

SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD: LA INTERVENCIÓN SOCIAL DEL/DE LA TRABAJADOR/A SOCIAL SANITARIO/A

SOCIAL PROTECTION SYSTEM IN MOTHERHOOD AND FATHERHOOD: THE SOCIAL INTERVENTION OF THE HEALTH SOCIAL WORKER

Ana María Rodríguez González

Centro de trabajo: Centro de Salud Altamira. Puente San Miguel (Cantabria) y Centro de Salud Liébana. Potes (Cantabria)

Resumen: El objetivo de este artículo es describir la importancia de la figura del/de la trabajador/a social sanitario en la intervención social durante el embarazo, parto y postparto con el fin de brindar apoyo psicosocial a la maternidad y a la paternidad. Para ello, se realizará un análisis donde se abordarán las funciones específicas del/de la trabajador/a social sanitario/a tanto en el centro de salud de atención primaria como en el centro hospitalario prestando especial atención a los factores sociales. Asimismo, se pretende mostrar la importancia de la atención de los factores psicosociales durante este proceso vital y la necesidad de la figura del/de la trabajador/a social sanitario/a de cara a detectar posibles dificultades que pudieran surgir. Finalmente, se realizará un recorrido por los derechos, beneficios y prestaciones de protección a la maternidad y paternidad, fomento de natalidad y conciliación familiar existentes en nuestro país.

Abstract: The aim of this article is to describe the importance of the figure of the health social worker in the social intervention during pregnancy, childbirth and postpartum in order to provide psychosocial support to motherhood and fatherhood. This is an analysis where specific functions of the health social worker will be tackled from both primary care health centre and hospital centre putting special attention to social factors. Likewise, it will show the importance of the assistance towards psychosocial factors during this vital process and the need for the role of the health social worker to detect possible difficulties if they should arise. Finally, it will provide a summary of the rights, protection of maternity and paternity benefits, childbirth promotion and family conciliation that exist in our country.

Palabras clave: Embarazo, Maternidad, Salud de la mujer, Intervención social, Sistema de Protección Social.

Keywords: Pregnancy, Maternity, Women's health, Social intervention, Social Protection System.

| Recibido: 03/03/2018 | Revisado: 08/07/2018 | Aceptado: 02/09/2018 | Publicado: 30/09/2018 |

Correspondencia: Ana María Rodríguez González. Trabajadora Social. Diplomada y Graduada en Trabajo Social. Máster-POP en Educación, Género e Igualdad. Centro de trabajo: Centro de Salud Altamira. Puente San Miguel (Cantabria) y Centro de Salud Liébana. Potes (Cantabria). España. Email: anamaria.rodriguez@scsalud.es

Referencia normalizada: Rodríguez-González, A. M. (2018). La intervención social en el abordaje de la maternidad y paternidad desde el contexto de salud: la figura del/de la trabajador/a social sanitario/a. *Trabajo Social Hoy*, 85, 7-26. doi: org/10.12960/TSH.2018.0013

1. INTRODUCCIÓN

Un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud en el año 1970 definió la planificación de la familia fundada en la ayuda a los individuos y parejas a evitar nacimientos no deseados, favorecer los deseados, regular el intervalo de tiempo entre los embarazos, adaptar el orden de los nacimientos a las edades de los padres y madres y determinar el número de hijos/as. Para ello, aseguraban la necesidad de educación y asesoramiento en el campo de la sexualidad y medicina preventiva, proporcionar métodos anticonceptivos, asistencia sanitaria en tratamientos de infertilidad, detección de patologías y asesoramiento genético (OMS, 1975).

En el ámbito de la salud se valora cada vez más la importancia de la atención durante el proceso del embarazo, parto y puerperio (Alba Romero et al., 2012). De hecho, en nuestro país, aparece regulado en diferentes leyes autonómicas como, por ejemplo, en la Ley de Salud de Galicia (Ley 8/2008) que reconoce el derecho a las mujeres a disponer de programas específicos durante sus períodos vitales.

Tanto la maternidad como la paternidad son un momento del ciclo vital en el que se producen cambios esenciales a nivel biopsicosocial (Gómez Esteban, 1991) frente a los que muchas veces apenas se prepara a los/las usuarios/as. Por ello, la intervención social del/de la trabajador/a social sanitario/a, ya sea en el ámbito de la atención primaria u hospitalaria, tiene una importancia fundamental durante el puerperio. Además, funciona de enlace entre el hospital y el centro de salud, y viceversa, y con la comunidad (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Hervás de la Torre, 2015). De esta forma, abordará los factores sociales que rodean el proceso de embarazo, parto y climaterio, articulando las prestaciones y recursos en los que las familias pueden apoyarse para afrontar una nueva etapa de su ciclo vital con unas condiciones de bienestar más adecuadas. Asimismo, se prestará atención al proceso de adaptación del nuevo miembro y, en determinados casos, también se valorará la intervención social intentando reducir los efectos negativos que pudieran surgir motivados por la adaptación a la nueva situación tras la llegada de un nuevo miembro al hogar familiar (Gómez Gómez et al., 1993; Llavona et al., 1986) u otras dificultades que pudieran aparecer.

