



Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

PROGRAMA DE PREPARACIÓN PSICOEMOCIONAL DE LA MATERNIDAD: PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO PARA MUJERES CON FACTORES DE RIESGO

Presentado por: D^a Estela Cuevas Moreno

Tutor/a académico/a: Dra. Isabel Morales Gil

Alcalá de Henares, Marzo de 2020.

ÍNDICE

1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:	1
1.1. Perspectiva biopsicosocial de la depresión postparto en mujeres.....	1
1.2. Diagnóstico diferencial.....	2
1.2.1. Actualización en las categorías diagnósticas de psicopatología postparto	2
1.2.2. Principales diferencias entre depresión postparto y depresión subclínica	4
1.3. La depresión postparto en el Sistema Nacional de Salud de España	5
1.4. Factores de riesgo y protección.....	8
1.5. Justificación teórica de la necesidad de prevención.	9
1.7. Programas de prevención previos.....	10
1.7.1. Resultados generales	10
1.7.2. Principales limitaciones encontradas	14
1.8. ¿Qué novedad aporta este programa?	14
2. METODOLOGÍA	15
2.1. Tipo de intervención	15
2.2. Metodología de búsqueda y desarrollo	16
2.3. Objetivos generales y específicos	17
2.4. Descripción de la muestra. Criterios de inclusión y exclusión	18
2.5. Evaluación.....	19
2.6. Contexto de aplicación.....	20
3. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA	21
4. DESARROLLO DEL PROGRAMA	22
5. CONCLUSIONES	38
6. REFERENCIAS	41
7. ANEXOS	46

Resumen

El nacimiento de un hijo y la maternidad son eventos vitales que socialmente se han asociado a un gran momento de alegría y felicidad, a pesar de las altas demandas emocionales, psicológicas y físicas que requiere. No obstante, la depresión postparto es un fenómeno que aparece con una alta prevalencia en el proceso de puerperio. La sintomatología que caracteriza a la depresión postparto (anhedonia, apatía, sentimientos de tristeza, culpa...) es muy similar al fenómeno de tristeza postparto, el cual remite solo; sin embargo, esto no ocurre así en la depresión postparto. Este tipo de depresión se puede agravar y prolongar en el tiempo, por lo que es de vital importancia realizar una detección temprana de este. En el Sistema Nacional de Salud de España, se contempla la salud mental durante el embarazo y puerperio, pero, a pesar de la enorme evidencia existente, aún no se han consensuado protocolos de actuación sanitarios para estos casos. Trabajos anteriores han formulado diferentes modelos de intervención y prevención, variando entre sí tanto el cuerpo teórico en el que se sustentan como en los resultados obtenidos tras su aplicación. La propuesta de este trabajo ha sido crear un modelo de prevención de la depresión postparto y los síntomas de ansiedad concomitantes, a través de la utilización de las fortalezas de trabajos previos y la reformulación de las debilidades de estos. El programa tiene un enfoque ecléctico, en el cual se combinan técnicas cognitivo-conductuales, de terapia cognitiva basada en la atención plena, y técnicas corporales. Se deja todo el desarrollo del programa planteado para una posible aplicación futura en el ámbito sanitario público y/o privado.

Palabras clave

Depresión postparto, Prevención, Ansiedad, Puerperio, Embarazo.

Abstract

The birth of a child and motherhood are vital events that have been socially associated with a great moment of joy and happiness, despite the high emotional, psychological and affective demands that it requires. However, postpartum depression is a phenomenon that appears with a high prevalence in the puerperium process. The symptoms that characterize postpartum depression (loss of interest, apathy, sadness feelings, guilt ...) is very similar to the phenomenon of postpartum sadness, which remits on its own. This type of depression can be aggravated and prolonged over time, so it is so important to make an early detection. In the Spanish National Health System, mental health is considered during pregnancy and the puerperium, but, despite the all the evidence about this, health action protocols have not been yet agreed upon for these cases. Previous works have formulated different intervention and prevention models, varying both the theoretical body on which they are based, and the results obtained after their application. The proposal of this work has been to create a model for the prevention of postpartum depression and concomitant anxiety symptoms, through the use of the strengths of previous works and the reformulation of their weaknesses. The program has an eclectic approach, combining cognitive-behavioral techniques, mindfulness-based cognitive therapy, and body techniques. The program is theoretically outlined for future application.

Key Words

Postpartum Depression, Prevention, Anxiety, Puerperium, Pregnancy.

1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

1.1. Perspectiva biopsicosocial de la depresión postparto en mujeres.

La depresión constituye una de las problemáticas más graves y presentes en nuestra sociedad actual; en la actualidad, la prevalencia de la depresión en la población se estima en alrededor 300 millones de personas en el mundo (en su mayoría mujeres), constituyendo así la depresión como la principal causa de discapacidad en el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). Debido a estos datos alarmantes, y al alto riesgo asociado con el suicidio, la depresión es un problema que debe de ser abordado con la importancia que requiere en los sistemas de salud.

Existe una “modalidad” de la depresión que afecta a las mujeres embarazadas y/o puerperiantas: la depresión postparto. La Organización Mundial de la Salud (2017) contempla este fenómeno de manera diferenciada a un episodio depresivo mayor debido a la alta prevalencia que presenta este fenómeno, describiéndolo como: *“una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas”*. Con respecto al trastorno depresivo mayor (TDM), existe una alta similitud de síntomas, por lo que, las madres que presentan depresión postparto pueden presentar diferentes indicios como la anhedonia, alteraciones en el comportamiento alimentario y/o en la higiene del sueño, alta ansiedad extendida en el tiempo, labilidad emocional, sentimientos de tristeza, soledad, culpabilidad y/o miedo, alteración de funciones cognitivas, y pérdida de interés; además de estos, pueden aparecer también síntomas más contextualizados con la depresión postparto, tales como la preocupación excesiva acerca del desempeño como madres o los pensamientos negativos reiterados relacionados con toda esta etapa de maternidad (APA, 2012). No obstante, la mayoría de estos síntomas han sido asociados como experiencias normales

del embarazo y/o del período postparto (Halbreich & Karkun, 2006, citado en Huber et al., 2014). Por tanto, debido a esta normalización de síntomas, existe una alta tendencia a infradiagnosticar este tipo de alteraciones emocionales en el puerperio. En cuanto al tiempo de aparición de los síntomas, estos pueden surgir a los días tras el parto o meses después, y es un trastorno que no remite solo (APA, 2012). Es más, los casos diagnosticados pueden llegar a duplicarse tras haber pasado un año desde el parto (Barlow et al., 2010, citado en Huber et al, 2014). Esta duplicación de casos podría explicarse, en gran medida, por la falta de detección temprana. Estas cifras nos invitan a la reflexión acerca de la necesidad tanto de un diagnóstico más riguroso como de un seguimiento continuado acerca de la evolución psicológica y física de las madres. En síntesis, para poder enfrentar este problema de manera eficaz es necesario un tratamiento eficaz y herramientas eficacias y adecuadas para la detección temprana del problema (APA, 2012). Si no se aborda adecuadamente la depresión postparto puede prolongarse en el tiempo y generar múltiples consecuencias tanto en la madre, como en el bebé, como a la calidad de relación de la relación de pareja (Postpartum Support International, 2021). Aún así, es importante destacar que la atención precoz y especializada son variables de buen pronóstico en el curso de la alteración (APA, 2012; OMS, 2017).

1.2. Diagnóstico diferencial

1.2.1. Actualización en las categorías diagnósticas de psicopatología postparto

El nacimiento de un nuevo hijo es un evento crucial en la vida de toda mujer e implica enormes cambios sustanciales en todos los ámbitos de su vida. La magnitud de todo este proceso abre la puerta a la aparición de diferentes trastornos emocionales relacionados con el desempeño de este nuevo rol. En el ámbito clínico, antes de poder afirmar o negar la existencia de depresión postparto, y la gravedad de esta, es fundamental haber realizado un buen diagnóstico diferencial para descartar la presencia de alguna otra patología. Antiguamente, la psicopatología postparto se clasificaba en estos tres grandes bloques: la

tristeza postparto, la depresión y la psicosis postparto. (Harding, 1989, citado en Jones & Linda, 1990). No obstante, esta clasificación genera una visión simplista de todo el espectro de psicopatología postparto, por lo que, en la actualidad, se propone una organización más amplia y realista, basada en la inclusión tanto de criterios relacionados con la depresión como la ansiedad. Estas nuevas categorías diagnósticas serían: depresión postparto, psicosis postparto, tristeza postparto, trastorno estrés postraumático (TEPT) postparto y trastornos de ansiedad relacionados con el postparto y trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (Rai et al., 2015). Todos los síntomas clínicos diferenciales, según la clasificación, mencionada anteriormente, se desarrollan en la Tabla 1

Tabla 1

Diagnóstico diferencial de los trastornos emocionales postparto.

Psicopatología perinatal	Síntomas clínicos diferenciales
Tristeza postparto (Postpartum Blues)	Labilidad emocional. Episodios recurrentes de tristeza, llanto, ansiedad, irritabilidad y/o episodios de euforia. Aparición de los síntomas primeros días postparto y remisión de estos a los 14 días , sin necesidad de intervención (Balaram & Marhawan, 2020)
Depresión Postparto (DSM-V: trastorno depresivo con inicio en el periparto sin síntomas psicóticos)	Síntomas similares a cualquier episodio depresivo mayor (tristeza, culpa, anhedonia, pensamientos automáticos negativos, reducción conductual...). Pensamientos negativos relacionados con el bebé y el desempeño materno. Inicio de los síntomas variables (días, semanas, meses). Posible inicio durante el período de gestación (trastorno depresivo con inicio perinatal) o en el puerperio (trastorno depresivo postparto). Posibilidad de aparición de ideación suicida. Necesidad de intervención.
Psicosis postparto (DSM-V: trastorno depresivo con inicio en el periparto con síntomas psicóticos)	Aparición 15 días postparto. Principales síntomas: delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado y diferentes alteraciones del estado de ánimo, como ansiedad, tristeza, irritabilidad, etc. (Villanea, 2018). Mayor probabilidad de aparición ante casos con antecedentes psiquiátricos en otros embarazos y/o en el histórico familiar. Pronóstico de evolución bastante favorable, entre el 70-80% llega a reducir los síntomas de la psicosis (Villanea, 2018).
Trastorno de estrés postraumático postparto	Síntomas de estrés postraumático: pesadillas, flashbacks y activación ante estímulos relacionados con el trauma (el parto). Duración variable entre días y meses. Posible aparición de los síntomas ante nuevos embarazos.
Problemas de ansiedad	Preocupación excesiva acerca de la seguridad y supervivencia del niño. Conductas de hipercontrol y alteraciones del sueño.
Obsesiones postparto	Pensamientos intrusivos recurrentes relacionados con imágenes o pensamientos de querer hacer daño al bebé.

Fuente: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4539865/>. Adaptado de Rai et al., (2015).

1.2.2. Principales diferencias entre depresión postparto y depresión subclínica

En relación con la tabla anterior (tabla 1), es importante diferenciar adecuadamente entre tristeza y depresión postparto, pues mucha de la sintomatología es compartida. Aún así, existen ciertas disparidades clínicas entre ambas. Estas serían: la duración de los síntomas (deben durar más de dos semanas para tener un inicio de sospecha de depresión), remisión de los síntomas con necesidad de tratamiento o no, la limitación funcional derivada del problema, el nivel de sufrimiento y el cumplimiento o no de los criterios diagnósticos de depresión mayor (Balaram & Marwaha, 2020).

Finalmente, es importante tener en cuenta la diferenciación desarrollada anteriormente, pero también los síntomas de ansiedad, tanto a nivel diferencial como de comorbilidad con los síntomas depresivos. Los estudios que ahondan en los trastornos de ansiedad postparto son menos numerosos que aquellos que estudian el fenómeno de depresión postparto. En la revisión bibliográfica de Ali (2018) se explora las experiencias con problemas de ansiedad postparto de las mujeres, clasificando los problemas de ansiedad en: trastorno de ansiedad generalizada postparto, trastorno de estrés postraumático postparto, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de pánico. Esta clasificación es más amplia que la clasificación propuesta por Rai et al., (2015). Cada vez son los estudios que revisan la relevancia de niveles altos de ansiedad en el período perinatal y postnatal (Mathhey et al., 2000; O'Hara et al., 2014) incluso algunos afirman que son más prevalentes que los problemas de depresión, dando lugar a una mayor tendencia a sobredignosticar la depresión postparto en comparación con problemas de ansiedad postparto (Austin et al., 2007).

1.3. La depresión postparto en el Sistema Nacional de Salud de España

La salud sexual y reproductiva son derechos básicos reconocidos por organismos mundiales como la OMS, y están contemplados dentro del marco de actuación sanitaria del sistema nacional de salud español, en concreto, dentro de la Estrategia Nacional de Salud Reproductiva y Sexual (2011), cuya propuesta central, en materia de salud reproductiva, consiste en otorgar el máximo volumen de información a la mujer, validada científicamente, acerca de las diferentes prácticas que pueden llevarse a cabo durante todo el proceso perinatal y postnatal, tanto para ella como para el recién nacido y, que de este modo, pueda decidir libremente acerca de todo el proceso. Por tanto, es imprescindible que todas las actuaciones sanitarias estén dirigidas a velar por el bienestar psicoemocional tanto de la mujer como del neonato. La mayoría de las propuestas del Ministerio de Sanidad relacionadas con el embarazo, parto y puerperio van dirigidas a una preparación física del parto y seguimiento posterior de la evolución física del bebé. Es más, incluso existe un protocolo de preparación al parto (Plan de parto y nacimiento, 2014) en el cual la mujer, por medio de este documento y con toda la información proporcionada por los especialistas, puede planificar y decidir con antelación las condiciones de parto que desea. Las clases de preparación al parto, o de educación perinatal, es una de las modalidades de intervención más extendidas y conocidas en el ámbito hospitalario. No existe un protocolo de actuación consolidado en nuestro sistema de salud nacional. Las diferentes propuestas llevadas a cabo han ido variando entre sí los módulos de trabajo, aunque los objetivos generales a conseguir en todos ellos sean los mismos: favorecer un parto natural, dotar de información acerca del proceso de parto, cuidados del infante y la puerperientas, y de las señales de alarma; fomentar una actitud activa y de autoconfianza de la mujer en todo el proceso; y favorecer la lactancia. (Bailey, 2008). Los estudios de eficacia acerca de las modalidades de prevención de problemas emocionales postparto han encontrado resultados muy bajos (RR 1,02; IC 95% 0,61 a 1,72), incluso en aquellos grupos que usaron muestras de mujeres

