunda fase permaneció en la misma franja, entre los 27 y los 34 años. Sus bebés tenían entre 1 mes y medio y 10 meses.

Del total de las 8 entrevistadas durante las dos fases de la investigación, 6 madres habían migrado de diferentes países de América del Sur. Cinco de ellas lo habían realizado en edad adulta, como proyecto migratorio propio, procedentes de diferentes países de América Central y América del Sud. Una de ellas lo realizó a los 16 años junto con su madre, la cual huía de una situación de violencia machista. Solo dos madres son primíparas y el resto tienen entre uno y dos hijos/as en edades comprendidas entre los 15 y los 3 años. La mayoría conviven con el resto de sus hijos/as, menos dos madres cuyos dos primeros hijos viven con otros familiares en el país de origen, en uno de los casos viven con el padre biológico, el cual realiza maltrato económico².

De las seis entrevistadas que han migrado, cuatro tienen el permiso de residencia y trabajo (una por motivos de violencia de género) y las otras dos están en proceso de obtención. Ambas informantes en proceso de obtención del permiso de residencia y trabajo llevan entre uno y dos años en Cataluña. El resto llevan un máximo de nueve años viviendo en diferentes territorios del Estado español, la mayor parte del tiempo principalmente en Cataluña.

7.2.2. Núcleos de convivencia

Sobre los núcleos familiares, de las ocho entrevistadas, seis tienen pareja, que es también el padre del bebé y con el que conviven. En dos de estos casos, la pareja actual es también el padre de los demás hijos/as - en el caso de que existan- y, en los otros tres casos, son familias recompuestas. De estas 6 parejas, 4 viven solas con los hijos, una vive con 5 miembros más de la familia extensa por parte de ella y la restante vive de alquiler en una habitación con derecho a cocina. Cabe considerar que hay un núcleo convivencial que ha cambiado de la primera a la segunda entrevista, ya que una madre, que pasó sola su embarazo, volvió con el padre biológico del bebé en el momento del parto. La madre restante no tiene pareja, sigue viviendo sola con sus dos hijos, pero verbaliza recibir apoyo de su expareja y padre biológico del bebé.

Cabe recordar que la monomarentalidad es un factor de vulnerabilidad y que el 78,5% de las familias monomarentales, en Cataluña, están formadas por madres, según datos de IDESCAT (2021)³. Existe una estrecha relación entre monomarentalidad y feminización de la pobreza y entre monomarentalidad y soledad no deseada, tal y como se ha visto en el

¹ Esta misma madre no pudo seguir en Amam una vez tuvo a su hijo debido al tiempo que necesitaba dedicarle.

² No le deja hacer videollamada con los hijos si no le pasa dinero. También pone trabas para que la madre pueda reagrupar-los. En el pasado, cuando eran pareja, también ejerció violencia machista.

³<https://www.idescat.cat/pub/?id=ceph&n=17167>

marco teórico. Estas personas entrevistadas se encuentran en condiciones de vulnerabilidad que interseccionan, en su caso, con otros ejes de desigualdad: ser persona migrada, con poca o nula red social, y situaciones laborales y habitacionales muy precarias. Programas como Amam, al acompañarlas en un momento tan vulnerable como la etapa perinatal, pueden marcar una diferencia en términos de ampliar el apoyo social, emocional y material, previniendo el riesgo de aislamiento y promocionando una mejor inclusión social en el territorio. A pesar de que en esta muestra final solo hay una madre en situación actual de monomarentalidad, Amam atiende y ha atendido a otras mujeres en situaciones parecidas.

7.2.3. Organización familiar y redistribución de las tareas domésticas y de crianza

Sobre la redistribución de las labores de crianza y de las labores domésticas dentro de la organización familiar, encontramos los siguientes resultados.

Al inicio de la investigación había dos núcleos de convivencia monomarental, una madre migrada embarazada refirió encargarse en solitario de todas las tareas debido a que se encuentra sola en el territorio. Su expareja y padre de su hija se encontraba en otra comunidad autónoma. La violencia de género que había vivido, tanto en el país de origen como en España por parte de una pareja anterior al padre de su actual hija, sumada a otros factores como el propio hecho migratorio, habían acentuado su aislamiento social y su desconfianza hacia las relaciones sociales. Solo recibía apoyo de profesionales (Amam y trabajadoras sociales de Servicios Sociales y de la Casa de la Dona). Cuando se acercaba el momento del parto, su expareja –la cual tienen hijos de una relación anterior que viven con la madre- volvió con ella. Ahora viven juntos y refiere recibir apoyo en todos los aspectos de la crianza menos en el cambio de pañales. No obstante, las cargas familiares de su pareja -manutención a los otros hijos- a veces son fuente de malestar entre ellos.

La otra madre monomarental dejó la relación de pareja con el padre de su hijo al principio del embarazo. Explica que recibe el apoyo de este y que su maternidad ha sido fruto del deseo parental de su expareja. Aunque ahora están separados, en una primera entrevista verbalizó la voluntad de los dos de hacerse cargo de la criatura una vez naciera: “Cuando nazca la niña, los dos ejerceremos el rol de padres” (E1). En la segunda entrevista, la madre confirmó que su expareja es una fuente de apoyo y que le ayuda no solo con el bebé, sino con su hijo mayor, fruto de una unión anterior. El apoyo que menciona engloba el hecho de llevar a los niños a la escuela y al jardín de infancia y de estar con ellos cuando ella trabaja. La informante refiere que: “Él es un hombre muy indispensable en la vida de ellos. (...) Siempre ha estado ahí” (E1).

En las entrevistas iniciales, las otras madres refirieron que sus parejas estaban implicadas en el cuidado de sus hijos/as, y dos de ellas refirieron que existía un reparto corresponsable en las tareas domésticas. Puntualizando este aspecto, una de las dos informantes explicó que era ella quien llevaba la carga mental y su pareja, que teletrabaja, “es quien ejecuta” (E3). En las entrevistas finales, las informantes expresaron diferentes grados de corresponsabilidad de los padres, aunque todas ellas verbalizaban sentir su apoyo y su

implicación. Por tanto, las expectativas que todas las madres tenían de que, una vez nacieran sus hijos o hijas, obtuvieran la implicación de los padres de los bebés (fuera o no la pareja de la madre) en su cuidado, así como su implicación en el cuidado del resto de hijos/as (fueran o no el padre biológico), se han cumplido. Ellas sienten que reciben este apoyo aunque, en diferentes casos, ellas lleven más la carga de la crianza, estando en su mayoría en situaciones de permiso maternal. En el caso en que la pareja convive con la familia extensa de ella, el apoyo principal en las tareas de crianza sigue siendo la pareja, dentro del núcleo familiar, y Amam fuera del núcleo. Así, cuando se le pregunta por los apoyos que recibe en la crianza, una mujer comenta:

Sí, o sea, de que cuando él está en casa cambia pañales, él pasea, él lo hace dormir. O sea, es 50 y 50 (...) bueno, más que todo de mi pareja (refiriéndose posteriormente al apoyo que recibe). Mi mamá como casi no está, está estudiando, entonces es muy poco. Como te digo, el apoyo que recibo así es Amam y mi pareja (E7).

Más allá de las entrevistas iniciales y finales, los autoregistros de las participantes que estaban en el grupo de postparto cuando se inició la investigación, nos permiten ver con más detalle la organización y redistribución del trabajo de cuidados dentro de los núcleos familiares una vez que ha nacido el bebé en un grupo similar de madres. Se han obtenido 6 autoregistros que corresponden a las siguientes unidades de convivencia: 3 familias nucleares, una familia nuclear extensa y dos familias monomarentales con familia extensa.

En estos autoregistros, se les pedía una lista de distribución de las tareas que tenía los siguientes ámbitos con las siguientes explicaciones:

- Los cuidados del bebé: registro del bebé; cambiar pañales; alimentar al bebé (día y noche), calmar o dormir al bebé, bañarlo, etc.
- Las tareas domésticas: preparar y planificar las comidas; lavadoras, limpieza, etc.
- Los cuidados familiares: cuidado de otros hijos/as, cuidado de animales y otras personas a cargo.
- Las finanzas: pagar facturas y realización de trámites.
- Otras tareas

En cada uno de estos ámbitos se les pidió apuntar las tareas que se llevaban a cabo y, junto, la o las personas responsables de llevarlas a cabo. Un ejemplo de este autorregistro o de tareas sería el siguiente:

Familia nuclear

DISTRIBUCIÓN DE TAREAS

LISTA DE TAREAS DETALLADA	RESPONSABLE
Cuidados del bebé	
Registra con bebé, cambio de pañales, alimentar, el bebé está y cuando duerme	Madre
Revisión de la temperatura y el estado del bebé	Madre
Revisión del día con la madre	Madre
Labores domésticas	
Preparación y planificación de comidas, limpieza, compras, planchado	Madre
Lavar platos, cosas de la cocina y limpiar	Padre
Organizar las cosas de la casa	Madre
Ir a la farmacia	Madre
Cuidados familiares	
Cuidados de otros hijos o hijos, cuidado de otros hijos o otras personas	Madre
Finanzas	
Pagar facturas, recibos, pagar	Madre
Pagar deudas, préstamos y otros impuestos	Padre
Pagar alquileres, cosas de la casa	Madre
Otras tareas	
Cómoda Doméstica: Ayuda con la organización de la casa	Madre
Limpieza, cosas y alacena	Madre
Organizar y limpiar	Padre

Una vez analizadas estas listas, se encontraron diferencias entre las familias nucleares y las monomarentales con familia extensa. En estas últimas, son primeramente las madres y secundariamente las abuelas, las que se hacían cargo de las tareas del cuidado y, en uno de los casos, el abuelo se encargaba de las finanzas en una clara división sexual del trabajo. En el otro caso, la economía doméstica la llevaba la abuela. En este mismo núcleo, la limpieza semanal de la casa la realizaba una profesional. También se apuntaba que el padre se encargaba de algún aspecto en el cuidado del bebé cuando iba a visitarle a la casa materna.

Respecto a las familias nucleares se encontró que, en los cuidados del bebé, tanto el padre como la madre aparecían como responsables de estas tareas. Sin embargo, en su distribución eran mayoritariamente las madres las que más se encargaban de bañarlo, calmarlo, cambiar los pañales o alimentarlo. Hay padres que se responsabilizaban también de bañarlo, de la limpieza de los biberones y de tareas más puntuales, como cambiar armarios o más lúdicas, cómo jugar. A destacar que, hay uno de los padres que se hacía cargo totalmente del bebé por las mañanas, así como de hacerle dormir, mientras la madre estaba ausente por motivos laborales. Por la tarde, era ella quien se encarga del cuidado del bebé.

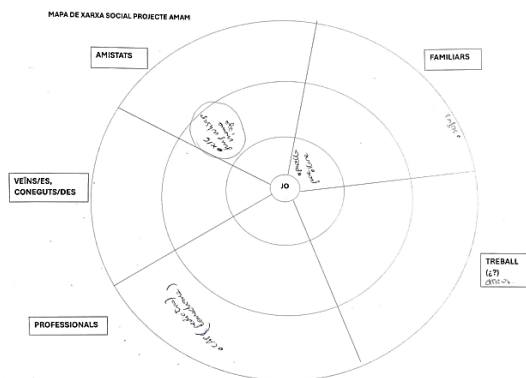
En cuanto a las tareas domésticas, las madres solían responsabilizarse más de la planificación de las comidas, de la compra y de cocinar, y los padres de ciertos aspectos de la limpieza. Hay que tener en cuenta la carga mental que implica la planificación de las tareas domésticas y de cuidados, que todavía se encuentra a cargo de las mujeres, como ha surgido también en las entrevistas a las mujeres embarazadas. Por otra parte, al igual que en el grupo de embarazo, los padres del grupo de posparto se responsabilizaban del resto de hijos/as de la familia. Por otra parte, en los autorregistros del grupo posparto, las

finanzas y los trámites solían ser responsabilidad de los dos miembros de la familia con repartos de tareas dentro de este ámbito.

