

APÉNDICES

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

Cristina Herrero Blanco

Máster en Psicología General Sanitaria. Universidad Ramon Llull

Cristina Günther Bel

Barcelona, 2024

Índice

Apéndices.....	3
Apéndice A. Resultados cualitativos	3
Apéndice B. Propuesta de Entrevista de Acogida.	8
Apéndice C. Desarrollo de los módulos de contenido del programa “Recuperar el tiempo perdido”	9
 Apéndice C.1. Módulo 1. ¿Qué nos pasa? Identificando lo que siento	9
 Apéndice C.2. Módulo 2. ¿Cómo es que hemos llegado hasta aquí? Comprendiendo lo que nos pasa	14
 Apéndice C.3. Módulo 3. Recuperando el tiempo perdido	20
Apéndice D. Ejercicio de regulación emocional	25
Apéndice E. Material complementario para la Sesión 8 (Módulo 3)	27

Apéndices

Apéndice A. Resultados cualitativos.

Entrevista a profesionales de la Unidad de Salud Mental de Hospitalet de Llobregat.

1. *¿Creéis que el tema del rechazo emocional hacia el bebé es un tema suficientemente visibilizado y abordado? Si es que no, ¿qué trabas detectáis en la experiencia clínica para abordarlo?*

Suficientemente creemos que no. En el personal de salud y dentro de las personas que trabajamos con infancia o madres es un tema que está presente, no así en la población usuaria. A pesar de ser un tema que genera mucha angustia en las madres, porque es un sentimiento que no se esperan encontrar cuando tienen un bebé. Al no hablarse tanto de este rechazo o, ya no solo eso, sino también de ese no amor inmediato hacia el nuevo ser, genera toda una carga emocional que, asociada a los cambios físicos, hormonales, etc., es una fuente grande de conflicto. Desde la perspectiva clínica, sí que en determinados constructos teóricos se ha tenido en cuenta, pero no siempre se ha nombrado como una entidad o síndrome en sí mismo. Normalmente se ha encuadrado clínicamente en el constructo de depresión postparto, o dentro de un Trastorno de Personalidad o dentro de una Psicosis. Es decir, siempre se ha relacionado con unas alteraciones y cuadros psicopatológicos en la madre. Esto es lo que siempre ha imperado. Desde el punto de vista de teorías más dinámicas si se ha hablado, creemos, más de lo que es el rechazo del bebé, relacionándolo con aspectos emocionales de la situación de la madre (contexto determinado de la madre, carencias afectivas, conflicto emocional concreto, etc.) que comportan no poder cuidar cuando una no ha sido cuidada y comportan entonces un rechazo al bebé y un problema de vinculación. Ahora se plantea estudiar este constructo más allá de coexistir con otros diagnósticos. Una traba para su abordaje es la psicopatologización en sí misma. Es decir, parece mirarse más la psicopatología clínica y no la problemática en sí misma de interacción con el bebé. Otra traba son los preconceptos o prejuicios que traemos nosotros, los profesionales de la salud. Damos por

hecho que el embarazo es un estado de felicidad asegurado y que la madre tiene que responder como tal. Y no siempre es así, es importante quitar ese velo de positividad. Otra traba, sobre todo, en mujeres adolescentes o muy jóvenes embarazadas con trastornos psiquiátricos es la falta de consciencia de embarazo hasta que llega el momento del parto. Hay poca preparación normalmente para el parto, y cuando no es deseado o esperado es más difícil.

2. *Según vuestra experiencia ¿cómo se trabaja el rechazo del recién nacido por parte de la madre?*

Espontáneamente lo primero que se nos viene es detectar lo clínico, preguntarse ¿estará esta mujer deprimida clínicamente? ¿Hay más allá un funcionamiento psicopatológico que me pueda explicar estos síntomas? Sin reducirse a eso, se ha de pensar paralelamente en la historia vincular de la madre, y cómo los déficits dentro de su propia historia han podido derivar en la situación en la que está. Se ha de intentar entender más el discurso que tienen. Por ejemplo, el rechazo postparto por el dolor es bien comentado, pero momentáneo. Hay casos que el rechazo queda ahí a partir de eso, pero si queda es por algo. Para nuestra forma de entenderlo, si el rechazo se queda enquistado tiene más que ver con la historia de la propia mujer. Pocas veces se habla, pero creemos que está. Teniendo en cuenta los distintos marcos teóricos o modelos desde los que trabaja cada profesional, en un primer momento es importante validar los sentimientos de la madre empáticamente. Poner el foco en que lo que le está pasando no es algo raro o extraño o poco común, que es normal lo que está atravesando y que no por ello es mala persona. Los sentimientos encontrados con este nuevo ser, son todos válidos. Creemos que es lo primero para generar e iniciar vínculo, independientemente de cómo se trabaja después según el modelo desde el que el profesional se siente más cómodo. También se ha de mirar lo contextual, más allá de los déficits personales, hay un contexto que quizás tampoco permite el bienestar y que la persona emplee sus propios recursos. Dentro de nuestra experiencia, la familia, el núcleo de soporte que tiene

la persona, la manera y el momento de la concepción del embarazo, las políticas públicas con respecto a la concepción, el embarazo, el aborto... marca mucho la relación y la predisposición que la persona vaya a tener con el recién nacido. Nos parece que son factores importantes que atender. Lo principal entonces es ayudar a la madre a mentalizar todo esto. Y desculpabilizar cuando se recupera la integridad e integración de la persona. El entendimiento por parte del profesional, la mentalización, integración y desculpabilización sería lo principal.

