

Projecte d'avaluació del programa d'acompanyament en
l'embaràs i el postpart, AMAM, de l'Associació Educativa Itaca
de l'Hospitalet del Llobregat

INFORME DE RESULTATS PRELIMINARS



Marta Ausona, Anna López, Isabel Torras

Investigadores de del Grup de recerca Innovació i Anàlisi Social (GIAS) de la Facultat
d'Educació Social i Treball Social Pere Tarrés de la Universitat Ramon Llull

Desembre 2024

Projecte d'avaluació del programa d'acompanyament en l'embaràs i el postpart, Amam, de l'Associació Educativa Itaca de l'Hospitalet del Llobregat

INFORME DE RESULTATS PRELIMINARS

1.-INTRODUCCIÓ

Aquest informe s'ha realitzat per encàrrec de l'Associació Educativa Itaca amb l'objectiu de fer una avaluació del seu programa d'acompanyament a dones embarassades i durant el període de postpart (Programa Amam).

L'estudi s'ha centrat en els efectes que té disposar de suport psicosocial en un moment vital molt sensible per les dones com és l'embaràs i primers mesos del postpart. El grup avaluat és divers en quant a edat, procedència, formació, nivell socioeconòmic o altres factors que poden incidir en la pròpia vivència de la maternitat. L'estudi posa el focus en els relats de totes aquestes dones, però molt especialment en els d'aquelles que viuen l'embaràs i el postpart en situacions fràgils i/o vulnerables. Es vol conèixer com impacta un programa d'aquestes característiques en dones que no viuen l'embaràs i la maternitat en les millors condicions, ja sigui per qüestions econòmiques, d'habitatge, de soledat, de salut, de violència o altres motius. L'acompanyament perinatal en aquests casos pren especial rellevància pel seu caire preventiu, donada la repercussió que té la vivència positiva de l'embaràs i postpart sobre la qualitat de vida de les dones i els seus infants a curt i llarg termini.

Aquest estudi finalitzarà el setembre del 2025, pel que el present informe ofereix una primera anàlisi dels resultats en base a les dades recollides fins el moment present. Per tant, recull quina és la situació de partida d'un grup experimental per veure la seva progressió en diferents moments del programa i poder avaluar millor l'impacte a nivell tant quantitatiu com qualitatiu. En l'informe final, aquestes dades es contrastaran amb les dades d'un grup control, així com també amb dades estadístiques del territori i amb qüestionaris als professionals de referència de salut i de serveis socials.

2.-MÈTODE

Hipòtesi i objectius

La hipòtesi de partida de l'estudi que presentem és que l'acompanyament psicosocial durant l'embaràs i els primers anys de vida de l'infant comporta beneficis de caràcter individual i social per totes les mares i els seus fills/es, però especialment per aquelles que viuen situacions de vulnerabilitat.

La finalitat de l'estudi es concreta en els següents objectius:

1. Valorar l'adequació del programa segons les necessitats percebudes i la revisió de la bibliografia especialitzada.
2. Avaluar els efectes que comporta per les dones participar en el programa Amam
 - a. En relació al benestar percebut per les pròpies participants: comptar amb suport, trencar l'aïllament, establir vincles, no ser jutjades, sensació de pertinença, d'estar en un espai segur reducció d'estrès, augment de seguretat, disposar de més eines d'autocura, conèixer més recursos, etc.
 - b. En relació al desenvolupament d'habilitats marentals i personals per establir un vincle sa i segur amb el seu fill/a.
3. Avaluar els efectes socials i de caràcter preventiu del programa Amam a l'entorn social en el que està ubicat
 - a. En relació a la percepció de professionals i agents socials del barri (SS, CDIAP, Taules de treball en xarxa, etc.).
 - b. En relació a indicadors objectius relacionats amb salut i l'educació per la salut (CAP, ASSIR, etc.).

Disseny

Per assolir els objectius d'aquest estudi s'ha optat per una metodologia mixta que combina la recollida de dades amb tècniques quantitatives i qualitatives. L'ús de diferents tècniques de recerca enriqueix l'anàlisi i facilita la validació creuada de dades, reforçant així la validesa i fiabilitat dels resultats.

El procediment de recollida de dades es farà en dues fases. Una primera recollida de dades es farà abans d'iniciar el programa (pretest) i es farà una segona recollida de dades a l'acabar el programa (posttest).

Participants

Hi ha dos grups de participants: les dones embarassades o amb fills petits; i els professionals dels diferents recursos del territori que les atenen.

- A) Les participants son dones embarassades o amb fills menors de 3 anys que assisteixen al programa Amam o a l'Espai Familiar.

Grup experimental: El grup experimental està constituït pel conjunt de dones del programa Amam del curs 2024/25. El reclutament el fan les professionals que duen a terme el programa (Amam és un programa que va començar el 2023, en el seu moment es va fer difusió i ara ja es conegut pels Serveis Socials que son els principals derivadors).

Característiques de la mostra del grup experimental: Formaran la mostra les 30 usuàries del programa Amam (10 dones embarassades i 20 dones amb nadons fins a 6 mesos d'edat).

Grup control: La mostra del grup control serà el conjunt de mares que participen de l'Espai Familiar de l'associació educativa Itaca amb fills/es fins a 3 anys i que no han estat en el programa Amam.

- B) Professionals dels recursos del territori amb els que es coordinen les professionals d'Amam.

Instruments

Es contempla l'ús de diferents instruments en funció dels objectius plantejats. Per la recollida de dades s'han utilitzat 5 tècniques: qüestionaris, tests, registres, entrevistes semiestructurades i focus grup.

Qüestionaris:

- ✓ Qüestionari inicial de recollida de dades
- ✓ Qüestionari final de valoració i satisfacció amb el programa
- ✓ Qüestionari a professionals/agents del territori de sanitat i educació dissenyats ad-hoc per aquesta recerca enfocades a una doble finalitat:
 - Conèixer la percepció del professional en relació a les necessitats del territori cobertes per Amam
 - Conèixer la percepció del professional en relació als canvis en les persones ateses abans i després de participar d'Amam

Tests i escales estandaritzades:

- ✓ Test de mentalització (Función Reflexiva Parental (CFRP-18)). Gordo, 2020. Es tracta d'una prova estandaritzada per mesurar diferents capacitats d'entendre i imaginar el pensament del fill/a; capacitats bàsiques en la vinculació materno-filial.
- ✓ Escala d'Autoeficàcia Parental (EEP gestants). Farkas, 2008. Es tracta d'una prova estandaritzada pensada per dones embarassades que avalua el propi sentiment d'eficàcia per criar un fill/a.
- ✓ Escala d'Autoeficàcia Parental (EEP mares). Farkas, 2008. Es tracta d'una prova estandaritzada pensada per pares i mares que avalua el propi sentiment d'eficàcia per criar un fill/a.
- ✓ Test depressió post part d'Edinburgh, 1987 (validada per Garcia-Esteve et al., 2003). Es tracta d'una prova estandaritzada i validada en població espanyola per valorar si hi ha símptomes de depressió setmanes després de tenir un fill/a.

Registre personal de cada participant: a cada participant se li facilitarà una llibreta on anotar les seves impressions i sensacions de benestar emocional durant els mesos de participació en el programa

Entrevistes amb profunditat a un grup reduït de participants del programa: Entrevistes semiestructurades dissenyades ad-hoc per aquesta recerca. S'han establert 6 blocs de preguntes en funció de les temàtiques fonamentals que han sorgit de l'anàlisi de la bibliografia i dels objectius de l'estudi:

- Situació actual
- Procés migratori (en el cas que n'hi hagi hagut)
- Experiències de violència (en el cas que n'hi hagi hagut)
- Embaràs i part
- Expectatives sobre la seva maternitat
- Xarxa de suport

Focus grup de mares emprenedores: Focus grup adreçat a antigues participants d'Amam que actualment són emprenedores per tal de conèixer la seva experiència.

La següent taula resumeix els objectius de l'estudi, les qüestions d'anàlisi de cada objectiu i els instruments que s'utilitzaran (en l'Annex 1 s'aporten les plantilles de resposta).

Objectiu	Qüestió d'anàlisi	Instruments
Valorar l'adequació del programa segons les necessitats percebudes i la revisió de la bibliografia especialitzada.	-Perfils de les participants -Xifres de salut -Anàlisi de bibliografia especialitzada -Programa Amam	-Qüestionari inicial -Test de depressió postpart -Entrevistes amb profunditat -Observatori -Articles -Memòria Amam 23/24
Avaluar els efectes que comporta per les dones participar en el programa Amam: -En relació al benestar percebut per les pròpies participants: -En relació al desenvolupament d'habilitats marentals i personals per establir un vincle sa i segur amb el seu fill/a.	-Percepció de suport, de pertinença, de disposar de més eines d'autocura, de reducció d'estrès, de conèixer més recursos del territori, etc. -Desenvolupament d'habilitats marentals -Establiment del vincle maternofilial	-Focus grup emprenedores -Qüestionari final de satisfacció -Test EEP -Test PRFQ

Avaluar els efectes socials i de caràcter preventiu del programa Amam a l'entorn social en el que està ubicat: -En relació a la percepció de professionals i agents socials del barri (SS, treball en xarxa, Cdiap) -En relació a indicadors objectius relacionats amb salut i l'educació per la salut (CAP, ASSIR...)	-Valoració de les necessitats que cobreix Amam i dels canvis percebuts en les participants -Anàlisi de xifres de salut	-Qüestionari professionals -Qüestionari professionals
---	--	---

Aprovació ètica

El protocol per portar a terme aquesta recerca ha estat presentat al Comitè d'Ètica de la Facultat d'Educació Social i Treball Social de la Universitat Ramon Llull. A totes les participants se'ls ha lliurat un full explicatiu i totes elles han signat el consentiment informat (veure Annex 2). Per garantir la confidencialitat de les participants, les entrevistes s'han codificat seguint la lògica alfabètonumèrica. Algunes dades sensibles s'han omès per evitar la identificació de la persona entrevistada.

3.-MARC TEÒRIC

El present marc teòric vol ser una breu conceptualització de tres temes claus que enquadren aquesta recerca: 1) El paradigma interseccional; 2) La salut mental perinatal i 3) El vincle i la teoria de la mentalització. Aquest marc ens facilitarà avaluar el projecte Amam des de nivells macro i micro socials.

3.1.- El paradigma interseccional: no totes les mares pel fet de ser mares viuen la maternitat de la mateixa manera.

L'embaràs i la maternitat viscuts en una situació de vulnerabilitat i sense xarxa social de suport pot comportar diferents riscos tant per la mare com pel nadó. Vivim en un sistema individualista que no afavoreix maternar: un sistema amb polítiques de conciliació laboral insuficients, que desvaloritza el treball de la cura, que penalitza laboralment la maternitat, on hi ha desigualtat en el repartiment de les tasques domèstiques, entre d'altres factors (Olmo, 2013; Ausona, 2015). Aquests factors socioestructurals que acabem d'enunciar poden ser analitzats des d'una mirada interseccional. El paradigma interseccional parteix de la premissa que les situacions de discriminació estan travessades per diferents eixos de desigualtat que es constitueixen mútuament. No totes les dones (o les mares) pel fet de ser dones (o mares), viuen situacions semblants. La classe social, l'origen (migrant o autòcton), l'edat, els recursos econòmics o la salut mental, entre d'altres factors, creen escenaris i situacions diferents; de més fragilitat o més privilegi.