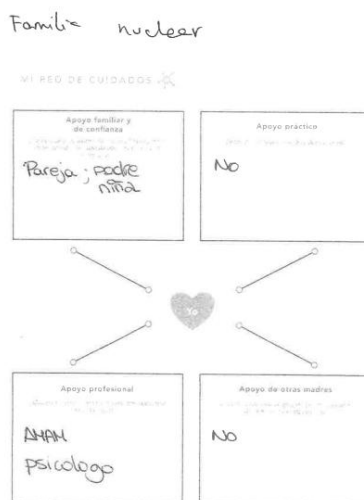
7.2.4. Redes de apoyo en la crianza

El apoyo que reciben las personas de sus redes familiares y sociales se ha demostrado como un factor de protección del riesgo de exclusión social. Este apoyo puede ser material, emocional, en forma de información, asesoramiento y consejos, entre otros. Las redes también permiten desarrollar sentimientos de pertenencia y tienen un impacto importante en cómo se va construyendo nuestra identidad. En un momento tan vulnerable como el embarazo y el posparto es importante tener redes de apoyo, especialmente en situaciones de precariedad económica, habitacional, de salud, etc. Medir el impacto de Amam tiene que ver en cómo se convierte en un espacio de apoyo y de creación de redes de cuidado. Su mayor o menor impacto en este ámbito, no solo tendrá relación con la red previa de apoyo familiar y social que tienen las mujeres al iniciar los grupos, sino la calidad del apoyo percibido durante el programa. Es decir, cuando menor red familiar, social y profesional inicial tengan a las mujeres o de menor calidad, mayor será el impacto puede tener Amam. En este apartado, se analiza el apoyo que tenían las mujeres de los grupos experimentales de embarazo y posparto de Amam, que se han recogido de dos formas:

1. En el grupo de mujeres entrevistadas durante el embarazo y el postparto a través de preguntas abiertas y de mapas de redes realizados en la entrevista inicial y final. El mapa de redes sociales es un instrumento que permite identificar los apoyos recibidos en base a distintos ámbitos relacionales. En este caso, se ha escogido el ámbito de las relaciones familiares; relaciones de amistad; relaciones de vecindad/conocimiento; de profesionales y relaciones en el ámbito laboral. En cada uno de estos ámbitos se colocan las personas -representadas por puntos- dentro de tres cuadrantes. Cada cuadrante significa un grado de proximidad con respecto a la persona que realiza el mapa. Es decir, las personas que se sienten más cercanas, que apoyan más, se colocan en el cuadrante que está más cerca del punto que representa uno mismo. A continuación, se presenta un ejemplo de mapa de redes, sin el nombre de la persona y con imagen borrosa para preservar el anonimato de la misma:

Figura 1. Mapa de red

2. En las mujeres que se encontraban en el grupo de postparto cuando se inició la investigación se han recogido los datos a partir del autoregistro en el apartado de “Mi red de cuidados”. Esta red de cuidados está formada por cuatro cuadrantes: 1) apoyo familiar y de confianza; 2) apoyo práctico; 3) apoyo profesional y 4) apoyo de otras madres. A continuación, se muestran un ejemplo de la red de cuidados:

Figura 2. Mi red de cuidados. Autorregistro del programa Amam

Respecto a los resultados en este apartado, en el grupo de mujeres embarazadas, se constata lo siguiente. Una de las entrevistadas, migrada, al inicio de la investigación refirió encontrarse sola y no recibir ningún tipo de apoyo, a excepción del apoyo profesional y del que recibe a través del programa Amam. A modo de ejemplo, cuando se le preguntó en la primera entrevista sobre a quién puede recurrir en caso de necesidad comenta:

A nadie. Bueno en Amam, a los profesionales. Ahora estoy sola, ni familia, ni amistades, nadie. No sabe nadie la situación que yo estoy viviendo. Soy una persona que me lo guardo todo mucho, ¿para qué contarlo? Pero me doy cuenta de que estoy reviviendo las mismas dificultades que ya viví. Ahora vivo al día, para tener que comer. Siempre positiva (E2).

Al final de la investigación contaba con el apoyo del padre del bebé, con el cual, durante el embarazo, solo mantenía cierto contacto telefónico con él para explicarle cómo estaba yendo el embarazo. Por otra parte, participar en Amam aumentó el apoyo profesional recibido y la calidad de este. La informante explica que la referente del programa Amam intercedió por ella más de una vez, coordinándose con la trabajadora social de referencia para que pudiera recibir ayudas esenciales delante de desahucios, por ejemplo, siendo su voz y abogando por ella:

El alojamiento bueno y en ese momento (...) no podía pagar, se lo dije a la trabajadora social “no tengo”. Yo entiendo que escucha cada persona y debe escuchar muchos casos, yo no soy la única lo sé, pero eso es lo que le expliqué a X (nombre de la referente del programa Amam). “X, tú me ves, tú me conoces, yo vengo aquí, tú ves mi situación, te lo presento todo, pero no es lo mismo que yo se lo pida, a que tú me ayudes a hacerle entender a esa persona que no se lo pido por pedir”. Con un apoyo de otro profesional que te conoce. Ahí nuevamente estuvo X acompañando y me ayudó un montón. Fue esa voz que necesitaba, esa voz confiable, digamos, porque también entiendo a las asistentes, escuchan muchos casos y yo no debo ser la primera. No es fácil su papel porque los recursos son pocos y como prioriza... Claro, los recursos son pocos, entonces eso me ayudó. (E2)

A la vez, expresa que también sintió este apoyo profesional del programa respecto a la salud mental, ya que tuvo ataques de pánico por las situaciones de carencia material que ella atravesaba en soledad. La referente de Amam se coordinó con diferentes recursos para poder ofrecerle una atención adecuada y dentro de un marco de derechos que posibilitaran su agencia como mujer madre:

Con todos estos problemas... entonces empecé a tener ataques de pánico, ansiedad, me querían medicar psiquiátricamente. Los últimos meses esto. El último trimestre la psiquiatra me quiso medicar, yo dije que no. Lo mismo, X (nombre de la referente del programa), me quieren hacer esto, X (nombre de la referente del programa) constantemente, 24 horas digamos con el móvil, que es... Eso me ayudó mucho Aman me ayudó con esto, lo que es salud mental, que también me ayudó mucho. Que conseguir cita con salud mental es mucho. Entonces X (nombre de la referente del programa) se ocupó de mandar un mail, de comunicarse, ellos se comunican conmigo. Eso es un gran alivio (E2)

Su caso no es un caso aislado. El resto de informantes también verbalizan que el programa fue clave para conectarlas –o reforzar sus vínculos- con la red de profesionales del territorio, explicándoles también sus derechos como ciudadanas y a cómo guiarse a través de la burocracia de nuestro sistema de bienestar social.

Siguiendo con el apoyo que reciben por parte de profesionales del territorio, las madres migradas ya explicitaron en la entrevista inicial que fueron derivadas a Amam por parte de la trabajadora social. Mostraban cierta vinculación respecto a la trabajadora social de los servicios sociales de su territorio y, en algún caso, también con la trabajadora social de la Casa de la Dona. Todas mostraban una buena vinculación con las profesionales de Amam desde el inicio del programa. Respecto a los servicios sanitarios, todas las madres migradas, al igual que las madres autóctonas, realizaban los controles del embarazo por parte de la comadrona del CAP. Sin embargo, respecto a estas últimas profesionales médicas expresan no sentir vinculación alguna, también debido a que no siempre son atendidas por la misma persona. En las entrevistas finales se constató que su participación en el programa –y su buen trabajo en red- había reforzado la vinculación con los servicios del territorio.

Volviendo a los apoyos no profesionales de las madres durante las primeras entrevistas, una madre monomarental, también migrada, refirió que más allá de la expareja -padre de su hijo- y de una amistad cercana, recibía muy poco apoyo debido a que tenía poca red social en el territorio que pudiera ayudarla en la crianza, mostrando, al igual que la anterior informante, un importante riesgo de aislamiento social. Por otra parte, ella sí recibía cierto apoyo emocional de su madre y de su hermana, que se encuentran en el país de origen. Por tanto, este apoyo familiar es sobre todo emocional, teniendo en cuenta que a su madre no le refiere aquellas cosas que cree que podrían preocuparla. Otras tres madres migradas también nos constataban que recibían poco apoyo familiar y social en el territorio, más allá de sus parejas y de algunas amigas, ya fuera debido a que no tenían familiares en Catalunya o a que tuvieran relaciones conflictivas con ellos. A la vez, tenían pocas amistades. La última madre migrada recibía cierto apoyo emocional de la familia extensa con la que convivía.

En las segundas entrevistas, el apoyo familiar y social se había mantenido bastante similar o incrementado un poco. No obstante, y quizás también por esta escasez de red, percibían a Amam –tanto a las profesionales del programa como a las otras madres- como un pilar importante en el transcurso de sus embarazos y en la etapa del posparto, tal y como se verá más extensamente en el apartado de los beneficios percibidos.

En relación con las entrevistas iniciales de las madres embarazadas autóctonas, aunque refirieron poca red social que pudiera ayudarlas en la crianza, recibían apoyo de familia extensa (padres o suegros). Una de ellas, especialmente, explicó que recibía mucho apoyo de sus padres que viven muy cerca de ella. Más allá de este apoyo material y emocional cotidiano, recibía cierto apoyo emocional puntual por parte de un grupo de whatsapp conformado por 16 madres, las cuales conoció online en un grupo de apoyo a la crianza. La otra madre autóctona refirió recibir apoyo importante de sus suegros. En la entrevista

final con una de ellas –la otra abandonó el programa- el grupo Amam también emergía como un apoyo importante, pero de menos intensidad que en el caso de las mujeres migradas.

En resumen, todas las mujeres embarazadas -tanto las autóctonas como las migradas- refirieron tener poca red familiar y social a la que puedan recurrir para recibir apoyo material y emocional en la crianza. Sin embargo, las mujeres autóctonas no sólo tenían a sus parejas, a las que definían como padres implicados y corresponsables, sino que también recibían ayuda de los abuelos y abuelas (sean padres de ellas o suegros). En cambio, las mujeres migradas, que estaban –y están- en situaciones económicas más precarias -como se verá más adelante- contaban con menos apoyo. De hecho, a pesar de la heterogeneidad de situaciones socioeconómicas y vivenciales, todas ellas –migradas o no- refirieron haberse apuntado a Amam para encontrarse con otras madres y ampliar su red de apoyo emocional, como se verá en el apartado de expectativas hacia Amam. En este sentido, en todas las entrevistas finales tanto de autóctonas como de migradas, Amam había sido un pilar de apoyo y de conexión entre iguales y entre ellas y los servicios del territorio.