3. *¿Qué creéis que sería importante y/o imprescindible trabajar con relación al rechazo dentro del sistema público de salud?*

Desculpabilizar y entender. Por lo menos en el contexto de la salud pública tenemos un techo. No se puede profundizar, por tiempo, en exceso. Hacemos bastante, pero hay unos límites. Desculpabilizando y pudiendo entender qué sentido tiene el rechazo para la persona ya es más que suficiente. Que se pueda integrar el sentido del rechazo es mucho y no es fácil. El hecho de que haya grupos de trabajo o espacios donde las madres se pueden encontrar debería ser algo presente. Que no sea algo aislado, sino que hubiera departamentos, grupos, secciones dentro de lo público que contemplen la salud mental perinatal al igual que tenemos otras áreas. La reacción que tienen los profesionales cuando una madre no responde con la respuesta o amor esperado también sería algo a trabajar dentro del sistema público de salud. Normalmente esto se juzga. Hasta hace no mucho no nos dábamos tanta cuenta de la importancia que tiene todo esto.

4. *¿Creéis que es conveniente trabajar el rechazo emocional de manera concreta y separada de todos los demás factores que pueden intervenir en la sintomatología? ¿merece la pena detenerse en esto?*

No nos atrevemos a generalizar. Quizás en la situación en la que están ya es mucho poder compartir lo que sienten, al menos en el formato grupal. Lo deseable sería poder profundizar más en intervenciones individuales, pero eso ya no sé si es posible desde el punto de vista asistencial y también depende de cada caso. No podemos adelantarnos a lo que la persona

pueda digerir, por eso a lo mejor ya es mucho el poder verbalizar. Depende del punto y del ritmo de la persona. Si bien creemos que obviamente el rechazo tiene todo un *background* importante (cuestiones bio-psico-sociales) y que habría que hacer un abordaje integral, también creemos que los abordajes puntuales sobre el rechazo sin perder de vista todo este *background* nos parece que funcionarían muy bien en la parte pública puesto que se podría acotar la intervención a este síntoma o cuestión puntual, lo que permitiría adecuar los tiempos a los de la salud pública... que no son tan extensos como querríamos algunos. Los tiempos de la salud pública no son los tiempos de la salud mental.

5. *¿Qué creéis que hace falta para trabajar este tema?*

Lo primero, el deseo de la madre de querer y/o poder continuar pensando en eso. No es recomendable adelantarse, es decir, es necesario poder concretar si hay posibilidad de ir más allá en este tema o profundizar más. Y eso lo marca la persona. Por eso, en nuestra opinión se hace difícil generalizar. También, en la práctica pública, haría falta más tiempo (elemento muy importante para poder establecer un plan de actuación) y más profesionales, sobre todo, formados en salud mental perinatal y con apertura a estos conceptos, pudiendo sobrellevar los conflictos internos o prejuicios que se le pueda generar. Cada mujer tiene un ritmo determinado.

6. *¿Veis recomendable tratar el rechazo en un grupo de madres? ¿Cómo se podría aplicar en este caso?*

Si, lo vemos fundamental. El trabajo en grupo de una cuestión que las hace sentir tan solas y tan desubicadas, poder encontrar pares que respalden o que acompañen este sentimiento es una posibilidad de avance muy grande para poder comenzar un poquito mejor el camino de poder entender lo que le está pasando. Sin embargo, creemos que podría ser en grupos que tienen un tiempo prolongado, no muy numeroso, de entre 4-7 personas y sin muchos profesionales. En grupos acotados a un tiempo determinado no lo haría. El cómo poder aplicar vendría de respetar el ritmo del grupo y esperar a que el contenido del rechazo aparezca varias

veces, es decir, sea algo que las madres lo traigan al grupo para poder incidir. Se podría contemplar también la coordinación con ginecología y obstetricia, aunque quedaran fuera de la intervención.

7. Si tuvieras que hacer un proyecto de intervención destinado a trabajar concretamente el rechazo emocional hacia el bebé, ¿cómo lo harías?

Favorecer e incidir en buscar clarificaciones, ayudar a verbalizar más directamente el rechazo y lo que ello les conlleva, dándole más espacio al tema, así como reforzar avances con respecto al tema lo veo fundamental.

8. ¿Qué mirada sería la más conveniente para trabajar el rechazo de la madre?

No sé si me atrevería a decir lo más conveniente. Dependería del profesional y la perspectiva teórica. Desde lo relacional, dinámico y las teorías del apego el rechazo se habla y se nombra. Pero las técnicas más integrativas, corporales, mindfulness, también están dando buenos resultados en la sintomatología general donde el rechazo está presente. Creo que el psicoanálisis tiene un marco muy interesante para tratar estos primeros momentos de relación madre-hijo, así como en las primeras formaciones de las psiques. He leído artículos sobre aplicaciones en terapias breves psicoanalíticas con buenos resultados, por lo que, aplicado por un profesional suficientemente formado, podría ser un buen marco. También pienso que las miradas más integrales, terapias de 3ª generación, por ejemplo, tienen herramientas y conceptos que son fáciles de entender, cosa que también es interesante. Que la paciente pueda entender concretamente qué puede hacer también tiene beneficios.

Apéndice B. Propuesta de Entrevista de Acogida.

A continuación, voy a leer un fragmento en voz alta, te propongo escuchar activamente, sin pretender entender, fijándote en qué sensaciones te aparecen mientras lo escuchas. Después, te haré algunas preguntas.