Hay que tener en cuenta que existen una serie de indicadores de riesgo que es muy importante tener en cuenta y valorar durante ese proceso para prevenir que el/la menor se pudiera ver afectado en el futuro. Pues, el interés por el riesgo nace enfocado a los esfuerzos para evitar la aparición o intensificación de dificultades (Granel, 1986, cfr. Casas 1989). Entre los indicadores de riesgo se encuentra: embarazos frecuentes con poco espacio entre ellos, el embarazo en edades extremas (OPS, 1994), la gestación no deseada o ambivalencia sobre el embarazo, conductas adictivas, desarraigo social, alimentación no adecuada, discapacidad de alguno de los padres o de ambos, padre o madre con antecedentes de patologías psiquiátricas graves, relación

conflictiva entre los miembros de la pareja, padres/madres adolescentes que tienen prácticas sexuales de riesgo, no habitabilidad de la vivienda, incidencia negativa de las condiciones de trabajo en la salud de la madre y/o el feto, analfabetismo del padre o de la madre, situación de violencia de género o abusos sexuales, precariedad económica, conductas delictivas del padre o de la madre, privación de libertad de alguno de los padres, falta de control médico durante el embarazo, situación social delicada... Gordillo Martínez, 1999). Además hay una serie de situaciones como los embarazos de alto riesgo, diagnóstico prenatal, recién nacidos/as prematuros/as o enfermos/as... que también será preciso abordar. Asimismo, desde el año 2015 (Ley 26/2015) se regula en la legislación el riesgo prenatal. Entre los indicadores que se recogen en este sentido están: falta de cuidado físico de la mujer gestante y el consumo abusivo de sustancias con potencial adictivo. La intervención en este sentido es fundamental de cara a evitar una futura situación de riesgo o desamparo del menor. Si bien, tras el nacimiento se mantendrá la intervención social de cara a asegurar su adecuada protección.

Como factores protectores debemos destacar la presencia de apoyo social debido a la importancia que tiene especialmente en momentos más vulnerables y los riesgos que puede conllevar su ausencia. Siguiendo a Gallar (2007), el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con los que cuenta un individuo o una familia para poder superar una crisis. Los sistemas de apoyo social pueden construirse formando organizaciones interconectadas, lo cual favorece su rentabilidad. Además, dicho apoyo puede modificar los efectos negativos del estrés y cubrir las necesidades de pertenencia a través de las funciones emocionales e instrumentales, y reforzar su estado de ánimo (Barrón, 1996).

A la hora de valorar positivamente la importancia del/de la trabajador/a social sanitario/a durante este proceso debemos tener en cuenta que el ámbito de la salud es uno de los campos pioneros del trabajo social y su razón de ser. Así, si retrocedemos hasta el año 1905, y recordamos las conclusiones a las que llegó el doctor Richard Cabot sobre la reducción de la intervención sanitaria, ya que no tenía en cuenta los factores sociales y culturales, y su acertada decisión de introducir la figura de una trabajadora social en su clínica para que desde el interior del equipo de salud se removieran esos inconvenientes sociales y culturales que les impedían, a los pacientes, alcanzar mejores niveles de salud (Miranda, 2001), podemos afirmar sobre la necesidad del abordaje social desde el ámbito de la salud también durante las fases de este proceso vital.

Dicha necesidad se sigue manteniendo en la actualidad debido a que la figura del/de la trabajador/a social en este ámbito es muy necesaria debido a las repercusiones sociales que tiene la salud. Debemos tener presente que los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as, como agentes promotores de recursos que son, propondrán aquellos recursos que vayan a satisfacer mejor las necesidades materiales y psicosociales de los/las usuarios/as (Colom, 2008). Además, y según señala Ituarte (1992) la interven-

ción del trabajo social en salud tiene un carácter clínico e implica el diagnóstico del enfermo/a y el tratamiento psicosocial en relación con el proceso de salud-enfermedad y la orientación, tanto al resto del equipo sanitario como al/la paciente y a su entorno, sobre los recursos sanitarios y sociales adecuados a los objetivos de salud.

2. INTERVENCIÓN SOCIAL DEL/DE LA TRABAJADOR/A SOCIAL SANITARIO/A

El/la trabajador/a social sanitario/a tiene un rol crucial en la preparación de cara a la maternidad y paternidad. Asimismo, involucra a ambos, pues la corresponsabilidad en las labores de crianza es un eje imprescindible de cara lograr la igualdad entre hombres y mujeres (Delgado, 2017).

La National Association of Perinatal Social Worker (NAPSW) marca cuatro objetivos en los que el/la trabajador/a social debería intervenir durante este periodo:

- 1. Trabajar con las mujeres y las familias para evaluar sus fortalezas y desafíos a medida que se acercan a la maternidad.*
- 2. Mejorar los efectos de las dificultades psicosociales y médicas trabajando directamente con la mujer y la familia, al mismo tiempo que les ayuda a acceder a los servicios de apoyo a largo plazo cuando sea necesario.*
- 3. Ayudar a crear relaciones sanas y nutritivas entre padres/madres e hijos/as.*
- 4. Abogar por la mujer y su familia en el ámbito de la atención de la salud y en la comunidad (NAPSW, s.f.).*

A partir de estos objetivos, a continuación destacamos las principales funciones del/de la trabajador/a social sanitario/a en este ámbito de intervención social.

2.1. Talleres grupales de preparación al parto y a la maternidad

Se realizará en el proceso asistencial de preparación al parto. Se trata de potenciar y sacar el máximo provecho de la educación para la salud en grupo orientada a la promoción de la salud tanto en el periodo prenatal como posnatal (González Sanz et al., 2014). La figura de referencia será el/la matrn/a pero es muy importante que estos grupos tengan un carácter multidisciplinar, por ello la inclusión del/de la trabajador/a social sanitaria en la realización (Hernández Gallego et al., 2009).

En la/s sesión/es realizadas por el/la trabajador/a social en grupo de preparación al parto se trabajarán cuestiones sociolaborales y de conciliación familiar, registro del menor, inclusión en seguridad social u análogos, prestaciones básicas existentes teniendo en cuenta la localidad y comunidad autónoma donde esté ubicado el centro de salud, educación para la igualdad, cambios en el ciclo vital y adaptación familiar a la inclusión de un nuevo miembro en el hogar.

En dicha sesión, al igual que en el resto de sesiones realizadas por el/la matrón/a, se fomentará la asistencia de la pareja a la vez que se dejará la puerta abierta a la atención individualizada para todas aquellas dudas y cuestiones que las usuarias no valoren comentar dentro del grupo, ya sea antes o después del parto según ellas lo consideren, en aras a preservar su intimidad y confidencialidad.

