

Depresión postparto: una intervención desde la terapia narrativa feminista.

Trabajo Final de Grado: Diseño de Intervención en Psicología Clínica y de la Salud

Nombre Estudiante: Irene Caballero Jiménez
Plan de estudios: Grado en Psicología

Nombre Consultor/a: Laura Río Martínez

Fecha de entrega: 19/05/2022



Esta obra está sujeta a una licencia de [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 Espanya de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)

Licencias alternativas (elegir alguna de las siguientes y sustituirla por la de la página anterior, eliminando después esta página y la siguiente)

A) Creative Commons:



Esta obra está sujeta a una licencia de [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 Espanya de Creative Commons](#)



Esta obra está sujeta a una licencia de [Reconeixement-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Espanya de Creative Commons](#)



Esta obra está sujeta a una licencia de [Reconeixement-NoComercial 3.0 Espanya de Creative Commons](#)



Esta obra está sujeta a una licencia de [Reconeixement-SenseObraDerivada 3.0 Espanya de Creative Commons](#)



Esta obra está sujeta a una licencia de [Reconeixement-CompartirIgual 3.0 Espanya de Creative Commons](#)



Esta obra está sujeta a una licencia de [Reconeixement 3.0 Espanya de Creative Commons](#)

B) GNU Free Documentation License (GNU FDL)

Copyright © 2022 IRENE CABALLERO JIMÉNEZ.

Permission is granted to copy, distribute and/or modify this document under the terms of the GNU Free Documentation License, Version 1.3 or any later version published by the Free Software Foundation; with no Invariant Sections, no Front-Cover Texts, and no Back-Cover Texts.

A copy of the license is included in the section entitled "GNU Free Documentation License".

C) Copyright

© (Irene Caballero Jiménez)

Reservados todos los derechos. Está prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la impresión, la reprografía, el microfilm, el tratamiento informático o cualquier otro sistema, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler y préstamo, sin la autorización escrita del autor o de los límites que autorice la Ley de Propiedad Intelectual.

FICHA DEL TRABAJO FINAL DE GRADO DE PSICOLOGÍA

Título del trabajo:	<i>Depresión postparto: una intervención desde la terapia narrativa feminista.</i>
Nombre del autor:	Irene Caballero Jiménez
Nombre del consultor/a:	Laura Río Martínez
Fecha de entrega:	19/05/2022
Ámbito del Trabajo Final:	<i>Psicología Clínica y de la Salud: psicología clínica</i>
Titulación:	<i>Grado en Psicología</i>

Resumen del Trabajo (máximo 250 palabras):

La depresión postparto (DPP) es un trastorno que impacta gravemente a las mujeres que la padecen. En España, su incidencia se encuentra en torno al 27,5% sin que exista un protocolo claro de tratamiento psicológico en el sistema de salud público. Este trabajo propone un programa de tratamiento grupal de 7 semanas de Terapia Narrativa Feminista (TNF) en el que se abordan los discursos sociales sobre la maternidad y el rol de la mujer, así como la experiencia de trauma durante el parto, que generan malestar a las mujeres en el puerperio. Se desea conocer el impacto de estas meta-narrativas de género en los síntomas de DPP y valorar la eficacia de la TNF para reducir sus síntomas. Se propone un diseño aleatorio controlado entre grupos con grupos de tratamiento y control (n = 16) y medidas pretest y postest en la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Esto se combina con un análisis de contenido de los relatos de las participantes antes y durante el tratamiento según el método KJ. Se espera observar una fuerte influencia de los discursos de género en los síntomas de la DPP, una menor puntuación en la EPDS tras el tratamiento y una mejora de los síntomas asociados al trauma. Esta es la primera propuesta terapéutica que considera la influencia de las meta-narrativas de género en el desarrollo y tratamiento de la DPP. El reducido número de participantes aconseja realizar futuros estudios con un mayor tamaño muestral y comparar sus resultados con los de otros enfoques terapéuticos.

Palabras clave (entre 4 y 8):

Depresión postparto, trauma en el parto, terapia narrativa feminista, terapia narrativa, feminismo, terapia feminista, maternidad, narrativas de género.

Abstract (in English, 250 words or less):

Postpartum depression (PPD) has deleterious effects on women who suffer from it. In Spain, it affects about 27,5% of women who give birth while there is no standard

psychological protocol followed by the National Health System. This project describes a 7-week group treatment program based on Feminist Narrative Therapy (FNT) that addresses the social discourses on motherhood and women's role, as well as the experience of trauma at birth, all of which cause discomfort in women in puerperium. We aim to assess the impact these gender metanarratives have in DPP and evaluate the efficacy of FNT in reducing its symptoms. A randomized controlled, between-groups design is proposed with treatment and control groups ($n = 16$) and pretest and posttest measures in the *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). This is combined with a content analysis of participants' accounts before and during treatment following the KJ method. We expect to find a significant influence of gender discourses on DPP symptoms, a decrease in EPDS scores, and an improvement in symptoms related to trauma. This is the first therapeutic program addressing the influence of gender meta-narratives in the genesis and treatment of PPD. Given the small number of participants, we suggest that future studies with a larger sample size are conducted and the results of this program compared with those obtained with different therapeutic approaches.

Key words (in English, 4 - 8 words):

Postpartum depression, trauma at birth, feminist narrative therapy, narrative therapy, feminism, feminist therapy, motherhood, gender narratives.

Índice

0. Introducción.....	1
1. Contexto y justificación.....	2
2. Revisión teórica.....	3
2.1 <i>Definiendo la depresión postparto.....</i>	3
2.1.1 Clasificación de las alteraciones postparto.....	4
2.2 <i>Efectos de la depresión postparto.....</i>	5
2.3 <i>Más allá de los criterios diagnósticos: el relato de las mujeres.....</i>	6
2.3.1 Mito de la maternidad.....	6
2.3.2 Identidad confusa.....	7
2.3.3 Trauma en el parto.....	8
2.4 <i>Tratamiento de la depresión postparto.....</i>	9
2.5 <i>Terapia narrativa.....</i>	9
2.5.1 Terapia narrativa y depresión postparto.....	10
2.5.2 Terapia narrativa y trauma.....	13
2.6 <i>Terapia narrativa feminista.....</i>	13
3. Problema.....	14
4. Objetivos.....	15
5. Propósito de la intervención.....	15
6. Método.....	16
6.1 <i>Diseño de la evaluación.....</i>	16
6.2 <i>Participantes.....</i>	18
6.3 <i>Instrumentos.....</i>	19
6.3.1 Cuantitativos:.....	19
6.3.2 Cualitativos:.....	20
6.4 <i>Procedimiento.....</i>	20
6.4.1 Evaluación:.....	20
6.4.2 Intervención.....	21
7. Análisis planteados.....	28
7.1 <i>Análisis de resultados de pruebas cuantitativas:.....</i>	28
7.1.1 Análisis preliminares:.....	28
7.1.2 Análisis de los datos relativos a la intervención:.....	29
7.2 <i>Análisis de datos de pruebas cualitativas:.....</i>	29
8. Discusión.....	31
9. Conclusiones.....	34
10. Referencias bibliográficas.....	37

11. Anexos	45
<i>Anexo 1</i>	<i>45</i>
<i>Anexo 2</i>	<i>46</i>
<i>Anexo 3:.....</i>	<i>47</i>
<i>Anexo 4:.....</i>	<i>49</i>

Lista de figuras

Figura 1.....	23
Figura 2.....	23
Figura 3.....	24
Figura 4.....	27
Figura 5.....	31

Lista de tablas

Tabla 1	4
Tabla 2	12
Tabla 3	18
Tabla 4	30

0. Introducción

La llegada al mundo de una hija o un hijo supone un momento vital de cambio en la identidad, el rol y las relaciones de las mujeres que deciden ser madres (Redshaw y Martin, 2011). Durante este periodo, muchas de ellas padecen formas de turbulencia mental y emocional que suelen ser descritas como “trastornos mentales perinatales”.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición, DSM-5 (APA, 2013), informa de tres tipos de trastornos mentales perinatales: el baby blues o tristeza postparto, la depresión postparto (DPP) y la psicosis postparto.

Entre los síntomas de la DPP, en la que se centra este trabajo, se encuentran: ansiedad, insomnio a pesar del sentimiento de fatiga, alteraciones de la conducta alimentaria, sentimientos de inadecuación y falta de valía, culpa, desconexión emocional del bebé y problemas con el autocuidado (Enney, 2013). Otros estudios realizados desde la perspectiva de las madres y con enfoques más cualitativos destacan temas generales como el aislamiento, la crisis de identidad o el fracaso en sus expectativas sobre la maternidad (Palmer, 2011).

Normalmente, los síntomas de la DPP desaparecen alrededor de los seis meses después de dar a luz, si bien en un porcentaje significativo de las mujeres estos persisten durante un año o más (Murray *et al.*, 2015).

La etiqueta de DPP goza de una gran popularidad en las sociedades occidentales actuales, lo que podría deberse a una mayor preocupación por la salud de las mujeres, especialmente teniendo en cuenta el cambio de estatus de la maternidad y la mayor vulnerabilidad de las mujeres de este siglo, que carecen de rituales (como un periodo de descanso prolongado) que les ayuden a sobrellevar este periodo y de unas redes de apoyo adecuado (Shaikh y Kauppi, 2015).

Estos factores pueden haber contribuido al diseño de distintas intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas para hacer frente a este trastorno. Entre las intervenciones psicoterapéuticas más implementadas y con más estudios sobre su eficacia se encuentran las basadas en el uso de la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia interpersonal (IPT), que se han proporcionado a través de distintos formatos como la terapia individual y de grupo, así como a través del teléfono y tecnologías de la información (Nillni *et al.*, 2018).

La terapia narrativa (TN) fue originada por White y Epston en la década de los 80 y se incluye dentro de las llamadas terapias posmodernas. Esta terapia considera que las personas dan sentido a sus experiencias a partir de relatos que (se) hacen sobre estas y considera el malestar de los y las clientes/as como resultado de historias dominantes rígidas y saturadas de problemas (White y Epston, 1993). La recuperación pasa, en este sentido, por la re-autoría de

historias con mayor capacidad para proporcionar bienestar a la persona. En este proceso, la terapia narrativa promueve la revisión de meta-narrativas, es decir, de las creencias y prácticas culturales que fortalecen el problema y la historia dominante (Tarragona Sáez, 2016).

La terapia narrativa feminista (TNF) (Lee, 1997) se centra específicamente en evidenciar la relación entre las auto narraciones de las personas, en este caso de las mujeres, con las historias dominantes de género que circulan en sociedad como punto de partida para generar nuevos relatos que permitan a estas alcanzar mayores cotas de bienestar, libertad y poder.

En este trabajo se propondrá una intervención grupal para el tratamiento de las mujeres con DPP desde la TNF.

1. Contexto y justificación

La DPP es un trastorno con profundas implicaciones para la vida de las mujeres que deciden ser madres. Esta genera sufrimiento y debilita el funcionamiento psicosocial de la madre en un momento en el que ha de enfrentar las demandas que supone la maternidad. Así, se ha propuesto que los síntomas propios de la depresión suponen un riesgo para la capacidad de la madre de cubrir las necesidades emocionales y sociales de sus hijas e hijos, lo que tiene implicaciones en su desarrollo cognitivo, motor y del lenguaje (Smith-Nielsen *et al.*, 2016).

El impacto de esta condición en la interacción madre-hijo/a recién nacido/a ha sido ampliamente estudiado, destacando como posibles consecuencias un deterioro en la sensibilidad y la capacidad de respuesta a las demandas del bebé, especialmente en situaciones donde la depresión se cronifica, lo que podría suponer un factor de riesgo en la génesis de un apego inseguro que tenga mayores implicaciones a largo plazo (Murray *et al.*, 2015). Por otra parte, la DPP es una de las mayores causas de muerte perinatal, incrementa el riesgo de depresión para el padre y afecta al bienestar y funcionamiento de la familia (Letorneau *et al.*, 2012).

El DSM-5 (APA, 2013) no reconoce la DPP como un trastorno esencialmente distinto de la depresión mayor. Sin embargo, estudios cualitativos centrados en los relatos de las madres permiten rescatar síntomas relacionados con un momento de transición vital como la maternidad, que incluyen sentimientos de inseguridad, pérdida o incapacidad para gestionar los cambios, así como preocupación por el bienestar y la seguridad del bebé y por el propio desempeño como madre (Highet *et al.*, 2014). Estas experiencias tienen relación con realidades sociopolíticas en forma de discursos hegemónicos sobre la maternidad y los cuidados que están fuertemente influidos por el género.