con factores de riesgo presentes para desarrollar una depresión postparto (Brugha, 2000; Gagnon, 2007; Stamp, 1995, citado en la Guía de Atención al Parto y Embarazo, [GAEP], 2014). En esta misma guía, se contempla la depresión postparto y el surgimiento de síntomas ansiedad postparto dentro del análisis de evidencias de resultados. Dentro de esta, se rescató la revisión sistemática de Dennis (2004) acerca de las evidencias de las intervenciones psicosociales llevadas a cabo para la prevención postparto. El resultado de este análisis aparece en el *Anexo 1*. En conclusión, con todos los datos aportados en estos estudios, no existe actualmente ninguna intervención o actuación preventiva con la solidez científica suficiente para argumentar que existe un método posible y consensuado para poder actuar contra todos estos problemas de salud mental vinculantes a este período evolutivo de mayor vulnerabilidad emocional. Un aspecto que destacar acerca de estos resultados, y que aparece también en el propio documento, es que la mayoría de estas intervenciones, denominadas psicosociales, no tienen en cuenta el principio de cohesión y de grupo de apoyo, pues no desarrollan dinámicas que potencien el formato grupal, y la pertenencia al grupo. Además, también hay que tener en cuenta que todas estas intervenciones no han sido desarrolladas y llevadas a cabo por profesionales de la salud mental. La mayoría de las intervenciones presentadas por la guía eran llevadas a cabo por otro tipo de profesionales sanitarios, o incluso personas sin ningún tipo de preparación sanitaria para ello. Es por ello que, al igual se que se dedican recursos para desarrollar un plan de actuación generalizado, consensuado y basado en evidencias científicas sólidas para todo el proceso de preparación al parto y seguimiento físico posterior de la mujer, se deberían conciliar perspectivas profesionales de salud mental para establecer de este modo un protocolo de actuación y prevención de la salud mental en el ámbito perinatal, con las mismas cualidades y llevado a cabo por expertos en esa materia. Además, sería muy recomendable ir actualizando la información de esta guía, con todos los hallazgos obtenidos en nuevas revisiones sistemáticas y metaanálisis, ya que han ido aflorando investigaciones

y nuevas perspectivas de actuación muy interesantes. Por tanto, la información que hay actualmente en las guías ya comienza a ser obsoleta. Es más, a pesar de los esfuerzos relacionados para favorecer la naturalización del parto (Parte seguro y respetado) por parte del Ministerio, en la Estrategia de Atención de Atención al Parto (2007) se recogen datos contradictorios tales como, porcentajes elevadísimos de prácticas no respetadas (maniobra de Kristeller, 26 % casos; episiotomía de rutina, 47 %...). El uso de estas prácticas no recomendadas, e innecesarias en muchos casos, es lo que se denomina la violencia obstétrica. La psiquiatra Olza (2007), en su libro *PARIR: El poder del Parto*, habla acerca de todo este recorrido histórico en el mundo occidental, de cómo se ha ido medicalizando el proceso de parto, normalizando de este modo este tipo de violencia, la cual vulnera los derechos básicos de la mujer. Remarca que en la actualidad es necesario volver a naturalizar todo este proceso de parto y darle la importancia que requiere. Teóricamente, las medidas recogidas en los múltiples protocolos sanitarios nacionales en relación con el parto y la maternidad van encaminadas hacia este objetivo, pero como se ha mencionado anteriormente, es necesario ir actualizando estos manuales (el más reciente es del año 2014), e ir haciendo una evaluación continua acerca de la puesta en práctica de todas estas recomendaciones. Pues si no se lleva este control, pueden ocurrir casos como el acontecido en marzo de 2020, en el cual una mujer tuvo que acudir al Comité de Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), 11 años después de su primer parto, por un caso de violencia obstétrica, donde se llevaron a cabo múltiples prácticas, sin contar con la mujer para ninguna de ellas y sin aportarla ningún tipo de información, derivando en innumerables consecuencias físicas y psicológicas para la madre (El País, 2020).

Finalmente, en otros documentos oficiales de prácticas sanitarias aparecen reflejadas diferentes recomendaciones acerca de la importancia de salud mental de la mujer y de prevenir o intervenir ante cualquier alteración de esta (ESSPN, 2011), pero de nuevo, se

queda en tan solo una contemplación teórica, sin llegar a un desarrollo más estructural de todas estas recomendaciones, provocando de este modo que en muchos casos las intervenciones relacionadas con la salud mental de la madre dependan en gran medida del criterio personal del profesional médico.

1.4. Factores de riesgo y protección

Los factores de riesgo de los cuales se han encontrado relaciones más significativas en el desarrollo de depresión postparto son: presentar episodios de depresión previos; tener síntomas de depresión durante el embarazo; síntomas de ansiedad durante el embarazo; eventos vitales estresantes; falta de apoyo social y de pareja; relación de pareja de baja calidad; nivel de autoestima; capacidad autopercebida de afrontamiento del estrés; situación socioeconómica baja y baja escolaridad; falta de planificación en el embarazo; embarazo no deseado; riesgo de parto prematuro (Beck, 2001; Huber et al., 2015; Leigh & Milgrom., 2008; Silverman et al., 2016). De los factores mencionados, el factor con mayor peso es haber tenido un historial depresivo anterior, resultado común en todos los estudios de revisión Beck, 2001; Leigh & Milgrom., 2008; Lancaster et al., 2010; Huber et al., 2015; Silverman et al., 2016). En cuanto a la personalidad, diferentes estudios han encontrado relación entre la depresión postparto y la tendencia al rasgo de neuroticismo, según el modelo de Big Five (Jones et al., 2010; Morales et al., 2014).

Todos estos factores van a ser un elemento clave para la detección temprana de aquellos casos de riesgo. Además, de elementos potenciales a reducir para paliar el riesgo de desarrollo de clínica depresiva, es también fundamental tener en cuenta los factores de protección que pueden reducir la probabilidad de aparición de síntomas depresivos. Los factores generales de protección para las alteraciones de la Salud Mental serían: la capacidad de afrontar situaciones estresantes y problemas, sentido de autoeficacia, capacidad de resolución de problemas, buena capacidad de conocimiento y gestión

emocional, alto grado de autoestima, disponer de una red apoyo familiar y social, realizar ejercicio, etc. (OMS, 2004)

1.5. Justificación teórica de la necesidad de prevención.

La necesidad de este modelo de intervención en el ámbito de psicología perinatal se debe a la evidente carencia que existe actualmente respecto a la preparación emocional de la mujer en esta nueva etapa vital. No obstante, ¿por qué resultaría más ventajoso el uso de un modelo de prevención frente a uno de intervención? Para responder a esta cuestión, es importante contar con una noción clara del concepto de salud y la relación existente entre salud y prevención. ¿Qué es la salud? Según la OMS la salud es “un estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad o padecimiento”. (OMS, 2001). Por lo que, teniendo en cuenta esta definición breve y clarificadora, surge la necesidad de velar por el funcionamiento biopsicosocial de la persona. En el caso de los protocolos de seguimiento postparto, intervenir exclusivamente en el bienestar físico de la mujer y del neonato, no sería suficiente, ya que no se están contemplando el resto de las áreas componentes de la salud. Teóricamente, sí que se postula la necesidad de este seguimiento emocional de la mujer, tal y como aparece en la GAEP (2014), en la cual se expone que: *“en cada visita posparto se explore el estado emocional de las mujeres, su apoyo familiar y social y las estrategias de afrontamiento desarrolladas para hacer frente a las situaciones de la vida diaria, valorando con ellas y sus parejas o familiares cualquier cambio emocional o en el estado de ánimo”*. Aunque, como ya se ha visto anteriormente, este seguimiento no está realmente protocolizado, derivando en la ausencia práctica de esta exploración emocional. ¿Por qué un grupo de prevención podría derivar en resultados de costes-beneficio favorables? En primer lugar, no sería necesario derivar a especialistas individualizados a sus casas, y sería también una herramienta que se complementaría al examen físico, obteniendo de este modo un seguimiento mucho más completo y eficaz de la madre y el neonato. Pues el estado

emocional de la madre es un aspecto crucial para el desarrollo neurocognitivo y emocional del niño (Diprieto, 2011; Olza y Tejedor, 2007). En segundo lugar, en relación con estas consecuencias económicas y sociales de los problemas de salud mental, la OMS (Informe Ginebra, 2004) estipula que aproximadamente 450 millones de personas padecen algún tipo de trastorno mental, siendo uno de los principales motivos de incapacidad laboral. Esta cifra tan alarmante, conlleva consigo una cifra incalculable de costes económicos (falta de productividad, costes sanitarios y de servicios sociales), sociales (impacto a nivel familiar, aumento de los índices de criminalidad, aumento de la mortalidad) e individuales (estigmatización, discriminación, pérdida de oportunidades) (OMS, 2004). Por lo tanto, y tal como estipula en el informe ya mencionado de la OMS (2004), existe una necesidad imperante de acoplar el sistema de prevención, basado en la evidencia y regulado mediante políticas legislativas, en los sistemas de Salud. Por medio de la generalización del modelo de prevención, se podrían reducir los costes resultantes de todos los problemas mencionados anteriormente, ya que, al bajar la incidencia, se reducirían todos estos costes. No obstante, es importante para este formato de intervención tener una mentalidad a largo plazo para ver la eficacia y el ahorro de costes, ya que la implantación inicial requiere una importante inversión inicial de recursos.

1.7. Programas de prevención previos.

1.7.1. Resultados generales

A continuación, se presenta una tabla con programas previos de prevención de depresión postparto. Se analizan las características de estos, sus resultados y limitaciones de cada uno de los estudios.

Tabla 2.

Programas de prevención de síntomas depresivos y/o de ansiedad postparto.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN BASADOS EN LA TERAPIA CONTEXTUAL BASADA EN LA ATENCIÓN PLENA (MCBT)					
ESTUDIO	MUESTRA	PROGRAMA PREVENCIÓN	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	RESULTADOS	LIMITACIONES
Vieten et al., (2008)	N=31	Programa La intervención de Mindful Motherhood. Sesiones de 2 horas, durante 8 semanas. Sesiones basadas en tres bloques: (1) la atención plena de los pensamientos y sentimientos (2) la atención plena del cuerpo (3) conceptos psicológicos	Inclusión: 2º y 3º periodo de gestación. respuesta afirmativa a la pregunta: "¿Ha tenido antecedentes de problemas de estado de ánimo por los que buscó alguna forma de tratamiento, como psicoterapia, asesoramiento o medicación?" Exclusión: Antecedentes trastornos mentales Imposibilidad acudir sesiones	Resultados estadísticos: Reducción significativa de los síntomas de ansiedad ((tamaño del efecto, 0,89; p <0,05) y de afecto negativo (tamaño del efecto, 0,83; p <0,05). Mejora de estas variables en comparación con el grupo control. Resultados no se mantenían a largo plazo.	Tamaño muestra pequeño. Necesidad de meter sesiones en período postparto
Dimidjian et al., (2015)	N=49	8 sesiones. Uso del programa MCBT con modificaciones para el período perinatal (MCBT-PD): - Aumento de las prácticas informales diarias de atención plena - Poses de yoga y mindfulness - Psicoeducación depresión perinatal, autocompasión, maternidad y cuidado personal y red de apoyo - Trabajo cognitivo-conductual	Inclusión: Período de gestación < 32 semanas Edad = o > 18 años Criterios de trastorno depresivo anterior Disponibilidad reuniones grupales Exclusión: Episodio depresivo en los últimos dos meses Problema psiquiátrico (DSM-IV-TR) Embarazo alto riesgo	Resultados estadísticos: Disminución síntomas depresivos, F (1,49) = 8.55, P = 0.0037 Mantenimiento de reducción síntomas en período posparto, t (48) = 2,48, p = 0,013 Reducción de los síntomas depresivos y tasas de recaídas a largo plazo (18% vs 30%). Alta satisfacción con el programa.	No se pueden hacer inferencias casuales (explicación de mejoría por otras variables) Necesidad de un mayor número de estudios que expliquen los beneficios de la MCBT en el bebé y su desarrollo. Necesidad de instrucción de este enfoque en los médicos como método de mejora de adherencia.

<p>Goodman et al., (2015)</p>	<p>N=24</p>	<p>Programa Calm Pregnancy (adaptación de MCBT para prevenir la ansiedad postnatal). Presentaciones didácticas, entrenamiento en habilidades cognitivas, técnicas de atención plena, ejercicios grupales. Propuestas de atención plena como tareas para casa.</p>	<p>Inclusión: Gestación < o =27 semanas Edad >_ 18 Habla inglesa Síntomas de ansiedad elevados (puntuación ≥45 en PSWQ o puntuación ≥ 1 en BAI) PHQ-9 < 15 en PHQ-9 (no hay depresión grave) No presente ideación suicidada (ítem 9 de PHQ-9) Exclusión: Cumplimiento criterios DSM-IV-TR para otros trastornos y/o problemas de ansiedad más graves Tratamiento farmacológico Participación en otro grupo y/o tratamiento</p>	<p>Resultados estadísticos: ANOVA de medidas repetidas, indicaron mejoras estadísticamente significativas (p <0.01 (eficacia intervención) Reducción de síntomas de ansiedad mejora de la preocupación y de la depresión severa, y aumento de la autocompasión y atención plena. (nivel preliminar por el número de la muestra) Potencial como herramienta de prevención de la ansiedad (primeros estudios piloto que se enfocan en síntomas de ansiedad)</p>	<p>Muestra pequeña. Falta de grupo control (falta de atribución de los efectos al programa) Necesidad de tener en cuenta los síntomas comórbidos de ansiedad y depresión (Remisión de estos últimos sin buscarlo) No valoración de los beneficios en la lactancia y en el desarrollo del vínculo madre-hijo.</p>
<p>PROGRAMAS DE PREVENCIÓN BASADOS EN EL MODELO TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC)</p>					
<p>Honey et al., (2002)</p>	<p>N=45</p>	<p>Programa cognitivo-conductual compuesto de: (1) psicoeducación depresión postparto (2) técnicas cognitivo-conductuales (3) entrenamiento en relajación</p>	<p>Inclusión: EPDS>12 No presencia síntomas psicóticos Bebé menor 12 meses</p>	<p>Resultados estadísticos: ANOVA (medias tratamiento y no; y tiempo) F (1,36) = 7.12, p = .01, tiempo F (2,43) = 12.06, P <.001 Reducción de las puntuaciones EPDS (síntomas depresivos) en las pacientes del grupo y mantenimiento resultados 6 meses.</p>	<p>Muestra mayor. Inclusión de la pareja en el grupo de tratamiento (elemento vital). Énfasis en las sesiones de adquisición de estrategias de afrontamiento.</p>
<p>Milgrom et al., (2011)</p>	<p>N= 143</p>	<p>Programa de prevención (<i>Towards Parenthood</i>) para madres y padres postnatal (principios del comportamiento).</p>	<p>Inclusión: EPDS >13 Exclusión: No comprender el idioma de inglés Presencia de síntomas psicóticos Altos niveles de angustia extrema que requieren de intervención. Gestación superior a 32 semanas</p>	<p>Resultados estadísticos: síntomas depresivos, ANCOVA (F1, 86 = 7.82, p<.01 Cohen's d = 0,6); síntomas de ansiedad (F1, 86=7.35, p<.01. Cohen's d=0.58); estrés (F1, 86=7.73, p<.01. Cohen's d=0.59) Mejores puntuaciones de reducción de síntomas de ansiedad, estrés y depresión en los participantes.</p>	<p>Necesidad de concretar la eficacia de cada componente individual del programa.</p>