2.2. Intervención psicosocial en embarazos saludables

La intervención social en embarazos saludables sin, aparentemente, indicadores de riesgo resulta beneficiosa de cara a trabajar de modo preventivo la incertidumbre y ansiedad que puedan presentar en el embarazo y posparto a través de información, fuentes de apoyo, adquisición de habilidades maternas, educación maternal, ... (McMahon, 2001). En el contexto de la maternidad, el trastorno más frecuente es la "tristeza puerperal", caracterizada por síntomas de depresión, como puede ser el llanto, y relacionada con el inicio de depresiones más graves (Beck, 2001). Dicho trastorno se ha relacionado con la percepción elevada de estrés y la vivencia de experiencias negativas en este periodo (Terry et al., 1996). No hay que olvidar que es en las situaciones de más vulnerabilidad social donde la madre puede padecer mayores situaciones de incertidumbre y ansiedad lo que conlleva mayor incidencia de bajo peso al nacimiento y prematuridad, pobre calidad de cuidado del/de la menor, retraso psicomotor, déficit atencional e hiperactividad, dificultades en el lenguaje, depresión y escasa competencia social en el comportamiento futuro del/de la menor (Castro Franco et al., 2011; OMS, 2012; Buist, 2001; McLeman, 2002).

Se aprovechará la primera entrevista tras el parto para valorar la adaptación familiar. Se hará especial hincapié en el estado físico y mental de la mujer teniendo en cuenta las repercusiones sociales que pudiera tener para ellas, resolución de posibles dudas acerca de trámites relacionados con el proceso que todavía no han realizado y apoyo y asesoramiento en la solicitud de prestaciones y recursos sanitarios, sociales, educativos o de otra índole.

2.3. Intervención social hospitalaria

Como señala Díaz (2003) entre las funciones que suelen tener atribuidas los/las trabajadores/as sociales vinculados/as a los hospitales son las de asistencia especializada, promoción de la salud, prevención de enfermedades, investigación y docencia y la coordinación con los centros de salud. Por lo tanto, su intervención no va a limitarse a información, orientación y asesoramiento sobre prestaciones, recursos e inscripción del bebé desde un centro sanitario (Ley N.º 167, 2015). Así, además de intentar resolver la demanda que planteen, se hará especial atención al proceso de aceptación del nuevo miembro y la detección de posibles indicadores de riesgo que serán abordados en coordinación con atención primaria de salud.

2.4. Interrupción voluntaria del embarazo

En nuestro país, la interrupción voluntaria del embarazo es legal dentro de las primeras catorce semanas de gestación (Ley Orgánica N.º 55, 2010), lo que conlleva que la intervención del/de la trabajador/a social sanitario/a se vea muy ajustada a una fecha que limita el tener acceso o no al aborto, independientemente de otros factores socioeconómicos de la mujer.

En el caso de que la mujer gestante solicite realizar una interrupción voluntaria del embarazo, el/la trabajador/a social la informará, orientará, asesorará y derivará al servicio de salud especializado. Debido al limitado número de semanas que reconoce la legislación vigente para poder practicarlo, muchas veces la entrevista con el/la trabajador/a social se realiza muy centrada en el límite legal. Por ello, durante el periodo de tres días reflexión después de haber informada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad según contempla la legislación vigente (Ley Orgánica N.º 55, 2010) y posteriormente a practicar la interrupción, el/la trabajador/a social intervendrá apoyando y a la vez creando un vínculo de cara a futuras intervenciones en las que se trabajarán las circunstancias y aspectos relacionados con ese embarazo o futuros, en caso de valorarse oportuno. Esta intervención social es realizada, fundamentalmente, desde atención primaria (Rodríguez-González, 2016). Especial atención se prestará a las mujeres embarazadas menores de edad que deseen realizarlo, ya que debido a las modificaciones legislativas del año 2015 en las que se suprime la posibilidad de que las menores de edad puedan prestar decidir someterse a una interrupción voluntaria del embarazo sin el permiso de sus padres o de quienes sean titulares de su patria potestad (Ley Orgánica N.º 227, 2015), podría acarrear que una falta de atención a los factores sociofamiliares que le envuelven le llevara a optar por prácticas de interrupción de embarazo de riesgo. No hay que olvidar que este tipo de prácticas de interrupción voluntaria del embarazo provocada en situaciones de riesgo debe ser considerado un problema de salud pública que vulnera los derechos humanos, la justicia y la equidad de género (Marcone y De Palo, 2012).

2.5. Voluntad de dar al bebé en adopción

La mujer que solicite información sobre el proceso de dar su hijo/a en adopción durante la gestación será informada, orientada y asesorada en su centro de salud por el/la trabajador/a social. Además, intervendrá en aquellos ámbitos en los que fueron detectadas dificultades sociales apoyándola de cara a lograr su bienestar social.

En el momento del parto, cuando manifieste directamente su deseo después de haber sido informada, el/la trabajador/a social de hospitalaria pondrá en marcha el procedimiento de atención y protección de los derechos del niño o de la niña existente en su

comunidad. Así, entrevistará a la mujer realizando un estudio de la situación personal, sociofamiliar, recursos... y asegurando la firmeza de la decisión sin ningún tipo de coacción. Valorará si precisa más tiempo para tomar la decisión y se lo dará. Además, se le informará sobre posibles ayudas sociales y recursos a los que tendría derecho en caso de que le surjan dudas, así como, la posibilidad del servicio de mediación con familiares si fuese preciso. En el momento que tome la decisión, firmará el documento de renuncia y se informará de ello al equipo sanitario que presta cuidados a la mujer procurando que esta no comparta habitación con otra mujer gestante o que acabe de dar a luz (Jiménez Martínez, 2017). También se le informará a la madre de que deberá dar el consentimiento transcurridas seis semanas desde el parto (Ley N.º 180, 2015), hasta ese momento podría revocar el documento de renuncia al/a la menor. Durante su estancia hospitalaria, se le prestará apoyo psicosocial y se valorará la derivación a el/la trabajador/a de su centro de salud para poder abordar las carencias socioeconómicas detectadas en caso que ella lo acepte. El/la trabajador/a social hospitalaria se coordinará con el servicio de prevención y protección a la infancia para programar el alta del menor y proporcionar los datos maternos de cara al posterior consentimiento (Jiménez Martínez, 2017). Por otra parte, es preciso tener en cuenta que la información sobre los orígenes del menor, la identidad de sus progenitores y la historia médica de este y su familia se conservará durante por lo menos cincuenta años desde que la adopción se haga definitiva (Ley N.º 180, 2015).