En el ámbito terapéutico, las estrategias empleadas para la depresión postparto incluyen la TCC, la IPT, y otras psicoterapias como el apoyo grupal y la psicoeducación. La efectividad de las dos primeras ha sido la más evaluada,

hallándose resultados positivos en relación con los grupos control (seguimiento habitual en atención primaria) (Nillni *et al.*, 2018). Por otra parte, la terapia en formato grupal parece ser efectiva para el abordaje de este trastorno (Goodman y Santangelo, 2011). Sin embargo, la revisión bibliográfica permite afirmar que ninguna de estas aproximaciones aborda de manera explícita los discursos sociales que pueden influir en la génesis y el mantenimiento del trastorno afectivo.

La TN busca evidenciar estos discursos de poder, estas meta-narrativas generadas en ideologías dominantes y estructuras opresivas (Rojas-Madrigal, 2020), que influyen en la experiencia de las mujeres y les generan malestar. De manera más específica, la TNF se centra en el impacto que los discursos de género tienen en las auto narrativas de las mujeres para facilitar la construcción de historias alternativas que permitan minimizar la influencia de estos discursos. El enfoque feminista narrativo puede ser muy útil para el tratamiento de los problemas que tienen las mujeres como resultados de las expectativas socialmente construidas sobre ellas en las sociedades occidentales (Maine, 2004). Aplicado al caso de la DPP, esta terapia puede ayudar a las mujeres a generar relatos sobre sí mismas como mujeres y como madres menos “saturados de problemas”, contribuyendo así a la mejora de sus síntomas y favoreciendo su transición a esta nueva etapa de sus vidas.

Por otra parte, el distanciamiento y externalización del problema que se establece desde la TN puede ser muy útil para el tratamiento de posibles traumas durante el parto, un aspecto no abordado en las terapias existentes para la DPP, pero que supone un factor de riesgo para el desarrollo de este trastorno (Chen *et al.*, 2021). Esto puede ayudar a las mujeres a dar un nuevo sentido a sus experiencias, a trascender la visión negativa de sí mismas y de la vida que la experiencia traumática puede originar y a dejar atrás síntomas de reexperimentación, evitación, disociación que puedan surgir del mismo.

Actualmente, no existe literatura sobre el empleo de la TN en el tratamiento de la DPP ni evidencias científicas de la efectividad de la TNF para el tratamiento de alteraciones del estado de ánimo.

2. Revisión teórica

2.1 Definiendo la depresión postparto

No parece existir un consenso entre las diferentes clasificaciones diagnósticas respecto a la definición de la DPP en cuanto a sintomatología, momento de aparición y duración (Wisner *et al.*, 2014). La *American Psychiatric Association* no la reconoce como una categoría aparte, sino que la incluyó en el DSM-IV-TR (APA, 2002) como un subtipo de la depresión mayor con inicio en el postparto y con una limitación temporal de 4 a 6 semanas tras el mismo (Arraya y Barrantes, 2020). La aparición del DSM-5 (APA, 2013) supuso el reemplazo del término postparto por el de “periparto” al considerar que el 50% de los episodios de depresión postparto comienzan durante el embarazo. Por su parte, la Décima

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) la define como un trastorno mental y del comportamiento leve que empieza seis semanas después del parto.

Más allá de estas diferencias de concepto, lo que parece claro es que el embarazo y el puerperio son momentos de mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psíquicos debido a los cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que tienen lugar durante estas etapas. Por ello, alrededor de un 80% de las mujeres padecen alguna alteración que puede implicar desde perturbaciones leves y transitorias como el llanto o la tristeza hasta padecimientos más graves como la angustia e, incluso, la aparición de inclinaciones suicidas (Medina-Serdán, 2013).

Según Medina-Serdán (2013), la importancia de distinguir entre los distintos tipos de problemas afectivos que pueden surgir en el puerperio ha sido puesta de manifiesto como medio para facilitar el diagnóstico y proporcionar el tratamiento adecuado en función de la sintomatología. Esta autora establece la siguiente clasificación:

2.1.1 Clasificación de las alteraciones postparto

Baby blues

También referida como *baby blues*, la tristeza postparto supone una alteración del estado de ánimo, con síntomas de intensidad y duración variable que aparece entre los dos y los cuatro días posteriores al parto. Los síntomas comunes incluyen preocupación, tristeza, mal humor, fatiga, irritabilidad y confusión. La tristeza postparto no incapacita el desempeño del rol materno y puede tratarse con apoyo emocional. Asimismo, los síntomas se recuperan de manera espontánea en las dos o tres semanas posteriores al parto sin necesidad de intervención psicológica o atención médica. Este *baby blues* se identifica entre el 50 y el 80% de las mujeres que dan a luz (Bass *et al.*, 2018).

Depresión postparto

La DPP ha sido definida por la comunidad científica como un trastorno o episodio depresivo mayor con inicio en el postparto y, a partir del DSM-5 (APA, 2013), también en las semanas previas al alumbramiento. Tal y como se describe en este manual, los síntomas de la depresión mayor son los siguientes:

Tabla 1

Criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor (DSM-5)

Cinco o más de los siguientes síntomas deben estar presentes casi todos los días durante un período de 2 semanas:

Síntomas principales (≥ 1 requerido para el diagnóstico).	Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día Anhedonia o marcada disminución del interés o placer en casi todas las actividades
Síntomas adicionales	Pérdida de peso clínicamente significativa o aumento o disminución en el apetito. Insomnio o hipersomnia Agitación o retardo psicomotor. Fatiga o pérdida de energía Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida

Nota: Adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* por American Psychiatry Association (2013). Editorial Médica Panamericana.

La prevalencia de la DPP varía de manera sustancial en función de su definición, el país, las herramientas diagnósticas usadas, el umbral de discriminación que se establece para estas herramientas y el periodo sobre el que se evalúa. A nivel mundial se han arrojado cifras que fluctúan entre el 10 y el 20%, observándose mayores valores en madres adolescentes (26%) y en los niveles socioeconómicos más bajos (38,2%) (Mendoza y Saldivia, 2015). En España se han identificado cifras que oscilan entre el 13,9% y el 32,6% (Medina-Serdán, 2013). En concreto, un estudio realizado en nuestro país con una población de 120 mujeres puérperas halló que un 85% de las mismas presentaban algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el postparto, situando la cifra de aquellas que presentaban depresión postparto en un 27,5% (Sievers Escribano, 2016).

Estudios como el de Ilona *et al.*, (2015) concluyen que la depresión postparto surge como resultado de la interacción entre múltiples factores hormonales, psicológicos, familiares, sociales y culturales. Por otra parte, los estudios que han analizado la DPP en diferentes culturas dejan claro que para entender plenamente este trastorno es necesario tener en cuenta los factores culturales, más allá de los factores biomédicos y psicológicos (Evagourou *et al.*, 2016).

Psicosis postparto:

La psicosis postparto tampoco se reconoce como trastorno independiente, sino que se clasifica dentro del DSM-5 (APA, 2013) como un trastorno psicótico breve con inicio en el postparto. Se define como un episodio afectivo con síntomas psicóticos (Medina-Serdán, 2013), y tiene una prevalencia bastante menor, de entre 1 y 2 partos de cada 1000.

2.2 Efectos de la depresión postparto

La DPP puede tener múltiples consecuencias para la mujer que la padece, entre los que destacan la ansiedad, la depresión, una peor calidad de vida, peor funcionamiento social y menos apoyo social percibido (Vliegen *et al.*, 2013), así como una relación más fría y distante con la pareja (Lilja *et al.*, 2012). Por otra parte, en lo referido al impacto en la relación madre-hijo/a, se ha expuesto que la DPP puede deteriorar la sensibilidad y la capacidad de respuesta de la madre

a las demandas del bebé, facilitando la génesis de un apego inseguro (Murray *et al.*, 2015) e inhibiendo el desarrollo cognitivo del niño o la niña (Smith-Nielsen *et al.*, 2016).

2.3 Más allá de los criterios diagnósticos: el relato de las mujeres

Actualmente, una de las mayores barreras para dar apoyo a las mujeres que atraviesan esta experiencia es la falta de reconocimiento de los problemas de salud mental perinatales por parte de los profesionales de la salud (Khan, 2015).

Es posible que limitar la descripción de los síntomas de la DPP a aquellos de la depresión mayor no ayude en esta tarea, ya que algunos de estos, como los cambios en los patrones de sueño, en el apetito y el cansancio excesivo pueden ser parte de la rutina de una mujer después del parto (Kammerer *et al.*, 2009).

La literatura sugiere que las mujeres con DPP presentan síntomas más variados, entre los que se encuentran la pérdida de control, pérdida de identidad, baja autoestima o sensación de estar atrapadas (Staneva *et al.*, 2015). Dada la pluralidad de síntomas que reportan estas mujeres y los peligros de patologizar y medicalizar su experiencia durante esta etapa, se incluyen a continuación, desde una perspectiva cualitativa, algunas de las dificultades más frecuentemente mencionadas entre las mujeres que padecen DPP.

Así, Palmer (2011) identifica 11 temas principales que incluyen, entre otros, las dificultades en las relaciones interpersonales con la pareja, amigos o familiares y la percepción particular de que la pareja no proporciona el suficiente apoyo en la crianza; el aislamiento, necesidad de conexión y sensación de soledad; crisis en la identidad y en el sentido de la vida; pérdida de una misma y de la libertad; expectativas fallidas de la maternidad y culpa asociada; complicaciones en el parto y falta de apoyo por parte de los profesionales médicos; arrepentimiento y sensación de pérdida de control.

De entre estos síntomas se pueden extraer ciertos temas centrales que presentan relación con discursos socioculturales presentes en nuestra sociedad y que se exponen a continuación.

2.3.1 Mito de la maternidad

Muchos estudios se han referido al mito de la maternidad como una causa de presión para las madres que genera estrés y aislamiento y que puede desembocar en problemas de salud mental (Liss *et al.*, 2013). Este mito se refiere a un ideal que considera a las mujeres las únicas responsables del desarrollo, la salud y el bienestar de su descendencia, independientemente del rol que el padre desempeñe en la vida de los hijos e hijas y se relaciona con altas expectativas de ser una buena madre (Constantinou *et al.*, 2021).

La maternidad intensiva (Hays, 1996) es un paradigma surgido como respuesta al mito de la maternidad según el cual las madres tratan de cumplir este ideal

social adhiriéndose a prácticas que implican un foco total en su descendencia (desoyendo sus propias necesidades), su estimulación constante o la búsqueda de plenitud a través del ejercicio de este rol, entre otros. Rizzo *et al.*, (2013) defienden que la ideología de la maternidad intensiva es el estándar cultural y político normativo según el cual se evalúan las prácticas de crianza y se comparan con un ideal.

Las investigadoras implicadas en el primer estudio cuantitativo sobre el concepto de maternidad intensiva demostraron que cuando las mujeres creían no cumplir con los estándares ideales de lo que significa ser una buena madre, esto contribuía a generar sentimientos de culpa y vergüenza (Rizzo *et al.*, 2013). Además, Rizzo *et al.*, (2013) identificaron que los ideales de la maternidad intensiva correlacionaban con una peor salud mental. También se determinó que la creencia de que las mujeres son el progenitor esencial (esencialismo) se relacionaba con una peor calidad de vida.

Tal y como exponen Mendoza y Saldivia (2015), estas expectativas asociadas al nivel de perfección con el que se debe asumir el rol materno pueden generar estrés adicional y convertirse en un obstáculo a la hora de buscar atención adecuada. Así, el miedo a la crítica o la devaluación puede llevar a la mujer con síntomas depresivos a no buscar una atención adecuada que pueda contribuir a la remisión de esos síntomas.

2.3.2 Identidad confusa

Convertirse en madre es una gran transición vital que implica muchos cambios en áreas como los roles sociales y la identidad (Redshaw y Colin, 2011). El nacimiento de un bebé supone una etapa en la vida de la mujer que requiere una reorganización de todo su mundo interno y la búsqueda de un nuevo espacio mental que pueda acoger tanto la idea del niño o la niña como la idea de una misma como madre. De acuerdo con la propuesta psicosocial de desarrollo de la identidad de Erikson (1968), esto conllevaría una “crisis de desarrollo” durante la que la madre tiene que deconstruir y reconstruir su propio sentido de identidad, lo que genera un estado de vulnerabilidad e inseguridad que altera su equilibrio psicológico. Esta transición implica varias etapas que incluyen el dejar ir una identidad anterior previa a la maternidad, seguida de un periodo de duelo y, finalmente, la identificación y el compromiso con el nuevo rol materno.