En la mateixa línia, la Fundació Foessa (2022) alerta i insisteix en que la fragilitat de les famílies no només té a veure amb factors econòmics, sinó que és clarament multifactorial, incloent-hi factors relacionats amb la salut física i mental, l'habitatge, l'ocupació, els processos migratoris i els dols que comporta (Atxotegui, 2008, 2020), la falta de xarxa de suport social, les competències parentals, etc. I destaca com alguns d'aquests factors s'han vist empitjorats els darrers anys (com l'habitatge, la salut mental o els processos migratoris). Les llars monomarentals, sovint amb una dona migrada al capdavant, són les que tenen més risc d'esdevenir vulnerables (Torras & Lorenzo, 2018).

També cal recordar que tota maternitat té una part instintiva i una part contextual. És a dir que cada mare crea un vincle amb el seu nadó en un determinat context cultural i socioeconòmic (Scheper-Hughes, 1992). Les desigualtats i els privilegis es configuren diferent depenent del lloc on estigui la persona (Rodó-Zárate, 2021). I no parlem només de llocs geogràfics, sinó també dels diferents espais en que es mou la dona en el seu entorn proper: la casa, el carrer, la feina, el CAP, per exemple. La vulnerabilitat no només és present quan hi ha una manca de recursos per part dels individus i de les seves famílies, també depèn de les oportunitats que ofereixin les societats en els diferents entorns i de les facilitats que tinguin les famílies per poder-les aprofitar.

Diversos estudis han posat de manifest que l'acompanyament psicoemocional a les mares, especialment aquelles en situació de vulnerabilitat, durant l'embaràs i els primers mesos de postpart, d'una manera integral, tenint en compte les variables esmentades, és un factor protector tant per elles com pel desenvolupament del seus nadons (Naciones Unidas, 2020; UNICEF, 2012).

3.2.-La salut mental perinatal. Pobresa, migració i soledat a la base del malestar emocional.

L'OMS ens recorda que una de cada quatre persones experimentarà algun problema de salut mental al llarg de la seva vida. Els factors socials, culturals, econòmics, polítics i ambientals tenen un paper fonamental en la salut mental de les persones. La feina, l'habitatge, l'entorn, la situació econòmica, així com la discriminació de gènere i l'exclusió social que les persones poden patir, són fets que impacten directament sobre la seva salut mental. La salut mental, per tant, no es considera una qüestió només individual sinó també amb un important component social i estructural.

Segons l'enquesta de salut de Catalunya (2023) un 26,7% de dones presenta malestar emocional i s'evidencia una relació estadística entre situacions de vulnerabilitat social i malestar emocional. Les diferències en els aspectes socials generen desigualtats en salut que es manifesten en forma de gradient: a pitjor posició social, pitjor estat de salut. Segons Belvis et al. (2024) la precarietat, sobretot la laboral, explica una tercera part de les depressions.

L'etapa perinatal és un període de la vida de la dona especialment sensible, donada la importància i els canvis físics i mentals que comporta gestar un nadó i tenir-ne cura. És

també un moment on poden aparèixer problemes de salut mental que, si no es tracten, poden repercutir en la vida de la dona i en el desenvolupament del seu nadó. Hospitals com el Clínic o la Vall d'Hebron han detectat un augment de les primeres visites a les seves unitats de salut mental perinatal els darrers anys (del 2022 al 2023 la Unitat de Salut Mental Perinatal del Clínic ha detectat un augment del 37%). Es calcula que una de cada cinc dones tindrà un trastorn mental al llarg de la gestació o postpart. El trastorn mental més habitual és la depressió postpart amb un 10% o 15% d'incidència, seguida dels episodis ansiosos. Roca et al. (2023) indiquen com a factors de risc: experimentar esdeveniments vitals estressants (migració, malalties, mort o patiment d'éssers estimats, problemes d'habitatge, laborals o econòmics); viure situacions d'abús o violència i no disposar de suport extern, entre d'altres. Un estudi empíric de Ruiz Aragüez (2020) assenyalà que el suport social té un paper crucial en la salut mental de les embarassades: com més suport social es té, menys estrès i ansietat s'experimenta.

Aquestes dades posen de manifest la importància de prioritzar la salut mental de les mares i els seus nadons des de la perspectiva mèdica, però, també, i molt especialment, des de perspectives més socials i comunitàries (Torras & Lorenzo, 2018; Informe FPT Salut Mental, 2024).

Els programes d'acompanyament de dones embarassades s'han fet tradicionalment des de l'entorn sanitari. Sense menystenir el control mèdic de l'embaràs, cada vegada es veu més necessari que hi hagi també un acompanyament de caire psicosocial i emocional des d'altres entorns, especialment en els casos de maternitats vulnerables, on es pugui aprofundir en qüestions tan diverses com la lactància, l'exercici físic, els tràmits a realitzar, les pors davant la maternitat, les vivències, el suport mutu, la criança o les competències parentals, entre d'altres.

3.3.-El vincle i la teoria de la mentalització: Afavorir la mentalització en les mares per afavorir el vincle amb el seu nadó.

En els primers apartats d'aquest marc teòric hem exposat els factors estructurals que influeixen de manera *macro* en la maternitat; però també cal tenir en compte els aspectes més *micro* que intervenen en la relació mare-nadó. Entre aquests darrers destaquem com un dels més bàsics, la *funció reflexiva o mentalització* que pot tenir cada mare, donat que aquesta funció influeix de manera decisiva en l'establiment del vincle amb el seu nadó.

Bowlby (1969) ja va posar de manifest la importància del vincle segur mare-fill/a pel bon desenvolupament biopsicosocial del nadó. Lanza (2013), anys més tard, aprofundeix en un dels constructes que més tenen a veure amb l'establiment d'aquest vincle: la funció reflexiva. La funció reflexiva o mentalització és una forma d'activitat mental imaginativa, predominantment conscient, que interpreta el comportament humà en termes d'estats mentals intencionals (necessitats, desitjos, creences, sentiments, objectius, etc...). La mentalització és imaginativa en la mesura en què hem d'imaginar què ha d'estar pensant o sentint l'altra persona (Allen, Fonagy, Bateman, 2008 a Graell, Lanza, 2014).

Així, la mentalització fa referència a aquella capacitat humana per mirar més enllà de la conducta observable, i poder entendre i donar explicacions a la mateixa. És una capacitat fonamental per explicar els processos que posa en joc la mare per entendre les necessitats dels seu nadó, donar-hi resposta i vincular-s'hi. Lanza defensa que la funció reflexiva no és quelcom homogeni, sinó un constructe complex que inclou tres processos:

1. Processos cognitius/imaginatius/atencional o de “mentalització reflexiva”, que engloben: recordar, interpretar, empatitzar, imaginar, identificar, donar sentit i comprendre els estats emocionals (Lanza Castelli, 2012). Aquesta mentalització reflexiva inclou tres capacitats bàsiques que són: discernir la naturalesa dels estats mentals, comprendre la ment aliena i comprendre la ment pròpia.
2. Processos simbolitzants i transformadors o “mentalització transformacional” (Lanza Castelli, 2012) mitjançant els quals la nostra ment pot transformar experiències pulsionals i emocionals originàries en representacions més complexes i elaborades. Així, segons Lecours Bouchard (citada a Lanza Castelli, 2013), es transmeten de manera més adequada els afectes i impulsos.
3. Processos reguladors, els quals tenen a veure amb la regulació emocional, conductual, atencional i que, tal i com diu Lanza (2013) seguint a Bouchard, inclouen processos defensius que es poden classificar en nivells (baix, mig i alt).

Aquests tres processos descrits que tenen a veure amb reflexivitat i que es poden mesurar, poden donar informació valuosa sobre com influeixen els programes d'acompanyament (com és el cas d'Amam) a l'hora de potenciar-los en les mares respecte a la cura dels seus nadons i al vincle que hi estableixen.

Acabarem aquest marc teòric defensant que l'atenció en el període perinatal hauria de tenir l'objectiu de vetllar per la diada *mare-nadó*, tenint en compte factors tant micro com macro socials i seguint el model proposat per Olza, Fernández, González, et al. (2021):

Proponemos un modelo de encuadre que sirva para la atención integral a la perinatalidad, incluyendo los cuidados a 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 epigenética, los modelos de transmisión intergeneracional del apego y el trauma, la sistémica, y añadiendo una perspectiva de género y ecológica que permita visibilizar las necesidades de la diada madre-bebé en el centro como punto de partida para la prevención y la atención en perinatalidad. Proponemos una mirada perinatal como modelo para continuar profundizando en la atención a madres y familias en el inicio de la vida, así como para cuidar también a las profesionales que los 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 conclusió, el marc teòric que enquadra aquesta recerca són d'una banda la perspectiva interseccional que apunta a les diferents maternitats existents en funció d'eixos de desigualtat i privilegi; la salut perinatal centrada en la diada mare-nadó, que va més enllà del seguiment sanitari per posar el focus en l'acompanyament i el suport psicosocial; i acaba exposant la teoria del vincle i la capacitat de mentalització de la mare com aspectes claus en tota maternitat per garantir un bon inici del desenvolupament infantil. Aplicar aquestes teories a la recerca, amb els seus instruments d'anàlisi i de mesura, ens permetrà valorar la capacitat de transformació que té aquest projecte.

4.- ELEMENTS CLAU EN L'ATENCIÓ PERINATAL

Com ja s'ha comentat, la majoria d'actuacions i programes perinatals s'han desenvolupat tradicionalment des de l'àmbit de la medicina i la infermeria. No ha estat fins fa uns anys que s'ha donat importància al desenvolupament de programes des d'entorns més comunitaris per atendre també el vessant psicosocial i emocional de la dona embarassada i, especialment, quan hi ha situacions de precarietat i fragilitat. A partir de la bibliografia consultada i de l'anàlisi models d'atenció perinatal dissenyats per experts a partir d'evidències científiques, s'han identificat els elements claus en l'enfocament dels programes perinatals. Els models analitzats han estat:

- Model del servei d'atenció domiciliària infantil 0-3 anys (SAID)* adreçat a dones gestants i famílies amb algun infant de 0 a 3 anys. 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

Els elements claus o principis d'actuació bàsics en els quals coincideixen els models estudiats i la bibliografia consultada es podrien resumir en els següents:

En relació a la **mirada**:

1. Mirada integral i holística: atenció centrada en l'infant i en la família. Posar la diada mare-nadó al centre de l'atenció i promoure el vincle saludable.
2. Mirada ecosistèmica: visió i abordatge comunitari.
3. Mirada inclusiva: amb enfocament de gènere, edat, diversitat funcional i multiculturalitat. Respecte a la intel·ligència cultural.

En relació a l'**acompanyament**:

4. Creació d'un espai d'atenció individual i/o grupal a la dona embarassada que redueixi els nivells d'estrès. Un espai de confiança, no jeràrquic, sense imposició i sense judici.
5. Foment de la criança positiva i respectuosa. Acompanyament per l'apoderament i la corresponsabilitat.
6. Intervenció oportuna, àgil i abordatge proactiu.

7. Universalitat.
8. Voluntarietat de la participació.
9. Creació de xarxes de suport: amb professionals implicats i entre mares
10. Flexibilitat interseccional.
11. Atenció de qualitat: efectiva, segura i eficient, amb seguiment i avaluació.