2.6. Intervención social en embarazo en la adolescencia

El embarazo en este periodo de la vida conlleva el doble de riesgos biológicos, bajo peso y prematuridad (American Academy of Pediatrics, 2014; Klein, 2005). A nivel psicosocial también puede conllevar miedo de las madres a ser rechazadas socialmente, dificultades con su familia, rechazo al bebé, mayores tasas de fracaso escolar de sus hijos/as,... (OMS, 2014). Cuanto más joven sea la madre mayores serán los riesgos. Por ello, trabajar para que estos riesgos se minimicen y evitar que tengan repercusiones negativas en su vida futura será un objetivo de la intervención social.

Desde el trabajo social directo el/la trabajador/a social desarrollará diferentes intervenciones. Es preciso destacar: la prevención de embarazos en adolescentes, especialmente entre población de riesgo; prevención de reembarazos en madres adolescentes, programas dirigidos a enseñar habilidades de crianza y de la vida diaria; (Garra Palud et al., 2004); acciones dirigidas a las hermanas de las madres adolescentes de modo preventivo debido al modelo que implica para estas (East, 1996).

Las repercusiones socioculturales del embarazo a una edad temprana suelen afectar al fracaso o dificultades para completar el ciclo educativo, dificultad para el acceso laboral, dificultades económicas, aislamiento social, condiciones de bienestar inferiores, etc.

(Hoffman et al., 2008; Ou et al., 2013). La información, orientación, asesoramiento y formación serán cruciales para que la madre adolescente pueda desempeñar su rol de forma saludable y lograr el bienestar social para ambos. Por ello, el/la trabajador/a social de atención primaria, mediante el apoyo psicosocial, creará un vínculo desde el proceso del embarazo y continuará la intervención durante el puerperio y crianza asesorando en aquellas dificultades que pudieran surgir abordándolas desde el momento inicial. Asimismo, en coordinación con el/la matrn/a se trabajará la planificación familiar y los métodos anticonceptivos.

2.7. Riesgo mutilación genital femenina

La mutilación genital femenina es una práctica que daña la salud física, psicológica, sexual y reproductiva de las mujeres y niñas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2005). Para intentar erradicarla, es preciso abordarla desde una perspectiva integral trabajando la sensibilización y la prevención con toda la comunidad (Dirección UNAF et al., 2013). Por ello, los/las profesionales sanitarios/as tenemos que interiorizar la mutilación genital femenina como un problema de salud y una importante vulneración de los derechos de las mujeres y las niñas, pues de esta forma es como se podrá colaborar en la prevención evitando sus consecuencias (Aranzábal et al., 2016). A la hora de realizar una intervención social en la prevención y en la detección de situaciones de riesgo inminente, los/las trabajadores/as sociales sanitarios/as nos encontramos en una situación privilegiada dada a la información que recibimos a través de las fuentes primarias debido a la metodología utilizada en las intervenciones. Esto, además, nos puede facilitar establecer una relación de confianza con la familia para profundizar en el tema. Por otro lado, en aquellas familias que se muestren favorables a la realización de la mutilación genital femenina la intervención puede basarse en informarlas sobre el daño que produce en la menor y sus consecuencias para, posteriormente, ofrecerle un acuerdo como el de reflexionar sobre la información que acaban de recibir y volver a abordar el tema ampliando información y poniendo con contacto con profesionales y recursos un poco más adelante (Dirección UNAF et al., 2013).

Desde atención primaria, el/la trabajador/a social sanitario/a trabajará en coordinación con pediatría, medico/a de familia y enfermería tanto en prevención como en identificación y detección de niñas en riesgo como en la detección e intervención de mujeres afectadas (Dirección UNAF et al., 2013). Por un lado, en el caso de mujeres embarazadas con mutilación genital femenina o favorables a dicha práctica, el/la matrn/a lo abordará sobre la semana 24-28, sensibilizando sobre el tema y derivando a el/la trabajador/a social del centro de salud (Aranzábal et al., 2016). Por el otro, en el caso de detectar actitudes favorables a la práctica, se trabajará conjuntamente con pediatría quien también realizará seguimiento a través del programa de salud infantil (Dirección UNAF et al., 2013). En este caso, se trabajará en red con el resto de agente de la zona

la sensibilización y prevención con la mujer y su familia conociendo el entorno sociofamiliar (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2005). Durante este seguimiento, si se detectara riesgo inminente, como puede ser la planificación de un viaje al país de origen, pediatría y el/la trabajador/a del centro de salud se coordinarán para planificar las acciones preventivas informando y firmando un compromiso preventivo (Aranzábal et al., 2016).

En el caso del nacimiento de una niña de madre con antecedentes de mutilación genital femenina, el/la trabajador/a social hospitalaria realizará un primer acercamiento al padre y madre tranquilizando e informando adecuadamente, tanto de los riesgos para la salud como de los aspectos legales, a la vez que recogiendo datos sociobiográficos para valorar posibles indicadores de riesgo de la realización. Asimismo, se orientará y derivará según el caso, en caso de detectar en la entrevista dificultades sociales. Se establecerá coordinación con atención primaria para continuar con la sensibilización y prevención. En el caso de que el nacimiento sea de un niño pero existan hijas en edad de riesgo se realizará asimismo la labor de sensibilización y prevención (Aranzábal et al., 2016).