Esta nueva mentalidad materna ha de aprender a convivir con otras identidades a la hora de lograr un equilibrio entre las identidades preexistentes y la nueva identidad de madre, siendo una de las tareas más compleja la de encontrar un equilibrio entre el rol maternal y el trabajo (Zafegka *et al.*, 2021). Tal y como expone Pepper (2022), la socialización de las mujeres nacidas dentro de la generación *millennial* en la sociedad occidental prescribe el desempeño de una carrera profesional junto con la creación de una familia. La necesidad de hacer frente a las múltiples demandas asociadas a estos roles puede generar una presión de rol (*role strain*) que afecte al bienestar psicológico de la madre.

Es interesante considerar el impacto que esta situación puede tener en la identidad de las mujeres desde el concepto de sincretismo de género propuesto por la psicóloga Marcela Lagarde (2000). Este término hace referencia a cómo la constitución actual de la femineidad se basa en la confluencia de múltiples tensiones, que obligan a moverse entre lo público y lo privado, la tradición y la modernidad. Así, a la mujer no solo se le exige el ejercicio del rol de madre y de esposa (rol tradicional), sino también el de trabajadora, el de persona con una proyección pública (rol moderno). La transición a la maternidad implica, en la mayor parte de los casos, una reclusión, al menos temporal, a un rol privado que puede ser vivido con angustia y vergüenza, como una amenaza a la propia identidad femenina. Por otra parte, la renuncia a este rol privado de cuidadora y madre puede generar culpa y ser cuestionado por parte de la sociedad.

2.3.3 Trauma en el parto

Existen multitud de estudios que investigan la prevalencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT) a raíz del parto. Como muestra, un estudio meta-analítico de Grekin y O'Hara (2014) informa de una tasa de un 3,1% para población general y un 15,7% en población de alto riesgo (mujeres con complicaciones en el embarazo, cesáreas de emergencia o partos prematuros). Sin embargo, esta historia de trauma no parece exclusiva de las mujeres diagnosticadas de TEPT. Tal y como afirman Sjömark *et al.*, (2018), alrededor de un tercio de las mujeres que han dado luz considera su parto traumático. Esto se corresponde con lo hallado en estudios cualitativos como el de Lea *et al.*, (2018), que recogen el trauma en el parto como un tema central de las mujeres que experimentan DPP.

Esta experiencia cualitativa parece respaldada por el estudio que Chen *et al.* (2021) realizaron con un grupo de 650 mujeres, en el que identificaron un 42,04% de DPP en mujeres que referían este tipo de trauma y un 20,99% en aquellas que no lo habían experimentado. Esto permitió concluir que la percepción de trauma en el parto es un importante factor de riesgo para desarrollar DPP.

Se ha hallado que la percepción de control sobre la interacción del equipo médico con el propio cuerpo tiene relación con cómo se sienten las mujeres tras el parto (Green, 1990). La manera en que son tratadas las madres durante la experiencia del parto parece tener un impacto en su estado emocional (Hogan, 2008). Así, el análisis meta-etnográfico desarrollado por Elmir *et al.*, (2010) sobre las experiencias de las mujeres que relatan partos traumáticos permite extraer varios temas principales, entre los que se encuentran la sensación de ser invisibles y no tener control sobre lo que sucede (no son incluidas en la toma de decisiones) y la percepción de ser tratadas de manera inhumana y sin ningún respeto a su privacidad. Según este estudio, las mujeres que han experimentado trauma en el parto describen el cuidado que recibieron durante el mismo como frío y mecánico, afirmando que se sentían solas, abandonadas y despojadas de su dignidad.

Este tipo de tratamiento, que ha sido descrito como violencia obstétrica, podría considerarse como consecuencia de la medicalización del proceso de embarazo y parto y de la autoridad concedida al discurso médico en estos asuntos por parte

de las sociedades occidentales (Chung, 2020). De hecho, algunos autores han señalado la medicalización del parto como un factor crucial a la hora de generar en las mujeres una sensación de pérdida de control sobre sus cuerpos, lo que genera sentimientos de ira y frustración (Miller, 2005).

2.4 Tratamiento de la depresión postparto

Los programas creados para el tratamiento de la DPP desde los enfoques teóricos más empleados en la actualidad cuentan con las siguientes características:

- Programas de TCC: incluyen aspectos tradicionales como la activación conductual y la reestructuración cognitiva, así como módulos de psicoeducación, autoestima, asertividad e interacción con el bebé. En algunos casos se han incorporado contenidos para aumentar el apoyo interpersonal y la comunicación.
- Programas de IPT: centrados en cuestiones interpersonales, especialmente los cambios de rol, con el objetivo de mejorar el apoyo social y el funcionamiento de las relaciones (Nillni *et al.*, 2018).

En nuestro país, la primera unidad de atención destinada exclusivamente al tratamiento de la depresión postparto es la Unidad de Salud Perinatal del Hospital Clínic de Barcelona, donde se trabaja desde estos dos abordajes descritos, empleando fundamentalmente un programa de TCC que se organiza en torno a los siguientes temas:

- Incremento de actividades sociales y conductas de autocuidado
- Técnicas de relajación y regulación emocional.
- Entrenamiento de la asertividad para defender los propios deseos y opiniones y respetar la de los otros.
- Reestructuración de pensamientos negativos sobre una misma, la maternidad o el recién nacido.

2.5 Terapia narrativa

La TN fue creada por White y Epston en los años 80 desde una concepción filosófica postmoderna que reniega de la ambición por lograr un conocimiento objetivo de la realidad, tal y como se pretende desde una epistemología positivista. Por el contrario, el posmodernismo considera el conocimiento como una práctica discursiva que surge de la pluralidad de narrativas, más locales y contextuales (Tarragona Sáez, 2016). Desde este lugar, el lenguaje cobra un lugar privilegiado, considerándose la herramienta a través de la cual construimos la realidad.

Así, la TN asume que las personas dan sentido a sus experiencias y las organizan a través del relato que (se) hacen de las mismas. Estos relatos

construidos determinan a su vez cómo modelan sus vidas y las relaciones que establecen con el entorno (White y Epston, 1993).

Para White y Epston (1993) el malestar de las personas que acuden a terapia es consecuencia de la presencia de “historias dominantes” que están “saturadas de problemas”. Estas historias dominantes son de carácter restrictivo, dejan fuera parte de las experiencias de la persona y favorecen el que se extraigan conclusiones negativas sobre su identidad (Tarragona Sáez, 2016).

Estas narrativas que configuran nuestra percepción de nosotras y nosotros mismas/os se articulan a partir de discursos culturales dominantes (“meta-narrativas”) sobre género, raza, clase, orientación sexual y otras diferencias, así como a partir de las interacciones que establecemos con las personas significativas de nuestras vidas (Lee, 1997). En este sentido, es importante rescatar que la TN busca evidenciar estos discursos de poder, estas meta-narrativas generadas en ideologías dominantes y estructuras opresivas (Rojas-Madrigal, 2020).

Otras de las ideas innovadoras que se integran en la propuesta de la TN son las siguientes (Chamberlain, 2012; Tarragona Sáez, 2016):

- La persona consultante es considerada como la experta en su propia vida, y, por lo tanto, sus interpretaciones o relatos sobre las situaciones se privilegian sobre la interpretación del terapeuta. En este sentido, asimismo, la TN se considera una intervención política, ya que valora la posición de poder del propio terapeuta y promueve un análisis reflexivo que evite la imposición de sus significados sobre la de los/las consultantes.
- En lugar de la patologización, la TN busca la externalización del problema, la ubicación de este como algo separado del cliente, lo que contribuye a rebajar el sentimiento de culpa y a fomentar su sensación de agencia a la hora de solucionarlo.

2.5.1 Terapia narrativa y depresión postparto

No existe literatura sobre el empleo de la TN en el tratamiento de la DPP, por lo que me centraré en el caso más general de la depresión, incluyendo su concepción de este trastorno, su tratamiento y la eficacia de los programas desarrollados para su abordaje.

Concepción de la depresión desde la terapia narrativa

Desde el prisma de la TN, la depresión es consecuencia de la creación por parte de la persona de historias dominantes saturadas de significados negativos, como fracaso o impotencia. Estas son narrativas rígidas y reducidas en torno a contenidos problemáticos que limitan sus emociones, pensamientos y conducta

y les impiden vivir de una manera más rica y gratificante (White y Epston, 1993). Así, la terapia tiene como objetivo facilitar la separación entre la depresión (o las narrativas depresivas) y el *self*, ayudando a los y las consultantes a construir nuevos significados a partir de su experiencia.

Programas de terapia narrativa para el tratamiento de la depresión

La literatura sobre programas de tratamiento para la depresión desde la TN es escasa. En la mayoría de los casos, esta aparece combinada con otros abordajes teóricos, como la terapia centrada en la emoción (Seo *et al.*, 2015) o la atención plena (Rodríguez Vega *et al.*, 2014), lo que implica el uso de técnicas no distintivas de esta terapia. Asimismo, otros estudios se centran en su aplicación en colectivos con trastornos comórbidos (Beutler *et al.*, 2003; Park *et al.*, 2020).

Gonçalves y Bento (2008) han desarrollado un programa de tratamiento para la depresión desde la TN basado en los trabajos de White y Epston (1993) y White (2007), que busca reescribir las narrativas problemáticas a través de una serie de técnicas que se organizan en torno a las siguientes fases terapéuticas:

- **Fase de deconstrucción:** los objetivos de esta fase son entender el problema en su contexto, conocer cómo impacta en la vida de la persona y deconstruir la narrativa dominante encontrando la historia oculta o no-dominante. Para ello, la técnica fundamental es la conversación externalizadora (White, 2007), en la que se usa el lenguaje de una manera que separa el problema de la persona, confiriéndole a este incluso una entidad propia distinta de la del sujeto.
- **Fase de reconstrucción:** tiene como objetivo promover la elaboración narrativa de aspectos diferentes, esto es, de experiencias que no se encuentran dentro de la narrativa saturada de problemas. Para ello se exploran los acontecimientos excepcionales, es decir, eventos o épocas en la vida del/ de la consultante que contradigan esa historia dominante (Tarragona Sáez, 2016). Esto permite ir desarrollando una auto narrativa que redefina la relación de la persona consigo misma, con su historia y con los otros importantes de su vida.
- **Fase de consolidación y terminación:** esta fase busca consolidar la auto narrativa alternativa y anclarla en la red de discursos y prácticas socioculturales. Las técnicas que se emplean son la creación de metáforas para el proceso de cambio y su documentación. También se pueden organizar “ceremonias de definición” en las que se presenta la nueva auto narrativa, las nuevas conductas, deseos o valores a las personas importantes del entorno (White, 2007). Estas ceremonias promueven la experiencia de reconocimiento y validación social de esta auto narrativa, contribuyendo a la formación de un sistema de significados

sobre la identidad del cliente que se comparte con otras personas (Lopes, 2014).

Lopes *et al.*, (2014), compararon la efectividad de este programa de TN con otro de TCC para la reducción de los síntomas de depresión, hallando una reducción significativa de los síntomas en ambos tratamientos.

Terapia narrativa en formato grupal

Por otra parte, aunque no dirigido estrictamente a personas con diagnóstico de depresión, es importante rescatar el trabajo de Koganei *et al.* (2021), quienes crearon en Japón un programa de terapia grupal basado en la TN llamado *Take Back my Story*. Este programa se diseñó para el tratamiento de mujeres que experimentaban malestar consigo mismas y con sus vidas y su implementación consiguió mejorar su percepción de sí mismas, aumentar su sensación de valía, reducir su irritabilidad y mejorar sus patrones de sueño.

El planteamiento del programa surgió del reconocimiento de la dificultad que experimentan las mujeres japonesas para adaptarse a las contradicciones entre los discursos imperantes y contradictorios sobre el rol de la mujer en su sociedad (rol doméstico vs. rol moderno) y los problemas de invalidación que esto genera. Este programa emplea técnicas de la TN como la externalización, las preguntas de influencia relativa, el paisaje de conciencia y acción y el recuerdo. Además, incorpora la técnica del árbol de la vida creada por Denborough (2014). Estas técnicas se emplean a lo largo de 6 sesiones grupales planteadas tal y como se expone en la Tabla 2, adaptada de Koganei *et al.*, (2021):

Tabla 2

Programa de terapia narrativa "Take back my story"

-
- Sesión 1: Identificación de problemas (entre los que se encuentran sentimientos de depresión)
 - Sesión 2: Externalización de problemas y discusión sobre su impacto en la vida de las participantes.
 - Sesión 3: Identificación de creencias que obstaculizan obtener la vida deseada. Reescritura de historias de satisfacción.
 - Sesión 4: Discusión sobre relaciones con personas que las han ayudado.
 - Sesión 5: Árbol de la vida: Reflexión sobre la propia vida desde una perspectiva más amplia. Integración.
 - Sesión 6: Discusión de nuevos hallazgos sobre ellas mismas en el grupo.
-

Nota: Adaptada de "Women's Psychological Experiences in a Narrative Therapy-Based Group: An Analysis of Participants' Writings and Beck Depression Inventory—Second Edition" (p.469) por K. Koganei *et al.*, 2021, *Japanese Psychological Research*. 63(4)

El análisis de los resultados obtenidos tras la aplicación del BDI-II (Beck *et al.*, 1996) pre y post tratamiento demostró que las participantes mostraban menos malestar consigo mismas y/o con su pasado y un mayor grado de aceptación tras el mismo. Las puntuaciones de cuatro de las siete participantes en cuanto a falta de valía, autocrítica, y sensación de fracaso había disminuido. Otras tres vieron reducidas sus puntuaciones en irritabilidad y cambios en los patrones del sueño.