En relació als **professionals**:

12. Importància del posicionament i l'actitud dels professionals, especialment del facilitador de grups de mares o dones embarassades.
13. Perspectiva sistèmica per promoure, prevenir, protegir i tractar. Abordatge preventiu i de detecció precoç (de problemes de desenvolupament infantil, de violències, de trastorns mentals, etc.).
14. Coordinació amb altres professionals (àmbit sanitari, atenció primerenca, etc.) compartint codis comuns des de la mirada perinatal.

5.-BREU DESCRIPCIÓ DEL PROGRAMA AMAM (Informació extreta de la memòria 23-24)

El Programa Amam és una iniciativa que sorgeix dins de l'Associació Educativa Itaca de l'Hospitalet de Llobregat que consisteix en un espai de trobada per a mares embarassades i en postpart amb nadons de 0-6 mesos, on compten amb suport de professionals especialitzades en atenció perinatal finançat pel programa social de mútua Generali, The Human Safety Net (THSN). Es tracta d'un programa preventiu que ofereix un espai de seguretat, confiança, on les mares poden participar compartint experiències, sentiments, neguits, independentment de la seva setmana de gestació generant vincles de suport entre iguals i d'identitat, tot això, complementant amb activitats de benestar físic i emocional.

Destinatàries:

Dones embarassades i/o amb nadons fins a 6 mesos principalment de L'Hospitalet.

Objectius principals:

1.Acompanyament individual i de grup en etapa perinatal

- 1.1 Oferir un acompanyament durant l'embaràs i postpart, en un espai segur, de confiança i no judici, on les mares, puguin viure la maternitat des de la no soledat.
- 1.2 Suport individualitzat a la família en terme de necessitats específiques, a demanda o bé per criteri de detecció professional.

2.Prevenició i promoció de la salut mental materna i vincle maternofilial

- 2.1 Prevenició de la salut mental materna, preservant el benestar integral de la dona, autocura, cos i ment, en la seva vessant sexual i reproductiva revalorant el fet de maternar en la nostra societat.

2.2 Promoure el benestar físic emocional de la dona en aquesta etapa reproductiva, promocionant la salut, i empoderant a les dones amb informació basada en evidència científica i actualitzada, per tal que puguin prendre amb consciència les seves decisions en aquest moment vital.

2.3 Afavorir el vincle maternofilial, cuidant a les mares per tal de cuidar el futur de la nostra societat: prevenció de la petita infància. Preservant el bon establiment del vincle mare-nadó afavorint que aquest estableixi unes bases d'estructura psíquica segures.

3. Proporcionar un espai on es generi identitat, xarxa de suport i vincles

3.1 Generar espai i donar temps a cada participant en les diferents sessions a que se sentin escoltades, validades i que puguin compartir vivències de la seva experiència, per tal que les participants puguin desenvolupar sentiments de pertinença per tal d'afavorir a la formació de vincles i xarxa de suport entre les iguals.

3.2 Ajudar a la creació d'estratègies i promoure vincles saludable entre les iguals

3.3 Normalitzar les vivències viscudes personals quan s'exposen problemes.

3.4 Oferir noves perspectives i trencar l'aïllament.

Metodologia

Partint d'una mirada transcultural i interseccional envers la realitat que viu cada dona, proposem acompanyament individual i grupal.

Les sessions s'ofereixen en dos dies setmanals d'intervenció de grup per a dones embarassades, i un dia per al grup de postpart en franja de matí. La duració de cada intervenció són de dues hores.

Els grups estan acompanyats en tot moment per les professionals referents, formades en acompanyament perinatal, les quals faciliten la dinàmica del grup i observen, avaluen i/o atenen les necessitats que van sorgint tot plegat des de la mirada integradora i holística, atenent els aspectes emocionals, psicològics i socials de la mare i també del vincle mare-nadó.

En les sessions les participants disposen d'acompanyament individualitzat i de grup, on ens focalitzem en les seves necessitats, oferint un espai segur, acollidor amb una sèrie de recursos, informació i dinàmiques que permeten proveir una atenció a la dona de manera que complementa a l'atenció que reben de la part sanitària, afavorint a sentir-se empoderada per a la presa de decisions durant tot el seu procés de gestar vida i a posteriori de criança. Un espai on trobar vincles amb altres mares compartint aquesta experiència en cercles de dones.

Altrament, es compagina amb altres dinàmiques més de treball corporal, ja que treballar cos i ment és necessari per a incentivar aquesta connexió afavorint a potenciar la seva intuïció i sensacions corporals. Una mostra de les activitats físiques són ioga, ball, d'altres més artístiques, bodypainting, treballs manuals. Així mateix, les sessions s'enriqueixen amb les càpsules formatives amb el suport i la col·laboració de professionals de l'àmbit de la perinatalitat, com la llevadora, fisioterapeuta sòl pelvià, obstetra, pediatra, referent de benestar, nutricionista..., els quals ofereixen continguts especialitzats en matèria concreta d'interès del grup.

Finalment, hi han sortides culturals i d'oci amenitzant aquestes trobades en un ambient més distès i on es pugui generar un altre caire de relació, descobrint altres espais on després les participants poden reunir-se de forma casual.

6.-PRIMERES ANÀLISIS DE RESULTATS

En primer lloc es presentaran els resultats que s'han extret de la bibliografia especialitzada, de portals i informes estadístics i de les dades quantitatives obtingudes a partir de tests i qüestionaris contestats per les participants d'Amam.

En segon lloc s'analitzaran les dades qualitatives que s'han obtingut a través d'entrevistes semiestructurades fetes amb profunditat a cinc participants del grup d'embaràs d'Amam.

6.1. Anàlisi de resultats basats en bibliografia, fonts estadístiques i dades quantitatives

6.1.1. Adequació del programa Amam pel que fa a l'entorn en el que s'inscriu:

Les dades estadístiques utilitzades en referència a la població de l'Hospitalet s'han extret de les següents fonts:

La població a l'Hospitalet 2023 de la Direcció de Governança de dades de l'Ajuntament de l'Hospitalet (2024).

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

Informe d'indicadors de salut local 2023. L'Hospitalet de Llobregat. Diputació de BCN.

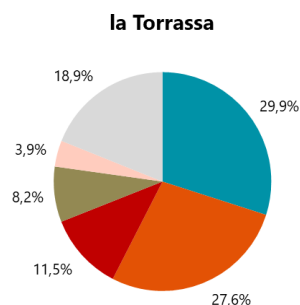
Amam és un projecte de l'Associació Educativa Itaca ubicat al barri de la Torrassa de L'Hospitalet del Llobregat. L'Hospitalet és, amb 291.488 habitants, la segona ciutat en nombre d'habitants de Catalunya i la més densament poblada. Concretament, el barri de la Torrassa és el que concentra un major nombre de població per metre quadrat.

L'informe de l'any 2024 de la Direcció de Governança de dades de l'Ajuntament de l'Hospitalet exposa que el 34,5 % de la població viu a L'Hospitalet, com a màxim, des de fa cinc anys; per tant, veiem que hi ha un percentatge important de persones nouvingudes a la ciutat.

Pel que fa al lloc de naixement, el 43,4 % dels residents a l'Hospitalet han nascut a Catalunya; el 39,7 %, a l'estranger; i el 16,9 %, a la resta d'Espanya.

L'informe exposa que es mantenen respecte a anys anteriors les diferències entre barris pel que fa a l'origen dels residents: la Torrassa, la Florida, Pubilla Cases i les Planes destaquen pel percentatge de persones d'origen estranger; sent la Torrassa amb un 57,2% el barri on viuen més persones d'origen estranger, principalment d'Amèrica Llatina.

El Gràfic 1 mostra els llocs de naixement més freqüents dels habitants del barri de la Torrassa.



Blau: L'Hospitalet – Taronja: Amèrica Sud – Granat: Amèrica Central – Marró: Àsia – Rosa: Magrib –

Gràfic 1. Els 5 llocs de naixement més freqüents del barri de la Torrassa. Font: Ajuntament l'Hospitalet

Segons el portal estadístic de l'Ajuntament de l'Hospitalet de Llobregat, la Torrassa, juntament amb les Planes son els dos barris amb menor renda mitjana per llar (28.000€).

Relacionant dades, veiem que la Torrassa destaca com el barri més densament poblat de l'Hospitalet, amb el major percentatge de població estrangera i amb la menor renda mitjana per llar.

Si ens fixem en les dades perinatals de l'Hospitalet de l'informe d'indicadors de salut local 2023 de la Diputació de Barcelona, veiem que el 44% de les dones que van ser mares el aquell any eren de nacionalitat estrangera.

Convé en aquest apartat fer un apunt en relació a les dones ateses per Amam, moltes d'elles immigrants, i la incidència de la depressió postpart en aquest col·lectiu. Destacàvem en el marc teòric que entre el 10 i el 15% de les dones de la població general que son mares tenen símptomes de depressió postpart a les 6 o 8 setmanes després del part. En les dones ateses per Amam aquest curs, el percentatge de depressió postpart puja a un alarmant 54,5% (segons l'escala de Depressió postpart d'Edimburg). Tot i que la puntuació del test no és conclouent i es recomana fer una exploració clínica addicional, la dada en sí mateixa és prou rellevant i justifica un programa com Amam que ajuda a detectar situacions de patiment, deriva quan cal les dones als serveis sanitaris, i les acompanya en tot el procés.

En la revisió bibliogràfica realitzada, també s'ha trobat que el perfil de les famílies amb més probabilitat de trobar-se en una situació de vulnerabilitat social són famílies migrades, nouvingudes al territori, soles i amb problemes d'habitatge; moltes d'elles monomarentals

sense xarxa social i situació econòmica precària; perfils tots ells compatibles amb les xifres exposades de la població de l'Hospitalet i, més concretament del barri de la Torrassa.

Totes aquestes dades apunten a la idoneïtat de projectes com el d'Amam, que s'ajusten a les necessitats i característiques del territori i de les persones a les quals atén. Cal assenyalar que el projecte atén totes les maternitats; però s'adreça especialment a aquelles maternitats que pateixen més adversitat social. Formar grups de mares en situació diversa, treballant des del respecte i el no judici, evita la segregació i ajuda a la inclusió social.

En una zona amb molta població migrada, nouvinguda i amb una renda econòmica baixa, projectes com Amam s'adeqüen al perfil poblacional, donant resposta a les següents necessitats:

- L'aïllament de famílies sense xarxa de suport familiar, especialment mares (per migració o altres causes)
- Embaràs i criança en solitud o amb xarxa fràgil/inadequada.
- Cronificació i transmissió intergeneracional de la vulnerabilitat.
- Desconeixement de l'entorn, dels recursos existents al territori, del funcionament de determinats processos.
- Detecció, acompanyament i intervenció primerenca en situacions de risc en relació a la gestació i la criança (negligència, maltractament, violència).
- Detecció i acompanyament integral de situacions de risc en relació amb l'habitatge, la salut, la salut mental (per exemple depressió postpart), tràmits legals, etc.

6.1.2. Adequació del programa Amam pel que fa a l'enfoc del programa i als seus principis d'actuació

Basant-nos en el que la bibliografia especialitzada considera bona pràctica, volem valorar si el disseny del programa Amam té en compte els catorze indicadors que es consideren claus. En aquest primer informe valorem l'adequació del disseny en base a la documentació escrita i les dades aportades per les professionals en les reunions mantingudes amb elles. En l'informe final, s'hi afegiran les dades recollides durant el desenvolupament del programa en el curs 2024-25, que permetran avaluar si aquests indicadors es tenen en compte també en l'execució del programa.