2.8. Intervención social en la crianza

Una vez se produce el nacimiento del/de la menor, la coordinación con enfermería de pediatría y con el/la médico/a pediatra resulta crucial, ya que a través del programa de salud infantil se realizará una valoración psicosocial del/de la menor y su familia, el desarrollo psicomotor, el rendimiento escolar, prevención de accidentes, hábitos de nutrición y sueño... (Kuo et al., 2006). Mediante dicha coordinación se podrá realizar una intervención social para abordar aquellos indicadores de riesgo detectados. Esta coordinación podría ser previa en aquellos casos en que los indicadores ya fueran detectados antes del nacimiento. Asimismo, también se trabajará en red con el centro educativo, centro de día de menores... y otras instituciones comunitarias destinadas al público infante-juvenil de la zona. Dicha intervención a lo largo del desarrollo evolutivo del/de la menor tendrá como objetivo evitar las consecuencias negativas de los indicadores de riesgo tanto en el/la menor como en su familia.

2.9. Intervención social ante el duelo

Parte de la actividad que desarrolla el/la trabajador/a social sanitario se centra en el trabajo con pérdidas y duelos (González, 2006). En este contexto, entre ellas, es preciso destacar la infertilidad, el aborto involuntario o la muerte neonatal como las principales a abordar. Sin embargo, aun en nuestra sociedad actual, el duelo perinatal sigue entendiéndose como parte de los “duelos desautorizados”, o “socialmente no acep-

tados”, (Pérez, s.f.), lo que conlleva que sea clasificado como “duelo olvidado” y, por consiguiente, el proceso de dolor también se llena de soledad (Mejías, 2011). Por ello, el/la trabajador/a social sanitario/a tiene un papel fundamental en la atención al duelo perinatal haciendo frente a los sentimientos de dolor y ayuda a aprender a vivir con la nueva situación. Esto es debido a que la formación específica en atención en crisis e intervención en pérdidas y duelos que tiene este/a profesional, así como su entrenamiento en técnicas de escucha activa, herramientas destinadas a la resolución de problemas y su capacidad divulgativa y sensibilizadora, hace que sea un/a profesional idónea para ayudar a las familias que pasan por dicho trance (Vicente Saez et al., 2014).

3. SISTEMA DE PROTECCIÓN DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD EN ESPAÑA

La política social para la familia debería basarse, por un lado, en la regulación de derechos y deberes en el seno de la familia, además de entre esta y las demás instituciones sociales y políticas y, por otro lado, la oferta de servicios y prestaciones económicas (Rodríguez Cabrero, 1994). Sin embargo, aun a día de hoy los poderes públicos parecen dar a la familia la obligación moral de atender las actividades del hogar y el cuidado de los menores, existan o no ayudas públicas, lo que se ha visto reflejado en la legislación (Moreno, 2003).

A continuación se desarrolla el sistema de protección actual. Dichos derechos serán extrapolables a la adopción y acogimiento, sufriendo ligeras variaciones en cuanto al inicio motivado precisamente por sus características.

3.1. Prestación de maternidad

Se trata de un subsidio para trabajadoras por cuenta ajena o propia que disfruten del periodo de descanso por maternidad siempre que acrediten los requisitos exigidos. Tal como se recoge en el Real Decreto Legislativo 2/2015 (RD N.º 255, 2015), con carácter general tendrá una duración de 16 semanas. Si bien, su duración se podrá ver ampliada en caso de parto o adopción múltiple, discapacidad del menor u hospitalización. La fecha de comienzo del permiso podrá ser anterior a la fecha del parto por decisión de la madre. Además, parte del permiso podrá ser cedido al otro progenitor, aunque teniendo en cuenta que, en el caso de maternidad biológica, la madre deberá disfrutar las seis semanas inmediatamente posteriores tras el parto consideradas de descanso obligatorio.

3.2. Permiso de lactancia

Se trata de un permiso retribuido de una hora diaria que dura hasta que el/la bebé cumpla los nueve meses, independientemente de que la lactancia sea natural o artificial. Dicha hora, tal cual recoge el artículo 45.1.d del Real Decreto Legislativo 2/2015

(RD N.º 255, 2015) podrá dividirse en dos fracciones de media hora al principio y al final de la jornada laboral. La posibilidad de acumular este permiso en jornadas completas, será preciso pactarlo con la empresa, salvo que así se reconozca por Convenio Colectivo. La madre podrá cederle el disfrute de dicho permiso al otro progenitor. En caso de riesgo durante la lactancia para aquellas trabajadoras que precisen cambiar de puesto de trabajo por otro compatible con su situación, pero dicho cambio de puesto no resulte técnica u objetivamente posible, se reconoce un permiso del 100 % de la base reguladora (Real Decreto N.º 69, 2009) que se abonará como máximo hasta que el bebé cumpla nueve meses.

3.3. Prestación de paternidad

Es un subsidio que se le reconoce a los trabajadores con motivo del nacimiento de un/a hijo/a, adopción o acogimiento. Corresponde al 100 % de la base reguladora pudiendo disfrutarse o bien desde que finaliza el permiso retribuido por nacimiento o resolución judicial (en casos de adopción o acogimiento) hasta que finalice el descanso de maternidad, o bien inmediatamente después del descanso de maternidad. Siguiendo el artículo 48 del Real Decreto Legislativo 2/2015 (Real Decreto N.º 255, 2015), dicho permiso será de cinco semanas ininterrumpidas, ampliables en dos días más por cada hijo a partir del segundo pudiendo disfrutarse a jornada parcial o completa.

3.4. Asistencia sanitaria de la seguridad social

Es la prestación de servicios médicos y farmacéuticos precisos para conservar o restablecer la salud de las personas afiliadas y en alta, pensionistas perceptores de prestaciones periódicas de la Seguridad Social y desempleados/as que agotaran subsidio o prestación por desempleo. También tienen derecho sus familiares y asimilados dependientes. Este es el caso de los/las menores (Decreto N.º 173, 1974). Se solicitará en las oficinas de la Seguridad Social. Con el documento de reconocimiento del derecho puede solicitarse la tarjeta sanitaria en el centro de salud que le corresponda.