Respecto a las mujeres que se encontraban en el grupo de postparto cuando se inició la investigación (6 madres), todas ellas refirieron tener apoyo familiar en los autoregistros. En este apoyo se identificaba el que recibían por parte de la pareja (5 madres), fuese o no el padre de su bebé; el que recibían por parte de los abuelos/as (3) de los bebés; de hermanos/as (2); otros familiares o amistades muy cercanas (2). La persona que refirió más personas en este ámbito nombró a 6 y la que menos solo a una (la pareja). La mitad de ellas refirieron no tener ningún apoyo práctico -que no implicaba que no lo tuvieran, sino que no lo percibían así en el momento del registro-. La otra mitad refirió tener apoyos prácticos respecto a la limpieza (profesional externa), la compra (pedía que le llevaran la compra mensual a casa) y la comida (*tuppers* puntuales de la abuela).

Respecto al apoyo que recibían de otras madres, solo una refirió no tenerlas y las demás mencionan a familiares o amigas que son madres y amistad hechas en Amam. Por último, respecto al apoyo que reciben de profesionales, las madres mencionan los siguientes: Amam (las 6); grupo de lactancia (2) y asesora de lactancia (1); profesional de la psicología (2); espacio familiar (1); CDIAP (1); CSMA (1).

7.2.5. Ámbito formativo, laboral e ingresos económicos

En cuanto al ámbito formativo y laboral, que tiene un impacto directo sobre los ingresos económicos, el prestigio y la posición en términos de clase social, existe una heterogeneidad de situaciones en las mujeres embarazadas y en posparto. De las 8 entrevistadas, 5 tienen estudios superiores y/o especializados, 1 tiene un grado medio y 2 de ellas tienen el bachillerato (o equivalente). Sin embargo, tres entrevistadas realizaron los estudios superiores o especializados en su país y aquí no los han convalidado. Por tanto, es como si no hubieran realizado estos estudios, dejándolas en una situación mucho más vulnerable a la hora de acceder al mercado laboral.

De hecho, respecto al ámbito laboral, solo las dos mujeres autóctonas trabajan en trabajos calificados relacionados con sus estudios, aunque una de ellas trabaja por debajo de su calificación. Por el contrario, las mujeres migradas trabajan -o trabajaban- en trabajos no cualificados y más precarios, relacionados con el sector de servicios, aunque tres de ellas tienen estudios superiores y/o especializados. En este sentido, en el grupo de mujeres migradas, los trabajos encontrados son: hostelería, tienda de modas, trabajo de limpieza y cuidado de personas en casas particulares, una emprendedora con un proyecto de tienda online y situaciones de desempleo, las cuales han ido variando en diferentes momentos desde que se empezó la investigación.

En las entrevistas iniciales, por motivos relacionados con el embarazo, dos informantes estaban sin trabajar (una con subsidio de paro y la otra sin), dos estaban de baja laboral retribuida y la última seguía trabajando en casa de una señora, ya que manifestaba que, por motivos económicos, no podía dejar de hacerlo. La despidieron en los últimos momentos de su embarazo quedándose, con ello, sin vivienda en una situación de extrema vulnerabilidad. Consiguió un alojamiento con ayuda de la referente de Amam, así como una tarjeta de alimentos.

El embarazo, de hecho, como se evidenciaba en el marco teórico, es un momento de fragilidad respecto al mercado laboral que se intersecciona con otros factores como la situación administrativa, produciendo distintos tipos de desigualdades. Es decir, aunque el embarazo es un momento legalmente protegido (permisos de maternidad retribuidos, bajas laborales...), el acceso a los derechos laborales respecto a las bajas o permisos de maternidad, dependerán del tiempo de cotización y de la situación administrativa en el país, produciendo situaciones de mayor seguridad (tener bajas, permisos maternales retribuidos o la imposibilidad de dejar de trabajar).

Por otra parte, una entrevistada explicaba que dejó el trabajo en el momento en que se quedó embarazada por dos motivos: porque consideraba "tóxico" su ambiente laboral y porque su jefe ya le había informado que si se quedaba embarazada, la despediría. Sin embargo, logró que le tramitaran el subsidio de desempleo. Respecto a su situación como mujer migrada en estado de gestación, menciona tanto la vulnerabilidad que significa un embarazo, "yo pienso que es una de las etapas más vulnerables de una mujer" (E1), como la vulnerabilidad de ser migrada: "Lo que pasa es que algunos españoles, no los voy a poner a todos (en el mismo saco), se aprovechan del inmigrante, de su vulnerabilidad". Una vulnerabilidad interseccionada, específica, que impacta en los cuerpos de las madres gestantes.

Las mujeres migradas explicaban la angustia y la dificultad de encontrar trabajo cuando están en situación administrativa irregular y como este estado puede propiciar situaciones de explotación laboral y de mucha más dificultad de hacer efectivos los derechos laborales. Como comenta una informante, su jefa de Perú, cuando supo que quería migrar, le propuso trabajar con ella, ya que quería abrir un negocio de repostería en España, pero una vez aquí quiso explotarla más que lo que la explotaba en Perú: "tuve una mala experiencia con mi jefa aquí, me quiso explotar más de lo que me explotaba en Perú" (E8).

No obstante, también hay informantes que relatan que han encontrado trabajo gracias al boca a boca entre compañeras de trabajo –migradas o autóctonas-, a recomendaciones de empleadores/as y que han encontrado familias autóctonas que las han ayudado:

Me regresé a Barcelona. Estuve sin trabajo dos meses. Luego, porque soy voluntaria en la Cruz Roja, dentro de ahí una compañera me propuso cubrirla en un trabajo por las noches. Y yo ya estaba embarazada. Y pues me iba en las noches, como de ocho de la noche a ocho de la mañana y dentro de esa casa me conocí con una compatriota que me consiguió también otro trabajo, pero ya dejé el de la noche, entonces iba solo por las mañanas y a veces me quedaba a dormir, que fue por un mes, y pues en esta casa me quedé hasta los ocho meses y medio de embarazo. Les comenté mi situación que estaba embarazada, ya cuando mi barriga estaba un poco más grande, pero fueron una familia que se convirtió en mi familia, me aceptaron con la barriga, me cuidaban mucho, que comiera, que ya no quería que salga a hacer compras, que no cargara mucho peso, y ahí terminé mi labor (E8).

Por último, con respecto a los ingresos económicos, las dos mujeres autóctonas (auto)perciben recibir unos ingresos estables y, según ellas, “normales”, en el sentido de que no las hacen sentir en indefensión económica. Por el contrario, las mujeres migrantes se encuentran en situaciones de precariedad económica derivadas de sus situaciones laborales.

7.2.6. Vivienda

Las situaciones laborales y los ingresos económicos impactan en situaciones de vivienda más precarizadas, como el alquiler de habitaciones en lugar de alquilar una vivienda entera. En este sentido, las mujeres migradas entrevistadas tienen situaciones de vivienda más precarias, alquilando habitaciones en algunos casos o locales sin cédulas de habitabilidad. Algunas han vivido como internas –ligando trabajo con vivienda- situación que comporta que si pierden el trabajo pierden también el lugar donde viven. Dos mujeres, una en situación de embarazo y la otra con su bebé recién nacido, han vivido situaciones de desahucio, ya sea por no poder pagar o por situaciones de mayor complejidad. En este último caso, la familia perdió todo lo que no se pudieron llevar en unas bolsas (como, por ejemplo, muebles y electrodomésticos recién comprados). Como se ha visto anteriormente, la referente del programa Amam vuelve a ser clave en estas situaciones al detectarlas y poder coordinarse con la trabajadora social de servicios sociales, mediando en la búsqueda de soluciones y alternativas habitacionales.

7.2.7. Proyectos migratorios

Como se ha visto en el marco teórico, los procesos migratorios pueden acarrear una mayor fragilidad en las familias por todo lo que este proceso comporta. Tal y como menciona Atxotegui (2022), migrar comporta un duelo por la pérdida de estatus social. De hecho, el

duelo por el estatus social perdido es uno de los siete duelos que conforman el duelo migratorio. El resto, tienen que ver con el duelo por la familia y los seres queridos; el duelo por la lengua (y sus modismos); por la cultura; la tierra, por el grupo de pertenencia y por los riesgos físicos. Estos duelos pueden acabar derivando en un duelo migratorio extremo, el Síndrome de Ulises, especialmente en situaciones donde existe falta de apoyo social (Atxotegui, 2008).

En las 6 mujeres que han realizado proyectos migratorios se constata que tuvieron esa pérdida de estatus social, una de ellas, especialmente, tenía carrera universitarias y buen sueldo. Marchó por situaciones de violencia social en su lugar de origen (secuestraron a su hermano por motivos económicos e intentaron extorsionarla económicamente en diferentes ocasiones). Todas las informantes que realizaron proyectos migratorios propios⁴ refieren haber marchado para querer una mejora en su calidad de vida a nivel de seguridad física y/o económica. Tal y como explica una de las futuras madres:

Al estar sola, el sueldo era complicado. Vino la pandemia. Decidimos venir aquí con la pareja actual que tengo (también es de mi país). Vinimos solos, aquí no tenemos a nadie. Venimos a buscar algo... aparte de la inseguridad de allá, porque hay mucha delincuencia (...). Si antes te robaban, ahora te hacen daño. Abusan de los niños, una ya no puede estar tranquila teniendo hijos. Decidimos buscar un sitio mejor y empezar de cero (E5).

Las entrevistadas, en su mayoría, mencionaron huir de situaciones violentas, ya fuera por la falta de seguridad pública que sentían en su país (dos de ellas) como por la violencia de género que sufrieron (cuatro⁵ de ellas). Menos una que migró con 16 años, todas las demás migraron siendo adultas, dos de ellas realizaron el proyecto migratorio en solitario y otras tres vinieron con su pareja y o la reagruparon posteriormente. Aquí se sienten más seguras y con mayor protección y derechos sociales, a pesar de que dos de ellas todavía no tienen el permiso de residencia y trabajo, con toda la precariedad y la dificultad de inclusión social que esto significa.

Sin embargo, una de ellas, la que lleva más tiempo en el país (9 años), muestra cierto arrepentimiento que podría atribuirse a un duelo migratorio inconcluso:

Yo no le di la oportunidad de pronto a mi país, porque yo me vine (...) a los 22 (años) más o menos. Yo no le di la oportunidad para mi país de triunfar. O sea, de decir... voy a estudiar... tú te vienes con una mente muy inmadura de decir: "es que la

⁴ En el caso de madre que era menor de edad en el momento de migrar, la decisión la tomó la madre para mejorar la vida de las dos, huyendo de situaciones de violencia machista. Posteriormente, se reagruparon en Torrassa más familiares y la pareja de la informante, padre de su bebé.

⁵ Una de ellas vino siendo menor con su madre, que es la que recibía la violencia de género. A otra de ellas, se le concedió el asilo por temas de violencia de género. Las otras no lo solicitaron, pero denuncian haberla recibido por parte de sus exparejas.

solución está en otro país”. No, la solución no está en otro país. O sea, realmente, lo que viene uno aquí es hacer de un camarero, de una empleada de servicio, a trabajar en un supermercado. Pero entonces, esto uno no lo visiona cuando uno realmente no sabe ni lo que quiere en la vida. ¿Sabes? Si ahora pudiera volver atrás en el tiempo, yo estudio, yo me quedo en mi país, yo vivo en mi país, disfruto de mi país. Pero, como uno no sabe ni lo que quiere, pues yo me voy a probar suerte ¿qué suerte? O sea, a uno no lo están esperando con las manos abiertas. Si hoy si pudiera volver el tiempo atrás, no vendría a ese país (E1).

Asimismo, la misma informante menciona que si se queda en España es por el bien de su hijo de 5 años, ya que percibe a su país de origen como mucho más inseguro y con menos derechos sociales. Muestra, por tanto, cierta ambivalencia respecto a España y a su país de origen. El resto de informantes también muestran diferentes tipos de duelos (respecto a la familia, la cultura -comida y sabor de los productos- o la forma de hablar, por ejemplo).