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BASADOS EN TÉCNICAS CORPORALES					
Glover et al., (2002)	N=25	5 sesiones semanales de clases de masaje y relajación infantil (8 sesiones), en las cuales aprendían técnicas de observación de lenguaje corporal y señales del bebé por medio del masaje, adecuándolo según estas señales.	Criterios de inclusión: EPDS >13 Parto ocurrido > 4 semanas	<p>Resultados estadísticos: Puntuaciones medias EPDS (IC del 95%).</p> <p>Grupo de masaje: media base 15 (14,0-15,1); 9,5 (6,1-13,2); medida post 5,0 (2,2-7,8). Grupo de control: medida de base 16 (14,7-18,7); 13 ° período de sesiones anterior (10,3 a 14); medida post 10,0 (7,7-11,8). Mediana delta desde el inicio hasta la última sesión en comparación con el grupo de control P =0,03.</p> <p>Beneficios reportados tanto en la mejora de los síntomas depresivos de las madres como en la interacción madre-bebé. Posible mecanismo explicativo: liberación oxitocina y beneficios derivados de esto.</p>	Mayor muestra. Necesidad de un seguimiento más prolongado.
Dehkordi et al., (2019)	N=120	Masajes infantiles de 15 minutos (2 veces al día) en el grupo intervención desde la tercera semana postnatal. Exclusión:	<p>Inclusión: 2 semanas postparto, parto vaginal normal, de edad gestaciones entre 27 y 42 semanas. Diagnóstico trastorno depresivo postparto (PPD). Sin malformaciones congénitas Criterio básico convivir con el bebé</p> <p>Exclusión: Uso de otra terapia farmacológica para la PPD Elección de vivir separados de los bebés durante el estudio</p>	<p>Resultados estadísticos: Puntuación media de depresión en el grupo de intervención menor que en el grupo control (7,75 ± 2,18 vs 9,2 ± 2,04)</p> <p>Reducción síntomas depresivos.</p> <p>P <0,001</p> <p>El masaje infantil alivia los síntomas depresivos.</p>	<p>Evaluar la depresión posparto con otras escalas. Analizar efectos del masaje en variables del bebé (comportamiento, llanto, sueño...)</p>

Fuente: Elaboración propia

1.7.2. Principales limitaciones encontradas

La finalidad de esta tabla ha sido la condensación de toda la información referente a los resultados positivos de todos estos programas (fortalezas) y aquellas limitaciones que han podido afectar negativamente a los resultados de eficacia (limitaciones). El propósito general de este programa de prevención es utilizar esta información para aumentar su eficacia, es decir, repetir todos aquellos puntos comunes que han resultado efectivos anteriormente e intentar modificar aquellos aspectos que han resultado ser debilidades del programa. Las principales limitaciones que han encontrado en la mayoría de los programas han sido: la necesidad de obtener una muestra de participantes mayor, la necesidad de eliminar el efecto de variables extrañas, establecer una evaluación de seguimiento más prolongada en el tiempo y calcular de manera más detallada la eficacia de cada uno de los componentes del programa.

1.8. ¿Qué novedad aporta este programa?

El programa tiene como objetivo usar aquellas técnicas y/o enfoques que han tenido una evidencia más sólida, y cuyas investigaciones son más novedosas, las cuales podrían aumentar la eficacia del programa. Además, se han tenido en cuenta las recomendaciones que aportaron estos programas para solventar las carencias que aparecieron tras la puesta en práctica de estos. Estas dificultades son:

- **Inclusión del período postparto** como período temporal de aplicación del programa. Esta recomendación se recoge, de nuevo, en la Guía Nacional de Atención al Embarazo y al Puerperio (2014), la cual recomienda “*crear un programa postparto, debido a la necesidad de la detección precoz ante la vulnerabilidad de las primeras semanas después del parto*”. Con la incorporación de este período, podemos añadir las técnicas corporales. Además, todas las estrategias que se

trabajen en las sesiones van a ser mucho más significativas, ya que se podrán en marcha en un contexto real de maternidad.

- Inclusión del trabajo de aspectos más relacionados con los **síntomas de ansiedad**. Es muy difícil separar unos síntomas de otros, por lo que, se trabajan los aspectos cognitivos y fisiológicos referentes a la ansiedad, que van a tener también incidencia en la probabilidad de depresión postparto.
- **Enfoque ecléctico**. Este enfoque no es un aspecto novedoso, pero sí lo sería la combinación seleccionada de técnicas y enfoque para el desarrollo del programa.
- **Complementariedad de recursos digitalizados**. Apoyo de formato digitalizado, con la finalidad de favorecer la creación de una comunidad conjunta (favoreciendo el sentimiento de pertenencia al grupo) y facilitar el acceso a los recursos de apoyo, que van a permitir ampliar todo el contenido de las sesiones.
- **Énfasis en la tasa de retención**. Se va a tener en cuenta esta variable como medida de eficacia.

2. METODOLOGÍA

2.1. Tipo de intervención

El programa planteado consiste en una intervención preventiva dirigida a una muestra de población selectiva, la cual tiene como objetivos nucleares la reducción de la probabilidad de aparición de síntomas depresivos y síntomas comórbidos de ansiedad durante el período de postparto y el desarrollo de un vínculo de apego seguro entre la madre y el recién nacido. La selección de esta modalidad de actuación se debe a la ausencia de intervenciones psicosociales preventivas en el sistema sanitario de salud de nuestro país. Pues, tal y como se menciona en la Estrategia Nacional de Salud Mental (2013), la prevención no está muy consolidada en nuestro sistema de salud.

2.2. Metodología de búsqueda y desarrollo

En primer lugar, se realizó una extensa búsqueda de información en diferentes bases de datos de Psicología. Estas bases fueron: Pubmed, Scopus, Dialnet, Web of Science, Psycinfo, Google académico, Elsevier y la web del ministerio de Sanidad (<https://www.mscbs.gob.es>). Para encontrar fuentes de información relevantes se utilizaron las siguientes claves de búsqueda: depression postpartum (and) treatment; depression postpartum (and) risk factors; depresión postparto; depression postpartum (and) prevention (and) meta-analysis; psychopathology postpartum; cognitive mindfulness treatment (and) depression postpartum. Además, de cada fuente extraída según estos patrones, se adquirirían otras fuentes incluidas en sus referencias, las cuales cumplirían con los criterios de búsqueda de este trabajo. Tras haber realizado este filtrado de información, se procedió al desarrollo de un marco teórico representativo para contextualizar el fenómeno de depresión postparto como un problema clínico de gran alcance; y el procedimiento de actuación por parte del Sistema Nacional de Salud ante este fenómeno. Al final del marco teórico, aparece una tabla comparativa de programas de prevención de características similares al que se presenta en este trabajo (*tabla 2*). Las características que debían cumplir estos programas para ser incluidos en esta tabla comparativa eran:

- A nivel estadístico, la utilización de medidas pre y post tratamiento, para ver si la comparativa de estas medias daba resultados estadísticamente significativos. El tipo de análisis variaba según el estudio, pero la significación de estos resultados debía cumplir con un $p < 0,05$, aunque no fuera en todas las hipótesis planteadas, pero sí en aquellas relacionadas con la reducción de probabilidad de aparición de síntomas depresivos.
- La modalidad general del programa debía ser grupal.

- El enfoque principal del programa debía de estar relacionado con alguno de los necesarios para el desarrollo de este programa, en este caso los enfoques necesarios fueron: Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBMR y programas de prevención de depresión postparto por medio de técnicas corporales.

Tras disponer de este marco teórico, se procedió al desarrollo y a la temporalización de todas las sesiones del programa. Para hacer el esquema principal del trabajo se utilizó la temporalización del modelo TCBM, sobre el cual se hicieron ligeras modificaciones para poder adecuarlo a la población de madres.

2.3. Objetivos generales y específicos

OBJETIVO GENERAL

El objetivo principal del programa es preparar emocionalmente a la mujer ante este cambio evolutivo, dotándola de estrategias de afrontamiento más eficaces, y favorecer durante el puerperio un apego seguro entre la madre y el neonato para fomentar los intercambios positivos entre ambos y una relación de mayor calidad y afecto. Todo este trabajo iría focalizado a generar un marco de protección de la mujer frente a la probabilidad de la aparición de síntomas depresivos y de ansiedad postparto, y en aquellos casos que aparezca la tristeza postparto, poder reducir estos síntomas cuanto antes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ⇒ Dejar definidos unos criterios objetivos, evaluables y replicables para detectar mejor los casos que presenten un mayor número de factores de riesgo.
- ⇒ Generar un mayor sentido de autoeficacia y unas expectativas más positivas y realistas acerca de la maternidad.
- ⇒ Desarrollar estrategias de afrontamiento más adaptativas.

- ⇒ Favorecer la cohesión de grupo para potenciar todos los beneficios del programa y el mantenimiento a largo plazo de los resultados.
- ⇒ Psicoeducación acerca de todos los emocionales en el proceso de postparto.
- ⇒ Mejorar el bienestar subjetivo de la madre.
- ⇒ Promover una mayor sensibilización del problema entre los familiares y el personal sanitario para fomentar la empatía y fortalecer la red de apoyo.

2.4. Descripción de la muestra. Criterios de inclusión y exclusión

Mujeres que acaban de dar a luz (entre 2-4 semanas); de edades comprendidas entre 20-40 años; y que cumplan con 3 o más criterios de riesgos establecidos para desarrollar depresión u otra patología postparto, sin llegar a cumplir criterios diagnósticos. La acotación del grupo en función del criterio de edad se debe a la valoración, y alguna evidencia encontrada acerca de que edades inferiores (sobre todo adolescencia) aumentan la probabilidad de aparición de depresión postparto (Siegel y Brandom 2014). Los criterios de exclusión e inclusión se adjuntan en la *Tabla 3*.

Tabla 3.

Criterios de inclusión y exclusión del programa.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN (cumplir + de 3)	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Edad 20-45 años	No cumplir con ninguno de los criterios de inclusión
Parto ocurrido $2 \geq 4 \leq$ semanas	Cumplimiento de criterios diagnósticos para un episodio depresivo mayor u otro tipo de psicopatología, tales como, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno obsesivo compulsivo (TOC), psicosis, etc. Entrevista clínica + historial médico.
Puntuación EPDS ≥ 9	Presentar riesgo de ideación suicida (item 9 PHQ-9)
Percentil >50 STAI	Tratamiento psicofarmacológico. Entrevista clínica.
Historial depresivo anterior. Entrevista clínica	
Problemas socioeconómicos. Entrevista clínica	
Falta de apoyo social y/o familiar. Entrevista clínica	
Falta de planeación del embarazo. Entrevista clínica	
Problemas de pareja o ausencia de esta. Entrevista clínica	
Estado de bienestar subjetivo bajo. Entrevista clínica	
PHQ-9: entre 5 y 14 (no depresión diagnosticada, clínica)	
Baja satisfacción subjetiva con el proceso de parto.	

2.5. Evaluación

La evaluación será llevada a cabo por varios psicólogos clínicos y/o sanitarios, del centro de salud. La evaluación se realizará en el mismo centro, y una vez que se hayan evaluado todos los casos, se seleccionarán aquellos que cumplan con los criterios de inclusión, y posteriormente, se hará una aleatorización de las muestras. Cada sesión de evaluación se realizaría en el mismo día, con una duración aproximada entre 90 y 120 minutos. Los instrumentos de evaluación que se van a utilizar son:

- **Entrevista clínica.**
- **Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (versión validada en español) (García-Esteve et al., 2003)**
- **Estado subjetivo de ánimo verbalizado por la mujer.**
- **Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), adaptación española (Casal et al., 2015)**
- **Cuestionario sobre la salud del Paciente (PHQ-9), versión validada al español (Díez-Quevedo et al., 2001)**
- **Historial médico (valorar medicación y cualquier diagnóstico psiquiátrico)**
- **La tasa de retención.** El porcentaje (%) de mujeres que cumpliendo criterios de inclusión se incorporan al grupo, y de este grupo, que porcentaje realiza al completo el tratamiento, desde el inicio al final. Se considerará abandono de tratamiento o tratamiento incompleto aquellos casos que hayan faltado a más de 2 sesiones.

2.6. Contexto de aplicación

El programa se desarrollará en el ámbito hospitalario. Las sesiones presenciales serán impartidas por un psicólogo especialista en Psicología Clínica (PECP). Las sesiones se impartirán siempre en la misma sala, la cual debe ser amplia, y con buenas condiciones de iluminación y sonido (sobre todo para las sesiones de relajación y focalización de atención). Además, serán necesarios diferentes recursos materiales para las sesiones, tales como: esterillas, un ordenador (música), proyector (vídeos), folios, bolígrafos, sillas, etc. En cuanto al contenido digital, se habilitará un grupo de mensajería instantánea (Telegram) para favorecer la comunicación constante, y se irán subiendo diferentes recursos electrónicos a una plataforma de drive común. En aquellos casos que no haya

acceso a los archivos de drive, se le irán entregando en formato papel aquellos que se puedan imprimir.

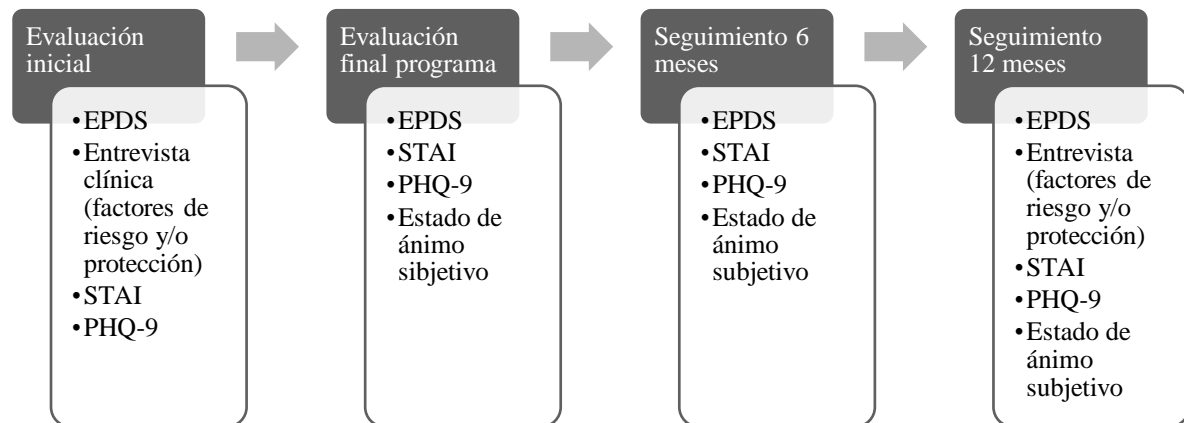
3. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA

Los períodos de evaluación serán iguales para ambos grupos, tanto para el grupo que recibe el programa de prevención como el grupo que reciba el protocolo habitual de actuación que, en este caso, es el seguimiento rutinario posterior por parte de la matrona. Las sesiones de evaluación para ambos grupos aparecen en *Figura 1*. En resumen, la primera evaluación actuará como screening de casos de riesgo. Aquellos casos que se detecten de mayor gravedad serán derivados a una intervención psicológica individualizada de manera inmediata.