3.5. Familia numerosa

Siguiendo la Ley de Protección a las Familias Numerosas (Ley 40/2003), serán considerados/as uno o dos ascendientes con tres o más hijos/as, sean o no comunes. Asimismo, el padre o la madre separados o divorciados con tres o más hijos/as, aunque estén en distintas unidades familiares siempre que se encuentren bajo su dependencia económica. Además, también se equiparán aquellos/as con dos hijos/as cuando uno de ellos tenga una discapacidad, en el caso de que ambos ascendientes tuvieran

discapacidad o al menos uno de ellos tuviera una discapacidad del 65 % o superior o cuando haya fallecido el otro progenitor. En función del número de hijos/as se clasificarán en familias numerosas de categoría especial y familias numerosas de categoría general. Los diferentes beneficios, reducciones y exenciones económicas a que pudieran tener derecho las familias podrán variar según su categoría y lugar de residencia.

3.6. Prestaciones familiares: de seguridad social

El régimen público de la Seguridad Social proporciona protección mediante la asistencia y prestaciones sociales (art. 41 CE).

A continuación se sintetizan las principales prestaciones familiares relacionadas con la maternidad y paternidad existentes en la actualidad y sobre las que el/la trabajador/a social sanitario también informará, orientará y asesorará en el proceso de la intervención social.

3.6.1. Prestación económica por hijo/a a cargo

Se trata de una prestación económica por hijo/a menor de 18 años. También tendrán derecho los/las mayores de 18 años con una discapacidad reconocida del 65% o superior y que se encuentren a cargo del/de la beneficiario/a. Se tendrá derecho a dicha prestación cuando los ingresos del/de la beneficiario/a no superen el límite establecido reglamentariamente, salvo los casos de hijo/as con discapacidad, que, independientemente de que estos/as sean menores o mayores de 18 años, no tendrán límite de ingresos (Real Decreto N.º 279, 2005).

3.6.2. Prestación económica por parto o adopción múltiples

Según el artículo 24 del Real Decreto 1335/2005 (Real Decreto N.º 279, 2005), se trata de una prestación de pago único a la que tendrán derecho cuando el número de nacidos/as o adoptados/as sea de dos o más hijos/as. Además, en caso de que alguno/a de ellos/as tuviera reconocida una discapacidad del 33 % o superior computará doble. Para el cálculo de la prestación se tendrá en cuenta el importe mensual del salario mínimo interprofesional (SMI) y el número de hijos/as nacidos/as.

3.6.3. Prestación familiar en su modalidad contributiva

Siguiendo el artículo 46.3 de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (Real Decreto N.º 255, 2015), los/las trabajadores/as por cuenta ajena tendrán derecho al disfrute de períodos de excedencia de duración no superior a tres años para atender al cuidado de su hijo/a. El período de excedencia podrá disfrutarse de forma fraccionada.

3.6.4. Prestación económica por nacimiento o adopción de hijo/a, en supuestos de familias numerosas, monoparentales y en los casos de madres con discapacidad:

Es una prestación de pago único que les será reconocida a familias numerosas, familias monoparentales y a madres que padezcan una discapacidad igual o superior al 65 %. El derecho al abono de la prestación vendrá determinado siempre que no supere el límite máximo de ingresos establecido (Real Decreto Legislativo N.º 261, 2015).

3.7. Deducción por maternidad

El artículo 81 de la Ley 35/2006 (Ley N.º 285, 2006) establece una deducción para madres trabajadoras, bien por cuenta propia o bien por cuenta ajena, con hijos/as menores de 3 años, de 1200 euros anuales por cada hijo/a. Esta cantidad podrá verse reducida en caso de trabajadoras con un contrato laboral a tiempo parcial. Esta deducción podrá cobrarse anticipadamente percibiendo de esta forma hasta 100 euros mensuales. Podrá ser percibida por el padre en caso de fallecimiento de la madre o cuando este tenga de forma exclusiva la guardia y custodia del/de la menor.

3.8. Permisos y excedencias

La Ley de Conciliación de la Vida Familiar y Laboral (Ley N.º 266, 1999) introduce modificaciones, que mejoran lo existente hasta aquel momento, en lo relativo a permisos y excedencias relacionadas con la maternidad, paternidad y el cuidado de la familia. Posteriormente, la Ley de Igualdad efectiva entre mujeres y hombres (Ley Orgánica N.º 71, 2007) amplía esta cobertura también para los/as trabajadores/as autónomos/as y de otros regímenes especiales de la Seguridad Social, a la vez que mejora en cuanto a tiempo de duración y requisitos lo regulado hasta el momento.

3.9. Otras prestaciones

Tanto las diferentes comunidades autónomas como los municipios podrán regular diversas ayudas y subvenciones tanto para la conciliación de la vida familiar y laboral como para el fomento de la natalidad. Asimismo, en el ámbito laboral, regulado a través del convenio colectivo, podrán estipularse mejoras concretas en este ámbito para sus trabajadores/as.

4. CONCLUSIONES

La intervención social durante el proceso de embarazo, parto y puerperio es una función llevada a cabo tanto desde atención primaria como hospitalaria por el/la trabajador/a social sanitaria. Resulta fundamental que esta intervención sea realizada de forma proactiva en aras a llegar a un mayor número de usuarios/as. Además, apoyar la maternidad y paternidad desde la parentalidad positiva beneficia la adaptación del hogar al nuevo miembro. Por ello, la intervención preventiva aportará bienestar a la madre y al menor ya que orientará y asesorará durante el proceso de embarazo y puerperio sobre los cambios que vayan surgiendo en esta nueva etapa. Bajo esta línea de intervención social, no hay que olvidar que esta resulta crucial a la hora de poder detectar posibles indicadores de riesgo e iniciar su abordaje desde el momento en que estos aparecen para que tengan las menos repercusiones posibles en el/la menor.