Más allá de la migración, muestran unas trayectorias vitales más duras que las expresadas por las mujeres autóctonas y que se concretan en situaciones tales como: primeras maternidades en solitario, situaciones de precariedad económica, huida de diferentes situaciones de violencia social y/o machista. Una de ellas ha vivido tres episodios de violencia de género, dos en el país de origen y otro aquí. En el país de origen, recibió violencia sexual en la familia paterna y, más adelante, diferentes tipos de violencia de género por parte de su expareja y padre de sus primeros hijos. Actualmente, aún recibe violencia económica por parte de éste, quien le amenaza con no dejarle hablar con los hijos comunes si no le envía dinero. Los hijos quedaron en el país de origen, puesto que, en el último momento, el padre biológico impidió el reagrupamiento familiar. Otra informante superviviente de violencia de género la recibió en territorio español por parte de su expareja y padre de su primer hijo.

Las trayectorias migratorias de las informantes, tanto en el país de origen como en las duras condiciones que encontraron al llegar a España, encierran historias de vida, de perseverancia y resiliencia. Sus maternidades vienen condicionadas por estos elementos estructurales y por su determinación de seguir adelante con sus hijos y sus familias. Programas como el de Amam las ayudan en estos objetivos conectándolas a unos recursos del territorio y a informaciones (sobre derechos sociales, sexuales y reproductivos y a trámites burocráticos) que no siempre conocen. La inclusión en el territorio nunca es solo una cuestión de voluntad personal, sino que depende de que, programas como el de Amam, la faciliten. Hacerlo cuando las mujeres atraviesan momentos de vulnerabilidad se vuelve como una necesidad social imprescindible.

7.2.8. Expectativas hacia el parto y la crianza versus la realidad

Respecto a sus partos, en las entrevistas iniciales, todas conocían sus derechos sexuales y reproductivos. Algunas ya los conocían y, especialmente las madres migradas, los han

conocido a través del programa Amam. Saben qué es un plan de parto y que pueden decidir en qué hospital parir. Todas esperaban tener partos vaginales respetados. Esta expectativa se ha visto cumplida en gran parte (menos una mujer que tuvo una cesárea). Respecto al parto de sus actuales bebés, las mujeres que no estaban en Amam durante el embarazo, desconocían los derechos sexuales y reproductivos, así como los planes de parto.

En los relatos de parto, se destacan dos tipos de relatos:

1) Los relatos donde la percepción es de haber tenido, en su mayoría, un parto respetado y bien acompañado de sus actuales bebés, especialmente de las madres que han pasado por Amam. Como ejemplo, encontramos el siguiente fragmento de una madre autóctona: “Un somni. Un somni fet realitat. Sí, tot el que vam parlar abans, tot el que jo havia desitjat, ho vam aconseguir. Va ser perfecte, de manual”⁶ (E4). En el caso de que ya tengan hijos, estos partos se comparan con los anteriores y todas ellas afirman que ahora estuvieron mejor acompañadas y, en el caso de haber estado en el programa cuando estaban embarazadas, sienten que estaban mejor informadas gracias a Amam. En el caso de una madre migrada primípara que llegó a Amam con su bebé ya de tres meses, relata que tuvo un buen parto, pero que le faltó información por parte de los servicios sanitarios:

Nunca me dieron un plan de parto, nunca me dijeron cómo sería, nunca... o sea era 0 información de eso. Y claro, aún no conocía a Aman, yo conocí a Amam cuando ya X (nombre de su hijo) tenía tres meses. Entonces no, no tuve clase de parto, no conocía que era el plan de parto. (E7)

2) Haber tenido experiencias de violencia obstétrica en anteriores partos. En el caso de mujeres migradas, esta experiencia de violencia obstétrica intersecciona con el racismo institucional dentro, en este caso, del sistema médico:

Yo tuve mi primer hijo en el Vall d’Hebrón. Y, para empezar, la enfermera, horrorosa, porque me empezó a decir... yo tengo una pequeña lesión en la espalda. Entonces cuando me pusieron la epidural, solo se me durmió la mitad del cuerpo. Y no me creían. No me creían. Pero por Dios, ¿cómo voy a mentir? Y entonces me pusieron una segunda dosis y solo se dormía la mitad del cuerpo. Y yo le decía, “te juro, mira, puedo mover la pierna. Te lo juro que me duele”. No me creían. Y entonces me dice, “¿tú no eres paraguaya?” Y yo le digo, “¿y eso qué tiene que ver?” “Es que las paraguayas aquí solo vienen a parir”. Yo la volteo, a ver. Digo, “madre mía. Con el dolor que tengo”. (E6)

Sobre el postparto, todas las entrevistadas han relatado la importancia de Amam como fuente de apoyo. Explican que, actualmente, se sienten tranquilas, con menos culpas que en pasadas maternidades, más conectadas con sus necesidades y las de sus bebés.

⁶ Un sueño. Un sueño hecho realidad. Sí, todo lo que hablamos antes, todo lo que yo había deseado, lo conseguimos. Fue perfecto, de manual”

⁷ Cabe recalcar, además, que la informante no es paraguaya.

Explicitan que tienen más información gracias a participar de Amam y que esta viene tanto de las referentes del programa como de otras madres.

En las entrevistas iniciales sobre la crianza, las madres autóctonas hablaban más de disfrutar de su embarazo y de ir fluyendo en lo que fuera viniendo. Por contra, las madres migradas mencionaban más miedos y preocupaciones vinculadas a cómo gestionarán sus nuevas maternidades junto a la crianza de los hijos/as ya existentes. Uno de los miedos recurrentes, era la falta de apoyo social para hacer frente a una crianza múltiple, con todo lo que conlleva respecto a la organización de tareas y la conciliación familiar.

También se mencionaba la preocupación de cómo afrontar los posibles celos de los hermanos ya existentes. En un caso de madre migrada, los miedos se vinculan al bebé que venía con fuertes complicaciones de salud. En su caso, abandonó el programa durante su posparto por la dificultad de poder asistir, ya que su bebé le demandaba mucha atención.

Todas ellas —migradas y autóctonas— querían criar de formas diferentes a las que habían sido criadas. Hablaban sobre que querían tener una mayor presencia con sus hijos/as a nivel emocional, de escucha, de confianza y de poder hablar sin tabúes con ellos. En palabras de una entrevistada:

Los niños no necesitan solo lo económico, sino principalmente lo emocional. Estar ahí en cada etapa. Que mamá siempre está ahí. Siempre dar la información adecuada. Antes había muchos tabúes y no se hablaba. Yo con mi hijo hablo, aparte de que él es hombrecito y mucho más adelantado. Se le habla y se le dice lo que se le tiene que decir, las palabras como son. No cambiar una palabra por otra (E5).

Y tal como expresaba otra madre migrada que recibió maltrato infantil:

No quiero que mis hijos jamás sientan que yo le doy prioridad a nadie por ellos. ¿Sabes? Que no se sientan responsables ni de mis sentimientos. O ¿sabes esta cosa de: “Me voy a portar bien porque mi mamá quiere que me porte bien”. No. Yo considero que estoy criando a mis tres niños, incluyendo a Ezequiel –su hermano menor-, de una manera respetuosa. De una manera donde si te equivocas no pasa nada, pero reflexionando sobre lo que has hecho. ¿Sabes? Sin agresiones, sin agresiones físicas. Porque es que a mí me dieron palo. Madre mía. ¡Cómo me pegaron! ¡Cómo me pegaron! No había día en el mundo que no me pegaran. Pero duro. Con palos. (E6)

El cambio en el modelo de crianza podía generar algunas dificultades con la familia extensa, especialmente si se encontraban en el mismo territorio: “Quiero mucho a mis padres y me ayudan muchísimo en la crianza, pero sí es verdad que no compartimos la forma de criar. Sí que me cuesta mucho que quizá entiendan el porqué estamos cambiando ciertas cosas” (E3). Otras expectativas que tenían respecto a la crianza era dar

el pecho de forma exclusiva (4 de ellas) y lactancia mixta (1 de ellas). Todas querían hacer colecho con sus bebés (fuese compartiendo cama o compartiendo habitación).

En las entrevistas postparto todas estaban realizando lactancia materna, algunas introduciendo la lactancia mixta y otras, por edad del bebé, la alimentación complementaria. Remarcaban la información que obtenían de Amam justamente en aspectos como la alimentación y la valoraban mejor que la recibida en otros recursos:

La verdad es que cuando fui a la pediatra, pues no me lo explicó así del todo (se refiere a la introducción de la alimentación complementaria). Me dio como un... “Mira esto, esto y ya”. Pero en Amam, yo pregunto y me van las mamás, tanto como X (nombre de la referente del programa) que también que nos sigue, nos van explicando qué alimentos son alérgicos, qué alimentos no darles, incluso mandan tipo como un calendario sobre qué alimentos puedes ir dándoles... (E7)

A nivel emocional, expresaban que su participación en el programa les estaba dando más seguridad a la hora de afrontar la crianza y de entender a sus hijos –mentalizar con ellos-. Sentían más seguridad delante de la gestión emocional de posibles lloros de sus bebés y también en la gestión de posibles celos entre hermanos. Algunos de sus bebés -o algunas madres- habían tenido problemas médicos al inicio y remarcaban el apoyo emocional recibido por las otras madres y las referentes de Amam. Todas seguían los planes de vacunación y las visitas a pediatría. Se sentían competentes como madres y más preparadas para afrontar las ambivalencias emocionales propias de la maternidad, rebajando sentimientos de culpa y reforzando la seguridad en sus propias capacidades.

Como apuntaba una madre:

En Amam me ayudan muchísimo porque podemos contar nuestras experiencias nuestro día a día, entonces creo que de esa manera podemos soltar con lo que tenemos. Yo también trato de no ponerme cargas, sino de avanzar, yo sé que no siempre todo va a estar bonito, van a haber dificultades, pero también trato de ver eso y claro, en Amam, te ayudan muchísimo. Aparte que también te hacen las sesiones personales con la psicóloga y tratas de soltar todo eso que llevas. (E8)

Respecto a la vuelta al trabajo, una entrevistada expresaba en las primeras entrevistas que, organizando bien los permisos (maternidad, lactancia), las vacaciones pendientes y la compactación de reducción de jornada, podría estar casi un año con su criatura antes de volver a su trabajo. Otras, especialmente las madres migradas, mencionaban que por sus situaciones económicas vitales esperaban poder volver a trabajar mucho antes: “pienso volver a trabajar en mayo o junio, más o menos así. Pero no sé la verdad cómo se me presenta la situación con una niña pequeña, pero en lo que cabe...” (E1, en paro con subsidio en el momento de la primera entrevista).

Dos de ellas, una autóctona y otra migrada, expresaban que querían hacer ciertos cambios respecto a cómo criaron a sus otros dos hijos/as. Estos cambios tenían que ver con reducir la intensidad de su implicación sin dejar de estar presente (portear menos, dar menos

tiempo el pecho, dormir en la misma habitación, pero no en la misma cama). Otros cambios tenían que ver con introducir triturados en detrimento del método *Baby led weaning* (ofrecer desde el principio alimentos en pequeñas piezas, sin trocear).