Eficacia de la terapia narrativa

Más allá de los resultados de las intervenciones comentadas, existen pocos estudios controlados que exploren la efectividad de la TN en grupos de adultos con depresión moderada. El único otro hallado es el realizado por Vromans y Schweitzer (2011), que indicó un cambio clínico significativo en el 53% de la muestra, lo que se asemeja a lo obtenido con otros tratamientos.

La falta de investigación por parte de los psicólogos que trabajan desde esta orientación puede deberse a su posicionamiento filosófico posmoderno, que rechaza la existencia de verdades universales sobre el comportamiento humano que puedan explicar la experiencia del paciente. Este rechazo a la objetividad inhibe el uso de estudios empíricos cuantitativos para explicar la efectividad de la terapia (Lopes, 2014). Esto llevaría a una preferencia por los enfoques cualitativos que expliquen la experiencia humana, así como por estudios de caso único. Varios de los realizados en esta línea sugieren resultados positivos para una amplia variedad de problemas y trastornos (Lopes, 2014).

Por otra parte, los terapeutas narrativos suelen huir de categorías diagnósticas, sino que buscan mapear cómo el problema afecta a la persona y explorar situaciones en las que la persona superó ese problema, siempre desde la perspectiva del/ de la cliente (White y Epston, 1993).

2.5.2 Terapia narrativa y trauma

Desde la TN el trauma conduce a historias abiertamente negativas, amenazantes y aisladas del resto de experiencias generales pasadas y presentes de la persona (historias centradas en temas y acontecimientos que tienen que ver con el trauma, excluyendo todo lo demás), lo que puede generar angustia y síntomas propios del TEPT (Erbes *et al.*, 2014).

La TN implica el uso de conversaciones colaborativas entre la terapeuta y la persona consultante en las que se ponen de manifiesto las narrativas que se originan del trauma, se exploran maneras alternativas de interpretar los acontecimientos pasados y presentes que generen menos angustia e incapacitación y se anima a llevar a cabo nuevas acciones consistentes con estas nuevas narrativas e inconsistentes con las anteriores.

Esta terapia involucra a las y los clientes en un proceso que les distancia de su experiencia de los problemas, permitiéndoles analizar, reflexionar y deconstruir la influencia de estos sobre sus vidas (Tarragona Sáez, 2016).

2.6 Terapia narrativa feminista

La TNF supone la integración de la teoría y técnicas de la TN con aquellas de la terapia feminista, en especial el principio común que rige esta última de que “lo personal es político”, lo que implica que la organización sociopolítica y de poder

en una sociedad se refleja tanto en nuestra experiencia personal como en nuestras relaciones interpersonales (Maine, 2004)

Como se ha comentado anteriormente, la TN es una práctica que considera la influencia de los discursos sociales en la construcción de las narrativas personales de la persona consultante. En este sentido, y desde el conocimiento de las desigualdades de género, la TN ya es una terapia que se nutre de la teoría feminista. Sin embargo, tal y como expone Maine (2004), en la práctica, esta terapia puede decidir no hacer explícita de manera directa estas cuestiones sociopolíticas de fondo. A diferencia de esto, la TNF nunca busca únicamente lidiar con la “historia saturada de problemas”, sino elucidar las estructuras sociopolíticas que contribuyen a perpetuar la narrativa problemática.

La TNF defiende que las historias y sus sistemas de significado tienen que ver con el género. Esta perspectiva pretende ilustrar cómo las auto narrativas de las mujeres no son nunca neutras o inherentes a la persona, sino que forman parte de historias de género dominantes que modelan las experiencias de las mujeres y el significado que dan a estas experiencias. En este sentido, un enfoque feminista narrativo puede ser muy útil para el tratamiento de problemas que tienen las mujeres como resultados de las expectativas socialmente construidas sobre ellas en las sociedades occidentales (Lee, 1997).

Tal y como expone Maine (2004), las mujeres son más vulnerables a auto narrativas o historias sobre culpa, inseguridad, cuestionamiento y no merecimiento. Un abordaje desde la TNF trabajaría con estas historias para situarlas contextualmente y contribuir a la re-autoría de historias alternativas que permitan generar sentimientos de poder y control sobre la propia vida.

Solo se han descrito tres propuestas para el tratamiento psicológico desde la TNF, ninguna de ellas dirigida al tratamiento de la DPP. La primera de ellas es la descrita por Lee (1997) para el tratamiento de una mujer con una problemática relacionada con el “mito de la belleza”, tal y como lo describe Woolf (1991). Maine (2004), por su parte, propone un abordaje desde la TNF para el tratamiento del TEPT y el abuso de sustancias en mujeres supervivientes de abuso sexual infantil. En último lugar, Brown (2007) describe una integración de las terapias narrativa y feminista para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

El estudio de Lee (1997) no presenta conclusiones claras sobre la efectividad del tratamiento en este único caso, Maine (2004) realiza un análisis caso por caso de la evolución en las narrativas de cada una de las pacientes en el grupo que dificulta extraer conclusiones generalizables y el programa diseñado por Brown (2007) tampoco presenta ninguna descripción o análisis de su eficacia.

3. Problema

La incidencia de la DPP en nuestro país se sitúa en torno a un 27,5%, lo que implica un riesgo importante para la salud y bienestar de las mujeres, las familias

y el desarrollo cognitivo y emocional de las hijas e hijos recién nacidas/os. Actualmente existen pocos tratamientos psicológicos en nuestro país destinados a abordar este trastorno, que en muchos casos no es diagnosticado. Por otra parte, la única unidad creada en España para el tratamiento específico de la DPP lo hace desde la TCC y, en menor medida, la IPT, que, aunque parecen mostrar una efectividad en la mejora de los síntomas, no plantean de manera explícita los discursos sociales y de género que influyen en su génesis. Asimismo, ninguno de estos programas reconoce ni aborda la realidad del trauma en el parto, que muestra una mayor prevalencia en mujeres que se identifican con la DPP y que influye en el estado emocional de las mujeres tras dar a luz.

Esta situación puede estar inhibiendo una recuperación más completa que permita a las mujeres madres liberarse de las opresiones que implican las exigencias del rol de madre y los conflictos identitarios que surgen como consecuencia de discursos contradictorios sobre el lugar de la mujer en la sociedad occidental. Tampoco habilita a la recuperación completa de los síntomas de reexperimentación, evitación y disociación propios del trauma y a la ira y ansiedad que pueden surgir como consecuencia de un alumbramiento traumático.

Finalmente, la falta de cuestionamiento sobre estos imperativos puede contribuir a perpetuar el problema, evitando que se potencien procesos colectivos de cambio que permitan redefinir la experiencia de ser madre a un nivel macro.

4. Objetivos

A partir del problema descrito, se derivan las siguientes preguntas y objetivos asociados que guiarán este trabajo:

1. ¿Los discursos de género influyen en el surgimiento de síntomas de DPP?
 1. Objetivo: Determinar el impacto de los discursos de género en el surgimiento de síntomas de DPP.
2. ¿La intervención grupal desde la TNF es eficaz para el tratamiento de la DPP y la integración de las experiencias de trauma vividos durante el parto?
 1. Objetivo: Determinar la eficacia de la TNF para el tratamiento de los síntomas de la DPP.
 2. Objetivo: Determinar la eficacia de la TNF en el procesamiento del trauma del parto y mejora de síntomas asociados.

5. Propósito de la intervención

La intervención propuesta consiste en implementar un programa terapéutico grupal para el tratamiento de la DPP desde el enfoque de la TNF. El programa

está destinado a pacientes derivadas desde atención primaria durante su seguimiento en el puerperio que manifiesten síntomas asociados con este trastorno al transcurrir al menos 3 semanas desde el alumbramiento.

El programa pretende, a lo largo de 7 sesiones grupales de periodicidad semanal, promover la desidentificación de las mujeres de sus problemas, el establecimiento de una relación entre estos y las meta-narrativas de género, la deconstrucción de las narrativas rígidas y saturadas de problemas sobre sí mismas y la autoría de nuevas historias que permitan realizar su transición de rol y acomodarse en una nueva identidad. Esto se hará a través de distintas técnicas narrativas como las conversaciones externalizadoras y de re-autoría, y las ceremonias de definición. Dado el gran potencial de integración con otras terapias, se podrá recurrir a técnicas de otros enfoques integradores como el mapa identitario (Pérez Sales, 2006).

La propuesta terapéutica grupal parte principalmente de la importancia de proporcionar un contexto de apoyo que permita la desmitificación de la maternidad y la toma de conciencia del problema social, la ruptura del aislamiento, la vergüenza y la impotencia. Asimismo, el trabajo en grupo puede servir para promover la identificación entre las participantes, potenciando los resultados terapéuticos, y resulta más eficiente en términos económicos, generando un menor gasto en el sistema público de salud.

La terapia tendrá también un componente de trabajo del proceso de embarazo y parto de las participantes para identificar posibles indicadores de trauma en el parto o descontento con el tratamiento de su cuerpo por parte de las autoridades sanitarias. A través del abordaje narrativo feminista se identificará la posible influencia de las narrativas sociales en prácticas médicas percibidas como no adecuadas y se buscará distanciar a la persona del trauma a través de la práctica externalizadora y la re-autoría de su historia.

Se establecerá un monitoreo pre y post tratamiento que permita determinar la eficacia del programa para la remisión de las distintas formas en las que se puede expresar la DPP. Se espera hallar una influencia de la socialización de género en el malestar de las participantes, expresado a través de referencias a la no conformidad con el ideal de madre, la sobrecarga de cuidados, el menoscabo de su identidad previa y la dificultad para conciliar todas las demandas presentes.

6. Método

6.1 Diseño de la evaluación

Esta propuesta terapéutica implica el empleo combinado de metodología cuantitativa y cualitativa en la evaluación de sus resultados y como medio para dar respuesta a los objetivos de la investigación. La metodología cuantitativa se emplea como parte de un diseño experimental que pretende medir la eficacia de

la TNF para reducir los síntomas asociados de la DPP, tal y como estos son evaluados en una herramienta diagnóstica de autoinforme, y que contará con un grupo experimental y un grupo control. El grupo experimental recibirá el tratamiento mientras que el grupo control estará compuesto por un grupo de mujeres asignadas a lista de espera. Asimismo, a través de las medidas de este autoinforme previas a la intervención (pre), tras finalizar el tratamiento (post 1) y transcurridos 3 meses desde de su finalización, se analizará de manera cuantitativa si los resultados se mantienen en el seguimiento. El grupo de control solo realizará las medidas pre y post 1, finalizando su participación en la investigación a las 7 semanas.

Por otra parte, a partir de la información recabada en la entrevista inicial se establecerá una relación de porcentaje respecto al número de mujeres en la investigación con una percepción de parto traumático, lo que permitirá analizar hasta qué punto esta constituye un factor de riesgo para el desarrollo de DPP en esta muestra concreta, comparándolo con lo observado en otros estudios.

En cuanto a la metodología cualitativa, esta se centra en el análisis de los temas principales hallados en los relatos de las participantes previos a la intervención, durante y tras finalizar la misma, lo que se realizará a través de herramientas de análisis de contenido. Este foco en el relato y las historias de las mujeres es coherente con la posición filosófica de la terapia narrativa y permitirá no solo obtener una idea sobre la evolución del estado psicológico de las participantes, sino también valorar el impacto de las meta-narrativas (especialmente de género) en su experiencia. A partir de este análisis se intentará asimismo ilustrar el proceso de cambio en las participantes como respuesta al programa terapéutico. Los relatos sobre los que se trabajarán se obtendrán a partir de la transcripción de una primera entrevista y ejercicios de escritura libre realizados al finalizar cada sesión.

La muestra se compondrá de 16 mujeres en el puerperio derivadas desde atención primaria y asignadas aleatoriamente al grupo control o grupo experimental.