Asimismo, se realiza una intervención social, en situaciones que limitan el derecho a elegir sobre el propio cuerpo o bien dañan su integridad, como son la interrupción voluntaria del embarazo y la mutilación genital femenina, respectivamente. Precisamente, debido a la gravedad del asunto la labor del/de la trabajador/a social sanitario/a no debe centrarse sólo en la intervención social en sentido estricto sino que debe realizarse de una forma proactiva de cara a intentar eliminar determinadas barreras de acceso al sistema sanitario que todavía existen para determinados colectivos. Especialmente, se focalizará la atención en las menores de edad, ya que son ellas quienes se ven obligadas a acatar las decisiones de sus padres o de quien ostente su patria potestad, tanto en la mutilación genital femenina por las edades que comprende y la dificultad de estas para poder evitarlo como en la interrupción voluntaria de embarazo en menores ya que la propia legislación (Ley Orgánica N.º 227, 2015) restringe su decisión al ser preciso el consentimiento expreso de sus padres o de quien ostente su patria potestad.

Por otro lado, orientar y asesorar a la madre y al padre sobre los trámites de registro e inclusión sanitaria una vez que nace el/la bebé se convierte en una labor crucial, a la vez que se evita que caigan en posibles errores burocráticos. Asimismo, informar, orientar y asesorar sobre las políticas sociales existentes que intentar fomentar la natalidad y/o apoyar la maternidad y paternidad desarrolla factores protectores en la familia que es preciso potenciar. Además, la existencia de parte de dichas prestaciones potencia que aquellas mujeres incorporadas al mundo laboral tengan más fácil la conciliación de su trabajo remunerado con el ámbito familiar sin que su carrera profesional sufra interrupciones. Por ello, el grado de desarrollo de los servicios sociales hará que la oferta pública libere a las mujeres de las tareas tradicionalmente femeninas (Guillén, 1997). Así, desde el punto de vista de la perspectiva de género, la figura del/de la trabajador/a social también tiene relevancia en la información, orientación y asesoramiento que lleve a cabo sobre las prestaciones existentes en la atención y fomento de la maternidad y paternidad.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Alba Romero C., Aler Gay I., y Olza Fernández, I. (2012). *Maternidad y Salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.
- American Academy of Pediatrics. (2014). Addendum—adolescent pregnancy: current trends and issues. *Pediatrics*, 133(5), 954-7. 4.
- Aranzábal M., Esteban S., Gallo I., Isla P., Labaca I, López M, Paino M, Valladolid A., Ciarrusta T., Quintas P., y Álvarez MS. (2016). *Mutilación genital femenina. Guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*, 50, 275-85.
- Buist, A. (2001). Treating mental illness in lactating women. *Medscape Womens Health*; 6,3.
- Casas, F. (1989). *Técnicas de investigación social: los indicadores sociales y psicosociales (teoría y práctica)*. Barcelona: PPU.
- Castro Franco, B E, Penaranda Correa, F. (2011). La comprensión de los significados de la maternidad: el caso de un programa de cuidado prenatal en un centro de salud en Popayán, Colombia. *Salud Colectiva*, 7(3), 333-45.
- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424 Cita en texto: (CE 1978).
- Colom, D. (2008). *El Trabajo Social sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*. Madrid: Colección Trabajo Social. Serie Libros. Siglo XXI.
- Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 173 de 20 de julio de 1974.
- Delgado, G. (coord.). (2017). *Construir caminos para la igualdad: educar sin violencia*. México: IISUE.
- Díaz, E. (2003). Los ámbitos profesionales del Trabajo Social. En Fernández T., y Alemán C. (coords.), *Introducción al Trabajo Social*, (p.p. 515-553. Madrid: Alianza Editorial.
- Dirección UNAF; Lozano Caro, I., y Crespo Elvira, N. (2013). *Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e intervención*. Madrid: Unión de asociaciones familiares (UNAF).
- East, P. L. (1996). Do adolescent pregnancy and childbearing affect younger siblings? *Family Planning Perspectives*, 28, 148-153.
- Gallar, M. (2007). *Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente*. Madrid: Thomson.
- Garra Palud, L. y Rodríguez, V. (2004). La intervención desde el Trabajo Social en el embarazo adolescente. *Trabajo Social y Salud*, 47, 157-166.

- Gómez Esteban, R. (1991). Factores psicosociales en el embarazo, parto y puerperio. *Clínica y Salud* 3, 257-271.
- Gómez Gómez, F., Lorente Moreno, J. C., Munuera Pérez, P., y Pérez Díaz-Flor, C. (1993). El trabajador social como asesor familiar. *Cuadernos de Trabajo Social*, 4-5, 139-150.
- González, V. (2006). Trabajo social familiar e intervención en procesos de duelo con familias. *Acciones e investigaciones sociales, extra 1*. doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.20061%20Ext464.
- González Sanz, J. D., Barquero González, A., González Losada, S., Higuero Macías, J.C., y Lagares Rojas, M. (2014). *Guía orientadora para la preparación al nacimiento y crianza en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.
- Gordillo Martínez, M. L. (1999). Detección riesgo social desde neonatología en Díaz Huertas, J. A., Casado Flores, J., García García, E., Ruiz Díaz, M.A y Esteban Gómez, J. (directores), *Detección de Riesgo Social en la Embarazada Prevención Maltrato Infantil en la Comunidad de Madrid*, 129-142. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la familia.
- Guillén, A. (1997). Regímenes de bienestar y roles familiares: un análisis del caso español, *Papers* 53, 45-63.
- Hernández Gallego, M. R., Barata Gómez, T., Tadeo López, M., Alonso Docampo, M. N, Hurtado Rodríguez, R., Alviani Rodríguez-Franco, M., Celedon, L., Damas Plasencia, L., Expósito Mendoz, F., González González, C. C., González Ramos, A., Marrero Marrero, O., y Olabarrieta Serrano, M. R. (2009). *Preparación a la maternidad y paternidad. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva (P.A.S.A.R.)*. Las Palmas de Gran Canaria: Consejería de Sanidad.
- Hervás de la Torre, A. (2015). La coordinación sociosanitaria: espacio profesional del Trabajo Social Sanitario en la atención integral a la salud de las poblaciones. En *Actas de Coordinación Sociosanitaria*. Madrid: Fundación Caser para la Dependencia. Madrid.
- Hoffman, S. (2008). Consequences of teen childbearing for mothers: updated estimates of the consequences of teen childbearing for mothers. En: Hoffman S D, Maynard R- A, eds. *Economic Costs and Social Consequences of Teen Pregnancy*, 2.^a ed. Washington D.C.: The Urban Institute Press, 74-92.
- Ituarte, A. (1992). *Procedimiento y proceso en Trabajo Social clínico*. Madrid: Siglo XXI y Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.
- Jiménez Martínez, S. (2017). Protocolo en materia de adopción: renuncia de la madre biológica al recién nacido. *Afin*, 93, 1-6.
- Klein, J.D. (2005). Adolescent pregnancy: current trends and issues. *Pediatrics*, 116(1): 281-6.