En la següent taula es contrasten els 14 indicadors claus identificats en la bibliografia especialitzada, amb el disseny del programa Amam:

INDICADORS CLAUS IDENTIFICATS	Amam
En relació a la mirada: 1. Mirada integral i holística: atenció centrada en l'infant i en la família. Posar la díada mare-nadó al centre de l'atenció i promoure el vincle saludable.	En relació amb la mirada: Tant en la memòria del curs 23-24 com en les reunions mantingudes amb les professionals s'observa que Amam parteix d'una visió integral i global, posant la dona gestant al centre.

2. Mirada ecosistèmica: visió i abordatge comunitari. 3. Mirada inclusiva: amb enfocament de gènere, edat, diversitat funcional i multiculturalitat. Respecte a la intel·ligència cultural.	L'abordatge és clarament comunitari i inclusiu a tots nivells.
En relació a l'acompanyament: 4. Creació d'un espai d'atenció individual i/o grupal a la dona embarassada que redueixi els nivells d'estrès. Un espai de confiança, no jeràrquic, sense imposició i sense judici. 5. Foment de la criança positiva i respectuosa. Acompanyament per l'apoderament i la corresponsabilitat. 6. Intervenció oportuna, àgil i abordatge proactiu. 7. Universalitat. 8. Voluntariat de la participació. 9. Creació de xarxes de suport: amb professionals implicats i entre mares 10. Flexibilitat interseccional. 11. Atenció de qualitat: efectiva, segura i eficient, amb seguiment i avaluació.	En relació a l'acompanyament: En el disseny d'Amam i en la memòria 23_24 podem identificar clarament aquest espai d'atenció doble (individual i grupal). Es cuida que sigui de confiança i sense jerarquia. Treballen des de l'acompanyament i no des del control. Totes les activitats desenvolupades es dirigeixen al foment del vincle materno-filial saludable i la criança respectuosa. També s'aposta per la universalitat de l'atenció, de manera que hi ha una barreja enriquidora de mares de diferents procedències i nivells socials. La participació és en tot moment voluntària. Parla explícitament de creació de xarxes de suport per superar l'aïllament. L'acompanyament s'adapta a les situacions individuals des d'una flexibilitat interseccional. Hi ha voluntat de rigor en l'atenció directa i i s'utilitzen mecanismes de seguiment i avaluació.
En relació als professionals: 12. Importància del posicionament i l'actitud dels professionals, especialment del facilitador de grups de mares o dones embarassades. 13. Perspectiva sistèmica per promoure, prevenir, protegir i tractar. Abordatge preventiu i de detecció precoç (de problemes de desenvolupament infantil, de violències, de trastorns mentals, etc.). 14. Coordinació amb altres professionals (àmbit sanitari, atenció primerenca, etc.) compartint codis comuns des de la mirada perinatal.	En relació als professionals: Els tres indicadors relatius als professionals hem pogut comprovar que es contemplen en el disseny i també en l'avaluació. Els professionals tenen formació perinatal i la seva actitud facilita l'assoliment dels objectius establerts. Treballen des de la prevenció i l'actuació ràpida i àgil quan es detecta alguna situació que calgui ser derivada a l'especialista. Treballen en coordinació amb altres professionals per qüestions de derivacions i de treball conjunt de casos. Participen de taules sectorials de professionals interdisciplinars.

Veiem que programa Amam compleix els estàndards establerts pel sector; a més destacaríem que aporta dos elements rellevants més: intensitat i flexibilitat en l'acompanyament. Aquests dos elements permeten ajustar la intervenció a les necessitats

de cada dona i de cada grup. La prevenció, protecció i promoció de l'atenció perinatal significa una inversió amb beneficis per als infants, les seves famílies i la societat (OMS, 2020).

6.1.3.- Beneficis subjectius: benestar percebut

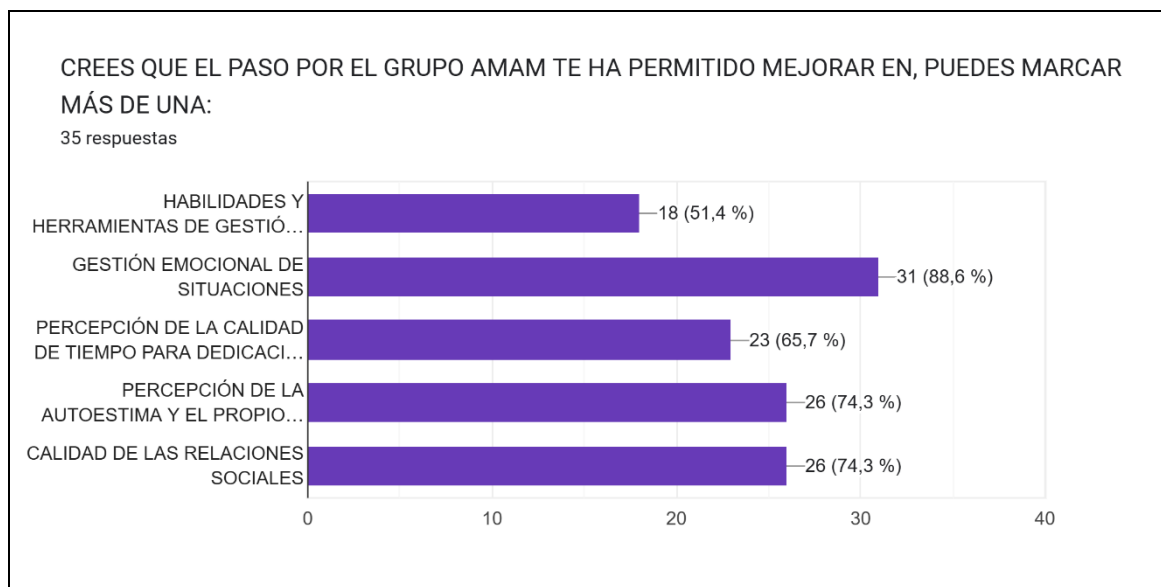
En aquest apartat s'han analitzat els qüestionaris finals de satisfacció que van respondre les participants d'Amam durant el curs 2023-24. Es van rebre 35 respostes de participants del grup d'embaràs i del grup postpart. El 94,3% de les dones que van respondre havien estat en el programa més de dos mesos, i un 80% més de tres mesos.

Hi ha un primer grup de preguntes del qüestionari referent a la satisfacció en relació als aspectes organitzatius de les sessions del programa: la freqüència, l'espai i l'horari. Tots tres indicadors s'han vist adequats per la majoria de les participants (amb percentatges que van del 85,7% al 94,3%).

Un segon grup de preguntes fa referència a la percepció de millora de diferents indicadors personals després del seu pas pel programa Amam: habilitats de gestió emocional, gestió de conflictes, relacions socials, autoestima, cura del nadó, etc.

Com es pot veure en el gràfic 2, un 88,6% de les dones considera que, gràcies a la participació en el programa Amam, ha millorat la seva gestió emocional. Un 74,3% creu que ha millorat la qualitat de les seves relacions socials, i el mateix percentatge creu que ha millorat l'autopercepció i l'autoestima. Un 65,7% expressa que ha millorat la percepció del temps de qualitat que es pot dedicar a ella mateixa. El percentatge més baix, un 51,4%, és el que té a veure amb la millora de les habilitats i les eines per la gestió de conflictes.

Gràfic 2. Percepció de millora d'indicadors personals



Quan es pregunta sobre la seva percepció en relació a la competència maternal, un 100% de les dones enquestades considera que ha millorat en coneixements, eines i estratègies

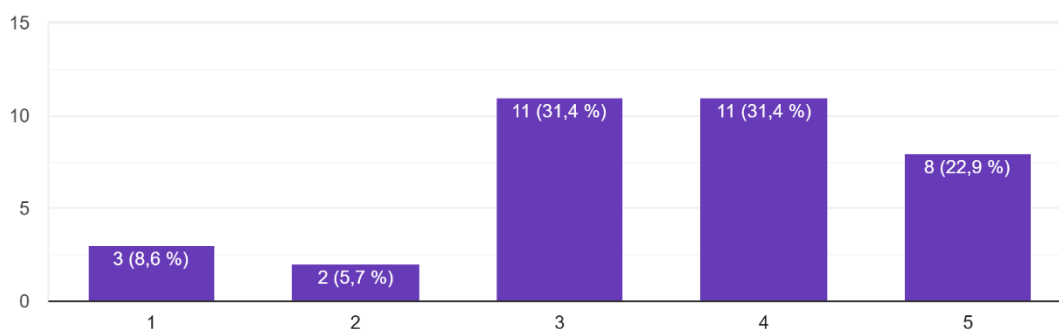
per tenir cura del seu embaràs o de la seva criatura. Totes elles també manifesten que han ampliat els seus coneixements sobre les necessitats de la gestació o del seu fill/a.

Quan se'ls demana específicament si després del seu pas per Amam senten que disposen de més recursos i pautes per acompanyar les rutines de son i d'higiene dels seus fills/es, la majoria d'elles, concretament un 85,7% es situa en la part mitjana i alta de la taula tal i com s'observa en el Gràfic 3.

Gràfic 3. Percepció de millora en l'adquisició de recursos per acompanyar rutines

SIENTES QUE DISPONES DE MÁS RECURSOS, PAUTAS PARA LAS RUTINAS DE SUEÑO/HIGIENE?

35 respuestas



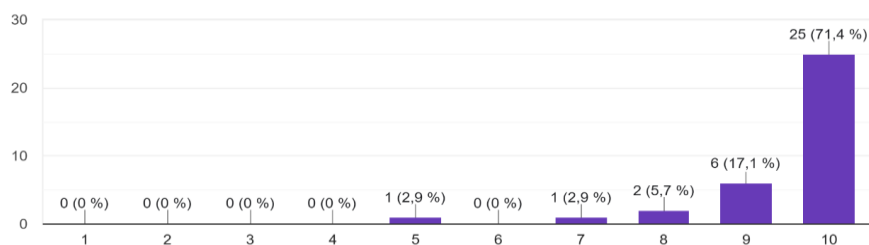
Un tercer grup de preguntes van dirigides a conèixer el nivell de satisfacció de l'atenció rebuda: una pregunta tipus likert sobre el nivell de satisfacció global amb el programa, una pregunta tancada sobre si recomanarien a conegudes seves la participació a Amam i una pregunta oberta sobre l'atenció rebuda per part de les professionals.

En relació al nivell global de satisfacció de l'atenció rebuda, un 94,2% donen puntuacions de 8, 9 o 10 (el 71,4% la puntuava amb un 10). Podem veure la distribució en el gràfic 4. Cal destacar que el 100% de les participants d'Amam recomanarien el programa.

Gràfic 4. Nivell de satisfacció de l'atenció rebuda

NIVEL DE SATISFACCIÓN / NIVELL DE SATISFACCIÓ

35 respuestas



Imatge 1. Núvol de paraules relativa a percepció sobre l'atenció rebuda

A continuació presentem una selecció de respostes que il·lustren aquest apartat:

A5: “Me he sentido super respetada, escuchada y comprendida. *(Nombre de la profesional)* ha sido una guía maravillosa en este postparto”

A9: “Excelente muy buena persona y muy profesional, las secciones 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”.

A26: “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”.

A33: “Toda la atención que he recibido ha sido increíble, me ha encantado cómo nos ha guiado durante el embarazo y post parto, 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*)!”.

A35: “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.”

A36: “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.”