El equipo terapéutico lo compondrán dos terapeutas narrativas con formación específica en género y se contará con la colaboración de dos estudiantes en prácticas para la supervisión de las dinámicas en sesión, la transcripción de documentos y el análisis de contenido.

El tratamiento consiste en la impartición de un programa de terapia narrativa feminista grupal que consistirá en 7 sesiones de 2 horas de duración que tendrán lugar con una frecuencia semanal. El objetivo de este programa es la reducción de la sintomatología asociada con la DPP, la toma de conciencia de las meta-narrativas que influyen en su experiencia como madres y su malestar en el puerperio y la re-autoría de historias personales por parte de las participantes que permitan una mayor satisfacción consigo mismas y una mejor adaptación a este nuevo estado vital. Las sesiones se organizan tal y como se incluyen en la Tabla 3.

Tabla 3

Programa de terapia narrativa feminista para el tratamiento de la DPP

Sesión 1: Definir y externalizar el problema

Sesión 2: Re-autoría del embarazo y parto: control y agencia.

Sesión 3: ¿Qué es ser madre? Significados de la maternidad, impuestos y propios

Sesión 4: Transición de rol #1 y fuerza interior

Sesión 5: Transición de rol #2 e identidad

Sesiones 6 y 7: Integración y consolidación de nuevas narrativas

Nota: elaboración propia

Tras finalizar esta fase de tratamiento comenzará la fase de análisis de resultados a partir de las herramientas empleadas y que se describen de manera más detallada en el apartado 7.

6.2 Participantes

La muestra se compone de 16 mujeres con las que se establecerá contacto a partir de la derivación por parte de los profesionales sanitarios de atención primaria que realicen el seguimiento de la salud de la madre y el bebé en el puerperio, a partir de la 3ª semana desde el alumbramiento (específicamente médicos/as y personal de enfermería). El límite temporal de las 3 semanas se establece con objeto de descartar a madres que puedan estar experimentando un episodio de *baby blues* cuyos síntomas desaparezcan de manera natural con el paso de los días, sin necesidad de tratamiento. Por otra parte, el limitado tamaño de la muestra facilita la intervención grupal y la interacción entre las compañeras, su participación y la creación de un ambiente de confianza durante las sesiones. Asimismo, este número puede ser un tamaño de muestra realista en cuanto a la cantidad de mujeres que podrían obtenerse de un mismo hospital o centro de salud, cumplir con los criterios de inclusión y exclusión y comprometerse con la investigación en curso.

Los criterios de inclusión y exclusión son los siguientes:

- **Criterios de inclusión:** tener entre 18 y 40 años, presentar una puntuación igual o superior a 10 en la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) y haber dado a luz en las últimas 4-24 semanas.
- **Criterios de exclusión:** presencia de episodios de psicosis o manía, alto riesgo de suicidio, historial de depresión previo al embarazo, recibir tratamiento farmacológico o psicológico concurrente.

Una vez seleccionadas las 16 participantes y confirmada su participación, estas serán asignadas a uno de los grupos (experimental o control) a partir de un muestreo aleatorio simple. Así, se asignará a cada una de las participantes un número del 1 al 16 y, mediante un programa informático, se generarán 8 números aleatorios dentro de este rango. Las participantes que tengan estos números

serán incluidas en el grupo experimental, pasando el resto a formar parte del grupo control.

En cuanto a las consideraciones éticas de la investigación, se solicitará a las participantes la firma de un consentimiento informado previo a la realización de la primera entrevista, evaluación y asignación a uno de los grupos. Antes de la firma de este consentimiento, se les proporcionará información general sobre los objetivos y características de la intervención. Se comunicará asimismo el carácter voluntario de la participación en el estudio y su derecho a renunciar en cualquier momento, con la garantía de continuar recibiendo el tratamiento que sus profesionales sanitarios de referencia consideren más adecuado a su situación. El estudio se implementará siguiendo el protocolo de la Declaración de Helsinki y los datos de las participantes serán tratados de acuerdo con lo establecido por la normativa actual de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Por razones éticas, se ofrecerá a las pacientes asignadas a lista de espera la posibilidad de completar el programa grupal de TNF una vez finalizadas sus 7 semanas de participación en el estudio. Asimismo, durante su permanencia en el grupo control, se realizarán breves llamadas telefónicas quincenales para valorar el riesgo de suicidio y su capacidad para esperar al tratamiento.

6.3 Instrumentos

6.3.1 Cuantitativos:

-Edinburgh Postnatal Depression Scale, Versión española (EPDS; García-Esteve, 2003): es la escala más empleada para medir las alteraciones en el estado de ánimo en el puerperio y la más utilizada como herramienta diagnóstica para valorar la presencia de DPP. Se trata de una medida de autoinforme compuesta por 10 ítems a la que se ha atribuido una estructura trifactorial compuesta por tres subescalas de anhedonia, depresión y ansiedad. La diferencia entre las puntuaciones pre- y post- en esta escala permitirá verificar la eficacia de la terapia narrativa feminista para disminuir los síntomas asociados a la DPP. Los 10 ítems consisten en breves afirmaciones que las mujeres deben calificar en función de su frecuencia durante los últimos 7 días. A partir de sus respuestas se asignan puntuaciones que se han de sumar para obtener la puntuación final, que puede variar entre 0 y 30, estableciendo en este caso una puntuación de corte 10 como aquella que más probablemente permite identificar a mujeres que padezcan algún tipo de trastorno depresivo tras el parto.

Se ha elegido esta escala porque permite superar las limitaciones de otras medidas de autoinforme como el BDI (Beck *et al.*, 1961) a la hora de detectar adecuadamente los casos de DPP, en parte debido al énfasis de estas en síntomas somáticos de trastornos psiquiátricos que pueden deberse a cambios fisiológicos normales asociados con la crianza (Cox *et al.*, 1987). Esta escala ha sido validada para una población española por García-Esteve *et al.*, (2003), quienes encontraron que, estableciendo un punto de corte de 10/11, la EPDS permitía identificar al 100% de las mujeres con depresión mayor, ofrecía una

sensibilidad del 79%, una especificidad del 95% y un valor predictivo del 63%, proponiendo que se estableciese esta medida como referencia para la evaluación de mujeres dentro de la atención primaria.

Esta herramienta permitirá evaluar la presencia de DPP pre y post tratamiento, lo que se empleará para determinar la eficacia de la TNF para la mejoría de los síntomas propios de este trastorno.

6.3.2 Cualitativos:

-Entrevista no estructurada: se realizará en la reunión individual inicial con las potenciales participantes y se desarrollará a partir de la consigna de “cuéntame tu historia” que permita a las participantes relatar su recorrido, su situación actual y explorar las historias que estas se narran para dar sentido a su experiencia en el puerperio, a la relación con sus familiares, a su estado de ánimo, etc. Con esta entrevista se pretende generar un espacio de confianza y libertad en el que las entrevistadas puedan plantear aquellos temas centrales y dificultades que perciben más relevantes dentro de su situación, así como favorecer el establecimiento de un buen vínculo terapéutico. Este formato admite el uso de preguntas o afirmaciones para clarificar o centrar el relato cuando sea necesario.

-Hojas de reflexión: tras finalizar cada sesión se entregará a las participantes una hoja de reflexión para que realicen un ejercicio de escritura libre en el que reflejen aquello que les venga a la mente en relación con la sesión de ese día, qué han experimentado, qué piensan, qué ideas se llevan.

Estas dos herramientas cualitativas permitirán explorar la presencia de mandatos de género y su relación con la DPP, así como de trauma percibido en el parto. Asimismo, la evolución del contenido de los relatos permitirá valorar la eficacia de la TNF a la hora de generar historias alternativas y disminuir los síntomas de la DPP e ilustrar el proceso de transformación que atraviesan estas mujeres.

6.4 Procedimiento

6.4.1 Evaluación:

Tras la valoración y derivación de las potenciales participantes por parte de atención primaria tendrá lugar una primera reunión individual con cada una de ellas en la que se proporcionará información sobre la investigación e intervención, se firmará el consentimiento informado y se procederá a la realización de una primera entrevista.

Esta entrevista será de carácter no estructurado y comenzará con la consigna inicial a las participantes de que relaten su historia, lo que servirá para conocer sus narrativas e identificar ya temas centrales que ocuparán un lugar en el análisis de contenido. Se podrán intercalar preguntas aclaratorias o destinadas a centrar la conversación en su experiencia de la maternidad, su estado actual y

sus principales dificultades. Asimismo, en el caso de que este tema no surja de manera espontánea, se dará la indicación: “cuéntame qué recuerdo tienes de tu parto”, lo que servirá para iniciar una conversación que permita valorar la presencia de trauma percibido durante el mismo. Si tras esta conversación no queda claro si la persona percibe su parto como traumático o no, esta pregunta se hará de manera directa: “¿dirías que durante la experiencia del parto viviste algún momento traumático?”. Tras esto, y en el caso de no haber podido obtener toda la información durante la primera parte de entrevista, se realizarán una serie de preguntas destinadas a conocer si las participantes se adecúan al perfil establecido por los criterios de inclusión y exclusión.

La entrevista será grabada para su posterior análisis previo permiso de las entrevistadas y tras haberles explicado los objetivos de la grabación. Tras finalizar, y en caso de cumplir con el resto de los criterios de inclusión y no presentar ninguno de los criterios de exclusión, se administrará la EPDS. Las participantes que obtengan una puntuación igual o superior a 10 en esta herramienta de autoinforme serán propuestas para la investigación y, en caso de conformidad por su parte, asignadas aleatoriamente al grupo experimental o control.

Una vez conformados los grupos se citará a las participantes de ambos por separado para una segunda reunión. A las participantes del grupo control se las informará de su condición, de las llamadas de seguimiento y de su compromiso con el programa durante 7 semanas, momento en el que habrán de completar de nuevo la EPDS. A las participantes del grupo experimental se les explicará más detalladamente el funcionamiento del programa, su duración y horarios y se las citará para la primera sesión del mismo, dando así inicio a la fase de intervención.

6.4.2 Intervención

Sesión 1: Definición y externalización del problema.

La primera sesión partirá con un recordatorio de los componentes principales y funcionamiento del programa. Recapitularemos cómo nos hemos conocido y llegado a este lugar y cómo este es un contexto en el que mujeres que han sido madres pueden compartir sus experiencias en un entorno de confianza. Se aclarará que cada mujer tiene su “historia” y que todas tendrán cabida en el grupo, destacando cómo la diferente visión de cada una puede enriquecernos a todas. Se explicitará que el grupo no pretende imponer formas de actuar o maneras adecuadas de vivir la maternidad. Al contrario, queremos que cada una de ellas encuentre su propio lugar desde el que experimentarla y, si lo desean, lo compartan con el grupo. A continuación, se planteará un ejercicio de presentación que permita que las integrantes del grupo se vayan conociendo y ganando confianza. Para ello, se ofrecerá a cada una de ellas la oportunidad de presentarse y compartir lo que deseen sobre sí mismas.

Tras esta introducción comenzará el tratamiento con el empleo de la técnica narrativa de externalización del problema, que permita a las participantes nombrar el problema y situarlo fuera de ellas mismas, disminuyendo así la culpa y contribuyendo a ganar perspectiva.

Para esto, se pedirá a las integrantes del grupo que, de manera voluntaria, participen representando el papel del que identifican como su problema actual más perturbador, poniéndole primero un nombre y actuando a continuación como si este tuviera una personalidad propia, lo que implica actuar y pensar como si fueran ese problema concreto. Ejemplos de problemas que podrían surgir son tristeza, la depresión, la culpa o el miedo, o incluso el niño o niña recién nacido/a.

A continuación, la terapeuta participará de esta representación “entrevistando al problema”. Se indicará a cada voluntaria que imagine que la terapeuta es una reportera que trata de conocer más sobre este problema. Se dará la consigna al resto de compañeras de observar atentamente y preparar preguntas que podrían hacer que no hayan surgido durante la entrevista. Las preguntas de la terapeuta versarán sobre los planes, intenciones, sentimientos y actitud del problema hacia la participante. Una lista de “preguntas guía” se puede consultar en el anexo 2. Esta lista trata de proporcionar una cierta homogeneidad al procedimiento, pero es orientativa en función del relato de la participante y habrá de ser adaptado según las necesidades del grupo. Tras 5-10 minutos de entrevista, se animará al resto de compañeras a hacer preguntas u observaciones sobre el problema.