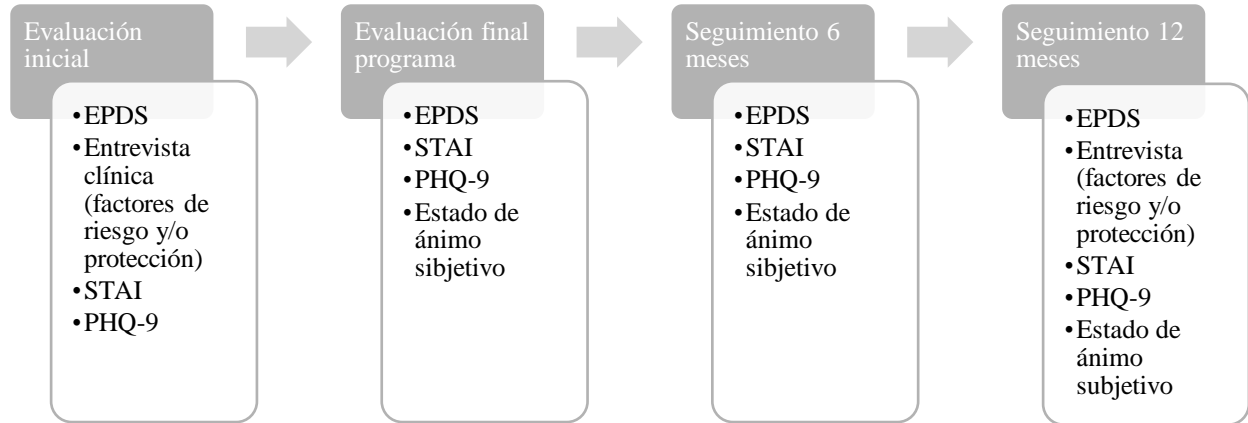
Figura 1.

Temporalización de las sesiones de evaluación del programa de prevención

Grupo tratamiento.



Grupo comparación (seguimiento rutinario individual de cada caso)



4. DESARROLLO DEL PROGRAMA

Una vez que se han detectado los casos de riesgos en la primera evaluación, se asignarán aleatoriamente las muestras para formar los dos grupos comparativos: el grupo tratamiento (recibe programa prevención) y el grupo control (recibe el seguimiento rutinario por parte de la matrona). Una vez establecidos los grupos, las mujeres seleccionadas para el grupo de intervención deberán firmar el consentimiento de participación (*Anexo 2*). Las características generales de este programa de prevención son:

- 9 sesiones, una sesión por semana, de una duración aproximada 2 horas, con descanso entre medias (*Anexo 3*)
- Las sesiones se llevarían a cabo los sábados por la mañana, pues se prevé que es un horario bastante accesible.
- Las sesiones seguirán siempre un formato grupal.
- Se facilitarán recursos de psicoeducación emocional (folletos informativos digitalizados) para los familiares que lo deseen.
- La duración total del programa sería aproximadamente de 2 meses.

- Tras la aplicación de la última sesión y evaluación de esta, se realizarían seguimientos de evaluación posteriores (*figura 1*).
- La estructura general del programa atiende a tres grandes bloques, el primero, entrenamiento de la atención focalizada, el segundo, el trabajo cognitivo-conductual, y el tercero, el fortalecimiento del vínculo de apego. Las dos primeras partes de esta estructura están basadas en la estructura general del programa TCBM de Segal et al., (2002). En esta primera parte del programa, se utilizan en su mayoría las técnicas y dinámicas que estos autores plantean, aunque de forma más sintetizada y con ciertas modificaciones para el tipo de población al que va destinado el programa, en este caso, a las mujeres que acaban de ser madres.
- En cuanto a la estructura de las sesiones, el orden general sería este: revisión de las tareas de la sesión anterior, desarrollo de las dinámicas programadas para la sesión de ese día y tareas para casa. Las tareas para casa serán breves, pero acumulativas.
- El ideal de asistencia sería de todas las sesiones, pero ante la falta de una sesión, no se excluirá a la persona del programa. Sin embargo, a partir de 2 ausencias no se tendrán en cuenta esas medidas, considerándose como abandono, aunque finalice el grupo de intervención.

DESARROLLO SESIONES

BLOQUE I: ENTRENAMIENTO ATENCIÓN FOCALIZADA.

SESIÓN 1: ¿CUÁL ES LA RAZÓN DE ESTE GRUPO? (PRESENTACIÓN DEL GRUPO)

Los objetivos de esta sesión serían: la presentación del profesional que llevará a cabo este grupo, la discusión de la razón de ser de este grupo (en este caso se abordaría como la preparación emocional ante el cambio evolutivo de la maternidad, no como la prevención de depresión postparto), la explicación del formato general de las sesiones y

ejemplos de dinámicas que se llevarán a cabo (para generar una conceptualización más concreta del grupo, sin llegar a desvelar toda la organización de las sesiones).

Luego se pasaría a la presentación individualizada de todas las madres. Tendrán que decir su nombre y el adjetivo que creen que les represente más, y por qué; además, de hablar sobre su reciente experiencia con la maternidad. Tras esta presentación, se ahonda un poco más en la explicación acerca de la creación de este grupo, como un espacio de desarrollo potencial de habilidades de afrontamiento que van a actuar como factores de protección para una experiencia de maternidad más ajustada y satisfactoria. Además, todas estas habilidades a su vez son generalizables para otras áreas de su vida (*metáfora de herramientas en la mochila*). Se hará después una pequeña clase de psicoeducación acerca de la maternidad, y las implicaciones psicológicas, emocionales y sociales que conllevan. También se destinará una pequeña parte de la sesión en conocer a nivel general las **expectativas** y **objetivos** que les gustaría alcanzar en el grupo. Para este objetivo, se llevaría a cabo la dinámica de la **tienda mágica** (Elías, 2010). Esta dinámica consiste en que deben verbalizar, por medio de la metáfora de una tienda en la cual pueden conseguir lo que quieran, que les gustaría conseguir de esta tienda, que en este caso sería el grupo. Todo esto se pone en común, y se anota en una hoja para realizar en la última sesión (consolidación de resultados) un contraste acerca del cumplimiento o no de todo esto. Durante toda la sesión, se hará referencia a la escucha activa, explicando la importancia de que adquieran esta actitud de **escucha activa** para procesar adecuadamente toda la información que aporten tanto las compañeras como el terapeuta. Finalmente, se facilitaría el acceso a un drive, en el cual estarían todos los materiales colgados (se irían colgando a medida que se fueran desarrollando la sesiones), y también recursos complementarios y actividades extra para aquellas mujeres que quisieran realizar un trabajo más exhaustivo. Además, se firmaría el consentimiento para pertenecer al grupo online, a través de la plataforma de Telegram. A través de este se este se podrían compartir las diversas

experiencias diarias y/o plantear alguna dificultad relacionada con las tareas para casa. Con este grupo se favorecería tanto la red de apoyo como la asistencia al grupo (al haber una involucración más activa).

SESIÓN 2: ¿SOMOS CONSCIENTES DE NUESTRA VIDA? (PILOTO AUTOMÁTICO Y PLENA CONSCIENCIA)

Se comienza la sesión haciendo una pequeña ronda de preguntas acerca de cómo ha ido la semana, sobretodo en situaciones relacionadas con el desempeño maternal. Luego, para dar comienzo a la temática de la sesión, se escribiría en la pizarra las palabras “Consciencia” y “Piloto automático”. Se explica a qué nos referimos con estos dos conceptos, en relación con la atención (automática y consciente). La explicación iría hilada también con la teoría acerca de la mente pensante y como este modo de funcionamiento automático puede generar elevados niveles de estrés en nosotras/os y en el bebé (transmisión a través de las interacciones, aunque este apartado no se desarrollaría aquí, sino en la *sesión 8*). Esa explicación iría acompañada de ejemplos personales que se pongan en común, obtenidos a través de las preguntas que se irán realizando acerca de aquellas situaciones automáticas que realizan diariamente sin apenas haberse dado cuenta (cocinar, conducir, ducharse, ...). Se les preguntaría también acerca de cómo es estado automático, cómo se percibe, cómo se vive, etc. Todo ello dirigido a la conclusión de que al final pasamos gran parte de la vida actuando bajo la mente pasiva, dejándonos llevar por modos de funcionar (conductuales) ya aprendidos y sostenidos en el tiempo, sin apenas implicar a la mente. Para poner a prueba este estado consciente de manera experiencial, se aplicará el ejercicio de la uva (Kabat-Zinn, 1990; citado en Segal et al., 2008). El desarrollo del ejercicio se puede ver en *Anexo 4*. Una vez realizado el ejercicio, se pregunta acerca de la experiencia, y se va divagando en las diferentes experiencias durante la ejecución del ejercicio. Según Segal et al., (2008) la finalidad de esta dinámica es “que

perciban el flujo de pensamientos que acontece en nuestra mente cuando estamos en modo pasivo, pero como al hacer la situación experiencial, nuestro foco de atención pasa a la pasa; y sirve como ejemplo para relacionarse de un nuevo modo”

Tras haber experimentado este estado de consciencia, se pasa al siguiente punto: **conciencia respiratoria**. Se realiza otro pequeño ejercicio de respiración consciente de 1 minuto. Durante un minuto se les pide que focalicen su atención en su respiración, cómo entra el aire, cómo sale, las sensaciones, etc. Una vez realizado el pequeño ejercicio, se explica de manera breve y concisa, los múltiples beneficios de la respiración consciente. Se les invita a usar esta técnica como un método de anclaje y se hace un pequeño ejercicio de reflexión acerca de los posibles beneficios que prevemos que puede tener el uso diario de esta práctica. Para finalizar, se pasa al último módulo de la sesión: la **conciencia corporal**. Al igual que atención plena y conciencia respiratoria, se utilizan las conceptualizaciones teóricas y las prácticas de meditación utilizadas en Segal et al., (2008), aunque de manera más resumida y con ciertas modificaciones. Se explica que van a finalizar la sesión con una meditación más prolongada, en la que van a aunar la conciencia respiratoria y la conciencia corporal. Pero antes, se realizará un pequeño *brainstorming* acerca de la importancia de ser más conscientes de nuestro cuerpo y sus sensaciones. Es importante llegar a la conclusión de la relevancia que tiene el cuerpo con nuestra expresión emocional, y cómo, a través de la conciencia del cuerpo, adoptamos otro modo de estar, y tenemos una mayor capacidad de percibir otro tipo de sensaciones

Luego, se procede a realizar la meditación de conciencia corporal (*Anexo 5*). Antes de cerrar el grupo, se reflexionará conjuntamente acerca de cómo se han sentido durante la ejecución de las tres prácticas, dificultades con las que se han encontrado y posibles beneficios de trasladarlas a nuestro día a día. Como reflexión final, se presenta la imagen del *Anexo 6*, y se resumen todos los conceptos de la sesión en base a esta imagen.

Actividades para casa: Elegir una actividad cotidiana sencilla (comer, ducharse...) y hacerla plenamente consciente, atendiendo a todas las sensaciones que ocurren al poner la atención plena en estas (1 actividad mínimo al día). Realizar también diariamente los ejercicios de conciencia respiratoria (1 min), un par de veces al día, y probar a hacerlo en momentos tranquilos como en momentos de mayor alteración emocional. Luego, se propone realizar también ejercicios de conciencia corporal, siguiendo las instrucciones proporcionadas o apoyándose de alguno de los contenidos subidos a la plataforma de Drive.

SESIÓN 3: “MOMENTO PRESENTE, MOMENTO MARAVILLOSO”. ACEPTACIÓN DE LAS CIRCUNSTANCIAS (ESTADO PRESENTE Y ACEPTACIÓN)

Se revisan las tareas mandadas de la semana pasada, y se ponen en común experiencias y/o dificultades que hayan podido surgir. Luego, se vuelven a realizar en sesión los ejercicios respiratorios y de conciencia corporal, siguiendo las mismas pautas de la sesión anterior. Tras esto se daría paso al primer objetivo nuclear de la sesión: **qué es la aceptación**. Para comenzar a trabajar en este concepto de atención plena, se lanzarían diferentes preguntas para reflexionar de manera conjunta acerca de qué es la aceptación. Ejemplos de preguntas podrían ser: *¿Qué creéis que la aceptación? ¿Es innata? ¿Qué ocurre en aquellas situaciones que nos generan malestar? ¿Aceptamos o no aceptamos este tipo de circunstancias? ¿Se podría lograr esto?* A medida que se van debatiendo las respuestas a estas preguntas, el moderador (terapeuta) irá introduciendo las nociones básicas acerca de los mecanismos de evitación que llevamos a cabo muchas veces para no afrontar el propio malestar, a modo de alivio en un corto plazo; sin embargo, a largo plazo se dedican más esfuerzos a evitar y a rumiar que a resolver o enfrentarse a la situación desagradable, debido a la tendencia actual de imponer según nuestros criterios personales el “cómo deberían ser las circunstancias” (cuando en realidad el control que

tenemos sobre esto es mínimo, o incluso nulo a veces). Es importante hacerles ver que al final lo más adaptativo y funcional para nosotros, aunque a priori sea más desagradable, es permitir sentir estas sensaciones de frustración y arrepentimiento (aceptación de las circunstancias), para poder relacionarnos con la emoción y/ o situación desde una perspectiva más amplia (Segat et al., 2008). *¿De qué manera podemos favorecer y/o desarrollar esta actitud de aceptación?* Por medio de la práctica de mindfulness, pues esta tiene como objetivo refocalizar la atención a la respiración desde una perspectiva de aceptación y amabilidad con nuestra mente, sin entrar en juicios. No se trata de controlar nuestros pensamientos sino adquirir la capacidad de encontrar bienestar al margen del tipo pensamientos, y pudiendo reconectar siempre con la respiración.

Una vez explicado esto, se pasaría a la explicación acerca del estado de consciencia presente. Para ello, se haría una introducción teórica de este concepto, pero utilizando el mismo método que se usó para ir desenmascarado las explicaciones teóricas acerca de la aceptación: el descubrimiento guiado. Se comenzaría con la pregunta *¿qué significa mantener la consciencia en el presente?* Con todas las aportaciones de las integrantes del grupo, se irían formulando más preguntas para poder llegar a las siguientes conclusiones teóricas:

- Permanecer en el momento presente nos permite actuar y pensar según las circunstancias actuales.
- Va a reducir nuestra tendencia inherente de lucha interna entre estados de aversión y apego.
- Gracias a la consciencia del presente, se va a poder tener un comportamiento más deliberado y consciente, reduciendo de este modo las respuestas automáticas derivadas de viejos hábitos.

Para finalizar la sesión, y reforzar estos conceptos, se hará una pequeña meditación, con anclaje respiratorio, en la cual se pondrán en marcha los principios de aceptación (permitimos el flujo de pensamientos, sin entrar a juzgar) y del estado presente. Para hacerlo más ameno, y probar otra vía para la meditación, se usará un vídeo de la plataforma de YouTube centrado en el momento presente (<https://www.youtube.com/watch?v=jl1YbWUJtf8>).

Actividades para casa: Poner en práctica en casa la aceptación incondicional y el estado presente. Para la aceptación incondicional, se llevará a cabo un pequeño diario, en el cual deben poner una situación al día en la que hayan entrado en este estado de aceptación. Por otro lado, para la conciencia presente, deben repetir tres veces al día, en el momento del día que consideren adecuada, el siguiente mantra: “*Momento presente, momento maravilloso*” (Thich Nhat Hanh, 2014).