Com es pot observar, la professional és una peça clau de l'engrenatge d'Amam. Les participants destaquen sobretot aspectes actitudinals: capacitat d'escolta, d'acompanyar sense jutjar, respecte, assertivitat. Agraeixen que sigui una professional propera, compromesa, tranquil·la, motivadora, amb gran capacitat de sostenir pors, dubtes i angoixes. Totes elles consideren que ha estat una figura important en el seu procés. Una de les participants, resumeix amb una frase el sentir majoritari: “Sus palabras y su forma de ser te reconfortan y ayudan” (A35).

6.1.4.- Beneficis objectius: Autoeficàcia parental i Mentalització

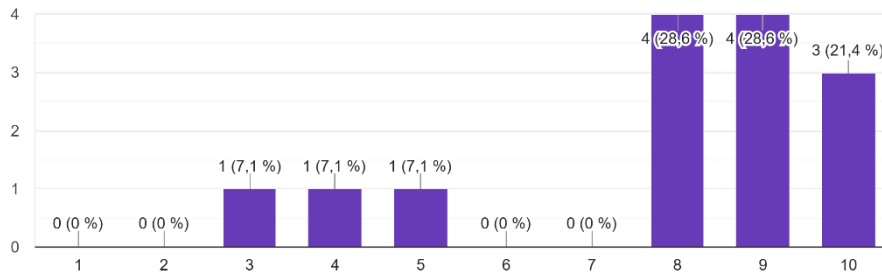
En el moment que ens trobem de la recerca, només tenim les dades pretest, és a dir, tenim les dades de les escales d'Autoeficàcia parental (EEP) i de Mentalització (PRFQ) de les dones del grup d'embaràs (EEP) i del grup de postpart (EEP i PRFQ) a l'inici del programa. Per aquest motiu, encara no poden fer-se comparatives dels resultats finals del grup experimental (grup de mares que inicien l'Espai Familiar després de participar del programa Amam) amb els resultats del grup control (grup de mares de l'Espai Familiar que no han participat prèviament del programa Amam). Tampoc poden comparar-se les dades pretest i posttest del grup experimental. Tant unes dades com les altres s'aportaran en l'informe final de resultats.

DADES PRETEST: En aquesta primera fase, hem començat explotant les dades del grup postpart. Per conèixer el punt de partida d'aquest grup, i poder dibuixar millor el seu perfil, s'explicaran les respostes d'aquesta passació inicial en les dues escales.

EEP (s'han obtingut 14 respostes que van de *1-totalment en desacord* a *10-totalment d'acord*): En relació a la percepció d'autocompetència parental s'han seleccionat els ítems 4, 6, 7 i 9 per la informació rellevant que ofereixen en relació als objectius de l'estudi:

4. CONSIDERO QUE LAS DECISIONES QUE TOMO EN RELACIÓN A LA CRIANZA DE MIS HIJOS SON LAS MÁS ACERTADAS

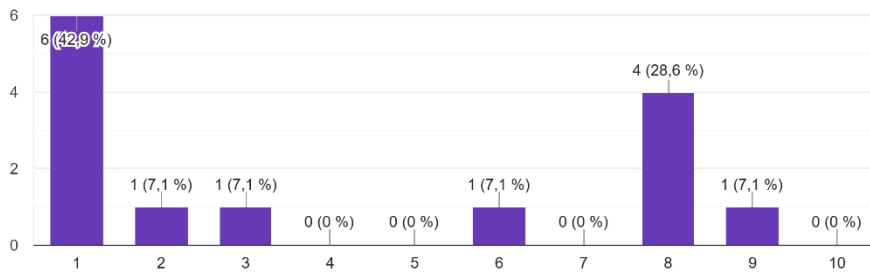
14 respuestas



Pel que fa a la confiança en les decisions que es prenen en la criança del fill/a una majoria confia en les pròpies decisions, però un 21,3% se situa en la part baixa de l'escala.

6. SE ME HACE REALMENTE DIFÍCIL DECIDIR CÓMO CRIAR A MI BEBÉ

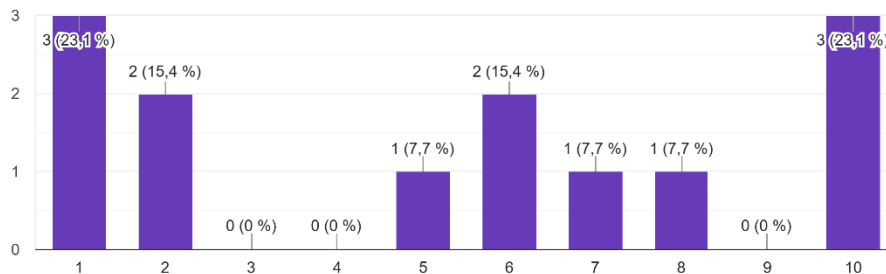
14 respuestas



En relació a la criança, tornem a trobar que la majoria de respostes van en la línia de no considerar la criança una tasca difícil, però hi ha un 42,8% de mares que sí que la troba difícil, amb diferents nivells de dificultat.

7. LAS EXIGENCIAS DE LA MATERNIDAD/PATERNIDAD ME HACEN SENTIR TENSA Y ANGUSTIADA

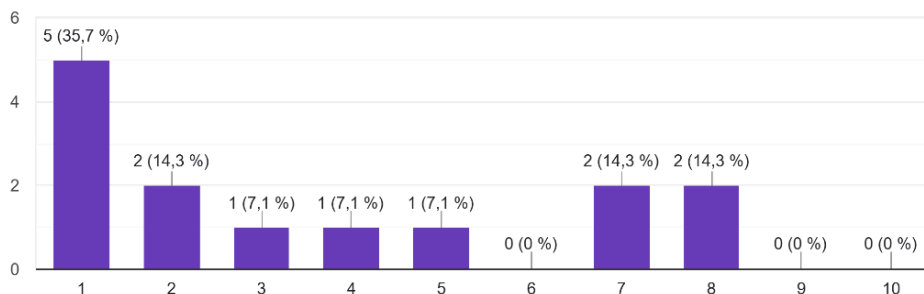
13 respuestas



Davant la pregunta de si les angoixa les exigències de la maternitat, més de la meitat de les respostes (53,9%) se situen en la banda alta de l'escala, amb puntuacions a partir del 6. Un 23,1% marca la puntuació més alta (10).

9. SIENTO QUE NO HE LOGRADO SER LA MADRE QUE ME GUSTARÍA

14 respuestas



Es veu molta dispersió davant la pregunta *Siento que no he logrado ser la madre que me gustaria*, però preocupa el 28,6% de respostes en la banda alta de la taula.

PRFQ: S'han obtingut 15 respostes que van de *1-totalment en desacord* a *7-totalment d'acord*. L'escala de mentalització parental PRFQ es compon de 3 dimensions: Certesa en estats mentals (CEM), Interès i curiositat (IC) i Prementalització (PM). Les dues primeres dimensions CEM i IC recullen aspectes positius de la funció reflexiva parental, mentre que la PM fa referència a la tendència de pares i mares de fer servir estats no-mentalitzadors en la relació amb els seus fills.

DIMENSIONS PRFQ	Mitjana població	Mitjana Amam
Certesa en estats mentals (CEM)	3,88	3,9
Interès i curiositat (IC)	5,82	5,2
Prementalització (PM)	1,56	2,26

S'observa que el grup de mares estudiat té puntuacions mitjanes semblants al conjunt de la població en dues de les tres dimensions (CEM i IC). En canvi, obté puntuacions que s'allunyen de la mitjana en la dimensió PM que es compon dels ítems 1, 4, 7, 10, 13, 16 que tenen a veure amb interpretar inadequadament les conductes del fill/a (per exemple, el nen plora davant desconeguts per avergonyir-me, o es posa irritable per molestar-me).-

Caldrà veure si en la fase posttest, després del pas per Amam es continua donant aquesta situació. Els resultats esperats van en la línia de reforçar les capacitats d'autoeficàcia parental i de mentalització després del pas pel programa gràcies a l'acompanyament que es realitza .

6.2. Anàlisi de resultats basats en dades qualitatives extretes de les entrevistes amb profunditat

6.2.1. Adequació del programa Amam pel que fa al perfil sociodemogràfic, necessitats inicials percebudes i expectatives de les dones participants:

Amam atén dones embarassades i en el període de postpart amb nadons entre 0-6 mesos. Com preveu el projecte, s'han dut a terme entrevistes en profunditat en el grup de les dones embarassades que acaben d'arribar al projecte. Aquestes entrevistes s'han realitzat el 15 i el 22 d'octubre'24 quan ja havien assistit a alguna sessió del mateix i, en la mesura del possible, dins de l'horari del projecte per facilitar la seva participació.

S'ha entrevistat a 5 dones d'un total de 6 participants del grup d'embaràs. Les entrevistes s'han completat amb un mapa de xarxa, el qual permet veure els suports socials que tenen les entrevistades. D'altra banda, aquest apartat es complementa amb una anàlisi dels registres personals que les participants de l'actual grup de postpart Amam han fet. La informació extreta d'aquests registres es triangula amb l'extreta de les entrevistes a l'apartat en el que es parla de l'organització familiar i amb l'extreta dels mapes de xarxes en l'apartat de suport social.

Dades bàsiques

Les entrevistades tenen entre 27 i 34 anys i estan entre la setmana 20 i 36 d'embaràs. Una d'elles refereix que el seu nadó ve amb anomalies i que, entre d'altres qüestions com motius religiosos, no considera l'avortament com una opció possible a la seva situació. La fe religiosa, de fet, és una variable present i molt influent en les tres mares migrades entrevistades.

Cap mare, ni migrada ni autòctona, és primípara i totes tenen entre un i dos fills/es en edats compreses entre els 11 i els 3 anys. Dues d'elles han nascut a Catalunya i les altres tres, com es mencionava anteriorment, han realitzat un projecte migratori en edat adulta, procedents de diferents països d'Amèrica del Sud.

De les tres entrevistades que han migrat, només una té el permís de residència i treball (per motius de violència de gènere) i les altres dues estan en procés d'obtenció. Les dues informants en procés d'obtenció del permís de residència i treball porten entre un i dos anys a Catalunya. La tercera, porta 9 anys hi ha viscut en diferents territoris de l'Estat espanyol.

Nuclis de convivència

Sobre els nuclis familiar, de les cinc entrevistades tres tenen parella que és també el pare del futur nadó i amb el qual conviuen. En dos d'aquests casos, la parella actual també és el pare dels altres fills/es i, en l'altre cas, són una família recomposada. Finalment, les altres dues entrevistades no tenen parella actualment, tot i que una d'elles rep suport del futur pare. En l'altre cas, el pare viu en un altre territori de l'estat espanyol, tot i que mantenen contacte.

Cal recordar que la monomarentalitat és un factor de vulnerabilitat i que el 78,5% de les famílies monomarentals, a Catalunya, estan formades per mares segons dades d'IDESCAT (2021)¹. Hi ha una estreta relació entre monomarentalitat i feminització de la pobresa i entre monomarentalitat i soledat no desitjada, tal com s'ha vist al marc teòric. Aquestes dues entrevistades es troben en condicions de vulnerabilitat que interseccionen, en el seu cas, amb altres eixos de desigualtat: ser persones migrades, amb poca o nul·la xarxa social i situacions laborals i d'habitatge molt precàries. Projectes com Amam, a l'acompanyar-les en un moment tan vulnerable com l'etapa perinatal, poden marcar una diferència en termes d'ampliar el suport social, emocional i material prevenint el risc d'aïllament i promoció d'una millor inclusió social al territori.