Según los últimos datos publicados por la Organización Mundial de la Salud una de cada diez mujeres tiene síntomas depresivos después de haber dado a luz. Los síntomas generales son: sentimientos de tristeza y displacer con actividades que antes sí se disfrutaban; baja energía y motivación; preocuparse o pensar en exceso; desregulaciones en el sueño y en la alimentación; baja concentración y dificultad en la toma de decisiones; sentimientos de culpabilidad y desesperanza; pensamientos autolesivos o suicidas; dolores físicos, así como recuerdos o sueños de experiencias negativas personales. Sin embargo, de manera más específica, también pueden darse los siguientes síntomas que afectan directamente a la relación entre la madre y el bebé: preocupaciones excesivas por el recién nacido, sentimientos de incapacidad para cuidar al bebé, pensamientos negativos sobre el bebé, distanciamiento afectivo, rechazo e incluso odio, renunciar a su cuidado y, a veces, desear que el bebé desaparezca. Según un psiquiatra que está estudiando sobre las relaciones madre-bebé, una de cada 100 mujeres sufre rechazo emocional hacia el bebé.

1. *Queriendo respetar tu intimidad, ¿tiene algo que ver contigo lo que se ha leído? ¿Te están pasando algunas de las situaciones expuestas anteriormente?*
2. *Si la respuesta es afirmativa, y si te sientes cómoda hablando de ello, ¿cuáles te están pasando? ¿cómo está siendo para ti?*
3. *¿Te gustaría cambiarlo?*
4. *¿Crees que podrías cambiarlo?*

Nota al entrevistador: si la persona responde de manera afirmativa a las preguntas 1, 2 y 3, se contempla que cumple el criterio de selección (5).

Apéndice C. Desarrollo de los módulos de contenido del programa “Recuperar el tiempo perdido”

Apéndice C.1. Módulo 1. ¿Qué nos pasa? Identificando lo que siento

Apéndice C.1.1. Sesión 1. Primer encuentro

Materiales: cartulina grande o pizarra en su defecto, material para escribir

Duración: una hora y cuarto

Ideas clave: reforzar la universalidad de lo que sienten, fomentar cohesión grupal y apoyo mutuo frente aislamiento, el grupo como un espacio seguro, legitimar lo que sienten desde una mirada compasiva.

Desarrollo:

1. *Primera parte (30 min.): Presentación.* Se colocan las sillas en posición circular de manera que cada persona pueda ver la cara de los demás participantes. Se invita al grupo a pasar y a sentarse, las últimas personas que se sentarán serán la terapeuta y el coterapeuta. A continuación, se realiza una breve presentación de los profesionales y el rol de cada uno, destacando la confidencialidad y respeto a todo lo que se trate o se comparta. Se pone de relieve las primeras entrevistas previas antes de comenzar el grupo y se da paso a la presentación de los miembros, por ejemplo (OMS, 2016):

Como comentamos en las entrevistas individuales, parece haber razones de peso para formar parte de este grupo. A pesar de que podáis tener cosas en común, como el rechazo emocional nombrado en la entrevista, sería muy interesante conocer las razones particulares por las cuales estáis aquí y también qué expectativas tenéis con el grupo. Solo si estáis listas y os sentís seguras para ello. Entiendo que nos acabamos de conocer, pero qué mejor oportunidad para ir comenzando poco a poco

2. *Segunda parte (30 min.): Cohesión grupal.* Después de la ronda de presentaciones el terapeuta abrirá un espacio para que las madres puedan establecer normas o valores

comunes que quieren preservar durante todos los encuentros. Se pondrán en una cartulina o pizarra y tendrán que estar presente a lo largo de las sesiones.

3. *Tercera parte (15 min.): Regulación emocional y cohesión grupal.* Se realizará un ejercicio de regulación emocional (ver Apéndice D) y posteriormente se hará una última ronda destacando lo esencial que cada una destaca de la sesión. Los profesionales deben hacer una recogida de dichas ideas clave para poder recuperarlas en la próxima sesión.

Referencias

World Health Organization and Columbia University (2016) Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression (WHO generic field-trial version 1.0). p. 33.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250219/WHO-MSD-MER-16.4-eng.pdf>

Apéndice C.1.2. Sesión 2. Salud Mental y Rechazo Emocional

Materiales: Dispositivo electrónico y pantalla proyectora

Duración: una hora y media

Ideas clave: poder mirar el rechazo emocional como algo universal, prestar atención a la desestigmatización, potenciar la función reflexiva y dar cabida a cómo es experimentado este rechazo para cada madre, así como tener presente a la figura bebé y cómo este puede sentirse

Desarrollo:

1. *Primera parte (30 min.):* En la misma colocación de sillas, y teniendo presente las normas propuestas por el grupo en la anterior sesión, se hará un breve repaso de los aspectos clave destacados por las madres en la sesión 1 recogidos por los profesionales. Teniendo en cuenta la variable presente del rechazo emocional, se presenta el vídeo de “La depresión postparto explicada en primera persona” (Hospital Clínic, 2019) y se proyecta en la sala con los materiales indicados.
2. *Segunda parte (30 min.):* discusión del vídeo a través de preguntas. Por ejemplo:

¿Qué destacáis del vídeo?

¿Qué creéis que le ha podido llevar a esta madre a sentir estas cosas sobre su bebé?

¿Qué le diríais a esa madre si os pudiera escuchar?

¿Qué pensáis de sus hijos? ¿cómo se pueden sentir?

¿En qué os habéis sentido identificadas? ¿qué no entendéis o no os sentís para nada identificadas?