Estos cambios se querían realizar con la intención de encontrar una maternidad que les encajasen mejor en sus formas de vivir, las cuales están condicionadas estructuralmente, como hemos ido viendo. Es decir, algunas de ellas querían realizar algunos cambios, buscar nuevas fórmulas que no las hicieran “sufrir tanto” y/o que no las desgasten tanto:

Por ejemplo, lo de la comida, pienso que empezaré triturando un poco y que no pasará nada porque yo estaba allí como mucho infartando con el brócoli y la fresa. Me acuerdo de que el primer día fue brócoli, el segundo, fresa y no hace falta sufrir tanto. Luego el tema porteo era: “no la pongo en el carro porque mi niña llora”. O sea, (...) hacía “Ah” y yo “ya ves, necesita porteo, no le gusta el carro”. Quizás ahora lo intentemos un poco más, porque durante todo el primer año no tocó el carro. Todas las siestas eran porteo y nuestras espaldas sufrieron mucho. Pero del resto, bien (E3).

O como dice otra entrevistada:

Ha sido como el desafío, porque la maternidad exclusiva es algo desgastante no, lo siguiente. Y más que yo tuve un niño que lo amamanté 2 años y medio y fuimos uno para el otro, el otro para el uno, horrible. (...). Una lactancia exclusiva es muy difícil y más que yo no estoy para dedicarme a ella 2 años, yo tengo que dejarla e irme a trabajar (E1).

En las segundas entrevistas expresaban que se habían relajado más en sus actuales maternidades que en las anteriores y que eso les permitía afrontar mejor los desafíos a los que se enfrentaban. Remarcaban, de nuevo, la importancia del acompañamiento recibido por el programa.

7.2.9. Expectativas hacia Amam y beneficios percibidos al final del programa

La importancia y el impacto de programas como Amam radica, entre otros aspectos, en poder ofrecer espacios de relación y acompañamiento en situaciones vivenciales vulnerables (como la maternidad) a sectores de la población que, por desigualdad territorial y económica, no lo hubieran recibido o deberían haberlo ido a buscar en otro territorio. Todas las entrevistadas, explicaban que optaron por ir Amam para encontrar un grupo de apoyo en sus procesos de embarazo y posparto. Un grupo de apoyo tanto a nivel de encontrarse con otras madres, como de ser acompañadas por profesionales que no las juzgasen:

[Amam me da] apoyo psicológico, me ayuda mucho. De alguna forma tengo que expresar todo lo que tengo. X (nombre de la profesional) me está ayudando mucho, el hecho de saber que tienes a una persona que te escucha, es mucho. Porque,

aunque (nombre de la profesional) me diga: “escribe”, pues no es lo mismo. Aquí no te juzgan, no te juzguen por dónde vienes, solo te escuchan e intentan empatizar con tu situación (E2).

Una de las madres autóctonas expresaba que estuvo mirando a otros grupos de apoyo a la lactancia y a la crianza, pero se decantó por Amam debido a que se encontraba en el territorio donde vive: “mucho mejor venir aquí que ir cada día a Gràcia, muy incómodo” (E3). Mencionaba que no había encontrado a ningún otro grupo como el que buscaba cerca, lo que denota una desigualdad territorial y aumenta la importancia de Amam al acercar este tipo de servicios en territorios que no suelen tenerlos.

La importancia del grupo empezó a verse ya desde sus inicios, tal y como se reflejó en las primeras entrevistas. En estas, una informante lo expresaba incluso como una necesidad corporal, hecho que le sorprendía porque ella solía aislarse habitualmente como una forma de protección:

Anoche no dormí nada, me vine a dormir a las 5:00 h de la mañana, pero me dije “yo voy”. Porque es el amor que le ponen. Como decirlo, yo no puedo decepcionar a esas personas que a mí me están esperando con los brazos abiertos. De decir “yo no voy porque no me nace” no me sale, la verdad. Es ir y verlas y (saber) que me están esperando. Es un momento importante. Lo hago con amor y porque quiero, porque me nace, porque mi cuerpo lo necesita (E1).

Al final del programa, las expectativas que las madres entrevistadas depositaron en Amam se habían visto cumplidas. Sobre las mejoras que introducirían en el programa, estas tenían que ver en aumentar el apoyo psicológico individual y en ofrecer talleres enfocados en la mejora laboral posterior. Una madre decía que el embarazo y postparto eran un buen momento para reflexionar sobre el futuro y tener algo de tiempo –durante la baja maternal– para pensar en proyectos de emprendimiento laboral que permitiesen una mayor conciliación laboral y familiar. A este respecto, cabe decir que hay madres que han estado llevando a cabo proyectos en este sentido y que tienen intención de hacerlo. También, a nivel de futuro, tres de ellas se plantean estudiar para mejorar sus empleos.

Los beneficios percibidos por las madres respecto su paso por Amam son múltiples, como se ha ido viendo. Se perciben en diferentes niveles de acompañamiento: emocional, material, informativo, de creación de redes de apoyo y vinculación con los recursos del territorio. A la vez, recalcan que les ha ayudado a conocerse más, a compartir informaciones valiosas, a poner límites sanos y a darse apoyo entre iguales más allá de los encuentros en la asociación (a través de mensajes de WhatsApp, por ejemplo). Finalmente, Amam no las coloca en la posición de “usuaria” o de “persona asistida”, sino que les permite aportar sus experiencias y saberes al programa, aumentando y reforzando su autoestima y la creencia en sus propias capacidades como mujeres y como madres.

7.2.10. Valoración de los profesionales del territorio que colaboran con Amam

La voz de los profesionales se obtuvo a partir de cuestionarios y de entrevistas en profundidad con los siguientes objetivos:

- Conocer la percepción del o la profesional en relación con las necesidades del territorio cubiertas por Amam
- Conocer la percepción del o la profesional en relación con los cambios en las personas atendidas antes y después de participar de Amam

En cuanto a la percepción del o la profesional en relación con las necesidades del territorio cubiertas por Amam, todas las respuestas a los cuestionarios coincidieron en que Amam cubre las necesidades del territorio. Entre estas se destacó la información que proporciona el programa a las madres, la orientación, el acompañamiento y el apoyo social. Cabe señalar que la percepción de los y las profesionales sobre las necesidades que Amam cubre, fue la misma que la expresada las propias participantes del programa.

La gran mayoría de servicios había derivado a Amam durante el último año. Los y las profesionales utilizaron Amam como un recurso al que dirigir a las madres cuando se detecta una situación de vulnerabilidad con el propósito que estas aumentasen su red de apoyo.

En relación con la última pregunta que se formuló en los cuestionarios, “¿alguna observación o comentario?”, destacaron las felicitaciones a Amam y a sus profesionales, así como la intención de continuar con la colaboración interservicios.

Respecto a las entrevistas en profundidad, cabe destacar que ambas profesionales (Educatora Social, ES; y Nutricionista Comunitaria, NC) conocen ampliamente el territorio, ya que desarrollan su tarea profesional desde hace más de 10 años y afirmaron saber de Amam gracias a la participación comunitaria propia de sus funciones profesionales. Las dos profesionales conocen y colaboran con el programa desde sus inicios.

En cuanto a las derivaciones y a los perfiles de las participantes del programa, la primera de las entrevistadas (ES) respondió haber derivado entre 20 y 30 madres durante estos cursos. A la misma pregunta, esta entrevistada describió el perfil de la siguiente manera:

Mujeres que están embarazadas, jóvenes, sin apoyo a nivel de familia extensa, a nivel, incluso, de pareja, y que la crianza es un reto muy grande (...) El perfil de madres que yo dirijo a este recurso son jóvenes sin red y sin conocimiento de crianza (ES).

En cuanto a la relación entre su servicio y Amam, ambas destacaron que la relación entre profesionales es muy fácil.

Yo pienso que es una relación muy colaborativa, participativa, respetuosa, y todos vamos a una, con la misma filosofía, con el mismo talante, y eso es muy enriquecedor (NC).

En cuanto a los objetivos con los que nació Amam, las dos profesionales entrevistadas afirmaron que se están cumpliendo. Señalaron que el programa proporciona acompañamiento tanto a nivel individual como grupal y que permite a las madres ampliar la red de apoyo.

Respecto a otros aspectos que la participación en el programa permite, destacaron que favorece el conocimiento del entorno, la cohesión intercultural y que es preventivo para el aislamiento y la soledad de estas madres.

Las profesionales entrevistadas expresaron que la profesional que está al frente tiene mucha capacidad de escucha, y que las madres se sienten a gusto cuando lo necesitan.

Se detectó como fortaleza el estilo de relación que se establece con las madres y la *mirada* del servicio hacia ellas. Este aspecto cobra fuerza en la comparación con el mundo sanitario, donde existe cierta unidireccionalidad en el acompañamiento y una cierta mirada de juicio.

Destacaron como otras fortalezas que es un espacio que proporciona seguridad y comprensión, así como herramientas concretas para la crianza. Finalmente, se detecta como fortaleza la facilitación de una red de apoyo informal.

En cuanto a la percepción del o la profesional en relación con los cambios en las personas atendidas antes y después de participar en Amam, los resultados del cuestionario desvelan el aumento de la autoconfianza como lo más significativo. Nueve de los diez servicios encuestados observaron una mejora en la confianza de las mujeres en sí mismas.

En las entrevistas, dónde se puede profundizar sobre este aspecto, la autoconfianza también se señaló como un cambio percibido. Otros cambios destacados son la mejora en los hábitos de salud (especialmente en el de alimentación) y en las herramientas para la crianza.

Otro aspecto a señalar, que se comprueba como una mejora, es el aumento de la red social. La ampliación de la red social para luchar contra la soledad y el aislamiento es uno de los objetivos más importantes del programa; y los/las profesionales también observaron este cambio en las madres participaron en Amam. Es interesante que las entrevistadas señalaron que Amam, no solo permite ampliar la red de apoyo, sino que facilita la conexión entre madres con diferentes perfiles socioeconómicos y no exclusivamente con aquellas en situación de vulnerabilidad.

Nosotras a veces hacemos proyectos de servicios sociales, pero son madres de servicios sociales. Aquí está un poco más abierto. Por tanto, la red social es más amplia y hay otras madres (NC).

7.2.11. Valoración de tres madres de la primera edición de Amam que iniciaron un proyecto de emprendimiento propio

Seguidamente, se exponen los resultados obtenidos, mediante la técnica de focus group, con 3 madres que iniciaron un proyecto de emprendimiento a raíz de su paso por Amam. Se extraen las valoraciones de estas participantes, mediante la exposición de ideas que se han podido vincular de las respuestas del focus group.

- Destacaron la utilidad del programa en cuanto les ha permitido ampliar su red social y conocer otros recursos de la comunidad.

De Amam me llevo una TRIBU de compañeras que nos conocimos en el embarazo y a día de hoy seguimos celebrando los cumpleaños, nos vemos. Me siento arropada, seguimos viéndonos y hablamos por el chat de WhatsApp, cuando tenemos dudas, etc... Se ha creado una red y ahora vamos a la Bóbila (*centro cultural de l'Hospitalet dónde se desarrolla su proyecto de grupo de encuentro entre madres*) (EM2)

- Valoraron que el paso por Amam fue positivo para sus hijos, especialmente para el desarrollo de su área social.

Noto mucho que mis hijos han tenido el tema social que el mayor no tuvo, se adaptan a todo, están más acostumbrados a estar con otros niños (EM2)

- Expusieron que su participación en Amam fue un factor determinante para iniciar su proyecto de emprendimiento, y que este está destinado a dar respuesta a las necesidades que las madres puedan tener después de su paso por Amam. (una de las mamás ha iniciado un grupo de encuentro autogestionado para madres, otra se dedica a asesorar en temas de lactancia y la última ha creado un proyecto para organizar y preparar fiestas de cumpleaños y otras celebraciones para niños y sus familias).
- Explicaron que Amam les permitió mejorar sus competencias parentales y los hábitos de salud y bienestar de su hijo/a.
- Valoraron haberse sentido acompañadas por las profesionales de Amam, no juzgadas y en confianza, para resolver sus dudas respecto a la crianza y/o al desarrollo de su hijo/a.
- Destacaron que Amam les ayudó a mejorar su bienestar emocional en un momento crítico, como puede ser el postparto y la primera etapa de vinculación con el bebé.