Organització familiar i redistribució de les tasques domèstiques i de criança

Sobre la redistribució de les tasques de criança i de les tasques domèstiques dins de l'organització familiar, trobem els següents resultats preliminars.

Sobre els nuclis de convivència monomarental, una mare migrada refereix encarregar-se en solitari de totes les tasques degut a que es troba sola al territori. La violència de gènere que ha viscut, tant en el país d'origen com a Espanya, sumada a altres factors com el propi fet migratori, han accentuat el seu aïllament social i la seva desconfiança envers les relacions socials. Només rep suport de professionals (Amam i treballadores socials de serveis socials i de la Casa de la Dona). L'altra mare monomarental va deixar la relació de parella amb el pare del seu fill al principi de l'embaràs. Explica que rep el suport d'aquest i que la seva maternitat ha estat fruit del desig parental de la seva exparella. Tot i que ara estiguin separats, refereix la voluntat dels dos de fer-se càrrec de la criatura un cop neixi: "Cuando nazca la niña los dos vamos a ejercer el rol de padres" (E1).

Les altres tres mares, les quals viuen en famílies nuclears, refereixen que les seves parelles estan implicades en la cura dels seus fills/es, i, dues d'elles també refereixen que existeix un repartiment corresponsable en les tasques domèstiques. Puntualitzant aquest aspecte, una de les dues informants explica que és ella qui porta la càrrega mental i la seva parella, que teletreballa, "és qui executa" (E3).

Les expectatives de totes les mares, un cop neixin els seus fills o filles, són el d'obtenir la implicació dels pares dels nadons en els casos on aquest està actualment present (sigui o no la parella de la mare), tan en la cura del nadó com en la resta de fills/es (sigui o no el pare).

Més enllà de les entrevistes a les dones embarassades, els autoregistres de les participants del grup de postpart d'Amam ens permeten veure amb més detall l'organització i redistribució del treball de cures dins dels nuclis familiars un cop ha nascut el nadó en un grup similar de mares. S'han obtingut 6 autoregistres que corresponen a les següents

¹ <https://www.idescat.cat/pub/?id=ceph&n=17167>

unitats de convivència: 3 famílies nuclears, una família nuclear extensa i dues famílies monomarentals amb família extensa.

En aquests autoregistres, se'ls hi demanava una llista de distribució de les tasques que tenia els següents àmbits amb les següents explicacions:

- Les cures del nadó: registre del nadó; canviar bolquers; alimentar al nadó (dia i nit), calmar o dormir el nadó, banyar-lo, etc.
- Les tasques domèstiques: preparar i planificar els menjars; rentadores, neteja, etc.
- Les cures familiars: cura d'altres fills/es, cura d'animals i altres persones a càrrec.
- Les finances: pagar factures i realització de tràmits.
- Altres tasques

En cada un d'aquests àmbits se'ls hi demana apuntar les tasques que es duen a terme i, al costat, la o les persones responsables de dur-les a terme. Un exemple d'aquest autoregistre de tasques seria el següent:

Família nuclear

DISTRIBUCIÓN DE TAREAS

LISTA DE TAREAS DETALLADA	RESPONSABLE
Cuidados del bebé Registra el bebé, controla pañales, alimenta al bebé día y noche, calentar leche, etc. Cuidado de la cuna, etc. Baños y lavado, etc. Regla del día, son, la, etc.	Papá Mamá Ambos
Labores domésticas Preparación y planificación de comidas, lavado de platos, limpieza, etc. Lavar platos, organizar habitación, etc. Organizar sus cosas, lavar, etc. Hacer la cama, lavar, etc.	Mamá Papá Ambos
Cuidados familiares Cuidado de otros hijos o hijos, cuidado de otros animales o personas, etc.	
Finanzas Pagar facturas, recibos, papelería, etc. Pagar impuestos, préstamos, y demás impuestos, etc. Pagar alquiler, etc., algunos seguros, etc.	Papá Mamá Ambos
Otras tareas Cuidado Doméstico: Ayudar con la organización de vivienda, etc. Limpieza, cocina, y alacena, etc. Paseos, etc., y lavados, etc.	Papá Mamá Ambos

Un cop analitzades aquestes llistes trobem diferències entre les famílies nuclears i les monomarentals amb família extensa. En aquestes darreres, són primerament les mares i secundàriament les àvies, les que es fan càrrec de les tasques de la cura i, en un dels casos, l'avi s'encarrega de les finances dins una clara divisió sexual del treball. En l'altre cas, l'economia domèstica la duu l'àvia. En aquest mateix nucli, la neteja setmanal de la casa la du a terme una professional. També s'apunta que el pare s'encarrega d'algun aspecte en la cura del nadó quan va a visitar-lo a la casa materna.

Respecte a les famílies nuclears trobem que, en les cures del nadó, tant el pare com la mare apareixen com a responsables d'aquestes tasques. No obstant, en la seva distribució son

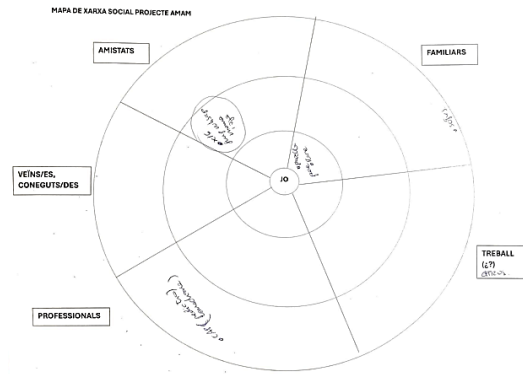
majoritàriament les mares les que s'encarreguen més de banyar-lo, calmar-lo, canviar els bolquers o alimentar-lo. Hi ha pares que es responsabilitzen també de banyar-lo, de la neteja dels biberons i de tasques més puntuals com canviar armaris o més lúdiques, com jugar. A destacar que, hi ha un dels pares que es fa càrrec totalment del nadó al matins, així com de fer-lo dormir, mentre la mare està absent. Per la tarda, és ella qui s'encarrega de la cura del nadó.

Pel que fa a les tasques domèstiques, les mares es solen responsabilitzar més de la planificació dels menjars, de la compra i de cuinar i els pares de certs aspectes de la neteja. S'ha de tenir en compte la càrrega mental que implica la planificació de les tasques domèstiques i de cures, la qual encara es troba a càrrec de les dones com ha sorgit també en les entrevistes a les dones embarassades. Per altra part, a l'igual en el grup d'embaràs, els pares del grup de postpart es responsabilitzen de la resta de fills/es de la família. Per altra part, en els autoregistres del grup postpart, les finances i els tràmits solen ser responsabilitat dels dos membres de la família amb repartiments de tasques dins d'aquest àmbit.

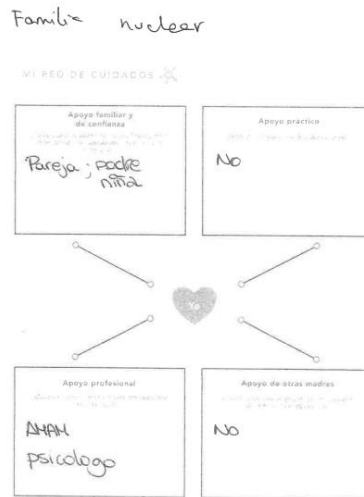
Xarxes de suport en la criança

El suport que les persones reben de les seves xarxes familiars i socials s'ha demostrat com un factor de protecció del risc d'exclusió social. Aquest suport pot ser material, emocional, en forma d'informació, assessorament i consells, entre altres. Les xarxes també permeten desenvolupar sentiments de pertinença i tenen un impacte important en com anem construint la nostra identitat. En un moment tant vulnerable com l'embaràs i el postpart és important tenir xarxes de suport, especialment en situacions de precarietat econòmica, habitacional, de salut, etc. **Mesurar l'impacte d'Amam té a veure en com esdevé un espai suport i de creació de xarxes de cura.** El seu major o menor impacte en aquest àmbit, tindrà relació amb la xarxa prèvia de suport familiar i social que tenen les dones quan inicien els grups. És a dir, quan menor xarxa familiar i social inicial tingui les dones, major impacte pot tenir Amam. En aquest apartat s'analitzarà el suport inicial que tenen les dones dels grups experimentals d'embaràs i postpart d'Amam, el quals s'han recollit de dues maneres:

1. En el grup de dones embarassades a través de mapes de xarxes realitzats en l'entrevista inicial. El mapa de xarxes és un instrument que permet identificar els suports rebuts en base a diferents àmbits relacionals. En aquest cas, s'ha escollit l'àmbit de les relacions familiars; relacions d'amistat; relacions de veïnatge/coneixença; de professionals i relacions dins l'àmbit laboral. En cada un d'aquests àmbits es col·loquen les persones -representades per punts- dins de tres quadrants. Cada quadrant significa un grau de proximitat respecte a la persona que realitza el mapa. És a dir, les persones que es senten més pròximes, que donen més suport, es col·loquen en el quadrant que està més a prop del punt que representa un mateix. A continuació, es presenta un exemple de mapa de xarxes, sense el nom de la persona i amb imatge borrosa per tal preservar l'anonimat de la mateixa:



- En les dones del grup de postpart s'han recollit les dades a partir de l'autoregiste en l'apartat de "Mi red de cuidados". Aquesta xarxa de cures esta formada per quatre quadrants: 1) suport familiar i de confiança; 2) suport pràctic; 3) suport professional i 4) suport d'altres mares. A continuació, és mostren un exemple de la xarxa de cures:



Respecte el grup de dones embarassades es constata el següent. Una de les cinc entrevistades, migrada, refereix trobar-se sola i no rebre cap mena de suport a excepció del suport professional i del rebut a través del projecte Amam. A tall d'exemple, quan se li pregunta sobre a qui pot recórrer en cas de necessitat comenta:

A nadie. Bueno a 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 de comer. Siempre positiva (E2).

Al mateix temps, refereix que el pare del nadó, que es troba en una altra ciutat del territori espanyol, vol estar present al part. Així mateix, manté cert contacte telefònic amb ell per explicar-li com està anant l'embaràs.

L'altra mare monomarental, també migrada, refereix que més enllà de l'exparella -pare del seu fill- i d'una amistat propera, rep molt poc suport degut a que té poca xarxa social al territori que pugui ajudar-la en la criança. Ha mantingut en silenci la seva maternitat i només ho sap un cercle molt reduït, mostrant, igual que l'anterior informant, un risc important d'aïllament social. Per altra part, ella sí rep cert suport emocional de la seva mare i de la seva germana, les quals es troben al país d'origen. Per tant, aquest suport familiar és sobretot emocional, tenint en compte que a la seva mare no li refereix aquelles coses que creu que podrien preocupar-la. La darrera mare migrada també ens constata la seva manca de suport familiar i social al territori, més enllà de la seva parella i d'una amiga.

Per altra part, les mares embarassades autòctones, tot i que refereixen poca xarxa social que pugui ajudar-les en la criança, reben suport de família extensa (pares o sogres). Una d'elles, especialment, refereix rebre molt suport dels seus pares els quals viuen molt a prop d'ella. Més enllà d'aquest suport material i emocional quotidià, refereix rebre cert suport emocional puntual per part d'un grup de whatsapp conformat per 16 mares, les quals va conèixer online en un grup de suport a la criança. L'altre mare autòctona, refereix rebre el suport dels seus sogres.