Estas últimas preguntas son importantes puesto que da pie a que cada madre pueda compartir cómo lo experimenta y lo vive, y a tener presente el mundo interno del bebé.

Por parte del terapeuta es importante acentuar que estamos en un espacio seguro, de no juicio, donde existe una curiosidad genuina por conocer y comprender cómo es para cada una. Del mismo modo será importante la contención emocional del grupo por parte de ambos terapeutas: la idea de expresar y compartir sin retraumatizar ni sobreexponerse sino como un modo de sanar y respetar lo que le está pasando a cada persona. Se propulsará a modo de mesa redonda, un coloquio entre las madres donde cada una pueda expresarse e hipotetizar en base a las preguntas.

3. *Tercera parte (15 min.): Regulación emocional y cohesión grupal.* Si se precisa y según el estado de activación emocional grupal se recomienda realizar de nuevo el ejercicio de regulación emocional (ver Apéndice D) y posteriormente se hará una última ronda destacando lo esencial que cada una destaca de la sesión. Los profesionales deben hacer una recogida de dichas ideas clave para poder recuperarlas en la próxima sesión.

Referencias

Hospital Clínic de Barcelona. (2019, 26 noviembre). La depresión posparto explicada en primera persona | PortalCLÍNICA [Vídeo]. YouTube.

<https://www.youtube.com/watch?v=eBV1UVcxUJg>

Apéndice C.1.3. Sesión 3. Mensaje a la madre que por un momento fui.

Materiales: folios y material para escribir

Duración: una hora y cuarto – una hora y media

Ideas clave: ser conscientes del papel que tienen las expectativas a la hora de vincular con el bebé, ser conscientes de que la ruptura de expectativas supone un duelo y es importante poder elaborarlo, fomentar la comprensión y autoapoyo

Desarrollo:

1. *Primera parte (30 min.):* En la misma colocación de sillas, y teniendo presente las normas propuestas por el grupo, a modo de mesa redonda, se abre un espacio de comunicar y compartir lo que a cada madre se le hace más presente en ese momento.

Merece la pena que, durante este espacio, se haga espacio al papel de las fantasías o expectativas, teniendo el terapeuta presente la posibilidad de abordar las siguientes temáticas recomendadas desde la Psicoterapia Centrada en la Parentalidad (Nanzer et al. 2017):

¿Cómo se ha vivido el embarazo dentro del proyecto de vida de la persona y de la pareja?

¿Cuáles son los temores que esta nueva maternidad despierta? ¿Qué piensa preferencialmente y qué le preocupa a la madre?

¿Qué representaciones tenía la madre del bebé? ¿cómo se lo imaginaba?

¿Tenía una preferencia en cuanto al sexo biológico del bebé? ¿Qué significa para ella?

¿Cómo se imaginaba al bebé y la vida con él a corto, medio y largo plazo?

¿Cómo se imaginaba a ella como madre?

2. *Segunda parte (30-40 min.):* En base a lo compartido se propone que cada madre ocupe un espacio cómodo e individual en la sala. El terapeuta propondrá la redacción de una “Carta Terapéutica”. La propuesta es rescatar lo compartido a partir de las últimas preguntas de: *¿cómo se imaginaba al bebé y la vida con él a corto, medio y largo plazo?* y *¿cómo os imaginabais como madres?*, basándonos en que la expectativa es diferente a la realidad que está siendo. Se propone entonces escribir una carta a la “madre ideal”

que tenían en mente y fomentar así la integración de la escisión. Para ello, será primero necesario fomentar la presencia de un “Yo auxiliar”, es decir, fomentar la capacidad de las madres para poder verse en tercera persona con el objetivo de desculpabilizarse. De manera concreta, las pautas para la redacción de dicha carta serían las siguientes (Montesano et al. 2012):

Carta Terapéutica: Despedir a la madre ideal

- *Objetivo:* ayudar en la transición para dejar de desempeñar las funciones asociadas a un rol determinado. En este caso, despedir a la “madre ideal fantaseada” y poder dar la bienvenida a la “madre real”
- *Construcción/estructura:* agradecer servicios de la madre ideal, señalar sacrificios, enmarcar emociones, eximir de responsabilidad. Dar la bienvenida a la madre real actual.
- *Consideraciones:* utilizar experiencias muy próximas la vida de la persona y familia, e infundir esperanza con respecto a la acogida de la madre real

3. *Tercera parte (15 min.): Regulación emocional.* Si se precisa y según el estado de activación emocional grupal se recomienda realizar de nuevo el ejercicio de regulación emocional (ver Apéndice D) y posteriormente se hará una última ronda destacando lo esencial que cada una destaca de la sesión

Referencias

- Nanzer, N., Knauer, D., Espasa, F. P., Qayoom-Boulvain, Z., Hentsch, F., Clinton, P., Trojan, D., & Scouëzec, I. L. (2017). Manual de psicoterapia centrada en la parentalidad. pp. 108-109. Ediciones Octaedro.
- Montesano, A., Muñoz, D., Compañ, V., Freixas, G. (2012). Las Cartas Terapéuticas en el Modelo Sistémico. Universitat de Barcelona.
- <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32751/1/Las%20cartas%20terap%C3%A9uticas%20en%20el%20modelo%20sist%C3%A9mico.pdf>

Apéndice C.2. Módulo 2. ¿Cómo es que hemos llegado hasta aquí? Comprendiendo lo que nos pasa

Apéndice C.2.1. Sesión 4. Resignificar el rechazo emocional. Parte 1.