- Kuo, A.A, Inkelas, M., Lotstein, D.S., Samson, K.M., Schor, E L., y Halfon, N. (2006). Rethinking Well-Child Care in the United States: An International Comparison. *Pediatrics*, 118, 1692-1702.
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 180 de 29 de julio de 2015.
- Ley 19/2015, de 13 de julio, de medidas de Reforma Administrativa en el ámbito de la Administración de Justicia y del Registro Civil. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 167 de 14 de julio de 2015.
- Ley 8/2008, de 10 de julio, de Salud de Galicia. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 202 de 21 de agosto de 2008.
- Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 285 de 29 de noviembre de 2006.
- Ley 40/2003, de 18 de noviembre, de protección a las familias numerosas. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 277 de 19 de noviembre de 2003.
- Ley 39/1999, de 5 de noviembre, de conciliación de la Vida Familiar y Laboral de las personas trabajadoras. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 266 de 6 de noviembre de 1999.
- Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la Protección de las menores y Mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 227 de 22 de septiembre de 2015.
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 55 de 4 de marzo de 2010.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 71 de 23 de marzo de 2007.
- Llavona, L.M., Muruaga, S., y Nogueiras, B. (1986). Enfoque conductual de la depresión posparto. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 4, 193-220.
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., Tennant, C., y Don, N. (2001). Postnatal depression, anxiety and unsettled infant behaviour. *Aust N Z J Psychiatry*, 35, 581-588.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Marcone, M.L y De Palo, V.C. (2012). El abordaje de la problemática del aborto por parte de un equipo interdisciplinario de un Centro de Salud. *Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 66. Edición electrónica. ISSN 0327-7585.
- McLeman, J.D y Offord D.R. (2002). Should postpartum depression be targeted to improve child mental health? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41, 28-35.

- Mejías, M.C. (2011). Duelo perinatal: atención psicológica en los primeros momentos. *Hygia de enfermería: revista científica del Colegio*, 79, 52-55.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España 2007-2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Miranda, M. (2001). La TBC, Cabot y el rol asignado al Trabajo Social en Salud. *Revista de Trabajo Social y Salud*, 40, 231-267.
- Moreno, L. (2003). *Bienestar Mediterráneo y "Supermujeres"*. Unidad de Políticas Comparadas. Documento de Trabajo 03-09. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. [Consultado el 28 de Julio de 2008]. Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/1571/1/dt-0309.pdf>
- NAPSW. (s.f.). What is a Perinatal Social Worker. [Consultado 26 Junio 2018]. Disponible en: <https://www.napsw.org/what-is-a-perinatal-social-worker>
- OMS. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Organización Mundial de la Salud. [Aceso 29 Junio 2018]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
- OMS. (2014). El embarazo en la adolescencia. Organización Mundial de la Salud. [Aceso 6 Agosto 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- OMS. (1975). Evaluación de las actividades de planificación de la familia en los servicios de salud. Informe de un Comité de Expertos. *Serie Informes Técnicos*, 569. Ginebra.
- OPS. (1994). *Las condiciones de salud en las Américas*, Publicaciones Científicas, 549, Vol 1, Washington D.C.
- Ou SR, Reynolds A.J. (2013). Timing of first childbirth and young women's postsecondary education in an inner-city minority cohort. *Urban Educ*, 48(2).
- Pérez, M. (s.f.). *Duelo: Proceso individual, proceso familiar, proceso social (en línea)*. <http://www.caritasvitoria.org/datos/documentos/Material%20Duelo-magdalena.pdf>, acceso 1 de Julio de 2018.
- Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 261 de 31 de octubre de 2015.
- Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 255 de 24 de octubre de 2015.
- Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 69 de 21 de marzo de 2009.

- Real Decreto 1335/2005, de 11 de noviembre, por el que se regulan las prestaciones familiares de la Seguridad Social. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 279 de 22 de noviembre de 2005. Rodríguez Cabrero. (1994). «La protección social a la familia». En *V Informe sociológico sobre la situación social en España*. Madrid: Fundación FOESSA.
- Rodríguez-González, A. M. (2016). Interrupción voluntaria del embarazo en la península ibérica: recorrido histórico y abordaje sociosanitario. *Trabajo Social y Salud*, 85, 25-30.
- Terry, D., Mayocchi, L., y Hynes, G. (1996). Depressive symptomatology in new mothers: a stress and coping perspective. *J Abnorm Psychol*, 105, 220-31.
- Vicente Sáez, N. y del Álamo Gómez, N. (2014). *Duelo perinatal: el duelo olvidado* (trabajo fin de grado). Salamanca: Universidad de Salamanca.