Al terminar la entrevista, la terapeuta da las gracias al problema y le despide, pidiéndole a la voluntaria que comente lo que crea que haya aprendido de esta entrevista y pidiéndole permiso para que el resto de las compañeras puedan comentar también lo que ellas han aprendido. Entre las preguntas que se pueden hacer a la voluntaria se incluyen: “*¿cómo te sentías siendo el problema?*” o “*¿qué actitud crees que este problema tiene hacia ti?*” Las percepciones del grupo sobre la intención y la actitud del problema son destacadas. Este proceso se repetirá con otras dos personas del grupo, en función del tiempo disponible.

Se espera que la externalización del problema por parte de las participantes resulte emancipadora y beneficie al resto de las participantes, ayudándolas a generar maneras alternativas de contemplar sus problemas actuales.

Al resto de participantes se les proporcionará un documento con las preguntas guía en caso de que quieran completarlas en casa para ganar entendimiento sobre su problema y su relación con él.

Sesión 2: Conversación terapéutica de re-autoría del embarazo y el parto.

Esta sesión comenzará dando a las participantes tiempo para comentar aspectos que hayan resultado relevantes de la sesión anterior, o de los ejercicios hechos en casa. Plantear dudas o hallazgos que se quieran compartir en el grupo.

A continuación, se pasará con el foco de la sesión 2, que se centra en la narración del proceso de embarazo y parto para la detección y tratamiento de

elementos de insatisfacción o trauma en relación con el tratamiento recibido durante este periodo que pueda contribuir a la sensación de malestar experimentada por las participantes.

Para ello, se comenzará proyectando las figuras 1 y 2 para fomentar la reflexión, pidiéndoles que comenten aquellas cosas que les sugieren:

Figura 1

Imagen de partería en Méjico



Figura 2

Imagen de parto medicalizado



Figura 1: Nota: Extraída de semmexico. <https://www.semmexico.mx/la-fundacion-kellogg-reconoce-el-valor-de-la-parteria/>

Figura 2: Nota: Extraída de Universidad Peru. <https://www.universidadperu.com/peru-medicalizacion-del-parto-en-el-peru-del-siglo-xx.php>

Algunas preguntas para elicitación de la reflexión son: “¿cómo creéis que se encuentran las mujeres de las fotos?”, “¿en qué creéis que se diferencia el tratamiento del cuerpo de la mujer en una y otra foto?”, “¿creéis que las mujeres pueden elegir?”, “¿en qué se parecen estas fotos a la historia de vuestro parto?”, “¿cómo os parece que fue vuestro parto?”

La terapeuta estará atenta al relato de las mujeres para identificar elementos de trauma percibido en el parto por parte de las participantes. En los casos en que así sea, se practicará una re-autoría de la posible historia saturada de problemas con impacto en la identidad, en las que es factible encontrar una sensación de impotencia ante prácticas médicas o actitudes por parte de los profesionales o familiares y culpa por no haber sabido poner límites a esta violencia.

Para ello, se llevará a cabo una conversación de re-autoría centrada en restaurar la sensación de agencia, que ponga el foco en las estrategias puestas en marcha por parte de las mujeres para sobrevivir a esa situación y asegurar su bienestar y el de su bebé.

En esta conversación se procederá de acuerdo con el modelo propuesto por Beaudoin (2005), explorando las siguientes áreas:

- Interpretar como significativas las acciones realizadas y relatadas como insignificantes o inútiles.
- Reconocer las acciones realizadas y no relatadas.
- Deconstruir las acciones no realizadas y narradas como ideal.
- Observar y apreciar las acciones no realizadas y no relatadas.

Sesión 3: Deconstrucción ideal de madre-Construcción de la madre real:

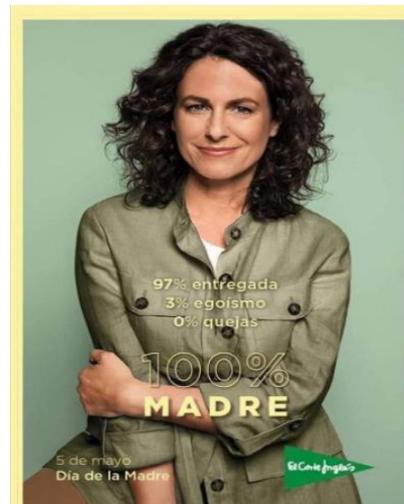
Esta sesión está centrada en la toma de conciencia y cuestionamiento del ideal de maternidad y feminidad presente en nuestra sociedad y que genera sentimientos de inadecuación, culpa y sobrecarga.

Para ello, se comenzará con una conversación elicitadora de significados dibujando en una pizarra la palabra “MADRE” y pidiendo a las participantes que anoten debajo las palabras o frases que les vienen a la cabeza, recolectando un mínimo de 10 significados. A continuación, se preguntará: “¿estas ideas son nuestras?”, “¿de dónde creéis que vienen?”

Tras la conversación, se proyectará la imagen de la Figura 3:

Figura 2

Campaña del día de la madre de El Corte Inglés (2019)



Nota: Extraída de El confidencial. https://www.elconfidencial.com/espana/comunidad-valenciana/2019-05-06/el-corte-ingles-campana-dia-madre-generalitat_1984318/

Se pedirá a las participantes que den sus impresiones sobre este anuncio: “¿es esta una madre 100%?”, “¿qué se requiere para ser una madre 100% o una buena madre?”, “¿qué expresión facial le veis?”, “¿qué es ser egoísta?”, “¿puede una mujer que no se queja y no se dedica a ella tener esa expresión facial?”

Tras este debate grupal se dividirá a las integrantes en dos grupos y se les proporcionará material de revistas destinadas al público femenino, revistas de

belleza y secciones de hogar dentro de las revistas de prensa rosa. Se les darán 20 minutos para que busquen entre ellas ideas, noticias, fotos que identifiquen con el ideal de madre que se exige en nuestra sociedad y presenten el *collage* al otro grupo, explicando el porqué de sus elecciones.

Tras esto, se pedirá que pongan nombre a la experiencia emocional que les genera la visión de este collage.

Finalmente, se utilizará de nuevo la pizarra para escribir los significados que asocian a su experiencia personal como madres, bajo el rótulo: "Una madre real".

Sesión 4: Transición de rol y trabajo con la fuerza interior

Esta sesión está dedicada a facilitar la transición de rol, permitiendo transitar las dificultades para aceptar la pérdida del antiguo rol y asumir el nuevo, facilitando la significación de este de manera que pueda convertirse en una fuente de autoestima. Esto se trabajará a lo largo de 2 sesiones. En esta primera sesión se trabajará en parejas con las dos terapeutas y terapeutas en prácticas supervisando los grupos de trabajo.

Se proporcionará a las participantes un guion de entrevista para que se pregunten entre ellas, en función del esquema propuesto por Rodríguez-Vega y Fernández Liria (2014). A continuación, se incluyen las preguntas ordenadas por objetivo, tal y como se formularán:

- Facilitar la evaluación del rol antiguo: *¿qué hacías antes de ser madre?, Cuéntame un poco tu día a día, ¿qué era lo que más te gustaba?, ¿y lo que menos?, ¿qué habrías cambiado de lo que tenías antes?, ¿qué echas de menos?, ¿qué otras cosas de las que tenías antes no echas de menos?*
- Expresión de afectos: *¿cómo te sentías antes de ser madre?, ¿qué sentiste cuando comprendiste que ese antiguo rol tuyo iba a desaparecer?, ¿qué te hace sentir que esa etapa terminó?*
- Facilitar la evaluación del nuevo rol: *¿en qué consiste ser madre?, ¿qué tiene de malo?, ¿y de bueno?, ¿qué necesitarías para sentirte a gusto?, ¿te sientes segura en tu rol de madre?, ¿qué necesitarías para sentirte satisfecha?*
- Expresión de afectos: *¿qué sientes en tu nuevo rol de madre?, ¿qué es lo que sientes al ver a tu hija/o y saber que eres su madre?*
- Explorar las dificultades para la adquisición de las habilidades requeridas por el nuevo rol: *¿qué es lo que esta nueva situación exige de tí?, ¿cómo te sientes con ello?, ¿qué es lo que está yendo bien?, ¿y lo que va mal?, ¿qué cambios ha habido desde que empezó?, ¿qué temas que podría pasar?, ¿cómo te sentirías entonces?*

Estas preguntas pueden implicar la conexión con emociones desagradables de incapacidad, miedo o culpa que se vivencien de manera negativa, por lo que la segunda parte de la sesión se centrará en un trabajo terapéutico que permita generar sensaciones de protección, seguridad y bienestar, así como restaurar una sensación de empoderamiento, de capacidad para transitar este nuevo rol y sus demandas. Para ello, se empleará con las participantes la técnica del lugar seguro y el ejercicio de la fuerza interna según el guion propuesto por Phillips (2000), que se puede encontrar en el anexo 3.

Sesión 5: Transición de rol y trabajo con la identidad

En esta sesión se continuará con el trabajo de transición de rol centrándose primero en la identificación de acontecimientos excepcionales, técnica basada en el reconocimiento de experiencias vitales que no concuerdan con la narrativa dominante que sostiene el problema.

Para ello, se retomará desde las preguntas sobre la exploración de las dificultades en el nuevo rol planteadas en la sesión anterior y se pedirá la participación de mujeres voluntarias.

Para desarrollar esta técnica es importante haber identificado la narrativa problema principal de las participantes durante las sesiones anteriores. Así, si la narrativa principal de una participante, por ejemplo, se presenta como la de no saber cuidar de su bebé o no tener afecto por él o ella, se explorará la consistencia de esta creencia con preguntas como: “*¿esto ha sido así en todas las ocasiones?*”, o “*comentas que no quieres a tu hija, pero también dices que te despiertas corriendo cuando ella llora, ¿por qué crees que te sucede esto?*” El objetivo es identificar esas excepciones, rotularlas, ponerles nombre y explorar la influencia que estas han tenido su vida, enfatizando el significado personal de esa excepción para ella.

La siguiente fase se centrará en explorar las dificultades para la búsqueda de los apoyos requeridos por el nuevo rol, ya que la transición a la maternidad puede implicar la pérdida de ciertos entornos de socialización y requiere la búsqueda de nuevas redes que permitan facilitar la adaptación.

Para ello, se trabajará con todo el grupo con la guía de las siguientes preguntas:

¿qué os parece que le hubiera ayudado a enfrentaros a esta situación?, ¿quién podría haberos prestado esta ayuda?, ¿por quién os habéis sentido apoyadas?, ¿os ha servido este apoyo?, ¿qué es lo que os ha resultado de utilidad?, ¿qué lo hubiera hecho más útil?, ¿habéis conocido gente nueva?, ¿cómo os ha ido con ellos?, ¿qué os ha hecho sentir os bien en esas nuevas relaciones?, ¿qué os hubiera gustado que fuera de otra forma? ¿ha cambiado vuestra relación con las personas que ya conocíais?, ¿en qué ha consistido este cambio?, ¿cómo os están afectando estos cambios a vosotras?, ¿y a ellos/as?, ¿en qué términos podría mantenerse esta relación?, ¿cómo os sentiríais si las cosas llegaran a ser así?, ¿y ellos/as?, ¿qué pasaría si la relación se perdiera?...

Tras esta discusión grupal, y en caso de no haber sido dicho explícitamente por las participantes, se nombrarán las dificultades que implica la crianza en el momento actual y cómo esta puede afectar a los vínculos como medio para normalizar y poner en una perspectiva social la posible sensación de aislamiento.

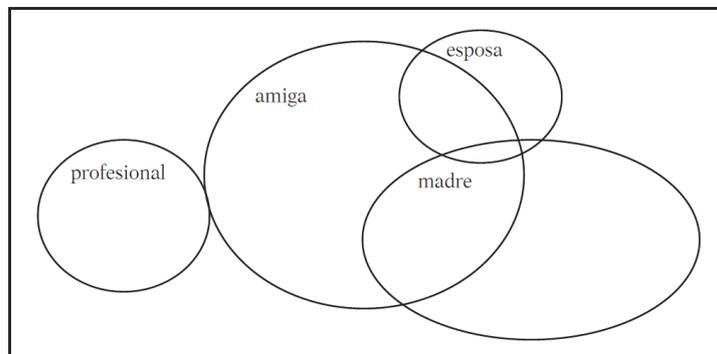
Para finalizar esta fase se pedirá a las integrantes del grupo que anoten una o dos ideas que consideren que pueden ser útiles para ellas a la hora de sentirse más apoyadas en esta etapa: formar parte de un grupo de crianza, pedir ayuda a sus familiares, o cualquier otra.

En último lugar, se trabajará el impacto de esta transición en la identidad de las participantes, para lo que se emplearán dos técnicas distintas. En la primera se les pedirá que dibujen dos columnas bajo los rótulos “yo antes” y “yo ahora”, pidiéndoles que asocien todos los significados posibles para cada uno de estos conceptos. Tras finalizar se hará una puesta en común y se discutirán los sentimientos surgidos tras la observación de esos dos roles.