Materiales: folios y material para escribir

Duración: una hora y cuarto

Ideas clave: poder conocer y expresar los factores que pueden estar interviniendo en el sentimiento de rechazo emocional respetando cada caso, puntualizar la semejanza o diversidad de los factores mencionados, dinámica de psicoeducación y apoyo mutuo

Desarrollo:

1. *Primera parte (15 min):* Los profesionales presentarán el contenido de esta sesión, haciendo hincapié en lo importante que es el respeto, comprensión y acogida de lo que cada una tenga que compartir. El terapeuta comentará brevemente los factores conocidos en base a la bibliografía (actualizada). Un ejemplo de presentación podría ser:

Damos bienvenida al segundo módulo del programa en el que estamos participando. Ya nos vamos conociendo, vamos sabiendo más las unas de las otras y podemos ir viendo más en qué consiste lo que me está pasando, qué es esto del rechazo. Hoy nos podremos detener en qué puede influir en la relación con vuestro bebé. Según la literatura que se conoce, pueden influir: diagnóstico de depresión postparto, dificultades el embarazo o en el parto, conflictos personales y emocionales no resueltos, relación con la propia madre... entre otros. ¿Qué pensáis? ¿Cómo es en vosotras?

2. *Segunda parte (45 min):* Dar espacio y escuchar cómo está siendo para cada una y qué factores se detectan, no es tan importante que sea una sesión dirigida o con un esquema determinado, sino que cada una tenga el espacio para poder reflexionar, y compartir si así se desea, qué interfiere en cada una. Es importante poder apuntar dichos factores y guardarlos, puesto que se utilizarán en el módulo 3.

3. *Tercera parte (15 min): Regulación emocional.* Si se precisa y según el estado de activación emocional grupal se recomienda realizar de nuevo el ejercicio de regulación emocional (ver Apéndice D) y posteriormente se hará una última ronda destacando lo esencial que cada una destaca de la sesión

Apéndice C.2.2. Sesión 5. Resignificar el rechazo emocional. Parte 2.

Materiales: retomar folio con los factores del rechazo en la anterior sesión

Duración: una hora y cuarto

Ideas clave: poder acercarse a descubrir qué función y significado puede estar teniendo el rechazo dentro de la historia vincular entre madre-hijo, tener presente una mirada compasiva respetando el ritmo de la persona, fomentar la capacidad de responsabilizarse de la madre frente a lo que le pasa

Desarrollo:

1. *Primera parte (20 min).* El terapeuta deberá presentar esta sesión como una continuación de la anterior con el objetivo de poder entender más qué función tiene el rechazo en este capítulo de la vida de la persona. Cada una retomará los factores identificados en la anterior sesión, se abre un espacio para que alguna de las participantes pueda comentar cómo está al respecto, si añadiría o quitaría alguno de los factores y si está preparada o no para continuar trabajando sobre el tema. En el caso de que alguna de las participantes verbalice el no estarlo, se le propondrá tener el rol de observadora durante la sesión y participar en la medida en la que ella se sienta cómoda, pudiendo trabajar sobre el contenido que las otras personas sí están dispuestas a compartir. El terapeuta deberá tener un rol activo y compartir también si hay algún factor o elemento que se queda pendiente mencionar.
2. *Segunda parte (40 min).* Se responderá, entre todas, las siguientes preguntas:
 - ¿Para qué nos está sirviendo sentir estas sensaciones hacia nuestro bebé?*
 - ¿Qué hacemos o dejamos de hacer sintiéndolo?*

¿Qué creemos que mantiene esta conducta?

¿Es el comportamiento del bebé lo que nos genera estas sensaciones?

Después cada una deberá anotar en el mismo papel de los factores, los elementos que mantienen y refuerzan la conducta en cada caso.

Es importante elaborar una conclusión general, a pesar de que en cada caso los factores pueden ser diferentes. Dicha conclusión deberá estar alentada por la premisa de que el mundo interno de la madre no tiene por qué ser el mismo que el mundo interno del recién nacido.

3. *Tercera parte (15 min). Regulación emocional.* Si se precisa y según el estado de activación emocional grupal se recomienda realizar de nuevo el ejercicio de regulación emocional (ver Apéndice D) y posteriormente se hará una última ronda destacando lo esencial que cada una destaca de la sesión

Apéndice C.2.3. Sesión 6. Integrar el rechazo dentro del proceso de maternidad. Parte 1.

Materiales: una foto de la madre cuando era pequeña, una foto del bebé (si no fuera posible obtener las fotos, tener presente imaginariamente una imagen de la madre cuando era pequeña y a su hijo actual)

Duración: una hora y cuarto

Ideas clave: no incidir en hechos concretos, prestar atención a la sobreexposición, evitar retraumatización, fomentar la comprensión de cómo episodios vitales personales pueden influir en la relación con su actual hijo, acentuar la importancia de poder cuidarse y tratar estos temas en psicoterapia individual

Desarrollo:

1. Primera parte (20 min). *Lectura de pequeña historia.* El terapeuta o coterapeuta leerá en voz alta la siguiente historia:

Imagina a una niña pequeña que se cae y se araña la rodilla, y se hace daño. Su rodilla está sangrando, así que corre hacia su casa. Un padre cariñoso la miraría y le

diría “Oh, te duele ¿no? Ven aquí. Voy a lavarte la herida. ¡Sí, claro que duele! Te pondré una venda. Ven y siéntate en mis rodillas un ratito”. Resulta fácil ver que para esa niña, en unos pocos minutos, estar ahí sentada será bastante aburrido, y querrá salir y jugar de nuevo. Si el padre le pregunta si su rodilla aún le duele, ella probablemente le dirá “No”, mientras sale por la puerta. Y ahora piensa en otra niña en esa misma calle, un poquito más abajo, y que también se hace daño en la rodilla de la misma manera que la otra, y corre hacia su casa, pero en su lugar no tiene a un adulto dispuesto a calmarla, o tiene a uno que le dice “¡Para de llorar ya! Si no paras de llorar te voy a dar un motivo para llorar de verdad. Yo no te voy a ayudar hasta que pares de llorar”. Así, la segunda niña ahora tiene dos problemas. Su rodilla aún le duele, y además, ahora es mala si llora. Si en el futuro se cae y se hace daño de nuevo, no es muy probable que vaya a casa buscando ayuda. Y es posible que años después se pregunte, tras algún acontecimiento triste en su vida, por qué no es capaz de llorar por eso. O es posible que se pregunte por qué llora tan fácilmente, como si siempre hubiese un depósito de lágrimas listo para derramarse. (Knipe, J., s.f.)

Se dará un espacio para poder comentar la historia entre todas. El terapeuta hará las siguientes preguntas: *¿tiene algo que ver esta historia con vuestra propia historia? ¿en qué se parece y en qué no se parece?*

2. *Segunda parte (40-45 min).* Observando la foto de cada una de niña, cada una tendrá espacio para reflexionar sobre la siguiente pregunta:

“Todas las aquí presentes tenemos una niña interior que a pesar de ir creciendo ser adultas, ella forma parte de nosotras. Os animo a que miréis o tengáis presente una imagen de vosotras cuando erais pequeñas. Tomaros vuestro tiempo...

¿Qué le ha podido pasar a esta niña que esté afectando a la relación con su hijo?”

Posteriormente, cogiendo la foto del bebé – o teniéndolo presente como se ha indicado anteriormente - *¿Cómo se mirarían estos niños? ¿Qué se dirían se pudieran hablarse?*

Es importante concluir que no se trata de ser mala o buena madre, sino de poder ser consciente y reconocer lo que es parte de nuestra historia, y lo que es parte de la historia del bebé (quien es nuevo en esta vida)

3. *Tercera parte (15 min). Regulación emocional.* El terapeuta dará fin a esta sesión agradeciendo la intimidad compartida y la valentía de participar o asistir. Si se precisa y según el estado de activación emocional grupal se recomienda realizar de nuevo el ejercicio de regulación emocional (ver Apéndice D) y posteriormente se hará una última ronda destacando lo esencial que cada una destaca de la sesión

Referencias

Knipe, J. (s.f.). Mirar con amor (loving eyes). Procedimientos Terapéuticos para Revertir los Procesos Disociativos, Preservando al Mismo Tiempo la Seguridad Emocional.

<https://emdr->

[es.org/Content/Documentacion/ART%C3%8DCULOS%20SOBRE%20EMDR/2010/Amor-en-los-ojos.pdf](https://emdr-es.org/Content/Documentacion/ART%C3%8DCULOS%20SOBRE%20EMDR/2010/Amor-en-los-ojos.pdf)

Apéndice C.2.4. Sesión 7. Integrar el rechazo dentro del proceso de maternidad. Parte 2.

Materiales: una foto de la madre cuando era pequeña, una foto del bebé (si no fuera posible obtener las fotos, tener presente imaginariamente una imagen de la madre cuando era pequeña y a su hijo actual)

Duración: una hora y cuarto

Ideas clave: fomentar la reconciliación con su historia de vida, promover la integración de que el rechazo puede tener un sentido en su historia vital, dar esperanza y potenciar la confianza en el cambio

Desarrollo:

1. *Primera parte (20 min.). Abrir espacio de comunicación.* Se dará un tiempo para compartir novedades, noticias o aspectos importantes a tratar a raíz de la sesión pasada. Se indicará sacar la foto – o tener presente – de la niña que las madres fueron.

Posteriormente se recordará la técnica de la “Carta Terapéutica” realizada en la tercera sesión y se anunciará que en esta sesión la idea es también poder escribir otra carta, pero esta vez irá dirigida a la niña (que una vez fueron y que tenemos todas interiormente) que se mencionó en la anterior sesión.

4. *Segunda parte (30 min.).* De manera concreta, las pautas para la redacción de dicha carta serían las siguientes (Montesano et al. 2012):

Carta Terapéutica: Carta a la niña que fui

- *Objetivo:* asegurar el cambio haciendo predicciones de un futuro libre del problema (profecía autocumplida), explicando a “la niña” los cambios que está habiendo
- *Construcción/estructura:* tono cálido, connotación positiva, desarrollar qué cambios está habiendo, prevenir recaídas
- *Consideraciones:* poner de relieve que lo que ella ha podido vivir es parte del pasado, sembrar confianza y esperanza en la adulta que ahora es, incorporar la figura del bebé en la carta

2. *Tercera parte (15 min.). Regulación emocional.* Si se precisa y según el estado de activación emocional grupal se recomienda realizar de nuevo el ejercicio de regulación emocional (ver Apéndice D) y posteriormente se hará una última ronda destacando lo esencial que cada una destaca de la sesión.