- Afirieron que han recomendado Amam a muchas madres y que sería necesario un mayor número de Programas como este para poder llegar a un mayor número de participantes.

Es necesario, es obligatorio. Grupos preparto hay del CAP, y nadie te dice que *lo más duro viene después y te vas a quedar sola* (EM3).

Es necesario porque las madres lo necesitamos. Necesitamos estar con personas que tienen el mismo estado vital. Ayudarnos. Ayudaría a que no hubiera tantas depresiones postparto. El postparto es lo más duro (EM2)

¡Se ha acabado eso de las madres en casa, cuidando a los hijos! Tenemos que ser mujeres empoderadas, fuertes... y para eso necesitamos grupos en qué nos veamos valientes, fuertes... Que estamos en una Sociedad que tiene que ver que nosotras hemos parido y dominamos el mundo. Necesitamos grupos para que nadie nos haga de menos porque ya demasiado duro es física y emocionalmente como para que la Sociedad no lo tengan en cuenta... Cambiarían muchas cosas (EM3)

8. IMPACTO DEL PROGRAMA AMAM EN EL BIENESTAR SUBJETIVO, LA AUTOEFICACIA PARENTAL Y LA CAPACIDAD DE MENTALIZACIÓN PARENTAL (RESULTADOS DEL ESTUDIO CUANTITATIVO)

8.1. Impacto del programa Amam en el bienestar percibido por sus participantes (beneficios subjetivos)

Es importante completar la fotografía con la opinión de las participantes, por lo que se realizó un estudio sobre el impacto de este programa en este momento vital de sus trayectorias. A continuación, se describe el método, los resultados y las conclusiones obtenidas con respecto al estudio del impacto de Amam.

8.1.1. Método

Participantes

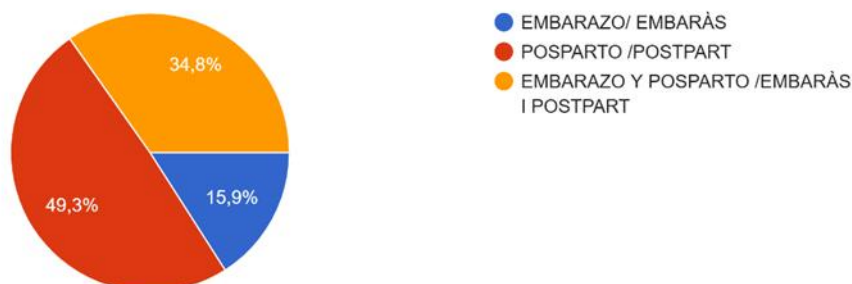
La muestra está formada por 69 mujeres participantes del grupo de embarazo y del grupo postparto durante los cursos 2023-24 y 2024-25.

Como se observa en el gráfico 1, un 15,9% participaron en el grupo de embarazo, un 49,3% en el de postparto y un 34,8% participaron de ambos grupos.

Gráfico 1. Grupos en los que han participado

GRUPO QUE HAS PARTICIPADO / GRUP QUE HAS PARTICIPAT

69 respuestas



En relación con la permanencia en el programa, el 92,8% de las mujeres han estado en el programa más de dos meses y un 63,8% más de tres meses.

Instrumento

Se administró un cuestionario para valorar el nivel de satisfacción con el programa. Se puede consultar en el documento de anexos.

Diseño y procedimiento

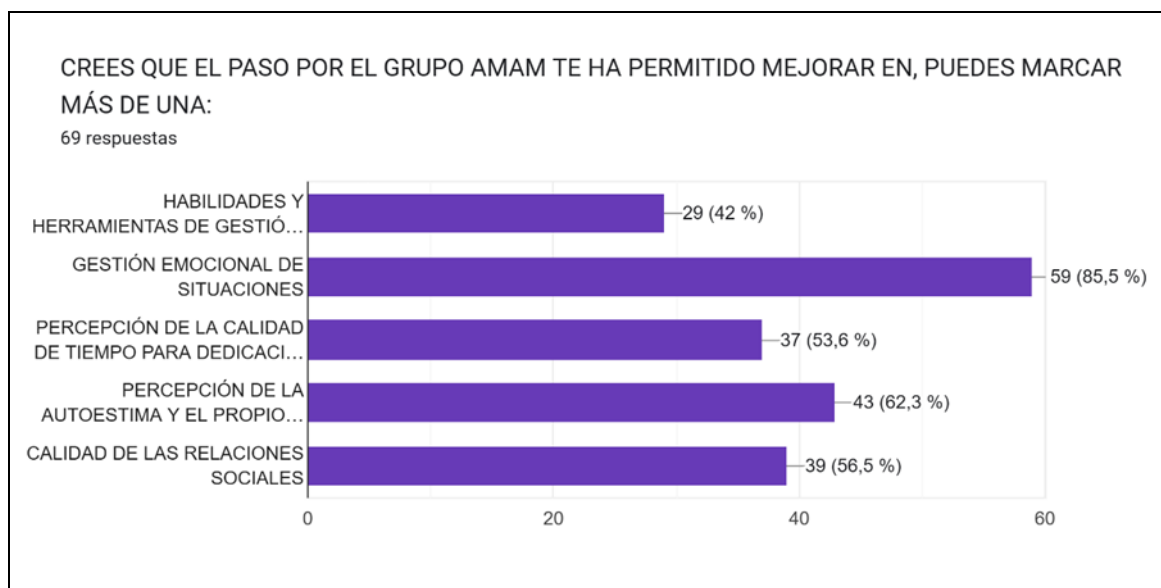
A través de un diseño transversal, se envió el cuestionario de manera online. Este cuestionario se facilitó a las participantes una vez acabado el programa.

8.1.2. Resultados

Un primer grupo de preguntas del cuestionario hacía referencia a la satisfacción con los aspectos organizativos de las sesiones del programa: la frecuencia, el espacio y el horario. Los tres indicadores se han considerado adecuados para la mayoría de las participantes (con porcentajes que van del 81,2% al 85,5%).

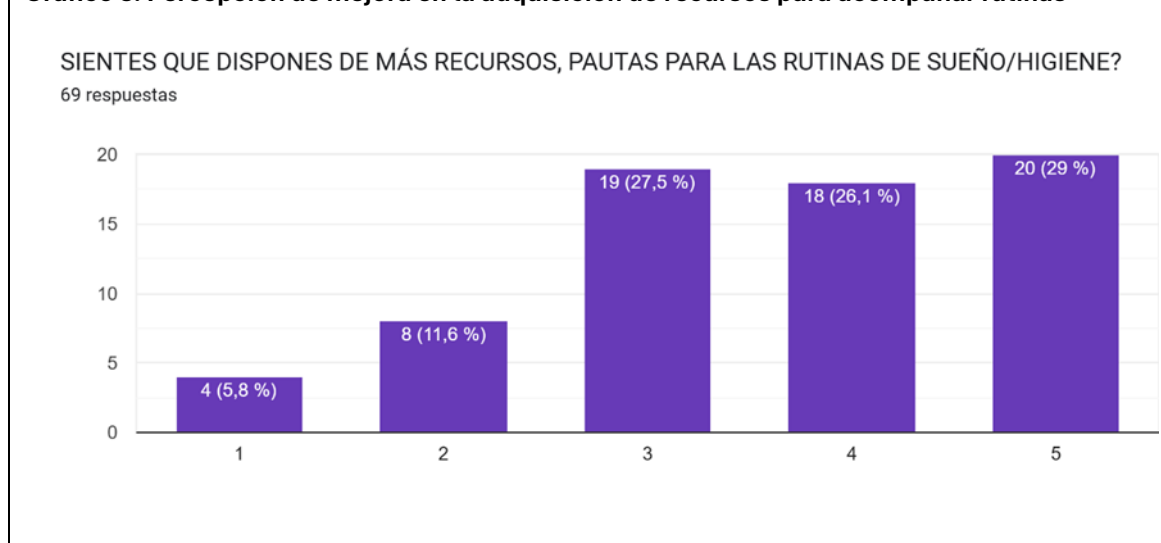
Un segundo grupo de preguntas valoraba la percepción de mejora de diferentes indicadores personales después de su paso por el programa Amam: habilidades de gestión emocional, gestión de conflictos, relaciones sociales, autoestima, cuidado del bebé, etc.

Como puede verse en el gráfico 2, un 85,5% de las mujeres considera que, gracias a la participación en el programa Amam, ha mejorado su gestión emocional. Un 62,3% cree que ha mejorado su autopercepción y su autoestima. Un 56,5% cree que ha mejorado la calidad de sus relaciones sociales. Un 53,6% expresa que ha mejorado la percepción del tiempo de calidad que puede dedicarse a sí misma. El menor porcentaje, un 42%, es el que tiene que ver con la mejora de las habilidades y las herramientas para la gestión de conflictos.

Gráfico 2. Percepción de mejora de indicadores personales

Cuando se preguntó sobre su percepción en relación con la competencia maternal, un 100% de las mujeres encuestadas considera que ha mejorado en conocimientos, herramientas y estrategias para cuidar su embarazo o criatura. Todas ellas también manifiestan que han ampliado sus conocimientos sobre las necesidades de la gestación o de su hijo/a.

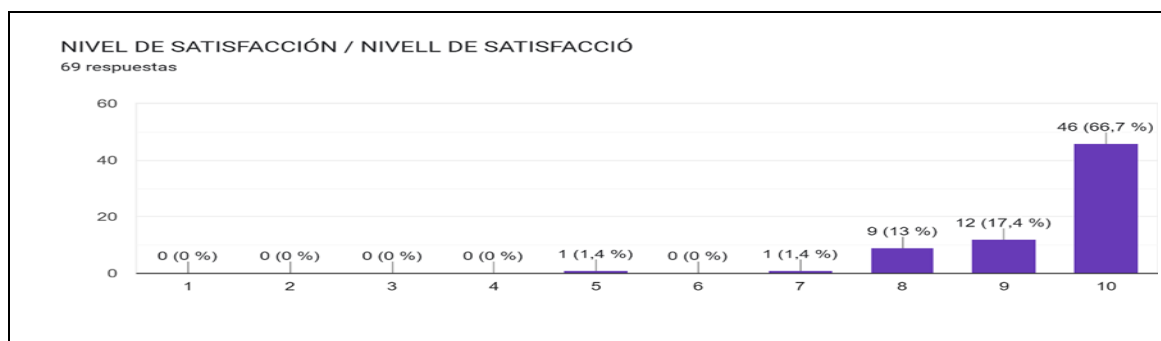
Cuando se les pidió específicamente si después de su paso por Amam sienten que disponen de más recursos y pautas para acompañar las rutinas de sueño y de higiene de sus hijos/as, la mayoría de ellas, concretamente un 82,6% se sitúa en la parte media y alta de la tabla tal y como se observa en el gráfico 3.

Gráfico 3. Percepción de mejora en la adquisición de recursos para acompañar rutinas

Un tercer grupo de preguntas estuvieron dirigidas a conocer el nivel de satisfacción de la atención recibida: una pregunta tipo likert sobre el nivel de satisfacción global con el programa, una pregunta cerrada sobre si recomendarían a sus conocidas la participación en Amam y una pregunta abierta sobre la atención recibida por parte de las profesionales.