La segunda técnica empleada será la del Mapa Identitario de Pérez Sales (2006). Para ello, se pedirá a las mujeres que dibujen todos los roles que tienen que asumir en la actualidad, ubicándolos como a ellas les parezca relevante según su momento presente. Un modelo de mapa identitario incluido en Pérez Sales (2006) se puede encontrar en la Figura 4:

Figura 3

Modelo de mapa identitario



Nota: Adaptada de “Trauma, culpa y duelo: hacia una psicoterapia integradora”, por P.E. Pérez Sales (2006). Desclée de Brouwer.

Tras esto se indagará con el grupo sobre la presencia de más roles de los que aparecen en el dibujo y se pedirá que escriban un mínimo de dos cualidades positivas para cada uno de esos dos roles. Finalmente, decidirán si existe un rol que quieren que ocupe más espacio o si quieren reubicar de manera general en el mapa los que habían incluido.

Sesiones 6 y 7: Integración y consolidación de historias alternativas

Tras el trabajo terapéutico a lo largo de las 5 sesiones anteriores se espera que las integrantes del grupo hayan comenzado a construir narrativas diferentes sobre sus vidas y su identidad. En estas últimas dos sesiones, el foco estará puesto en dar escucha y testimonio a estas historias alternativas referidas a nuevos recursos y herramientas descubiertas y engrosarlas a través de la presencia de testigos, lo que se realizará a través de ceremonias de definición.

Esta ceremonia comienza con una voluntaria ocupando el centro de la sala mientras las compañeras se sitúan frente a ella como testigos mudos. La ceremonia consta de 3 etapas que son explicadas con mayor detalle en el anexo 4. Baste decir aquí que, en la primera de ellas (etapa contar), se establece una conversación entre las terapeutas y la protagonista de la ceremonia mientras el resto de mujeres escucha. En esta fase se indaga sobre el proceso de cambio de la persona en el centro, sus habilidades, saberes y valores y cómo se han manifestado. En la segunda etapa, etapa re-contar, se entrevista a las testigos sobre lo que han escuchado. Finalmente, en la tercera, etapa recontar del recontar, la protagonista vuelve a ocupar el centro para rescatar aquellos comentarios de sus compañeras que le han resultado más significativos.

Antes de comenzar es importante dar indicaciones a las testigos sobre la manera deseable de participar: sin juzgar positiva o negativamente y sin dar consejos, únicamente tratando de prestar atención a aquello que la compañera valora y cómo eso influye en su manera de pensar o actuar.

Este proceso se realizará a lo largo de 2 sesiones para que todas las mujeres del grupo tengan la oportunidad de realizar su ceremonia de definición.

Tras la celebración de la última sesión terapéutica y la compleción de la última hoja de reflexión, se pedirá a las mujeres que rellenen de nuevo la EPDS, así como transcurridos 3 meses desde la finalización del tratamiento. Se procederá entonces al análisis de los datos obtenidos a partir del uso de los instrumentos y análisis estadísticos detallados en las secciones 6.3 y 7.

7. Análisis planteados

7.1 Análisis de resultados de pruebas cuantitativas:

7.1.1 Análisis preliminares:

Para determinar que los grupos experimental y control son equivalentes al principio de la intervención y tras la asignación aleatoria de las participantes a uno de ellos, realizamos una prueba U de Mann-Whitney para muestras pequeñas utilizando como variable independiente la pertenencia al grupo experimental o control y como variables dependientes las puntuaciones de la EPDS. Esta prueba no paramétrica es adecuada dado el pequeño tamaño de la

muestra y el hecho de que no se puede asumir una distribución normal de las puntuaciones. Esta técnica estadística permite realizar una comparación de las medias entre los dos grupos y verificar que ambas son similares.

Para determinar la proporción de trauma percibido en el parto estableceremos valores binarios de SI/NO en función de sus respuestas a la entrevista semiestructurada y haremos un cálculo de porcentaje en función de la cantidad de valores SI hallados en el grupo de 16 participantes.

7.1.2 Análisis de los datos relativos a la intervención:

En primer lugar, para investigar la eficacia del tratamiento comparando el grupo experimental con el grupo control, aplicaremos la prueba no paramétrica de U Mann-Whitney siendo la pertenencia a los grupos experimental y control la variable independiente y la puntuación post en la EPDS la variable dependiente. Emplearemos esta técnica como alternativa a la prueba t de student dado que los valores no se adaptan a una distribución normal.

Asimismo, para determinar si los resultados del tratamiento en el grupo experimental se mantienen en el seguimiento se aplicará la prueba de Friedman, la equivalente no paramétrica a la prueba ANOVA de una vía para medidas repetidas, comparando las puntuaciones en la EPDS (variable dependiente) entre las evaluaciones realizadas en los distintos momentos (pre, post 1 y seguimiento).

7.2 Análisis de datos de pruebas cualitativas:

El análisis cualitativo se realizará a partir de los ejercicios de escritura libre realizados por las participantes al finalizar cada sesión y la transcripción de las entrevistas iniciales.

Este proceso consistirá en un análisis temático de la experiencia de las participantes y de su evolución para construir un diagrama de afinidad, lo que se conoce como el método KJ (Kawakita, 1967). Esto implicará la consecución de los siguientes pasos:

- Etiquetado: cada fragmento de escritura libre se divide en frases y estas son etiquetadas de manera que conserven su significado original.
- Clasificación (categorías inferiores): las etiquetas que comparten significados similares se agrupan en categorías inferiores a las que se pone un nombre.
- Clasificación (categorías superiores): las categorías inferiores se clasifican también de la misma manera para componer categorías superiores, que también reciben un nombre. Finalmente, se exploran las

categorías superiores y se representan sus supuestas relaciones en un diagrama de afinidad.

Así, por ejemplo, las siguientes categorías superiores e inferiores (Tabla 4) están adaptadas de Koganei *et al.* (2021), en lo que podría ser un ejemplo de la asociación entre estas diferentes categorías a partir de frases de ejemplo:

Tabla 4

<i>Categorías superiores e inferiores y ejemplos de descripciones</i>	
<i>Categoría superior</i>	<i>Categoría inferior (número de etiquetas); ejemplos de descripciones</i>
<i>Insight</i>	<p><i>Empezando a solucionar problemas (14)</i> Las cosas dependen de cómo yo las interprete <i>Nuevas narrativas sobre el self (12)</i> Me merezco tener relaciones nutritivas y ser tratada con respeto. <i>Clarificación de los problemas (7)</i> Veo que la relación con mis hermanos y su manera de tratarme sigue afectando a cómo me comporto alrededor de los hombres. <i>Clarificación de ideas sobre problemas sociales (8)</i> Siempre había pensado que esto era algo mío, pero ahora entiendo que esta presión para ser una madre ideal nos afecta a todas. <i>Visión negativa de la vida (8)</i> Desde pequeña me siento culpable, siento que no hago las cosas suficientemente bien.</p>
Compartir con otras personas	<p><i>Sentimientos de depresión</i> Todavía lloro al pensar en ello. <i>Compartir los problemas</i> Me alivia ver que otras compañeras sienten ira al igual que yo.</p>
...	...

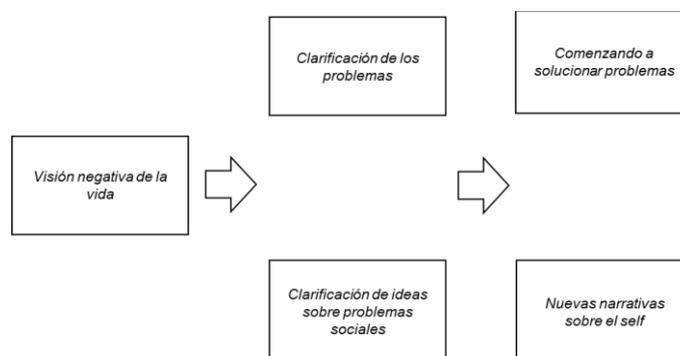
Nota: Adaptada de “Women's Psychological Experiences in a Narrative Therapy-Based Group: An Analysis of Participants' Writings and Beck Depression Inventory—Second Edition” (p.471) por K. Koganei *et al.*, 2021, *Japanese Psychological Research*. 63(4)

Orden cronológico: para analizar el cambio en el contenido de las categorías superiores conforme avanzan las sesiones terapéuticas, estas etiquetas se ordenan de manera cronológica en función de su momento de aparición. Esto permite observar cómo aparecen nuevos significados e ilustrar el recorrido del proceso terapéutico.

Así se podría configurar un diagrama de relación en cada una de las categorías superiores e incluso entre ellas mismas. Un ejemplo de relación entre las categorías inferiores dentro de la categoría superior *insight* podría ser la que describen Koganei *et al.*, (2021), incluida en la Figura 5:

Figura 5

Categorías inferiores en la categoría superior "insight"



Nota: Adaptada de "Women's Psychological Experiences in a Narrative Therapy-Based Group: An Analysis of Participants' Writings and Beck Depression Inventory—Second Edition" (p.472) por K. Koganei *et al.*, 2021, *Japanese Psychological Research*. 63(4)

El uso de este procedimiento cualitativo tiene la ventaja de dar voz a las propias participantes para la narración de su experiencia y observar los significados que estas proponen para definir su proceso, lo cual supone considerar los planteamientos epistemológicos de la terapia narrativa. Asimismo, poder cuantificar la presencia y el orden de aparición de determinadas etiquetas nos permite valorar la presencia y el impacto de determinados contenidos centrales del programa terapéutico: ideal de maternidad, problemas de identidad y multiplicidad de demandas incompatibles. Esto permite dar una respuesta tentativa a otro de los objetivos de la investigación: determinar la influencia percibida de las meta-narrativas de género en el malestar asociado al postparto. La evolución de estas etiquetas nos permite asimismo valorar la efectividad del programa a la hora de generar nuevas narrativas y qué tipo de procesos de cambio despierta en las participantes, lo que resulta importante a la hora de decidir qué procesos puede ser útil potenciar o qué técnicas han resultado más transformadoras. Finalmente, el empleo de este método permite conocer nuevos significados no contemplados por las investigadoras que sea importante considerar de cara a futuros tratamientos.

8. Discusión

Tras la aplicación del U Mann-Whitney con las puntuaciones pre en el EPDS de grupos experimental y control, se espera obtener que ambos grupos son homogéneos en cuanto a sus puntuaciones y, por tanto, que un grupo no tiene un nivel de DPP significativamente mayor que otro. En caso de que se encontrase una diferencia significativa entre sus medias sería necesario reasignar a las participantes de manera aleatoria a los grupos hasta alcanzar valores comparables.

Tras calcular la proporción de mujeres con trauma percibido en el parto se espera encontrar que esta es significativa en la muestra de 16 mujeres con DPP, con un

valor superior al 4% que Dikmen Yildez *et al.* (2017) determinaron como prevalencia de TEPT en la población general de mujeres que dan a luz. Dada la alta correlación entre estrés postraumático y depresión ($r= 0,60$) hallada por Ayers *et al.*, (2016) y el hecho de que para nuestro estudio no se requiere cumplir con los criterios diagnósticos del TEPT, se espera que la proporción de mujeres con esta percepción de trauma supere el umbral del 30%. Esto respaldaría los resultados del estudio de Chen *et al.*, (2021) y apoyaría la consideración de trauma en el parto como un factor de riesgo para el desarrollo de la DPP. La apreciación de esta condición en población española debería motivar la adopción por parte del personal médico de una actitud de mayor comunicación y empatía que minimice la posibilidad de generar trauma en mujeres durante el alumbramiento, especialmente en aquellas con complicaciones en el parto. Si la proporción de trauma percibido en el parto no llegara a alcanzar la tasa esperada se podría contemplar retirarlo como un contenido del programa terapéutico, tratándolo únicamente en casos en que surgiese de manera espontánea por parte de las participantes.

De la aplicación del U Mann Whitney con los datos post 1 de los grupos experimental y control, se espera observar que la puntuación en el EPDS es significativamente menor en el grupo experimental que en el control tras la aplicación del programa de TNF. Esto permitiría determinar que la terapia es efectiva para reducir los síntomas asociados a la DPP y que produce mejores resultados que el no tratamiento, por lo que podría ser una opción adecuada para incluir dentro de los cauces del sistema público. En el caso de que la puntuación no fuese significativamente menor habría que explorar qué implica este resultado, valorando las siguientes opciones:

Opción 1:

La TNF no es eficaz para el tratamiento de la DPP: no podríamos contrastar esta conclusión con los resultados sobre la eficacia de la TNF para otros trastornos dada la falta de estudios al respecto. No obstante, esto contradeciría los resultados de Vromans y Schweitzer (2011), y Lopes *et al.*, (2014) quienes encontraron la TN eficaz para el tratamiento de la depresión. El formato individual y de una mayor duración de los programas empleados en estos estudios podría indicar la necesidad de combinar las sesiones grupales con un seguimiento individual que permita participar a todas las mujeres y trabajar más a fondo con ellas las conversaciones de externalización y re-autoría, incrementando el número de sesiones del programa.