Referencias

Montesano, A., Muñoz, D., Compañ, V., Freixas, G. (2012). Las Cartas Terapéuticas en el Modelo Sistémico. Universitat de Barcelona.
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32751/1/Las%20cartas%20terap%C3%A9uticas%20en%20el%20modelo%20sist%C3%A9mico.pdf>

Apéndice C.3. Módulo 3. Recuperando el tiempo perdido

Apéndice C.3.1. Sesión 8. Resignificar lo que pienso y ampliar capacidad de respuesta

Materiales: fotocopias según el número de participantes del material facilitado en el Apéndice E y material para escribir

Duración: una hora y cuarto

Ideas clave: poder dar espacio y observar de diferente manera los pensamientos de la madre, darle valor a poder vivenciar el pensamiento con el grupo y valorar alternativas de respuesta adaptadas al punto de la relación madre-hijo, tener en cuenta la posibilidad de pensamiento del bebé

Desarrollo:

1. *Primera parte (15 min.):* Dar la bienvenida al tercer y último módulo del programa. El terapeuta presentará los objetivos de dicho módulo y, brevemente, el contenido de las sesiones. Se abre un espacio a modo de mesa redonda para que cada participante, incluidos los profesionales, puedan valorar cómo está siendo la experiencia grupal.
2. *Segunda parte (45 min.):* Se reparten las fotocopias (Apéndice E) a cada participante y se da un tiempo para que puedan mirar las imágenes y ver qué sentimientos les despierta. Con la pauta de no tener que hacer nada con ello, solamente observarlas. Se da un espacio para compartir qué les he despertado y posteriormente el terapeuta dará la explicación sobre el ejercicio, el cual se realizará de manera conjunta. Ejemplo:

Bien, ahora, entre todas podemos volver a observar las imágenes y darlas un significado, un contexto y, sobre todo, atribuirles un pensamiento de la madre ¿qué puede estar pensando la madre en ese momento?, y, también es interesante pensar ¿qué le estará pasando al bebé?

Para finalizar se propondrá y se explicará una tarea para casa. Ésta consiste en poder prestar atención a como ellas actúan en esas situaciones cotidianas y cómo podrían hacerlo de otra manera. El objetivo es traer las reflexiones de cara a la siguiente sesión.

3. *Tercera parte (15 min.): Regulación emocional.* Si se precisa y según el estado de activación emocional grupal se recomienda realizar de nuevo un ejercicio de regulación emocional basado en la respiración o meditación guiada - puede ser una variante al ejercicio propuesto en el Apéndice D - y posteriormente se hará una última ronda destacando lo esencial que cada una destaca de la sesión

Referencias

World Health Organization (2015). Pensamiento saludable. Manual para la atención psicosocial de la depresión perinatal. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-MSD-MER-15.1>

Apéndice C.3.2. Sesión 9. Planteamiento del Ritual de cierre: “Recuperar el tiempo perdido”

Materiales: foto del bebé – en su defecto, tenerle presente imaginariamente -

Duración: una hora y cuarto

Ideas clave: tener presente a la figura del bebé durante la sesión, preparación para el ritual, tarea casa previa al ritual de cierre, potenciar habilidades sociales como la empatía y el placer en la interacción

Desarrollo:

1. *Primera parte (45 min.).* En esta ocasión se comenzará por el ejercicio de regulación emocional del Apéndice D, pudiendo variar las pautas y adaptarlas en base al estado/interés del grupo. Una vez realizado el ejercicio se propone abrir un espacio de diálogo a raíz de la siguiente pregunta del terapeuta:

Según todo lo tratado en las sesiones, y en el punto en que el que cada una esté, ¿cómo os gustaría estar con vuestro bebé? ¿cómo os imagináis a partir de ahora? Cualquier respuesta es válida. Recordad, no se pretende tanto llegar a un estado concreto sino poder respetar, acoger y entender el punto en el que estáis.

2. *Segunda parte (30 min.)*. Una vez cerrado el espacio para elaborar respuestas a la pregunta del terapeuta, éste explicará en avance el contenido de la siguiente sesión.

Ejemplo:

Aprovechando lo que habéis compartido, en la siguiente sesión haremos un ritual. Una madre participante en otro grupo parecido a este compartió lo que le pasó con su hija recién nacida. Ella estaba bastante tocada por el parto, no quería estar con ella. Comentó que un día, en el que estaban las dos solas, cogió a su hija, la miró y la pidió perdón. Comentaba que a partir de ese día se sintió de otra manera con ella, pudo acercarse más. No es que vayamos a hacer eso, pero sí que nos gustaría proponeros lo siguiente: a través de este ritual, poder escribir, como ya venimos haciendo, una carta a vuestro bebé. Como si pudiera leerla, o como si en algún momento pudierais dársela. Y eso os pudiera hacer estar de otra manera con ella

Se comparten opiniones y propuestas, para poder encajar mejor la propuesta en base a las necesidades del grupo.

Apéndice C.3.3. Sesión 10. Ritual de cierre. Parte 2.

Materiales: folios y material para escribir, cartulinas, rotuladores, adhesivos (si es posible, o en su defecto, bastará con folios y material para escribir)

Duración: una hora y cuarto

Ideas clave: recopilar lo esencial recogido durante los encuentros, dar espacio al cierre y simbolizar un cambio de etapa sea cual sea el resultado de la intervención, poder honrar el punto en que se termina la intervención grupal, agradecer todo lo que ocurrido y expresado

Desarrollo:

1. *Primera parte (30 min.)*. Se da la bienvenida y se abra un círculo breve para que cada una comparta cómo está, y si quiere compartir algo al grupo que es importante para ella.
2. *Segunda parte (30 min.)*. Se dará paso a la continuación del ritual que se introdujo en la sesión anterior, pero esta vez, se darán pautas concretas de la carta a escribir. La pauta consistirá, sobre todo, en nombrar los siguientes elementos que tendrán que estar presentes en la carta hacia el recién nacido:

Ritual “Pedir disculpas y abrirse al otro” (Pubill, M. J., 2018) – elementos que tienen que estar presentes:

Dar espacio a las heridas → explicitar el sentir de la madre → pedir disculpas o disculpar por el rechazo sentido o las dificultades vividas en la relación → soltar el dolor y el pasado → explicitar lo positivo y las ventajas de compartir tiempo y conocerse → compromiso de lealtad, no agresión → abrir el corazón → dar paso a la nueva etapa de la relación → expresar algunas maneras en las que “recuperar el tiempo perdido” juntos.