BLOQUE II: TRABAJO COGNITIVO

SESIÓN 4: “MENTE PENSANTE, ¿REALIDAD CUESTIONABLE?” (TERAPIA COGNITIVA I)

Se hace una revisión de las tareas mandadas para casa de la sesión anterior, y se ponen en común dudas, dificultades y experiencias derivadas de estas actividades. Luego, se comenzaría con la sesión de terapia cognitiva. Para iniciar la sesión, se va a poner en la pizarra, en tamaño grande, la palabra “Pensamientos”. Se explica que una vez que hemos aprendido a adquirir una atención más focalizada, y una perspectiva más objetiva y amplia acerca de los pensamientos, como un flujo constante, sin juzgar ni interpretar, es momento de adentrarse, conscientemente, a entender estos pensamientos, su razón de ser y qué funcionalidad tienen. Tras esta introducción, se lanza una pregunta genérica acerca **de qué son los pensamientos** (se van anotando todas las aportaciones resultantes en la pizarra, y se utiliza la *técnica de la alcachofa* (Cembranos y Medina, 2003) para ir delimitando de

manera clara el concepto. Luego, de nuevo se lanza otra pregunta de reflexión común: *¿Cómo creéis que se relacionan nuestros pensamientos con nuestras emociones?* Se lleva a cabo otra breve lluvia de ideas, y se procede a poner el ejemplo de un perro por la calle, comparando una persona que tiene miedo a los perros con otra que le encantan, para explicarles el A-B-C (*Anexo 7*) Con este mismo ejemplo, se analizan y se hipotetizan las historias de vida de cada persona en el ejemplo del perro para tener estas interpretaciones diferentes (Creencias previas de Beck, 1986) (*Anexo 8*). Tras este análisis, se realizaría una pequeña explicación acerca de cómo nuestras experiencias de la infancia influyen en el modo de procesar y de interpretar la realidad. Luego, se propone que digan otro ejemplo referente con alguna situación relacionada con la maternidad y que sean ellas, de manera cooperativa y poniendo en marcha todos los recursos de escucha activa, las que analicen, ante la misma situación, que diferentes pensamientos pueden aparecer y las emociones resultantes de estos pensamientos (práctica A-B-C), además, de posibles experiencias previas que han podido determinar ese modo de pensar (identificación causas en la historia de vida). Por medio de esta reflexión conjunta, y la sucesiva práctica posterior, no se pretende que se especialicen en la identificación de pensamientos y de creencias previas. El objetivo va más bien encaminado a entender la asociación entre emoción, pensamiento y conducta, para entender que al final la realidad, la que muchas veces nos causa tanto sufrimiento, es resultado de nuestra interpretación; y esta forma de interpretar la realidad provendría de nuestras experiencias en la infancia. El cierre de esta sesión se realizaría con la siguiente reflexión final: *Los pensamientos no son hechos* (Segal et al., 2008).

Actividades para casa: Seguir con las actividades anteriores. Ante emociones muy intensas, reflejarla en el autorregistro A-B-C (*Anexo 9*), y elegir una situación personal, e intentar, como se ha hecho en la sesión, sacar los elementos claves de la historia personal, que puedan explicar esa situación (*Anexo 10*).

SESIÓN 5: “PONER A FAVOR NUESTRA COGNICIÓN PARA LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS (TERAPIA COGNITIVA II Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS)”

Se hace una revisión de las tareas mandadas para casa de la sesión anterior, y se ponen en común dudas, dificultades y experiencias derivadas de estas actividades. Se vuelve a hacer un repaso exhaustivo de los módulos trabajados anteriormente, sobre todo de aquellas dificultades que hayan podido tener en la asimilación de conceptos o en la puesta en marcha de las diferentes prácticas. Se haría así debido son conceptos que pueden ser un poco complejos de entender. Finalmente, para cerrar este apartado puramente cognitivo, se les propone una dinámica para hacer una revisión de los conceptos esenciales. Para ello, se van a dividir en dos grupos, y se les va a pedir que, en un período máximo de 15 minutos, deben hacer de manera improvisada un “anuncio de televisión” (de aproximadamente 60 segundos) acerca de todos los contenidos de la sesión 4 (Francia y Mata, 2001; citado en Elías, 2010).

Posteriormente, se continuaría con el apartado de **resolución de problemas**. Esta capacidad se presentará como una estrategia para adquirir habilidades de afrontamiento más adaptativas ante desafíos, sobretodo, para aquellas situaciones más difíciles que pueden aparecer durante la crianza del niño. Se hace una lluvia de ideas acerca de cómo actuamos frente a los problemas. *¿Qué estrategias ponemos en marcha?* Se ponen en común ejemplos de dificultades pasadas que hayan tenido y que estrategias utilizaron resolverlas. Tras este análisis, se introduciría la técnica: *“Hoy vamos a aprender a solucionar los problemas de manera óptima. Para ello, vamos a usar el modelo D`Zurilla y Goldfiel”*. Se les explica que la finalidad de esta actividad es aprender a solucionar los problemas por medio de pasos bien definidos. Estos pasos son generalizables a todos los problemas, y nos permite llegar a una resolución más adaptativa y eficaz. Se les muestra de manera esquemática cada una de las etapas que propone el modelo para la solución de problemas, y se explica de forma genérica cada una de ellas, aunque se les dará también

un documento desarrollado con todas estas etapas (*Anexo 11*). Para trabajar estas fases de manera más lúdica se les presentará un documento con una pequeña historia de conflicto, y este debe ser resuelto por el grupo utilizando todas estas fases (*Anexo 12*). Luego, se realizará el mismo ejercicio, pero utilizando de referencia alguna situación personal de conflicto relacionada con la maternidad. Para cerrar la sesión, se les pregunta cómo han experimentado la actividad propuesta en la sesión y también se les explica que este proceso se va automatizando, es decir, que al principio requiere de una atención consciente ir detallando todos los pasos, pero que poco a poco, irán haciendo este proceso de manera más rápida y eficiente, sin tener que detallarlo todo, hasta que llegue un momento en el que lo interioricen y se realice únicamente de forma mental.

Tareas para casa: Continuar con los autorregistros, la conciencia en momentos cotidianos diarios. Por lo menos, un problema de esta semana, da igual del calibre que sea, hay que intentar resolverlo siguiendo esta temática (*Anexo 13*), teniendo en cuenta todo lo aprendido en sesiones anteriores. Reflejar por escrito cómo ha sido todo el proceso.

SESIÓN 6: “ME QUIERO, ME CUIDO Y ME RESPETO” (AUTOCONFIANZA, AUTOESTIMA Y AUTOCUIDADO)

Revisión tareas sesión anterior. Se comienza con el primer concepto, el de **autoeficacia**. Para ello, se comienza con una pequeña lluvia de ideas (*brainstroming*) acerca de qué consideran qué es la autoeficacia. Tras la puesta en común, se ofrece la definición teórica de Bandura (1995) acerca de qué es la autoeficacia, quien refiere que estaría conformado por “*las creencias que una persona tiene acerca de sus capacidades de organización y de puesta en marcha de las conductas necesarias para lograr los resultados deseados*”. En términos más coloquiales, sería la valoración personal que hago sobre mis capacidades. *¿Cómo se construye esta autoeficacia?* Para responder a esta cuestión, se rescataría la explicación de la sesión anterior referente a la resolución de

problemas, y se relacionarían esta capacidad con la autoeficacia, pues a medida que se van resolviendo más problemas y de una de manera más ágil va aumentando nuestro sentido de la autoeficacia. Por lo que, esta capacidad es un requisito fundamental para nuestra autoconfianza. *¿Qué estrategias podemos llevar a cabo a parte para aumentar nuestra autoeficacia tanto a nivel general como en la maternidad?* Se apuntan en la pizarra todas las ideas que vayan surgiendo, y tras haber apuntado todas, se van eligiendo y matizando aquellas aportaciones que se acerquen más a estas ideas: tener expectativas realistas y ajustadas; la autoeficacia es variable y requiere de aprendizaje; y para tener buena autoeficacia, es necesario ir trabajando otro tipo de habilidades psicológicas y de gestión emocional.

Para finalizar este apartado, se llevará a cabo la actividad *MI PELÍCULA FALLIDA*. El objetivo de esta es trabajar la perspectiva del error, modificando la creencia general de que el error suponen un atenuante de autoeficacia para adoptar una nueva perspectiva del error como una oportunidad de aprendizaje. La actividad consiste en qué tienen que pensar en algún error importante de su vida, y crear una breve película de ello (con guiones y personajes, aunque no hay que hacer referencia a nombres explícitos). Luego, se expondrá cada película, y deben reflejar al final de la película cómo se resolvió y los aprendizajes adquiridos tras este.

Tras hablar de la autoeficacia, y la importancia que tiene tener un buen sentido de autoeficacia de cara a la experiencia de la maternidad, se pasa al siguiente tema de la sesión: la **autoestima**. Se lleva a cabo otra tormenta de ideas acerca de la autoestima y acerca en qué áreas influye en nuestra vida (conclusión encaminada a que influye prácticamente en todas, pues el modo que tenemos de relacionarnos con nosotros mismos va a determinar como nos relacionamos con el exterior). Tras esta reflexión inicial, se van a llevar cabo una dinámica de incremento de la autoestima. Cada participante va a coger un papel en el que va a poner en grande su mayor cualidad. Luego, todas se pasean por la

sala con sus hojas delante, para que todas vean las cualidades de la otra. Cuando el profesional lo determine, se para el paseo por la sala y se comenta cómo ha sido la experiencia (Oviedo, 2006). Además, se añaden preguntas de reflexión encaminadas hacia la dificultad generalizada que suele haber para el reconocimiento propio de cualidades, y a la inversa, la facilidad con la que reconocemos y verbalizamos las cualidades de los otros (patrón de doble juicio). Se reflexiona de manera conjunta la importancia de autorreforzarse, tanto para el aumento del sentido de la autoeficacia como de la autoestima. Además, de la importancia ser un modelo de autoestima sana para nuestros hijos. Se cierra este apartado con la famosa reflexión de Ellis (Ellis, 1962): “*El ser humano tiene valor por el hecho de ser*”. Por último, se finaliza la sesión hablando acerca del **autocuidado**, pero haciendo un especial énfasis del autocuidado durante la maternidad, pues es un aspecto que tiende a olvidarse durante todas las demandas de esta etapa. No obstante, es importante presentar la importancia de satisfacer esta área personal, de autocuidado, debido a que va a influir tanto en nuestro bienestar emocional, como en nuestra autoconfianza y autoestima; y de manera indirecta, a nuestra experiencia de maternidad. *¿A qué nos referimos con autocuidado?* Se presentan una serie de frases (*Anexo 14*), y se les deja un par de minutos para que completen la actividad de manera individual, para luego poner en común las respuestas acerca de sí las afirmaciones de la hoja son ejemplos de autocuidado o por lo contrario, cuales no serían ejemplos de autocuidado (por ejemplo, anteponer la necesidades del otro no es autocuidarse). Tras este ejercicio, se ponen común ejemplos personales, relacionados o no con la maternidad, que denominen como actividades de autocuidado, y que les genere un alto grado de bienestar (actividades placenteras).

Actividades para casa:

- Listado de objetivos semanales (pequeños objetivos).
- Anotar todos los días tres cualidades positivas de uno mismo.

- Al menos, programar dos actividades de autocuidado (*Anexo 15*), ser consciente de ellas mientras se llevan a cabo (atención consciente), y al menos de una de ellas, rellenar la hoja de programación de eventos agradables (*Anexo 16*)

SESIÓN 7: “MI ENTORNO Y YO” (COMUNICACIÓN ASERTIVA Y RELACIONES INTERPERSONALES SATISFACTORIAS)

Se hace un breve repaso de la sesión anterior y se plantean posibles dudas acerca de los objetivos trabajados la semana anterior. Para comenzar la sesión, se lanzará la siguiente pregunta al grupo: *¿Qué papel creéis que tiene vuestro entorno social, tanto familiar, como de amigos y/o conocidos, en este momento vital actual?* Tras la puesta en común de todas las reflexiones, se realiza una pequeña sesión de psicoeducación acerca de las relaciones interpersonales y la comunicación asertiva. *¿Qué son las relaciones interpersonales? ¿Qué papel tienen en nuestro estado de bienestar? ¿Qué importancia tienen en nuestro desempeño del rol materno? ¿Es determinante esta área para el desarrollo evolutivo del bebé?* En este primer apartado, se explica la relevancia que tiene el área social en las personas, pues debido a nuestra naturaleza social, necesitamos a los otros para desarrollarnos a nivel físico y emocional. Con esta explicación, se enlazaría la capacidad comunicativa que tenemos las personas, y como, por medio de esta, establecemos y mantenemos todas nuestras relaciones. Luego se pasarían a explicar a los tipos de comunicación que hay, y se ahondaría en la explicación de la comunicación asertiva, ventajas que tiene con respecto a los otros tipos de comunicación, los derechos asertivos (*Anexo 17*) que tenemos y diferentes técnicas que podemos poner en marcha en situaciones de conflicto. Toda esta explicación teórica se proporcionará de manera resumida en papel a las integrantes del grupo (*Anexo 18*), para que puedan repasarlo tranquilamente en casa, y para la práctica en el grupo de la capacidad de asertividad. La idea es que la psicoeducación sea lo más breve posible, aunque asegurándonos de que

quedan claros los conceptos básicos. Luego, se pasará a hacer un role playing o varios para poner en práctica las habilidades asertividad, utilizándose para ello “la metáfora de las gafas comunicativas”. En primer lugar, se plantearán diferentes situaciones relacionadas con la maternidad para ver los tres estilos comunicativos ante una misma situación. Antes de poner en marcha la escena, se eligen tres personas y a cada una de ellas se le va a asignar un tipo de “gafa”, es decir, una participante tendría que interpretar un papel comunicativo pasivo, otra un papel de estilo agresivo, y otra de estilo asertivo. Luego, se pone en marcha la escena seleccionada (relacionada con alguna situación complicada de la maternidad), y los tres papeles comunicativos tienen que comunicarse entre sí y con el terapeuta (si tuviera que interpretar algún personaje extra). Cada una expresará las necesidades y opiniones convenientes, pero siguiendo los esquemas de actuación de las gafas que le corresponde, aunque este papel irá rotando cada 5 minutos; por ejemplo, quien empezó teniendo un papel asertivo, pasa luego a tener uno pasivo, y acaba con un asertivo. La idea es que las tres participantes se vean implicadas en los tres roles. Se pueden luego hacer varios grupos más con otras situaciones para que de este modo el mayor número de participantes pueda hacer esta actividad de manera más experiencial. Tras acabar, según el tiempo establecido, se hace una reflexión final acerca de cómo se han sentido en cada uno de los papeles, y se hace un balance común de costes y beneficios de llevar a cabo una actitud asertiva ante cualquier situación.

Actividades para casa: Tienen que hacer una pequeña reflexión, de manera escrita, en la cual tienen que poner una situación determinada que les haya ocurrido, explicar si ante situación su estilo comunicativo fue más bien pasivo y/o agresivo, y explicar cómo fue el desenlace a corto plazo de esta. Luego, deben, ante esta situación, reflexionar como la podrían haber solucionado desde una actitud más asertiva y en qué medida la resolución final hubiera sido diferente.