Respecte al suport que reben per part de professionals del territori, les mares migrades expliciten que van ser derivades a Amam per part de la treballadora social. Mostren vinculació respecte a la treballadora social dels serveis socials del seu territori i, en algun cas, també amb la treballadora social de la Casa de la Dona. Totes mostren una bona vinculació amb les professionals d'Amam. Respecte als serveis sanitaris, totes les mares migrades, a l'igual que les mares autòctones, realitzen els controls de l'embaràs per part de la comadrona del CAP. No obstant, respecte a aquestes darreres professionals mèdiques expressen no sentir cap vinculació, també degut a que no sempre són ateses per la mateixa persona.

En resum, totes les dones embarassades —tan les autòctones com les migrades— refereixen tenir poca xarxa familiar i social a la que puguin recórrer per rebre suport material i emocional en la criança. No obstant, les dones autòctones no només tenen a les seves parelles, a les que defineixen com a pares implicats i responsables, sinó que també reben ajuda dels avis i àvies (siguin pares d'elles o sogres). En canvi, les dones migrades, les quals estan en situacions econòmiques més precàries -com es veurà més endavant- tot i que dues refereixen el suport per part del pare del nadó, no compten amb casi cap més ajuda, a excepció d'alguna amistat aïllada (cas de E5 i E1). De fet, tot i la heterogeneïtat de situacions socioeconòmiques i vivencials, totes elles —migrades o no- refereixen haver-se apuntat a Amam per trobar-se amb altres mares i ampliar la seva xarxa de suport emocional, com es veurà en l'apartat d'expectatives envers Amam.

Pel que fa a les 6 mares del grup de postpart, totes refereixen tenir suport familiar. En aquest suport es pot identificar el que reben per part de la parella (5 mares), sigui o no el pare del seu nadó; el que reben per part dels avis/ies (3) dels nadons; de germans/es (2); altres familiars o amistats molt properes (2). La persona que refereix més persones en aquest àmbit n'anomena a 6 i la que menys només a una (la parella). La meitat d'elles refereix no tenir cap suport pràctic, fet que no implica no tenir-lo sinó que no el perceben en el moment del registre. L'altra meitat refereix tenir suports pràctics respecte a la neteja (professional externa), la compra (demana que li portin la compra mensual a casa) i el menjar (*tuppers* puntuals de l'àvia).

Respecte el suport que reben d'altres mares, només una refereix no tenir-ne i les altres esmenten familiars o amigues que són mares i amiat fetes a Amam. Finalment, respecte el suport que reben de professionals, les mares esmenten els següents: Amam (totes 6); grup de lactància (2) i assessora de lactància (1); professional de la psicologia (2); espai familiar (1); CDIAP (1); CSMA (1).

Àmbit formatiu, laboral i ingressos econòmics

Pel que fa a l'àmbit formatiu i laboral, els quals tenen un impacte directe sobre els ingressos econòmics, el prestigi i la posició en termes de classe social, hi ha una heterogeneïtat de situacions en les dones embarassades. De les 5 entrevistades, 4 tenen estudis superiors i/o especialitzats i només una d'elles té el batxillerat acabat. No obstant, dues entrevistades van realitzar els estudis superiors o especialitzats al seu país i aquí no els han convalidat. Per tant, és com si no haguessin realitzat aquests estudis, deixant-les en una situació molt més vulnerable alhora d'accedir al mercat laboral.

De fet, respecte a l'àmbit laboral, només les dues dones autòctones treballen en feines qualificades relacionades amb els seus estudis, encara que una d'elles treballa per sota de la seva qualificació. Per contra, les dones migrades treballen —o treballaven— en feines no qualificades i més precàries, relacionades amb el sector de serveis, tot i que dues d'elles tenen estudis superiors i/o especialitzats. En aquest sentit, de les tres dones migrades, una d'elles treballava en una cafeteria (ara es troba a l'atur amb subsidi) i les altres dues es dediquen a la neteja i la cura de persones en cases particulars. Actualment, per motius relacionats amb l'embaràs, dues estan sense treballar (una amb subsidi d'atur i l'altra sense), dues estan de baixa laboral retribuïda i la darrera segueix treballant a casa d'una senyora ja que manifesta que per motius econòmics no pot deixar de fer-ho.

L'embaràs, de fet, com s'evidenciava en el marc teòric, és un moment de fragilitat respecte al mercat laboral que s'intersecciona amb altres factors com la situació administrativa, produint diferents tipus de desigualtats. És a dir, tot i que l'embaràs és un moment legalment protegit (permisos de maternitat retribuïts, baixes laborals,...), l'accés al drets laborals respecte a les baixes o permisos de maternitat, dependran del temps de cotització i de la situació administrativa al país, produint situacions de més seguretat (tenir baixes, permisos maternals retribuïts, poder accedir a l'atur,...) o de més vulnerabilitat (aturs no retribuïts o la impossibilitat de deixar de treballar).

Per altra part, una entrevistada explicava que va deixar la feina en el moment en que es va quedar embarassada per dos motius: perquè considerava “tòxic” el seu ambient laboral i perquè el seu cap ja l’havia informat que es si es quedava embarassada la despatxaria. Tot i això, va aconseguir que li arreglessin els papers per l’atur. Respecte a la seva situació com a dona migrada en estat de gestació menciona tant la vulnerabilitat que significa un embaràs, “yo pienso que es una de las etapas más vulnerables de una mujer” (E1), com la vulnerabilitat de ser migrada: “Lo que pasa es que algunos españoles, no los voy a meter a todos (en el mismo saco), se aprovechan del inmigrante pero de su vulnerabilidad” (E1). Un vulnerabilitat interseccionada, específica, que impacta en els cossos de les mares gestants

Finalment, respecte als ingressos econòmics, les dues dones autòctones (auto)perceben uns ingressos estables i “normals”, en el sentit que no les fan sentir en indefensió econòmica. Per contra, les dones migrades es troben en situacions de precarietat econòmica derivades de les seves situacions laborals.

Habitatge.

Les situacions laborals i els ingressos econòmics impacten en situacions d’habitatge més precaritzades, com el lloguer d’habitacions enlloc de poder llogar un habitatge sencer. En aquest sentit, les dones migrades entrevistades tenen situacions d’habitatge més precàries, llogant habitacions en alguns casos.

Projectes migratoris

Com s’ha vist en el marc teòric, els processos migratoris poden comportar una major fragilitat en les famílies per tot el que aquest procés comporta. Tal com menciona Atxotegui (2022) migrar comporta un dol per la pèrdua d’estatus social. De fet, el dol per l’estatus social perdut és un dels set dols que conformen el dol migratori. La resta, tenen a veure amb el dol per la família i els éssers estimats; el dol per la llengua (i els seus modismes); per la cultura; la terra, pel grup de pertinença i pels riscos físics. Aquests dols, poden acabar derivant en un dol migratori extrem, el Síndrome d’Ulisses, especialment en situacions on hi ha manca de suport social (Atxotegui, 2008).

En les tres dones que han realitzat projectes migratoris es consta que van tenir aquesta pèrdua d’estatus social. Refereixen haver marxat per voler una millora en la seva qualitat de vida a nivell de seguretat física i econòmica. Tal com explica una de les futures mares:

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. Vinimos a buscar algo... a parte 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 lugar mejor y empezar de cero (E5).

Les entrevistades, majoritàriament, esmenten fugir de situacions violentes, ja fos per la manca de seguretat pública que sentien en el seu país com per la violència de gènere que

van patir en ells (una d'elles). Totes elles van migrar sent adultes, dues d'elles van fer el projecte migratori en solitari i l'altra va venir amb la seva parella i un fill d'una parella anterior. Aquí es senten més segures i amb més protecció i drets social malgrat que dues d'elles encara no tinguin el permís de residència i treball amb tota la precarietat i dificultat d'inclusió social que això significa. No obstant, una d'elles, la que porta més temps al país (9 anys) mostra un cert penediment que es podria atribuir a un dol migratori inconclús:

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 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, eso 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 este país (E1).

Ahora, la mateixa informant esmenta que si es queda a Espanya és pel bé del seu fill de 5 anys, ja que percep el seu país d'origen com molt més insegur i amb menys drets socials. Mostra, per tant, una certa ambivalència respecte a Espanya i al seu país d'origen. La resta d'informants també mostren diferents tipus de dols (respecte a la família, la cultura – menjar i sabor dels productes- o la manera de parlar, per exemple).

Més enllà de la migració, mostren unes trajectòries vitals més dures que les expressades per les dones autòctones i que es concreten en primeres maternitats en solitari i en haver fugit de situacions de violència de gènere (2 d'elles). Una d'elles ha viscut tres episodis de violència de gènere, dos en el país d'origen i l'altra aquí. En el país d'origen, va rebre violència sexual dins la família paterna i, més endavant, diferents tipus de violència de gènere per part de la seva exparella i pare dels seus primers fills. Actualment, rep violència econòmica per part d'aquest, el qual l'amenaça de no deixar-li parlar amb els fills comuns si no li envia diners. El fill va quedar en el país d'origen ja que, en el darrer moment, el pare biològic va impedir el reagrupament familiar. L'altra informant supervivent de violència de gènere va rebre-la en el territori espanyol per part de la seva exparella i pare del seu primer fill.

Expectatives envers el part i la criança

Respecte al seus parts, totes coneixen els seus drets sexuals i reproductius. Algunes ja els coneixien i, especialment les mares migrades, els han conegut a través del projecte Amam. Saben què és un pla de part i que poden decidir en quin hospital parir. Totes esperen tenir parts vaginals respectats.

Sobre la criança, les mares autòctones parlen més de gaudir del seu actual embaràs i d'anar fluïnt en allò que vagi venint, les mares migrades esmenten més pors i

preocupacions vinculades a com gestionaran les seves noves maternitats junt amb la criança dels fills/es ja existents. Una de les pors, és la manca de suport social per fer front a una criança múltiple, amb tot el que comporta respecte a l'organització de tasques i la conciliació familiar. També s'esmenta la preocupació de com afrontar la possible gelosia dels germans ja existents. En un cas de mare migrada, les pors es vinculen a nadó que ve amb fortes complicacions de salut.

Totes elles —migrades i autòctones— volen criar de maneres diferents a les que han estat criades. Parlen de voler tenir una major presència amb els seus fills/es a nivell emocional, d'escolta, de confiança i de poder parlar sense tabús. En paraules d'una entrevistada:

Los niños no necesitan solo lo económico, sino principalmente lo emocional. Estar ahí en cada etapa. Que la mamá siempre está ahí. Siempre dar la información adecuada. Antes había muchos tabús y no se hablaba. Yo con mi hijo hablo, a parte 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).

El canvi en el model de criança pot generar algunes dificultats en la família extensa, especialment si es troben en el mateix territori: “Estimo molt els meus pares i m'ajuden moltíssim en la criança, però sí que és veritat que no compartim la forma de criar. Si que em costa molt que potser entenguin el perquè estem canviant certes coses” (E3). Altres expectatives que tenen respecte a la criança és donar el pit de manera exclusiva (4 d'elles) i lactància mixta (1 d'elles). Totes volen fer collit amb els seus nadons (sigui compartint llit o compartint habitació).

Una entrevistada expressa que, organitzant bé els permisos (maternitat, lactància), les vacances pendents i la compactació de reducció de jornada podrà estar casi un any amb la seva criatura abans de tornar a la seva feina. Altres, esmenten que per les seves situacions econòmiques vitals esperen poder tornar a treballar molt abans: “pienso volver a trabajar en mayo o junio más o menos así. Pero no sé la verdad cómo se me presente la situación con una niña pequeña, pero en lo que cabe...” (E1, actualmente a l'atur amb subsidi).