En relación con el nivel global de satisfacción de la atención recibida, un 97,1% , se dieron puntuaciones de 8, 9 o 10 (el 66,7% la puntúa con un 10). Podemos ver la distribución en el gráfico 4. Cabe destacar que el 100% de las participantes de Amam recomendarían el programa.

Gráfico 4. Nivel de satisfacción de la atención recibida



Seguidamente, se presenta la nube de palabras elaborada en base a las respuestas a la pregunta abierta: *¿Qué te ha parecido la atención recibida por parte de las profesionales?* Hay que tener presente que las palabras que aparecen de mayor tamaño en la imagen son las que se repiten más veces en las respuestas de las participantes (se han eliminado las palabras relativas a nombres propios).

Imagen 1. Nube de palabras relativa a percepción sobre la atención recibida

(Nombre de la profesional) ha resultado clave en mi proceso, es la profesional con la que más tiempo he compartido y para mí ha sido muy importante. Creo que acompaña al grupo desde el amor y el no juicio, validando y poniendo la mirada compasiva (con toda la connotación positiva) que necesitamos a las mujeres en este momento. Las propuestas siempre han estado muy acertadas (A4).

Una atención muy cuidadosa, atenta y siempre asertiva. Poniendo en el centro nuestros sentimientos y sufrimientos (A7).

Excelente, muy buena persona y muy profesional, las secciones con ella han sido muy provechosas aportándome muchos recursos y herramientas para mi crecimiento siempre desde el respeto y la libertad de expresión. Muy contenta con su trabajo, es lo más (A9).

¡Excelente! Es una gran profesional, muy comprometida y cercana. Gestiona super bien las dinámicas de grupo y sabe darle el lugar a cada mamá, haciéndola participar y haciéndola sentir especial, cómoda e integrada en el grupo rápidamente, sino que nadie se sienta juzgada desde una visión objetiva, pero muy cercana y próxima. Le apasiona su trabajo y su implicación y compromiso son excelentes (A14).

Es una persona muy humana a la que se le da genial escuchar y gestionar cada caso a nivel individual, motivadora y gran sostén en momentos de bajón emocional (A26).

Toda la atención que he recibido ha sido increíble, me ha encantado cómo nos ha guiado durante el embarazo y postparto, me he sentido muy bien acompañada en todo momento, y he confiado en ella en todos mis miedos, dudas, inquietudes. Su acompañamiento no ha podido ser mejor, muy cercana y me ha transmitido calma y mucha tranquilidad, a veces tan necesaria. ¡Me ha encantado conocerte (*nombre de la profesional*)! (A33).

A nivel profesional realmente comprometida y atenta a todas nuestras necesidades, dudas y miedos. Como persona es maravillosa, la amiga o hermana que todos quisieran tener. Muy agradecida de haber coincidido con ella en un momento tan especial de mi vida, hace que sientas que el mundo es mejor (A35).

Muy buena. Muy cercana, sin juicios, mucho respeto, ayudando en todo lo que puede y más. Un gusto haber compartido este tiempo tan especial con ella (A36).

Estuvo muy al pendiente de mis necesidades y las de mi hija. Me ayudó mucho en el tema de recibir ayuda mental, lo necesitaba y lo necesito todavía. Muy agradecida con ella (A39).

Excelente muy buena persona y muy profesional, las sesiones con ella han sido muy provechosas aportándome muchos recursos y herramienta para mi crecimiento, siempre desde el respeto y la libertad de expresión. Muy contenta con su trabajo; es lo más (A51).

Como puede observarse, la profesional es una pieza clave del engranaje de Amam. Las participantes destacaron sobre todo aspectos actitudinales: capacidad de escucha, de acompañar sin juzgar, respeto, asertividad. Agradecieron que sea una profesional cercana, comprometida, tranquila, motivadora, con gran capacidad de sostener miedos, dudas y angustias. Todas ellas consideraron que ha sido una figura importante en su proceso. Una de las participantes resumió con una frase el sentir mayoritario: “Sus palabras y su forma de ser te reconfortan y ayudan”.

8.1.3. Conclusiones

En las diferentes dimensiones evaluadas en el cuestionario, se constata que el grado de satisfacción con el programa y el impacto que ha causado en sus vidas en el momento de la gestación y el postparto es totalmente positivo.

El nivel de mejora percibido en todos los ámbitos evaluados es muy alto y las participantes se sienten empoderadas en relación con, especialmente, la gestión emocional de las situaciones y la adquisición de habilidades para acompañar rutinas. También el nivel de satisfacción con la atención recibida es muy alto.

Además, es de destacar que los resultados obtenidos con los datos cuantitativos son congruentes con los resultados cualitativos (pregunta abierta del cuestionario).

8.2. Impacto del programa Amam en la autoeficacia parental y en la capacidad de mentalización parental

Tal como se ha descrito en el apartado 5, Amam, entre sus objetivos, cuenta con prevenir y promocionar la salud mental materna y el vínculo maternofilial. Tomando como indicadores de estos conceptos las variables autoeficacia parental y capacidad de mentalización parental, aquí se exponen los resultados con relación a la evolución de estas variables en las participantes del programa.

8.2.1. Método

Participantes

Han participado un total de 35 mujeres embarazadas o con hijos/as menores de 3 años que han asistido a la Associació Educativa Itaca durante el curso 2024-2025.

La edad media de la muestra es de 32,9 años (desviación típica de 6,7), pero con un rango de edades muy amplio que va desde los 16 hasta los 47 años. Alrededor de la mitad de las mujeres de la muestra, su edad estaba entre los 28 y los 33 años.

Algo más de la mitad de la muestra (54,3% $n=19$) tenían un único hijo; un 28,6 % ($n=10$) tenían dos hijos; y un 17,1% ($n=6$) tenían 3 hijos.

En lo que respecta a nacionalidad, el 48,6 % de las participantes eran de origen latinoamericano; un 22,9 % s eran españolas; y el 28,6% restante tenían diferentes orígenes.

Solo un pequeño porcentaje de madres (8,6%) no tenía estudios; la mayoría (37,1%) tenía estudios obligatorios; y el resto tenía estudios postobligatorios, ya sean no universitarios (22,9 %), ya sean universitarios (25,7%). En dos participantes, no fue posible obtener este dato.

Las mujeres participantes están divididas en un grupo cuasi experimental y en un grupo cuasi control:

Grupo cuasi experimental: El grupo experimental estuvo constituido por 19 mujeres, usuarias del programa Amam durante el curso 2024/25. Las mujeres participantes fueron derivadas al programa por profesionales de servicios del territorio, esencialmente de la red de salud y de servicios sociales, y que aceptaron participar en Amam. La técnica de muestreo fue de tipo no probabilístico accidental (León y Montero, 1998).

Grupo cuasi control: El grupo control estuvo constituido por 16 madres que participaron en el Espacio Familiar con hijos/as hasta 3 años y que no estuvieron en el programa Amam.

Instrumentos

Se utilizaron diferentes instrumentos para recoger los datos. En primer lugar, un cuestionario inicial de recogida de datos, esencialmente de tipo sociodemográfico.

Se administró el test de mentalización Función Reflexiva Parental - CFRP-18 (Gordo, 2020). Se trata de una prueba estandarizada para medir diferentes capacidades relacionadas con comprender e imaginar el pensamiento del hijo/a; se consideran capacidades básicas en la vinculación materno-filial (ver documento de anexos).

También se utilizó la Escala de Autoeficacia Parental (EEP; Farkas, 2008), tanto en su versión gestantes como madres, según el momento de administración de la prueba. Se trata de una prueba estandarizada pensada para embarazadas o ya madres o padres que evalúa su propio sentimiento de eficacia para criar a un hijo/a (ver documento de anexos).

Diseño y procedimiento

Desde el punto de vista del diseño, se trata de un diseño cuasiexperimental pre-post con grupo de cuasi control. El procedimiento de recogida de datos, de tipo longitudinal, se realizó en dos fases. Una primera recogida de datos se hizo al incorporarse la mujer al programa Aman (fase pretest, septiembre y octubre de 2024), en que se administraron los tres instrumentos (en versión gestantes en el caso del test de autoeficacia parental). Y se llevó a cabo una segunda recogida de datos al terminar el programa (fase posttest, de junio a septiembre de 2025) en que, de nuevo, se administraron el test de mentalización y de autoeficacia parental en la versión madres.

En el caso de las madres que asistían al Espai familiar, también se recogieron los datos siguiendo esta estrategia longitudinal.

8.2.2. Resultados

Se analizaron los datos obtenidos con ayuda del programa de análisis estadístico SPSS. Dado el pequeño tamaño de la muestra se utilizaron pruebas de inferencia estadística no paramétricas (prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas y prueba de U de Mann-Whitney para muestras independientes).

Se llevaron a cabo varias comparaciones, de tipos intra e intergrupo.

En primer lugar, se comparó si había diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en el test de mentalización (PRFQ) al inicio de la participación en el programa Amam y al final (grupo cuasi experimental Amam). El resultado fue que no había diferencias estadísticamente significativas.

En segundo lugar, tampoco se encontraron diferencias significativas entre el grupo cuasi experimental (madres que habían participado en Amam) y el grupo cuasi control (madres que habían acudido al Espai familiar) en el caso del test de mentalización (PRFQ).

En tercer lugar, también se comparó si había diferencias significativas en la escala de autoeficacia parental (EEP) entre el grupo cuasi experimental y el grupo cuasi control. En este caso, sí que aparecieron diferencias significativas ($p < .05$) en tres ítems del test EEP:

- Ítem 1: Me siento constantemente criticada o evaluada por los otros en mi rol de madre/padre.
- Ítem 4: Considero que las decisiones que tomo con relación a la crianza de mis hijos son las más acertadas.
- Ítem 7: Las exigencias de la maternidad/paternidad me hacen sentir tensa y angustiada.

Concretamente, las madres que habían participado en el programa Amam, después de su paso por él, si se comparan con las madres que han asistido al Espai familiar, no se sienten tan criticadas por los otros, están más seguras de sus decisiones en cuestiones de crianza y la maternidad no les hace sentir tan tensas y angustiadas como las madres del grupo control.

Se debe destacar que, aunque solo estos resultados nombrados fueron significativos a nivel estadístico, muchas de las medias comparadas iban en la línea de la hipótesis. Es decir, los resultados mejoraron en el momento post para las mujeres que habían pasado por Amam si se comparan con el momento pretest y con el grupo cuasi control.

8.2.3. Conclusiones

Como se ha visto, cuando se aplican pruebas de estadística inferencial, la mayoría de las comparaciones no resultó significativa a nivel estadístico. Los únicos resultados que arrojaron resultados significativos estadísticamente ($p < .05$) fueron en los tres ítems comentados del test EEP.

Por tanto, tomando de manera aislada y como referencia estos resultados, se podría decir que el alcance del programa Aman en lo que se refiere a tener algún tipo de influencia en la autoeficacia parental y en la capacidad de mentalización es más bien limitado, especialmente en el tema de la mentalización. Sin embargo, la significación estadística puede estar influenciada por factores externos al propio programa que se pone a prueba. Así, en nuestro caso, se deben tener en cuenta varios aspectos; algunos tienen que ver con cuestiones estadísticas y otros con cuestiones conceptuales.