Otra tarea que se les mandará será poner en práctica en todas las situaciones posibles diarias este estilo comunicativo, y en la próxima sesión, quienes quieran, pondrán poner en común aquellas situaciones de las cuales se han sentido más satisfechas por haber logrado mantener su actitud asertiva.

SESIÓN 8: “NOS COMUNICAMOS A TRAVÉS DE LA PIEL” (APEGO Y TÉCNICAS CORPORALES)

Repaso sesión anterior. Se comienza la sesión escribiendo en la pizarra “LA IMPORTANCIA DEL APEGO”, y se lanza la pregunta, antes de comenzar la psicoeducación, de qué ideas previas tienen acerca de este. Luego, se da una pequeña formación teórica acerca de qué es el apego, la importancia que tiene en el desarrollo emocional del niño, qué tipos de apego hay y los factores que inciden en la formación del vínculo (Bowlby, 1986). De estos factores, cuando se habla de la necesidad de contacto físico con la madre a través de la piel, se introduce la explicación acerca de la importancia de la estimulación temprana a través del contacto con la piel, ya que es el órgano más extenso, sobre el cual el niño recibe al principio la mayor parte la información sensorial y emocional (Cooke, 2015; Field, 2019) Al final de la psicoeducación, es importante que aprendan bien el concepto de apego y que hagan una adecuada integración acerca de la importancia del masaje infantil para el desarrollo afectivo del bebé. Cuando se finalice la exposición, se procede a hacer en clase el masaje infantil, para que aprendan de manera visual cómo se hace. Se les facilita todos los recursos necesarios para ello y se comienza con la explicación de cómo se hace. Los pasos que se seguirían para la instrucción del masaje se encuentran en el capítulo 9 del libro *Educación para la maternidad* de María Luisa Pérez Rodríguez (2012). Las instrucciones que aparecen se entregarían en formato a papel al grupo para que puedan seguir esas instrucciones en casa, junto con una serie

de recomendaciones para la práctica (*Anexo 19*); además, de múltiples recursos públicos, como vídeos o contenidos web referentes a esta práctica (en el Drive). Una vez realizado el masaje, se ponen en común todas los pensamientos y emociones que han tenido las madres durante el desarrollo de esta práctica. El trabajo de este terapeuta es ir dirigiendo todas estas aportaciones a la reflexión final, que iría encaminada a volver a enfatizar la importancia del contacto físico para el establecimiento del vínculo.

Actividades para casa: Puesta en práctica de los masajes.

SESIÓN 9: “CIERRE DEL GRUPO. EXPERIENCIAS COMUNES, RELATOS, APRENDIZAJES” (CONSOLIDACIÓN DE RESULTADOS)

Repaso sesión anterior. Esta última sesión se destinará a hacer un recordatorio acerca de todo el recorrido del programa y las habilidades aprendidas en este. Para hacer una reflexión conjunta adecuada, a parte de preguntar en general qué les ha parecido la experiencia, se recuperará la lista de objetivos planteados en la primera sesión (la tienda mágica), realizando el análisis de cuáles se han logrado y cuáles no. También, se analizará de manera conjunta en qué situaciones (relacionadas o no con la maternidad) creen que van a poder poner en marcha todas las estrategias aprendidas. Finalmente, se pasarían los cuestionarios de evaluación final, y se concretarían las fechas para las siguientes evaluaciones de seguimiento.

5. CONCLUSIONES

A pesar de no haber podido llevado a cabo este programa en un contexto real, esta propuesta ha sido diseñada para la población de madres de cara a una posible aplicación futura del programa. Según el planteamiento teórico que se ha hecho, este programa está pensado para desarrollarlo en el Sistema Nacional de Salud. No obstante, hay múltiples

entidades privadas que llevan a cabo programas de esta índole en su actividad profesional. Por lo que, se abre la posibilidad de aplicarlo también en ámbito sanitario privado.

A nivel teórico, los principales hallazgos que seguramente favorecerán la puesta en marcha del programa son: la relevancia de la inclusión del período postparto; la necesidad de un seguimiento riguroso (medidas post); la posibilidad de utilizar recursos digitalizados y crear un espacio digitalizado común; la necesidad de preservar el seguimiento del grupo; y la flexibilidad y adecuación de las sesiones y tareas para casa, adaptadas al momento evolutivo en el que se encuentran.

En cuanto a propuestas de mejora y/o aplicaciones futuras se podrían añadir las siguientes aportaciones:

- Se podría contextualizar todo el programa en un enfoque transdiagnóstico. En este caso, se trabajaría, no con síntomas de ansiedad o depresión, sino con el patrón de regulación inflexible.
- Se podría plantear la posibilidad de incluir alguna sesión individualizada.
- Debido a las circunstancias actuales que nos acontecen, otra aportación interesante podría ser digitalizar el programa al completo, y contrastar la eficacia de este en comparación con el formato presencial. Si se llega a desarrollar un programa eficaz con este formato digitalizado, supondría un enorme ahorro de costes. Además, se adecuaría al contexto actual de transición tecnológica.

Como cierre de trabajo, y a modo de resumen general, es importante analizar, con toda la información aportada, la relevancia que tiene la salud psicológica en todo el proceso de embarazo y postparto, una salud que en muchos casos está olvidada. Cada día hay un mayor grado de concienciación social acerca de la importancia que tiene la salud mental, pero aún así, es necesario seguir en este proceso de desestigmatización; y, sobre todo, ir instaurando modelos eficaces y consensuados para hacer un seguimiento adecuado de la evolución psicológica y emocional de la madre en todo el proceso perinatal y postnatal. Al

final, una experiencia óptima de la maternidad va estrechamente ligada con un buen estado de salud emocional. Todas las mujeres, a pesar de sus circunstancias previas y actuales, deberían tener la oportunidad de poder llegar a disfrutar de esta nueva etapa de sus vidas.

6. REFERENCIAS

A. Francia y J. Mata (2001). *Dinámica y técnicas de grupos*. Madrid: CCS.

Ali E. (2018). Women's experiences with postpartum anxiety disorders: a narrative literature review. *International journal of women's health*, 10, 237–249.

American Psychiatric Association, A. P. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V).

Asociación Americana de Psicología (2012). *Depresión postparto*. <https://www.apa.org/pi/women/resources/reports/depression-postparto>

Balaram, K., y Marwaha, R. (2020). Postpartum Blues. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Bandura, A. (Ed.). (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge university press.

Beck C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing research*, 50(5), 275–285.

Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos*. Madrid: Morata.

Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., Cubero, N. S. (2015) *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo. Adaptación Española*. Tea Ediciones

Castanyer, O. (2011). *La Asertividad: Expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Descleé de Brouwer (34o Edición).

Cembranos, F. y Medina, J. A. (2003). *Grupos inteligentes: Teoría y práctica del trabajo en equipo*. Madrid: Ed. Popular

Cooke, A. (2015). Infant massage: The practice and evidence-base to support it. *British Journal of Midwifery*, 23(3), 166-170.

D'Zurilla, T.J. (1986). *Problem solving therapy*. Nueva York: Springer.

Dehkordi, Z., Hosseini-Baharanchi, F., Kazemian, A., Madiseh, M., Reisi, M., y Motaghi, B. (2019). The effects of infant massage on maternal postpartum depression: A randomized controlled trial. *Nursing and Midwifery Studies*, 8(1), 28-33.

Dennis 2004: Dennis, C. L., y Creedy, D. (2004). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *The Cochrane database of systematic reviews*, (4), CD001134.

Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2001). Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic medicine*, 63(4), 679–686.

Dimidjian, S., Goodman, S. H., Felder, J. N., Gallop, R., Brown, A. P., y Beck, A. (2015). An open trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of perinatal depressive relapse/ recurrence. *Archives of Women's Mental Health*, 18(1), 85–94.

DiPietro, J. (2011). Prenatal/perinatal stress and its impact on psychosocial child development. En Encyclopedia on early childhood development. Recuperado de: <http://www.child-encyclopedia.com/stress-and-pregnancy-prenatal-and-perinatal>

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart

Field T. (2019). Pediatric Massage Therapy Research: A Narrative Review. *Children (Basel, Switzerland)*, 6(6), 78.

García-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J., y Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of affective disorders*, 75(1), 71–76.

Glover, V., Onozawa, K., y Hodgkinson, A. (2002). Benefits of infant massage for mothers with postnatal depression. *Seminars in neonatology: SN*, 7(6), 495–500.

Goodman, J. H., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., ... Freeman, M. (2014). CALM pregnancy: Results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 373–387.

Hanh, T. N. *Momento presente, momento maravilloso*. Ediciones Dharma.

Honey, K. L., Bennett, P., & Morgan, M. (2002). A brief psycho-educational group intervention for postnatal depression. *The British journal of clinical psychology*, 41(Pt 4), 405–409.

Huber, M. O., Jiménez, M. R., y Largo, A. M. (2015). Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. *Summa psicológica UST*, 12(1), 77-87.

i Elias, P. V. (2010). *Técnicas de dinámica de grupos*. Universitat Oberta de Catalunya (UOC).

Jan, C. (11 marzo de 2020). La ONU condena a España a indemnizar a una mujer por la violencia obstétrica sufrida durante el parto. *El País*. (Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-03-11/la-onu-condena-a-espana-a-indemnizar-a-una-mujer-por-la-violencia-obstetrica-sufrida-durante-el-parto.html>)

Jones, L. C. (1990). Postpartum Emotional Disorders. *International Journal of Childbirth Education*, 5(4), 21-28

Jones, L., Scott, J., Cooper, C., Forty, L., Smith, K. G., Sham, P., y Jones, I. (2010). Cognitive style, personality and vulnerability to postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 200-205.

Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Dell Publishing; New York: 1990.

Leigh, B., y Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC psychiatry*, 8, 24.

Marín-Morales, D., Carmona-Monge, F. J., y Peñacoba-Puente, C. (2014). Personalidad, síntomas depresivos en el embarazo y su influencia en la depresión postparto en gestantes españolas. *Anales de Psicología*, 30(3), 908-915.

Milgrom, J., Schembri, C., Ericksen, J., Ross, J., y Gemmill, A. W. (2011). Towards parenthood: an antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of affective disorders*, 130(3), 385–394.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2009-2013). *Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud*.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*.

O'Hara, M. W., y Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and etiology. *Best practice y research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 28(1), 3–12.

Olza, I. F. (2017). *PARIR: El poder del parto*. B DE BOOKS.

Olza, I. F., y Tejedor, I. G. (2007). La teoría de la programación fetal y el efecto de la ansiedad materna durante el embarazo en el neurodesarrollo infantil. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 24(2, 3 y 4), 176-180.

Organización Mundial de la Salud (2001). El informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: Nuevo entendimiento, nueva esperanza. https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2004). Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78545/924159215X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (2017). *¿Se pregunta por qué no está contenta tras el nacimiento de su hijo?* <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/postnatal/es/>

Organización Mundial de la Salud (30 de enero de 2020). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Oviedo, O. (2006). *500 actividades con grupos*. Málaga: Aljibe.

Pérez Rodríguez, M. D. (Coord.). (2012). *Educación para la maternidad* (2a. ed.). Editorial ICB.

Postpartum Support International (2021). *Trastornos psicológicos perinatales*. <https://www.postpartum.net/en-espanol/trastornos-psicologicos-perinatales/>

Rai, S., Pathak, A., y Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian journal of psychiatry*, 57(Suppl 2), S216–S221.

Segal, Z. V. (2008). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena: un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao, Spain: Editorial Desclée de Brouwer.

Siegel RS, Brandon AR. Adolescents, Pregnancy, and Mental Health. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2014;27(3):138-50.

Silverman, M. E., Reichenberg, A., Savitz, D. A., Cnattingius, S., Lichtenstein, P., Hultman, C. M., Larsson, H., y Sandin, S. (2017). The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depression and anxiety*, 34(2), 178–187.

Vieten, C., y Astin, J. (2008). Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Archives of women's mental health*, 11(1), 67-74.

Villanea, C. F. (2018). Psicosis postparto. *Revista Médica Sinergia*, 3(08), 7-12.

7. ANEXOS

Anexo 1: Tabla de evidencias acerca de la eficacia de las intervenciones psicosociales en depresión postparto (Dennis 2004; recuperado de, GAEP 2014)

Resumen de la evidencia

-	Intervenciones psicosociales en la prevención de la depresión postparto. Los estudios disponibles sugieren que en términos generales las intervenciones psicosociales en comparación con los cuidados habituales no reducen de manera significativa el número de mujeres que desarrollan una depresión postparto, con excepción del apoyo intensivo postparto prestado por parte de profesionales sanitarios.
Calidad muy baja	Clases preparto y postparto. Las intervenciones consistentes en clases preparto y postparto dirigidas a mujeres con riesgo elevado de padecer depresión postparto no tienen un efecto en la prevención de esta patología en comparación con los cuidados habituales.
Calidad baja	Visitas domiciliarias postparto por parte de profesionales sanitarios. Las visitas domiciliarias postparto por parte de profesionales sanitarios (personal de enfermería y comadronas) en comparación al cuidado habitual reduce el riesgo de presentar sintomatología depresiva a las 16 semanas después del parto.
Calidad muy baja	Visitas domiciliarias postparto por parte de profesionales no sanitarios. Las visitas domiciliarias postparto por parte de profesionales no sanitarios no tienen un efecto en la reducción de la depresión postparto.
Calidad baja	Cuidados continuados preparto y postparto. La administración de cuidados continuados preparto y postparto durante la estancia hospitalaria por parte de un equipo de comadronas no ha mostrado un efecto en la reducción de la depresión postparto en comparación con el cuidado habitual
Calidad muy baja	Apoyo telefónico por pares. El apoyo telefónico a madres con riesgo elevado de sufrir depresión postparto por parte de voluntarias que han padecido y superado esta patología, reduce a la mitad el riesgo de presentar síntomas de depresión postparto. Esta intervención no tuvo ningún efecto en comparación con el cuidado habitual en la reducción de la ansiedad o la soledad.
Calidad baja	Estrategias para entablar amistad. La combinación de intervenciones en atención primaria y comunitaria, entre las que destacan las estrategias para facilitar establecer amistad por parte de las madres, no son efectivas en la prevención de la depresión postparto.

Anexo 2: Consentimiento informado (recuperado de https://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/Faq3_2.pdf)

Programa de preparación psicoemocional ante la maternidad.