Dues d'elles, una autòctona i l'altra migrada, expressen que volen fer certs canvis respecte a com van criar als seus dos altres fills/es. Aquests canvis tenen a veure en reduir la intensitat de la seva implicació sense deixar d'estar present (portejar menys, donar menys temps el pit, dormir a la mateixa habitació però no al mateix llit). Altres canvis tenen a veure en introduir triturats en detriment del mètode *Baby led weaning* (oferir des del principi aliments en petites peces, sens trossejar).

Aquests canvis es realitzen amb la intenció de trobar una maternitat que els hi encaixi millor en les seves formes de viure, les quals estan condicionades estructuralment, com hem anant veient. És a dir, algunes d'elles volen fer alguns canvis, buscar noves fórmules que no les facin “patir tant” i/o que no les desgastin tant:

per exemple això del menjar, penso que començaré triturant una mica i que no passarà res perquè jo estava allà com molt infantant amb el bròcoli i la fresa. Me'n recordo que el primer dia va ser bròcoli, el segon maduixa i no cal patir tant. Després el tema porteo era: "no la pongo en el carro porque mi niña llora". O sea, (...) feia "Ah" i jo "ya ves, necesita porteo, no li agrada el carro". Potser ara ho intentem una mica més, perquè durant tot el primer any no va tocar el carro. Totes les siestes eren porteo i les nostres esquenes van patir molt. Però de la resta, bé (E3).

O tal i com diu una altra 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, el otro para el uno, horrible. (...). Una lactancia exclusiva es muy difícil y más que yo no soy para dedicarme a ella 2 años, yo tengo que dejarla e irme a trabajar (E1).

Expectatives envers Amam

La importància i l'impacte de projectes com Amam radica, entre altres aspectes, en poder oferir espais de relació i acompanyament en situacions vivencials vulnerables (com la maternitat) a sectors de la població que, per desigualtat territorial i econòmica, no l'haurien rebut o l'haurien d'haver anat a buscar en un altre territori.

Totes les entrevistades, expliquen que van optar per anar Amam per trobar un grup de suport en els seus processos d'embaràs i postpart. Un grup de suport tan a nivell de trobar-se amb altres mares com de ser acompanyades per professionals que no les jutgin:

(Amam me da) soporte psicológico, me ayuda mucho. De alguna manera tengo que expresar todo lo que tengo. Anabel me está ayudando mucho, el hecho de saber que tienes una persona que te escucha, es mucho. Porque, aunque (*nom de la professional*) me diga: "escribe", pues no es lo mismo. Aquí no te juzgan, no te juzgan por dónde vienes, solo te escuchan e intentan empatizar con tu situación (E2).

Una de les mares autòctones expressa que va estar mirant altres grups de suport a la lactància i a la criança però es va decantar per Amam degut a que es trobava al territori on viu: "molt millor venir aquí que anar cada dia a Gràcia, molt incòmode" (E3). Esmenta que no havia trobat cap altra grup com el que buscava a prop, fet que denota una desigualtat territorial i augmenta la importància d'Amam a l'apropar aquest tipus de serveis en territoris que no en solen tenir.

La importància del grup, tot i que acaba de començar, ja es comença a veure en les seves participants. Alguna, fins i tot ho expressa com una necessitat inclús corporal, fet que li sorprèn ja que sol aïllar-se com una forma de protecció:

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).

7.-CONCLUSIONS

Començarem les conclusions d'aquesta primera fase de l'estudi valoratiu dient que l'enfoc psicosocial del programa Amam està en plena sintonia amb l'enfoc que proposen els models perinatals elaborats per experts i que s'ha exposat en el marc teòric; tant pel que fa a la mirada des de la qual s'ubica, com pel que fa a les característiques de l'acompanyament que ofereix, com també per les qüestions pel que tenen a veure amb les professionals.

Els punts forts i més rellevants que s'han detectat del programa Amam son els següents:

Una **adequació a les necessitats** poblacionals del territori en el qual s'ubica, contrastades a partir de dades estadístiques de l'Hospitalet de Llobregat; i també una adequació a les necessitats individuals de les dones a les quals atén. A través de les entrevistes amb profunditat realitzades, s'ha posat de manifest que una bona part de les dones arriben a Amam amb històries de vida molt dures i difícils, han viscut situacions de pobresa, violència i abusos, i, sovint, han migrat fugint de la inseguretat i violència dels seus països. Son persones en les quals interseccionen diferents eixos de desigualtat: ser dona, ser migrada, ser mare, tenir poca o nul·la xarxa social i trobar-se en situacions laborals i d'habitatge molt precàries. El suport que les persones reben de les seves famílies i amics s'ha demostrat com un factor de protecció del risc d'exclusió social. Un programa com Amam, a l'acompanyar-les en un moment tan vulnerable com l'etapa perinatal, pot marcar una diferència perquè amplia el **suport social i emocional** que reben, prevenint el risc d'aïllament i millorant la seva inclusió social al territori. Amam eixampla el capital social d'aquestes dones, la seva xarxa relacional. El grup no només dona suport i noció de pertinença, sinó que també construeix identitat i és generador de vincles. Podríem dir que quan menor és la xarxa familiar i social inicial que tenen les dones, major és l'impacte d'Amam en les seves vides.

Un altre aspecte remarcable és l'**heterogeneïtat dels grups** de participants en quant a nivell socioeconòmic, origen, experiències personals, etc. Una heterogeneïtat buscada per evitar la “guetització” que es donaria si aquest programa anés destinat exclusivament a dones en situació de vulnerabilitat. El fet de que sigui un programa obert a totes les dones que desitgen de compartir les vivències de la maternitat, fa que es formin grups diversos amb la riquesa que això representa i el potencial que demostra a nivell d'inclusió i cohesió social.

La **satisfacció** de les dones **amb l'atenció rebuda** un cop han passat per Amam és molt alta (el 94,2% de les participants la valora per sobre de 8). I ho volem destacar com una altra de les fortaleeses del programa. D'una banda consideren que **la figura i el rol de la**

professional és clau; i de l'altra valoren la potència del doble acompanyament: grupal i individual. Quant a la figura professional, els aspectes més apreciats i que coincideixen amb la bibliografia i amb els models consultats són els que tenen a veure amb el seu posicionament: actitud pròxima, atenta, acollidora, facilitadora, no jeràrquica, que no imposa ni jutja, que posa a l'altre al centre, que escolta activament, des de l'interès real i genuí per l'altre.

També posen en valor **el respecte cap a la intel·ligència cultural**, dit d'una altra manera, la comprensió cap a altres formes o visions de la maternitat (aspecte especialment valorat per les dones migrades que manifesten no haver-ho trobat en altres àmbits com pot ser el sanitari), així com la inclusió d'activitats que fomenten la relació amb el fill/a (una cançó de bressol típica d'un país, un conte o hàbits d'alimentació, de son...).

Quant a l'**acompanyament**, destaquen el fet que sigui un espai de confiança per aprendre, compartir i expressar dubtes, angoixes, pors, expectatives, opinions, etc. que difícilment troben en cap altre entorn. Un espai també per conèixer els drets sexuals i reproductius (aspecte que destaquen sobretot les dones migrades).

Resumint, d'una banda és un espai grupal generador de vincles i benestar i; de l'altra, un acompanyament individual, intensiu i flexible que pot atendre demandes molt diverses. Un espai que elles perceben com empoderant i clau en els seu procés de maternitat. Els estudis consultats defensen que l'acompanyament psicosocial perinatal és, d'una banda preventiu pel que fa a la salut física i mental de la mare i del nadó, però també és proactiu en quant a detecció de situacions de risc susceptibles de ser derivades a especialistes.

La percepció de **millora de capacitats** també és un dels punts forts a destacar d'Amam. En el marc teòric s'ha posat de manifest la incidència dels trastorns mentals durant l'etapa perinatal, amb la depressió i l'angoixa al capdavant. El programa vol fer prevenció en aquest aspecte i una de les maneres que ho fa és enfortint les capacitats personals i marentals de les dones ateses. Pel que fa a les personals, hi ha una autopercepció per part de les mares de millora en diverses capacitats, però, especialment, en la gestió emocional de les situacions (88%), fet que porta a pensar en una major autoconfiança i en que disposaran de més eines d'autocura i d'afrontament sa de l'estrès en el futur. Pel que fa a les capacitats marentals, també hi ha un reconeixement en l'adquisició de recursos per acompanyar el fill/a en les rutines de cura diàries com poden ser les rutines d'higiene i de son (85,7%).

Les conclusions relatives a l'enfortiment dels indicadors d'autoeficàcia parental i mentalització dels quals s'han aportat dades pretest en l'apartat de resultats, es desenvoluparan en l'informe final, quan es disposin de les dades posttest. Així mateix, en la darrera fase de l'estudi també es preveu comptar amb l'opinió dels professionals de referència de les dones en el territori (salut i serveis socials). Per conèixer l'impacte social del projecte s'ha previst fer un focus grup amb un conjunt de mares que han iniciat un projecte d'emprenedoria després de participar d'Amam. Ens interessa aprofundir en què els hi va aportar el seu pas pel programa. Per tant, la comparativa dades pretest-dades posttest, la continuïtat

d'entrevistes semi-estructurades a les dones que passen per Amam, la valoració dels professionals i les aportacions del focus grup de mares emprenedores, formarà part de l'informe final de l'estudi.

Acabar recordant que la inversió feta en programes psicosocials de prevenció per la població general, però, especialment, per aquella que viu situacions de vulnerabilitat, retorna amb escreix en el futur tant econòmicament (estalvi en despesa mèdica), com personalment (individus més conscients i lliures), com socialment (societats més justes i cohesionades).

EQUIP INVESTIGADOR

Marta Ausona, Anna López, Isabel Torras

Investigadores de del Grup de recerca Innovació i Anàlisi Social (GIAS) de la Facultat d'Educació Social i Treball Social Pere Tarrés de la Universitat Ramon Llull

Desembre 2024

8.-REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Ausona, M. (2015). *Alletaments de llarga durada i altres usos de la corporalitat en la criança*. [Tesis 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)

Departament de Salut (2024). L'estat de salut, els comportaments relacionats amb la salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya, 2023. Generalitat de Catalunya.

Diputació de BCN (2023). Informe d'indicadors de salut local. L'Hospitalet de Llobregat.

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

Direcció de Governança de dades (2024). La població a 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 (2022) *Evolución de la cohesión social*. Cáritas española editores.

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

Lanza, G. (2013). Manual del Test 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

López Romero, A.; Camps Galí, M. «La funció terapèutica del treball social en el context del centre de desenvolupament infantil i atenció precoç». *Educació social. Revista d'intervenció socioeducativa*, 2020, Núm. 74, p. 59-72,
<https://doi.org/10.34810/EducacioSocialn74id364745>.

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. i 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>

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

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

Torras, I. (2020). Les necessitats de la petita infància: els mil dies d'or. *Educació social. Revista d'intervenció socioeducativa*, 74, 17-35. <https://doi.org/10.34810/EducacioSocialn74id364796>

Torras, I. i Lorenzo, A. (2018) *Monoparentalitat femenina i pobresa*. Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya.

UNICEF (2012). Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia. Argentina: Fundación Kaleidos.