- Tamaño de la muestra. A pesar de que se han aplicado pruebas estadísticas de inferencia no paramétricas (idóneas para muestras pequeñas y/o cuando no se ajustan los datos a una distribución normal), la muestra es muy pequeña, dado que ninguno de los dos grupos que se comparan supera los 20 participantes. Cuando esto ocurre, la prueba pierde potencia estadística: es decir, si la muestra es muy

pequeña -como en nuestro caso- la probabilidad de detectar una diferencia que realmente existe, disminuye (es lo conocido en estadística inferencial como error tipo II o falso negativo).

- Falta de sensibilidad del instrumento para detectar el cambio. Esta podría ser otra explicación: que, a pesar de haber cambio (como apuntan los resultados cualitativos y algunos cuantitativos), los dos tests seleccionados no fuesen capaces de detectarlo.
- Escaso tiempo de seguimiento post. Podría ser que el impacto del programa Amam no se manifestase inmediatamente en las dos variables medidas (autoeficacia parental y mentalización). Son variables que remiten a conceptos muy complejos, que pueden operatizados de manera muy diferente y con efectos observables en momentos diferentes.
- Relevancia clínica. Es necesario diferenciar entre significación estadística y significación o relevancia clínica. Perfectamente, se puede dar relevancia clínica (en este caso, participantes y profesionales sí que valoran como efectivo el paso por Amam tal como queda ampliamente recogido en la parte cualitativa de la investigación), pero sin que se observe significación estadística, especialmente si la muestra es pequeña, como es nuestro caso.

En definitiva, antes de poder confirmar o negar la influencia de Amam en la autoeficacia parental percibida y en la capacidad de mentalización, lo ideal sería:

1. Aumentar el tamaño de la muestra, por si la baja significación estadística es un problema de la muestra, no del programa Amam.
2. Aumentar el tiempo de seguimiento post (una vez acababa la intervención).
3. Reflexionar si los instrumentos utilizados son los más idóneos para medir el impacto del programa, o bien si deben ser complementados con otras medidas.

Hay dos datos que motivan a ampliar el estudio en estas tres líneas comentadas. Por un lado, los resultados altamente positivos arrojados por el estudio cualitativo; por otro lado, a nivel cuantitativo, la aparición de diferencias significativas a pesar del pequeño tamaño de la muestra y que en el resto de resultados, aún no ser significativos a nivel estadístico, la mayoría de las medias comparadas iban en esa dirección.

PARTE III

9. CONCLUSIONES

Según los resultados encontrados, se confirma la hipótesis de partida del estudio: *el acompañamiento psicosocial durante el embarazo y los primeros años de vida del niño/a comporta beneficios de carácter individual y social para todas las madres y sus hijos/as, pero especialmente para aquellas que viven situaciones de vulnerabilidad.*

Concretamente, se puede concluir que el programa de acompañamiento Amam:

- Se adecua al entorno territorial en que se inscribe y da respuesta a las necesidades detectadas: las participantes han valorado el programa muy satisfactoriamente, así como profesionales de otros recursos del territorio.
- Conecta el territorio (profesionales y red informal de ayuda) con mujeres con perfil de vulnerabilidad, por lo que actúa como factor de protección durante el embarazo y los primeros meses de vida del bebé. En perfiles de vulnerabilidad, el apoyo social es un factor de protección contra la exclusión social.
- Tiene un diseño acorde con los modelos propuestos en la bibliografía especializada (presencia de 14 indicadores críticos, más dos propios de Amam). Se valora especialmente la continuidad de las personas referentes.
- Mejora el bienestar autopercebido en gestión emocional, autoestima, calidad de las relaciones sociales, tiempo de calidad dedicado a una misma y gestión de conflictos.
- Aumenta los conocimientos y estrategias para el cuidado del embarazo y del bebé y sus rutinas; así como también sus derechos sexuales y reproductivos. También favorece el correcto seguimiento pediátrico del bebé.
- Tiene un impacto positivo en la autoeficacia percibida por las propias madres. Tanto por los testimonios aportados por las mujeres como por el resultado obtenido de la comparación de ellas con un grupo de madres que no participó en Amam, estas mujeres se autoperciben como más capaces como madres que antes de iniciar su participación en Amam.
- Parece tener un impacto también positivo en la capacidad de mentalización, aunque aquí los datos cualitativos y cuantitativos no confluyen. Esta discrepancia, sin embargo, debe tomarse con cautela, ya que puede explicarse por factores externos al valor del programa.
- Potencialmente, tiene mayor beneficio en las participantes cuanto menor es su red familiar y social: consigue disminuir su soledad vinculándolas con otras madres y profesionales.
- Los y las profesionales de otros servicios del territorio valoran el programa Amam como un apoyo a su propio trabajo y perciben cambios significativos en las participantes en autoconfianza, temas de crianza y salud infantil, así como un aumento en su red social. Manifiestan que podría ser replicable en otros territorios con características sociales y demográficas similares.
- Rompe con el peligro de guetización al incorporar diversidad en los perfiles sociodemográficos y culturales de las madres, respetando la inteligencia cultural

(comprensión hacia otras formas o visiones de la maternidad) hecho que mejora la participación y la inclusión social.

En definitiva, hay confluencia en las conclusiones a las que se llega desde la perspectiva cualitativa, cuantitativa, de la percepción de las mujeres participantes y de los profesionales. Así, se puede afirmar que el programa Amam cumple con los estándares de buenas prácticas, y es un programa eficaz en el ámbito social y preventivo.

10. RECOMENDACIONES

En cuanto a las recomendaciones, queremos insistir en primer lugar que se debería continuar interviniendo en población de mujeres embarazadas, especialmente si presentan algún tipo de vulnerabilidad, a través de programas específicos que fomenten el bienestar emocional y las habilidades parentales como la autoeficacia parental y la capacidad de mentalización parental, y que promuevan el trabajo en red con otros servicios del territorio. El programa Amam responde a estos requisitos dado que está en sintonía con los modelos de atención perinatal propuestos en la bibliografía, se adecua a las necesidades detectadas en mujeres con múltiples ejes de desigualdad, y es conocido y reconocido por otros recursos y profesionales del territorio.

En segundo lugar, se debería tener en cuenta las demandas expresadas por las participantes de aumentar el seguimiento psicológico individual que se ofrece en el sí del programa, así como la realización de talleres formativos para mejorar su incorporación o cualificación en el mercado laboral y sus capacidades de emprendimiento por cuenta propia (como algunas de ellas han hecho).

En tercer lugar, dado que participantes y profesionales han valorado como efectivo el paso por Amam (relevancia clínica, a veces también acompañada de significación estadística), se sugiere continuar estudiando el impacto real que genera el programa con un diseño de investigación mejorado. En concreto, estudiar mejor la influencia del programa en la capacidad de mentalización, aumentar el tiempo de seguimiento y el tamaño de la muestra, así como valorar su impacto en indicadores relacionados con la salud.

Acabar recordando que la inversión realizada en programas psicosociales de prevención para la población general, pero, especialmente, para aquella que vive situaciones de vulnerabilidad, retorna con creces en el futuro: tanto económicamente (ahorro en gasto médico), como personalmente (individuos más conscientes y libres), como socialmente (sociedades más justas y cohesionadas).

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ausona, M. (2015). *Al·letaments de llarga durada i altres usos de la corporalitat en la criança*. [Tesi de doctorat]. Universitat de Barcelona.

Belvis F, Muntané F, Muntaner C, Benach J. (2024). What is the impact of job precariousness on depression? Risk assessment and attributable fraction in Spain. *Public health*. DOI: 10.1016/j.puhe.2024.03.019

Bowlby J. (1993). *El vínculo afectivo*. Paidós.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. Basic Books.

Cox, J.L. et al., (1987). Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (validada por Garcia-Esteve et al., 2003)

Departamento de Salud (2024). *El estado de salud, los comportamientos relacionados con la salud y el uso de servicios sanitarios en Cataluña, 2023*. Generalitat de Catalunya.

Diputación de BCN (2023). *Informe de indicadores de salud local*. L'Hospitalet de Llobregat.

Dirección de Gobernanza de datos (2024). La población en L'Hospitalet 2023.

Farkas, C. (2008) Escala de Evaluación Parental (EEP): Desarrollo, propiedades psicométricas y aplicaciones. *Universitas Psychologica*, vol.7

Fundació Itaca (2023). Amam, Informe de valoració.

Fundación FOESSA (2024). *La sociedad del riesgo: hacia un modelo de integración precaria*. Cáritas española editores.

Fundació Pere Tarrés (2024). *Informe FPT salut mental*. Departament de Consultoria i Estudis.

Fuster Guillen, D. E. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229.

Gordo, L. (2020) Versión Española del Cuestionario de Función Reflexiva Parental (CFRP-18) *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación*, n.55, vol. 2, pp 5-17.

Graell, A. & Lanza, G. (2014). *Mentalización, apego y regulación emocional*. *Desenvolupa*(39).

<http://www.desenvolupa.net/Media/Files/Numeros/Numero-39-10-2014/Mentalizacion-y-apego-Lanza-Graell>

Lanza, G. (2013). Manual de la prueba de Situaciones para la Evaluación de la mentalización.

https://www.researchgate.net/publication/236025601_Manual_del_Test_de_Situaciones_para_la_Evaluacion_de_la_Mentalizacion_primera_version

León, O. y Montero, I. (1998). *Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en Psicología y Educación*. McGraw Hill.

López Romero, A.; Camps Galí, M. «La función terapéutica del trabajo social en el contexto del centro de desarrollo infantil y atención precoz». *Educación social. Revista de intervención socioeducativa*, 2020, Nº. 74, p. 59-72.

<https://doi.org/10.34810/EducacioSocialn74id364745>

Mora, A. (2020). *Conocer para transformar. Métodos y técnicas de investigación en Trabajo Social*. Tirant Humanidades.

Naciones Unidas (2020). *La importancia de los primeros mil días de vida*. Naciones Unidas-Bolivia.

Olmo del, C. (2013). *¿Dónde está mi tribu? Maternidad y crianza en una sociedad Individualista*. Clave Intelectual.

Olza, I., Fernández, P., González, A., Herrero, F., Carmona, S., Gil, A., Amado, E. y Diph, M.E. (2021). Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal, *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 23-35.

<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v41n139/2340-2733-raen-41-139-0023.pdf>

Pérez-Llantada, M. C., López, A. y Gutiérrez, M. T. (2010). *Evaluación de programas e intervenciones en psicología: Salud, educación y organizaciones sociales*. Dykinson.

Portal estadístic de l'Ajuntament de l'Hospitalet de Llobregat 2024: L'Hospitalet en xifres
<https://www.l-h.cat/portalestadistic/portalestadistic.aspx?id=1>

Roca, A. et al. (2023) Efficacy of contextual therapies in perinatal depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research* 169.

DOI:[10.1016/j.jpsychires.2023.11.003](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.11.003)

Rodó-Zárate-(2021). *Interseccionalitat. Desigualtats, llocs i emocions*. Tigre de Paper.

Ruiz Aragüez, Celia (2020). Análisis de los programas de educación maternal en el Sistema Nacional de Salud Español. *Parainfo Digital* (31): e3142.

Scheper-Hughes, N. (1992). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Editorial Ariel.

Torras, I. (2020). Las necesidades de la pequeña infancia: los mil días de oro. *Educación social. Revista de intervención socioeducativa*, 74, 17-35.

<https://doi.org/10.34810/EducacioSocialn74id364796>

Torras, I. y Lorenzo, A. (2018) *Monoparentalidad femenina y pobreza*. Mesa de entidades del Tercer Sector Social de Catalunya.

UNICEF (2012). *Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia*. Kaleidos.