Yo, _____, con DNI _____, y domicilio en _____, declaro que:

1. He sido informado de todas las condiciones sobre la participación en el programa.
2. Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio, así como los posibles beneficios y riesgos de este.
3. He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
4. Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento de este, por cualquier razón y totalmente libre de consecuencia alguna

DOY

NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto

Fecha: Firma del participante/paciente

Anexo 3: Temporalización de las sesiones

PROGRAMA DE PREVENCIÓN

ENTRENAMIENTO DE LA ATENCIÓN CONSCIENTE Semana 1-3			TRABAJO COGNITIVO Semana 3-7				APEGO Y TÉCNICAS CORPORALES. Semana-8	CONSOLIDACIÓN DE RESULTADOS Semana 9
Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9
Presentación del grupo	Piloto automático y plena consciencia.	Momento presente y aceptación.	Terapia Cognitiva I	Terapia Cognitiva II Resolución de problemas	Autoconfianza, autoestima y autocuidado.	Relaciones interpersonales y habilidades de comunicación	Apego y técnicas corporales	Consolidación de resultados
Agenda: Introducción grupo. Presentación individual. Expectativas grupo. Psicoeducación (maternidad y escucha activa) Entrega materiales y recursos electrónicos. Tareas para casa.	Agenda: Repaso de tareas y resolución dudas. Piloto automático (atención consciente) Plena consciencia corporal y respiratoria. Ejercicios de práctica. Tareas para casa.	Agenda: Repaso consciencia corporal y respiratorio. Estado de aceptación. Toma de perspectiva (consciencia estado presente). Tareas para casa.	Agenda: Repaso de tareas y resolución dudas. Psicoeducación acerca de las cogniciones. Modelo A-B-C Desvinculación de la realidad con los pensamientos. Tareas para casa.	Agenda: Repaso psicoeducación cogniciones. Entrenamiento en habilidades de resolución de problemas. Tareas para casa.	Agenda: Repaso de resolución de problemas. Autoconfianza: Reflexión + película fallida. Autoestima: "Paseo de la autoestima" Autocuidado: Importancia y programación de actividades agradables. Tareas para casa.	Agenda: Repaso sesión anterior. Psicoeducación: área social e importancia relaciones interpersonales. Habilidades de comunicación: asertividad y entrenamiento en asertividad. Tareas para casa.	Agenda: Repaso sesión anterior (dudas o experiencias). Psicoeducación acerca de apego e importancia masaje corporal. Puesta en práctica masaje corporal. Tareas para casa.	Agenda: Repaso sesión anterior. Cierre programa: Reflexión conjunta, prevención de situaciones futuras, satisfacción generalizada. Evaluación final.
Materiales: Claves de acceso a los recursos electrónicos.	Materiales: Uvas pasas, esterillas, dispositivo músico, hoja de pautas básicas de consciencia respiratoria y corporal.	Materiales: Hoja pautas básicas ejercicios respiratorios y de escáner corporal. Pizarra blanca, esterillas, dispositivo música (ordenador)	Materiales: Pizarra blanca, folios, esquema A-B-C para rellenar, esquema básico acerca de las creencias y nuestros pensamientos (visual), frase de reflexión.	Materiales: Folios. Esquema explicativo del proceso de resolución en problemas. Esquema en blanco para rellenar con los ejemplos. Historia escrita para el ejercicio de resolución de conflictos	Materiales: Hoja con ejemplos de actividades de autocuidado. Hoja para la programación de actividades agradables. Hoja con temática de película para completar la dinámica mi película fallida (preguntas de reflexión)	Materiales: Pizarra blanca, hoja de derechos asertivos y tipos de comunicación, gafas de diferentes colores (role playing).	Materiales: Video acerca de los diferentes apegos, esquema explicativo acerca de los diferentes tipos de apego, muñeco, música relajante, aceites suaves, pizarra blanca, esquema con pautas básicas de masaje.	Materiales: Cuestionarios para rellenar. Hoja reflexión de despedida.

Anexo 4: Desarrollo ejercicio uva pasa las recaídas

Trascripción: el ejercicio de la uva pasa

Voy a pasearme por la clase y darles a cada uno de ustedes algunos objetos. Ahora, lo que me gustaría ustedes hicieran es centrarse en uno de los objetos y simplemente imaginar que nunca han visto nada parecido antes. Imaginen que acaban de llegar de Marte en este momento y que nunca han visto nada parecido en su vida. Nota. Realice una pausa de al menos diez segundos entre cada una de las frases. Las instrucciones se imparten de un modo natural, a un ritmo lento pero deliberado, pidiendo a la clase que haga lo siguiente: Tomen cada uno de estos objetos y sosténganlo en la palma de la mano, o entre el índice y el pulgar. (Pausa) Presten atención mientras lo miran. (Pausa) Obsérvenlo cuidadosamente, como si nunca hubieran visto ese objeto anteriormente. (Pausa) Gírenlo entre los dedos. (Pausa) Exploren su textura entre los dedos. (Pausa) Examinen los destellos donde brilla la luz... los huecos y pliegues más oscuros. (Pausa) Permitan que los ojos exploren cada parte del objeto, como si nunca en su vida hubieran visto algo semejante. (Pausa) Y si, mientras hacen lo anterior, llega a la mente cualquier pensamiento del tipo “¿Qué cosa más extraña estamos haciendo?”, “¿Qué sentido tiene?”. O “No me gustan estos”, simplemente observadlos como pensamientos y traed de vuelta a la consciencia sobre el objeto. (Pausa) Y ahora huelan el objeto, tómenlo y póngalo bajo la nariz, y en cada inhalación, percatándose cuidadosamente de su olor. (Pausa) Y ahora mírenlo de nuevo. (Pausa) Y ahora lleven lentamente el objeto a la boca, dándose cuenta quizás de cómo la mano y el brazo saben exactamente dónde ponerlo, tal vez observando cómo saliva la boca a medida que el objeto se acerca. (Pausa) Y después pongan suavemente el objeto en la boca, observando el modo en el que es “recibido”, sin morderlo, simplemente explorando las sensaciones derivadas de tenerlo en la boca. (Pausa) Y cuando estén preparados, den un mordisco conscientemente y observen los sabores que se generan. (Pausa) Mastíquelo lentamente... sintiendo la saliva en la boca... el cambio en la consistencia del objeto. (Pausa) Después, cuando se sientan preparados para engullirlo, observen si pueden primero detectar la intención de tragar cuando ésta llega, de modo que se experimente conscientemente, incluso, antes de que realmente lo traguen. (Pausa) Finalmente, noten si pueden seguir las sensaciones de la deglución, sintiendo cómo desciende hasta el estómago y observando, también, cómo su cuerpo es ahora exactamente una uva pasa más pesada.

Tomado de Kabat-Zinn (citado en Segal, Z. V. (2008). Terapia cognitiva de la depresión basada en inconsciencia plena un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas

Anexo 5: Instrucciones para la meditación (Escáner corporal)

Cuadro 6.3

Meditación de la exploración corporal

1. Tumbese, colóquese de un modo cómodo, tumbado sobre la espalda en una esterilla o alfombra sobre el suelo, o en su cama, en un lugar cálido y en el que no le puedan molestar. Permita que sus ojos se cierren suavemente.
2. Tómese algunos momentos para entrar en contacto con el movimiento de su respiración y las sensaciones del cuerpo. Cuando esté preparado, lleve su consciencia a las sensaciones físicas de su cuerpo, especialmente a las sensaciones del tacto o la presión, donde su cuerpo establece contacto con el suelo o la cama. Con cada espiración, permítase dejarse ir, hundirse cada vez más en la esterilla o cama.
3. No olvide la intención de esta práctica. La meta no constituye en sentirse diferente, relajado o en calma; esto puede suceder o no. En vez de ello, el propósito es, y en la medida de sus posibilidades, llevar la consciencia a cualquier sensación que detecte mientras, a su vez, enfoca su atención a cada parte del cuerpo.
4. Ahora lleve su consciencia a las sensaciones físicas de la parte inferior del abdomen, llegue a ser consciente de los patrones cambiantes de las sensaciones en el interior del abdomen mientras toma aire y cuando lo expulsa. Tómese unos minutos para sentir las sensaciones mientras toma aire y lo expulsa.
5. Tras conectar con las sensaciones del abdomen, lleve el enfoque o “el proyector” de su consciencia hacia el pie izquierdo, en el interior del pie izquierdo y fuera, hasta los dedos del pie izquierdo. A su vez, enfoque la atención en cada uno de los dedos del pie izquierdo, llevando una amable curiosidad para investigar la cualidad las sensaciones que encuentra, observando quizás la sensación del contacto entre los dedos, una especie de hormiguero, calidez o ninguna sensación en particular.
6. Cuando se encuentre preparado, durante una inspiración, sienta o imagine la respiración entrando en los pulmones y, descendiendo, después hacia el abdomen, la pierna izquierda, el pie izquierdo y, fuera, hacia los dedos del pie izquierdo. Después, con la espiración, sienta o imagine la respiración ascendiendo por todo el camino de vuelta, fuera del pie, en la pierna, hacia arriba a través del abdomen, el pecho, y fuera a través de la nariz. Continúe así, en la medida de sus posibilidades, durante algunas respiraciones, introduciendo el aire hasta los dedos y extrayéndolo desde estos. Puede ser difícil entender esto –tan sólo practique esta “introducción de la respiración” lo mejor que pueda, abordándolo de un modo lúdico.
7. Ahora, cuando se encuentre preparado, y con la espiración, deje marchar la consciencia de los dedos, y desplácela hacia las sensaciones de

la planta del pie izquierdo –llevando una consciencia gentil y curiosa a la planta del pie, el empeine, el talón (por ejemplo, observando las sensaciones en el lugar donde el talón hace contacto con la esterilla o cama). Experimente con las sensaciones de la inspiración –siendo consciente de la respiración en un segundo plano, mientras, en un primer término, explora las sensaciones de la parte inferior del pie.

8. Ahora, permita que se expanda a la consciencia al resto del pie –al tobillo, la parte superior del pie, y dentro de los huesos y las articulaciones. Después, iniciando una respiración ligeramente más profunda, dirija la consciencia hacia abajo, a la totalidad del pie izquierdo y, cuando la respiración se encuentre en la fase de espiración, abandone completamente el pie izquierdo, permitiendo desplazar el foco de la consciencia a la parte inferior de la pierna izquierda –la pantorrilla, la espinilla, la rodilla, etcétera, de un modo sucesivo.
9. Continúe desplazando la consciencia, y una gentil curiosidad, hacia las sensaciones físicas de cada parte del resto del cuerpo de un modo sucesivo –parte superior de la pierna izquierda, los dedos del pie derecho, el pie derecho, la pierna derecha, el área pélvica, la espalda, el abdomen, el pecho, los dedos de la mano, las manos, los brazos, los hombros, el cuello, la cabeza y la cara. En cada área, y en la medida de sus posibilidades, desplace el mismo nivel detallado de consciencia y curiosidad gentil hacia las sensaciones corporales presentes. Cuando abandone cada área principal, “inspire” y abandone esa parte con la espiración.
10. Cuando llegue a ser consciente de cierta tensión, o de otras sensaciones interesadas en una parte determinada del cuerpo, usted puede “inspirar” hasta tales sensaciones –empleando la inspiración suavemente para llevar la consciencia justo hasta las sensaciones y, en la medida de sus posibilidades, experimentar la sensación de dejarlas seguir, o de liberarlas con la exhalación.
11. La mente se distraerá inevitablemente de la respiración y del cuerpo de vez en cuando. Eso es completamente normal. Eso es lo que hace la mente. Cuando observe eso, reconózcalo suavemente, percatándose de adónde se fue, después, dirija suavemente su atención hacia aquella parte del cuerpo en la que pretendía centrarse.
12. Una vez que usted haya “explorado” de este modo todo el cuerpo, dedique unos minutos a ser consciente de la sensación del cuerpo como totalidad así como de la respiración fluyendo libremente hacia el interior y el exterior del cuerpo.
13. Si usted descubre que se está durmiendo, puede encontrar útil apoyar la cabeza en una almohada, abrir los ojos o efectuar la práctica sentada en vez de tumbado.

Adaptado de Labat-Zinn[®]. Copyright 1990 de Jon Kabat-Zinn. Adaptado con permiso de Dell Publishing, sección Random House, S.A.

Recuperado de. Segal et al., (2008).

Anexo 6: Entrega de imagen final reflexión sesión 2.



Anexo 7: Modelo A-B-C-D-E

Ejemplo perro A

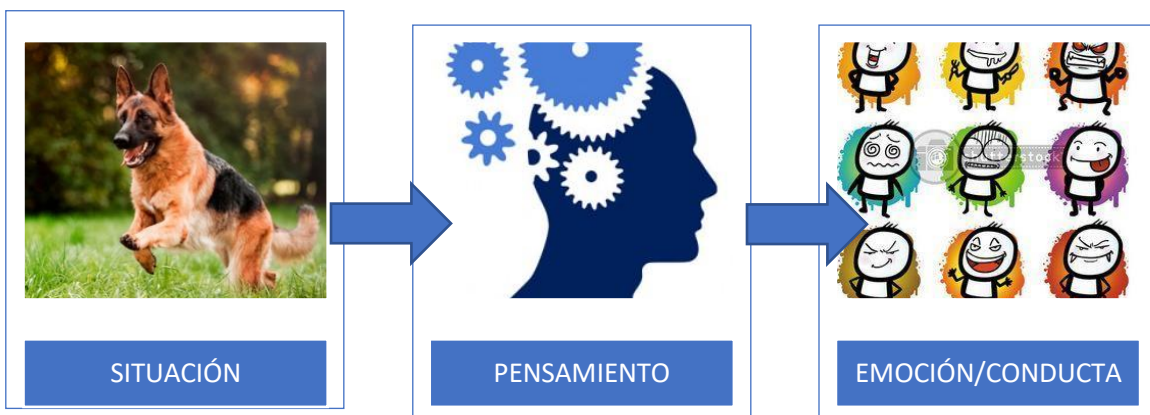


Aparece un perro por la calle.

Experiencias previas positivas perros →
pensamiento: ¡Qué perro tan bonito!

Consecuencias:
Emoción = alegría
Conducta= acercarse a acariciar al perro.

Ejemplo perro B



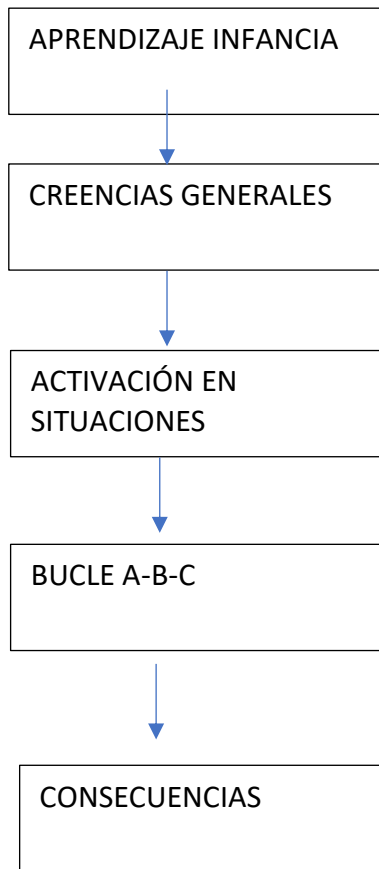
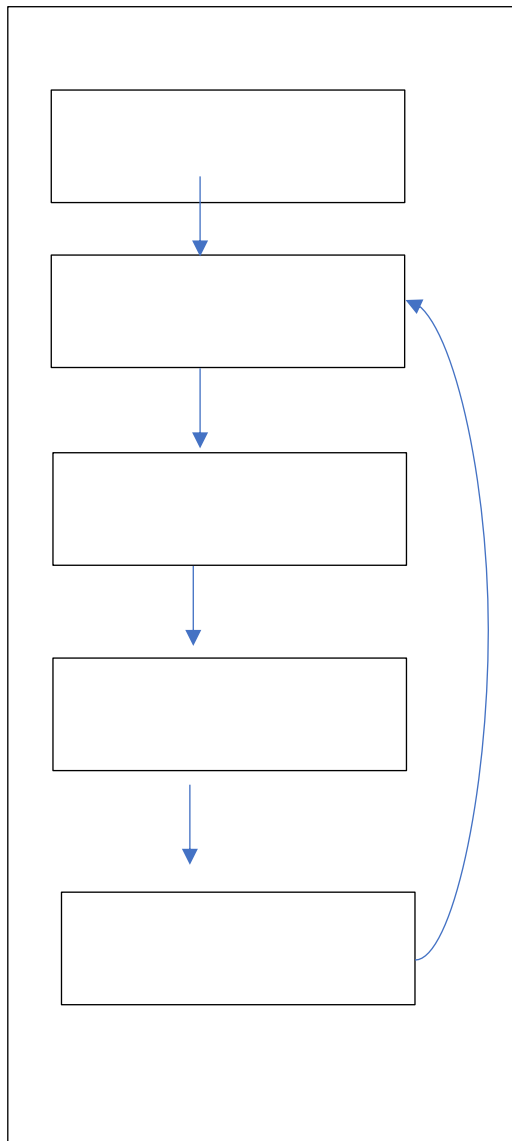
Aparece un perro por la calle.