Una vez dadas las pautas para su redacción, se dará un espacio de tiempo y se mostrará disponibilidad total de los profesionales para acompañar y atender cualquier punto que necesiten. Una vez que vayan terminando, se propone realizar el ejercicio de regulación emocional propuesto en el Apéndice D, haciendo hincapié en quedarse sobre todo en la sensación de seguridad. Cuando ellas lo sientan, harán el gesto de entregar la carta a su hijo si allí estuviera presente. O, según comodidad y cohesión grupal, una alternativa puede ser que cada una comparta lo más destacable de la carta, aquello que le es más importante de expresar a su hijo y que pueda compartir con nosotras, teniendo el apoyo de sus compañeras y de las terapeutas.

3. *Tercera parte (15 min)*. Se propone un aplauso y agradecimiento conjunto por todo el recorrido hecho, por el respeto y por la valentía de compartir su intimidad. Se abre un espacio para que, por turnos, cada una pueda decir una frase de cierre.

Referencias

Pubill, M. J. (2018). Herramientas de terapia familiar: técnicas narrativo-experienciales para un enfoque sistémico integrador. pp. 318-334. Editorial PAIDÓS.

Apéndice D. Ejercicio de regulación emocional

Consignas para conectar con un recurso corporal

1. Sentada, colócate en posición cómoda y de presencia a la vez
2. Cierra los ojos, si te sientes cómoda, en el caso de que no puedes mantenerlos abiertos en un punto fijo de la sala. Si estás sentada pon la atención en la parte de tu cuerpo que está apoyada en la silla y déjate sentir cómo es ese apoyo, intentando poner el foco en los isquiones. Sé consciente de ese apoyo
3. Siente el sostén de tu cuerpo, también la espalda es otro punto de apoyo. Pon atención a cómo te sientes sostenida por esos dos puntos de apoyo de tu cuerpo
4. Ahora lleva la atención a cómo los pies están apoyados en el suelo, y date cuenta de si puedes conectar con la sensación física de sentirte sostenida por esta parte del cuerpo
5. Mira si tienes la necesidad de cambiar o adaptar tu postura, así como cambiar algo para sentirte cómoda aquí, en el presente, sostenida
6. Ahora lleva tu conciencia a la respiración, puedes probar a inspirar en 4 o 5 y exhalar en 4 o 5, mira si así te sirve. En el caso de que no, recupera un ritmo de respiración en el que te sientas cómoda y mantenlo
7. Ahora, escanea tu cuerpo de arriba a abajo y de abajo a arriba. Mira si detectas alguna tensión en él, y si la hay simplemente observa, aquí y ahora, con nosotras, esa tensión.
8. Quizás te ayude apoyarte en la respiración para hacer esa tensión más cómoda, cuando inspires lleva el aire ahí y mira a ver si esa parte se relaja. Si no te sirve, simplemente sigue observándola aquí conmigo, no tienes que hacer nada
9. Ahora vas a soltar esa tensión y busca un lugar de tu cuerpo que te de seguridad, que te genere comodidad y seguridad, calma, bienestar... puedes tocarte esa parte si lo prefieres, colocar tu mano en ella

10. Déjate sentir esa seguridad, ahonda en ella... dale espacio a esa parte de tu cuerpo que es segura. Respira, amplíala... y mira con curiosidad y detalle cómo es esa parte de tu cuerpo. No te alejes de esa sensación de seguridad
 11. Mira desde esta seguridad ahora, la tensión que antes notabas, sin alejarte de la sensación de seguridad. Si percibes que se diluye o que es menor, vuelve a poner el foco en la parte del cuerpo donde te sientas segura. Quédate ahí un rato más
 12. Y ahora, desde donde estás, vas a ir abriendo los ojos trayendo esa parte segura aquí al presente, que te acompañe la seguridad de esa parte del cuerpo aquí
 13. Mira a tu alrededor, a tus compañeras que están aquí y ahora en frente tuya desde esa seguridad
-

Texto extraído y adaptado de:

Batanás, T. & Darder, M. (2021). Consignas para conectar con un recurso desde el cuerpo.

Formación de trauma. Institut Gestalt.

Apéndice E. Material complementario para la Sesión 8 (Módulo 3)

Apéndice E.1. Ejercicio 1: identificar pensamientos desadaptativos



MODULE 3. Early infancy

THINKING HEALTHY
PSYCHOSOCIAL MANAGEMENT OF PERINATAL DEPRESSION
COMMUNITY HEALTH WORKERS VERSION

Aprendiendo a identificar pensamientos desadaptativos sobre la salud materna

1)



2)



3)



Apéndice E.2. Ejercicio 2: elaborar pensamientos adaptativos



MODULE 3. Early infancy

THINKING HEALTHY
PSYCHOSOCIAL MANAGEMENT OF PERINATAL DEPRESSION
COMMUNITY HEALTH WORKERS VERSION

Aprendiendo a reemplazar pensamientos desadaptativos con pensamientos más adaptativos o saludables

1)



2)



3)