Experiencias previas negativas con perros →
Pensamiento: ¡Cuidado con el perro!

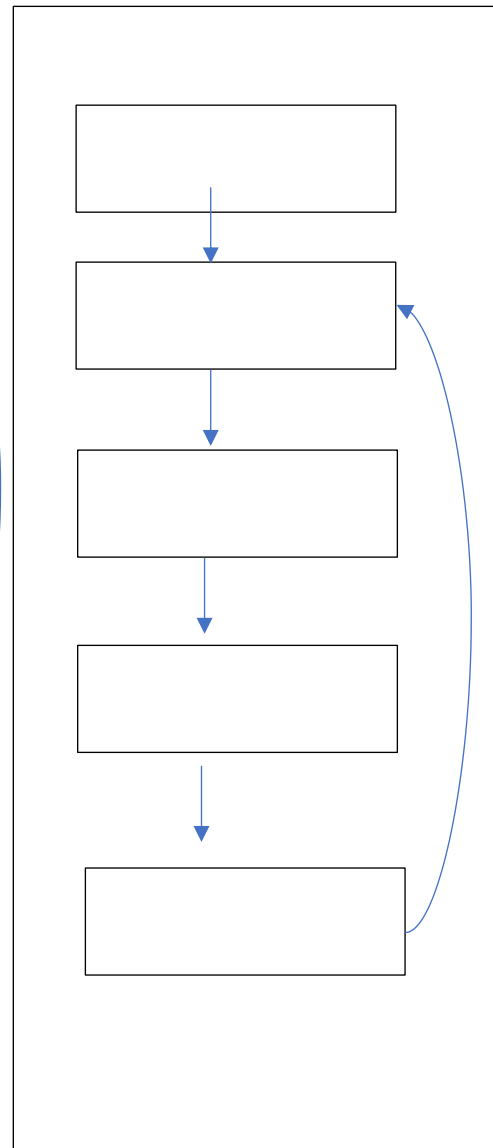
Consecuencias:
Emoción: miedo
Conducta: huir del perro.

Anexo 8: Esquema explicativo creencias básicas Beck (adaptado) → usar para ejemplo perro

¿EJEMPLO A?



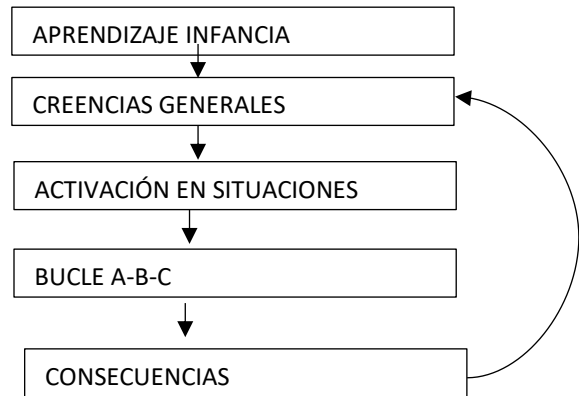
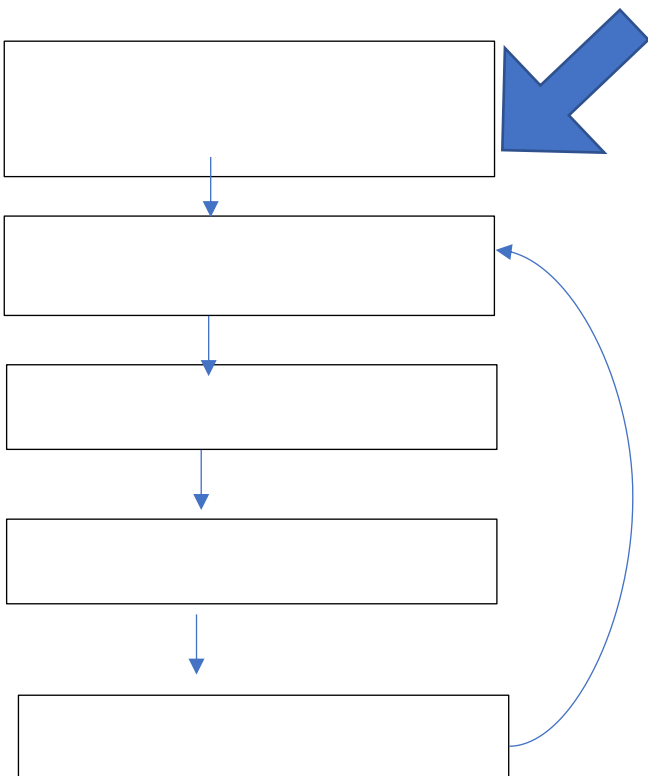
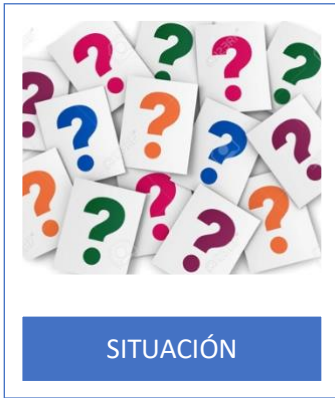
¿EJEMPLO B?



Anexo 9: Autorregistro para casa A-B-C (situaciones alta intensidad emocional)

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA	RESULTADO
¿Qué ha ocurrido?	¿Qué pensamientos han tenido lugar después?	¿Qué emoción o emociones he sentido?	¿Qué he hecho?	¿Qué ha ocurrido a corto y largo plazo?
ANOTACIONES:				

Anexo 10: Práctica en casa situación personal (A-B-C y Creencias previas).
 *Formato condensado, en la práctica real se separaría en dos hojas para facilitar la escritura de las respuestas.



Preguntas reflexión (próxima sesión)
 ¿Cómo te has sentido realizando la actividad?
 ¿Has podido conectar con algo significativo referente a tu historia de vida? ¿Crees que ese algo significativo podría explicar otros aspectos de tu vida? ¿Puede influir en tu maternidad?

Anexo 11: Resumen explicativo de las etapas de resolución de problemas (D'Zurilla, 1986)

ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

1) ORIENTACIÓN AL PROBLEMA:

Expectativas de autoeficacia. Poner ejemplos de su vida real. ¿Por qué crees que no puedes resolver? ¿Esto es realista? Usar estas expectativas para ver el problema como un reto, no como un hecho imposible.

Saber reconocer el problema.

Regulación de las emociones desde las que se parte a la hora de enfrentar un problema.

Aprender estrategias de parada y reevaluación de la operativización del problema.

2) DEFINICIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Recopilar información relevante acerca del problema y basada en hechos objetivos.

Poder clarificar la naturaleza del problema (interno o externo).

Establecer una meta realista (reducir la exigencia y el perfeccionismo)

Reflexión acerca del problema (grado de repercusión en su vida). Preguntas importantes:

- ¿Por qué esto es un problema para tí?
- ¿Qué necesidad real hay detrás del problema?
- ¿Qué pasa si se soluciona el problema?

3) GENERACIÓN DE ALTERNATIVAS.

Principio de la cantidad. Tormenta de ideas. No tener en cuenta las primeras ideas que propone el paciente (basadas en su repertorio de estrategias de afrontamiento).

Principio del aplazamiento o juicio. Análisis en una fase posterior de la validez de las ideas que propone el paciente.

Principio de la variedad.

4) TOMA DE DECISIONES

Anticipación de los resultados de las decisiones.

Evaluación de si son posibles estos escenarios, validez de las alternativas propuestas.

Elaboración de un plan de acción. Preguntas;

- ¿De verdad se puede llevar a cabo?
- Aunque llegue a ese plan de acción, ¿quizás me de cuenta de que necesito mas información todavía?
- ¿Necesito una solución o una combinación de soluciones? (flexibilidad)

5) PLAN DE ACCIÓN Y EVALUACIÓN

Acción. Autoobservación y autoevaluación de la acción hecha.

Anexo 12: Ejemplos para la puesta en práctica de la resolución de problemas

HISTORIA:

A Valentina le gusta mucho salir con sus amigos, pero vive bastante lejos del centro, así que muchas veces no puede hacer todos los planes que le gustaría debido a que el acceso al transporte público es muy limitado, ya que solo pasan buses por su zona cada dos horas. Pasado mañana es el cumpleaños de su mejor amiga Almudena. Valentina tiene muchísimas ganas de ir, ya que llevan planeando el plan durante mucho tiempo. Almudena ha decidido que quiere para celebrar su cumpleaños ir a una discoteca de menores. Valentina sabe perfectamente que la idea no agrada demasiado a sus padres, y a parte volvería demasiado tarde a casa. Sin embargo, a pesar de todo, Valentina quiere ir, ya que es un plan que le hace mucha ilusión. ¿Qué podría hacer Valentina para al final ir a esa fiesta?”

FASES:

1. Orientación problema:
2. Definición y formulación del problema:
3. Generación de alternativas:
4. Toma de decisiones:
5. Plan de acción y evaluación:

Reflexión final: “No podemos decidir si tener problemas o no, ya que estos se encuentran siempre presentes. La diferencia erradicará en nuestro modo de afrontarlos”

Anexo 13: “Mi problema de esta semana, y cómo lo he afrontado” (hoja práctica entrenamiento solución de problemas)

Mi problema ha sido....

El proceso que he seguido para resolverlo ha sido así....

Mi grado de satisfacción con el resultado.... (0 a 10)



Anexo 14: ¿Ejemplos de autocuidado?

Lea las siguientes frases, y decida si son ejemplos o no de autocuidado:

- 1) “Me levanto por la mañana junto con mi pareja. Refiere que está cansado, al igual que yo. Decido preparar el desayuno para los dos”:**
- 2) “He quedado con mi mejor amiga para ir a desayunar”**
- 3) “Decido ver mi serie favorita antes de dormir”:**
- 4) “Estoy muy saturada. No sé que hacer. Me bloqueo. Decido tomar varias respiraciones profundas y conscientes”:**
- 5) “Una persona ha dejado de fumar, pero un día de mucho estrés considera que necesita un cigarro como recompensa de todo lo que lleva recorrido”:**
- 6) “Mi bebé está llorando mucho. Me encuentro muy cansada. Decido pedir ayuda mi pareja o algún familiar cercano debido al estado de agotamiento”:**
- 7) “Me encantan los pasteles. Me ha dicho el doctor que no debería consumirlos. Necesito un capricho. Me los compro”:**

Anexo 15: Programación de actividades de autocuidado y toma de conciencia

MIS ACTIVIDADES DE
AUTOUIDADO DE LA
SEMANA



←—————→

←—————→



Anexo 16: Programación eventos agradables

<i>DÍAS</i>	<i>ACTIVIDAD AUTOCUIDADO</i>	<i>¿CONCIENCIA?</i>	<i>GRADO BIENESTAR 0-10</i>
<i>Día 1</i>			
<i>Día 2</i>			
<i>Día 3</i>			
<i>Día 4</i>			
<i>Día 5</i>			
<i>Día 6</i>			
<i>Día 7</i>			

Anexo 17: Derechos asertivos (Castanyer, 2011)

1. Derecho a ser tratado con respeto y dignidad
2. Derecho a tener y expresar los propios sentimientos y opiniones
3. Derecho a ser escuchado y tomado en serio
4. Derecho a juzgar mis necesidades, establecer mis prioridades y tomar mis decisiones
5. Derecho a decir NO sin sentir culpa
6. Derecho a pedir lo que quiero, dándome cuenta que el otro tiene derecho a decir NO
7. El derecho a cambiar
8. El derecho a cometer errores
9. El derecho a pedir información y ser informado
10. El derecho a obtener aquello por lo que pagué
11. El derecho a decidir no ser asertivo
12. El derecho a ser independiente
13. El derecho a decidir qué hacer con mi tiempo, cuerpo y propiedades sin que se violen derechos de los otros
13. El derecho a tener éxito
14. El derecho a gozar y disfrutar
15. El derecho a mi descanso, aislamiento, siendo asertivo
16. El derecho a superarme, aun superando a los demás

Anexo 18: Estilos de comunicación



Anteponer intereses,
opiniones, emociones de
otro a los propios

Capacidad de defender
tus derechos sin invadir
los derechos de los
demás-

Imponer intereses,
opiniones, emociones
propias sin respetarla
de los demás

Anexo 19: Recomendaciones para iniciar el masaje infantil (información de Pérez Rodríguez, 2012)

RECOMENDACIONES MASAJE INFANTIL



ESTADO PREVIO TRANQUILIDAD

Es primordial para poder realizar esta práctica estar en un estado de calma. Para ello, debemos liberar tensiones propias y preparar adecuadamente el ambiente para realizar el masaje.



RESPUESTA RECEPTIVA BEBÉ

Debemos esperar la respuesta afirmativa de nuestro bebé para comenzar el masaje, es decir, debe estar en un estado óptimo y receptivo para poder iniciar la práctica. Si se observan conductas de rechazo (llanto, inquietud, movimientos de cabeza, etc) habrá que ir más despacio hasta que logre el estado adecuado, o incluso dejar la práctica para otro momento.



SECUENCIA MASAJES ASCENDETES

Es conveniente que la secuencia de movimientos de masaje siga un orden ascendente, desde las piernas y los pies, hacia la cabeza. Nunca debemos forzar el movimiento durante los ejercicios, hay que respetar la postura natural del cuerpo y cuando notemos la más mínima resistencia debemos parar.



RUTINA ESTABLE DE MASAJE

En la medida de lo posible, hay que intentar establecer un horario fijo de masaje, dando este a la misma hora y en condiciones ambientales similares.



PARTE FINAL: VÍNCULO

Al acabar, le envolveremos con una toalla o arrullo suave para arroparlo y mecerlo durante unos minutos en nuestros brazos.

**ESTE ES VUESTRO MOMENTO ESPECIAL PARA
LOS DOS.**