Opción 2:

Las herramientas no son las adecuadas para valorar la eficacia del programa: podríamos plantearnos si la EPDS es la herramienta adecuada para evaluar el cambio terapéutico producido por la TNF. Se podría valorar la necesidad de incluir un cuestionario *ad hoc* que permitiese determinar el cambio de las participantes en cuanto a su concepción de sí mismas, su relación con el problema y con su entorno, el impacto de la culpa y la autoexigencia en sus vidas y su comodidad con el nuevo rol. Aunque es cierto que esperamos obtener información valiosa en este sentido del estudio cualitativo, un cuestionario con

ítems que valoren estas cuestiones podría contribuir a afianzar las conclusiones sobre el proceso de cambio.

Opción 3:

Las mujeres del grupo control han experimentado una mejoría significativa en los síntomas de la DPP durante las 7 semanas en lista de espera: esto implicaría explorar qué tipo de procesos han generado esta mejoría, considerando la posibilidad de que el factor tiempo juegue un papel importante en cuanto a la recuperación de este trastorno.

Del resultado de la prueba de Friedman esperamos concluir que las puntuaciones en la EPDS en el seguimiento (transcurridos 3 meses tras la finalización del tratamiento) son significativamente más bajas que en el pre y similares en valores al post 1. Esto implicaría que el efecto de la terapia se mantiene en el tiempo y respaldaría los resultados del estudio de Vromans y Schweitzer (2011). En el caso de que las medidas hayan aumentado con respecto al post 1, sería necesario reconsiderar la importancia de alargar el tratamiento. También podría implicar que el efecto terapéutico se debe en gran medida a factores relacionados con el entorno y formato de trabajo, que promueve la creación de una red de apoyo entre mujeres en un momento vital similar. Se podría considerar si, una vez finalizadas las sesiones, las mujeres resienten la pérdida de esa red de apoyo y diálogo, viendo empeorado su estado de ánimo. Esto podría aconsejar incluir en el programa la recomendación terapéutica de formar parte de un grupo de crianza o maternidades una vez finalizada la terapia. O bien de crear un grupo de diálogo/apoyo autogestionado entre las participantes que les permita seguir compartiendo sus inquietudes, preocupaciones, luchas y progresos.

Del análisis de contenido de los relatos de las participantes se espera extraer etiquetas que refieran una toma de conciencia sobre opresiones ligadas al género y experiencias relativas a la culpa, la confusión, la exigencia, el miedo y la injusticia. Sería previsible encontrar una mayor concentración de etiquetas relativas a experiencias /emociones negativas en la entrevista inicial y tras la primera sesión de externalización del problema, si bien en esta primera sesión también podrían incluirse referencias al alivio que supone contemplar el problema de manera separada a una misma. Esperamos obtener etiquetas que puedan calificarse como *insight* relativo a la influencia de los discursos sociales sobre la maternidad y los mandatos de género, ya que, a pesar de estar ganando mayor visibilidad, estas meta-narrativas permanecen muchas veces inapreciables a no ser que se fomente la reflexión sobre las mismas o se expliciten de manera directa. Por otra parte, como etiquetas que reflejen un cambio de narrativas se espera encontrar menciones a cualidades e ideas como la fortaleza, la libertad y la defensa de sus derechos. Como parte de este proceso terapéutico también podrían aparecer varias menciones a las experiencias familiares que permitan explicar una parte importante de la génesis de sus historias sobre sí mismas, lo que consideramos una parte esencial del cambio. Finalmente, se espera hallar referencias al poder sanador del grupo, a los beneficios de compartir y sentirse entendida y reflejada en las experiencias de las compañeras, y poder establecer una relación entre estas y sensaciones de

alivio, alegría y poder por parte de las integrantes del grupo. Estas referencias reflejarían parte de los temas centrales mencionados por las participantes en intervenciones grupales para la DPP (fin de la soledad, sentirse aceptadas, alivio al compartir, empoderamiento), tal y como se recoge en el estudio de Gillis y Parish (2019).

Aunque lo consideramos improbable, podría suceder que las referencias al impacto de las meta-narrativas que barajamos en este estudio fuese menor del esperado. Esto supondría reorganizar los contenidos del programa para dar cabida a otras historias más centrales para las participantes. Por otra parte, el hallazgo repetido de etiquetas referidas a estados o experiencias negativas sin incluir menciones de *insight* o conexión con narrativas más positivas podría ser indicativa del fracaso del tratamiento a la hora de generar cambio terapéutico y requeriría un replanteamiento de los métodos del programa.

9. Conclusiones

Este trabajo me ha permitido observar lo laborioso de diseñar una investigación y tratamiento clínico y la dificultad para ser rigurosa respecto a todos los factores que deben considerarse, los análisis a realizar y las conclusiones que se pueden establecer del mismo. En primer lugar, investigar un posible tratamiento para cualquier trastorno requiere de una exhaustiva labor de revisión teórica que necesita de tiempo para completarse. Personalmente he aprendido a investigar, afinar los criterios de búsqueda y seleccionar el material más relevante, pero el tiempo disponible no me ha permitido que la revisión teórica fuese lo suficientemente minuciosa como para sentir que tenía en consideración todos los factores que pueden influir en la DPP. He tenido constantemente la sensación de dejarme cosas importantes sin incluir.

A su vez, un trabajo de este calibre realizado de una manera tan autónoma requiere una toma constante de decisiones que puede resultar un poco paralizante al principio, dada la falta de experiencia en el planteamiento de tratamientos clínicos. No obstante, desde mi punto de vista, esto me ha ayudado a desarrollar una mayor confianza en mi criterio y en mi capacidad para gestionar de manera independiente mi aprendizaje y mi trabajo, lo que resulta motivador de cara a enfrentarme a mi futuro ejercicio laboral. Asimismo, realizar el TFG me ha permitido refrescar contenidos importantes de mi aprendizaje durante el grado, como los relativos a técnicas de análisis de datos cuantitativos y cualitativos.

Finalmente, ahora me siento mucho más capacitada para participar en futuros diseños de investigación, ya que creo que he sido capaz de integrar su estructura y sus procedimientos habituales.

Respecto a la planificación y metodología empleada, he seguido de manera general la planificación establecida inicialmente, si bien creo que cometí un error de cálculo en el tiempo que era necesario adjudicar a la revisión teórica, lo que me llevó a tener que dedicar horas de trabajo adicional en la entrega de la

primera PEC. En esta segunda PEC he trabajado de manera más regular, lo que me ha ayudado a cumplir con los objetivos planteados.

A nivel de metodología, me he centrado en desarrollar el programa de intervención mientras consideraba en paralelo la mejor manera de diseñar la investigación. Esto ha implicado realizar una labor constante de reescritura, ya que, conforme incorporaba lecturas para el tratamiento, aprendía asimismo sobre métodos de investigación que podían ser adecuados para este caso. Así, he pasado de plantear un estudio puramente cualitativo a incluir medidas cuantitativas, y de diseñar una intervención con más grupos y participantes a reducir el tamaño muestral para poder desarrollar las técnicas de tratamiento que me parecían más adecuadas. Opino que este trabajo requiere un constante reajuste que surge también de la constatación de las limitaciones y problemas reales que podrían surgir con la implantación de la investigación.

La investigación propuesta cuenta con varias limitaciones. En primer lugar, la DPP es un trastorno que no presenta una definición clara. En el caso de nuestro estudio la puntuación de corte 10/11 en la EPDS busca incluir a mujeres cuyos síntomas coinciden con los de un episodio depresión mayor, pero también a aquellas que no cumplan con todos los criterios estadísticos. Esto podría requerir un análisis más exhaustivo para valorar el tipo o gravedad de DPP y la respuesta de la paciente al tratamiento en función de este. Asimismo, podría ser interesante complementar el uso de esta escala con otras, como el *Outcome Questionnaire*; (OQ 45), de Lambert *et al.*, (1996) que permita valorar el cambio clínico en otras áreas como el desempeño del rol social, las relaciones interpersonales y el funcionamiento global.

Una de las principales limitaciones de este estudio es el reducido tamaño de la muestra (n=16). Este se debe principalmente al tipo de trabajo que se quiere desarrollar con las pacientes (trabajo en grupos pequeños), pero también al reconocimiento de la dificultad para conseguir sujetos experimentales que deseen participar en el estudio y a la necesidad de contar con un grupo control equiparable. Realizar un estudio de este tipo de mayor envergadura exigiría contar con la coordinación de varios hospitales a nivel local o nacional, lo que requeriría también de una considerable financiación.

No obstante, el reducido tamaño muestral de esta investigación puede dificultar el hallazgo de diferencias significativas en la puntuación entre los dos grupos de tratamiento. Un estudio con un mayor tamaño muestral tendría mayor potencia y permitiría encontrar diferencias más marcadas entre ambos.

Asimismo, la no estratificación por variables demográficas relevantes para la génesis y el mantenimiento de la DPP, como son la situación familiar (familia monomarental SI/NO) y estatus socioeconómico supone una amenaza para la validez interna del estudio.

En cuanto a la validez externa, dadas las características de la intervención, todas las mujeres provendrían de una misma área de salud. Sería necesario replicar el estudio en otras poblaciones para poder extrapolar sus resultados.

Finalmente, los criterios de exclusión de este estudio dejan fuera a parte importante de la población: las mujeres con un historial de depresión previo. Sería interesante realizar nuevas investigaciones que permitan verificar la eficacia de la TNF para la DPP en esta población, realizando incluso un seguimiento a más largo plazo.

Como orientación para el futuro, se requiere plantear estudios con un mayor tamaño muestral que tengan en consideración las limitaciones aquí expuestas y permitan comparar los resultados obtenidos con la TNF con los de otros programas de tratamiento, como los diseñados desde la TCC o la IPT.

Este es el primer programa de TNF grupal descrito para el tratamiento de la DPP. Su puesta en marcha supondría apostar por un modelo para el tratamiento de las alteraciones anímicas en el puerperio que considere la importancia de la socialización de género en el desarrollo de los malestares de las mujeres en distintas etapas de su vida. Esta propuesta llega en un momento en el que comienza a existir una mayor movilización y visibilidad sobre la necesidad de incorporar la perspectiva de género en el tratamiento de la salud mental. Asimismo, su implantación en un formato grupal reconoce la importancia de crear y mantener redes de apoyo en un momento como la maternidad, que suele implicar aislamiento y sensación de soledad para las madres. Como alternativa al no tratamiento o a un tratamiento individual poco regular, la derivación a un programa de estas características tras evaluación obligada (con EPDS o juicio clínico) a toda mujer en el puerperio por parte de los profesionales de atención primaria podría contribuir a reducir de manera significativa la incidencia de DPP en nuestro país y mejorar la salud mental de las mujeres que acaban de ser madres.

Por otra parte, sin pretender hacer de este un programa psicoeducativo, el énfasis en los discursos sociales sobre la maternidad y el género puede contribuir a la toma de conciencia y deconstrucción de estas meta-narrativas por parte de las mujeres participantes, lo que a su vez puede influir en la manera de educar a su descendencia. Esto podría minimizar el impacto de los mandatos de género en futuras generaciones y actuar como un motor para el cambio social.

10. Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association - APA. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Editorial Médica Panamericana.

American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Masson

Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological medicine*, 46(6), 1121–1134. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002706>

Bass, Pat F, III, MD,M.S., M.P.H., & Bauer, Nerissa S,M.D., M.P.H. (2018). Parental postpartum depression: More than "baby blues". *Contemporary Pediatrics*, 35(9), 35-38. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/parental-postpartum-depression-more-than-baby/docview/2124077539/se-2?accountid=15299>

Beaudoin, M.N. (2005). Agency and Choice in the Face of Trauma: A Narrative Therapy Map. *Journal of Systemic Therapies*, 24, 32–50. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2005.24.4.32>

Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory–II (BDI-II)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>

Beutler, L. E., Moleiro, C., Malik, M., Harwood, T. M., Romanelli, R., Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L. (2003). A comparison of the Dodo, EST, and ATI factors among comorbid stimulant-dependent, depressed patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(2), 69–85. <https://doi.org/10.1002/cpp.354>

Brown, C. (2007). Talking Body Talk: Merging Feminist and Narrative Approaches to Practice In Brown C., Augusta-Scott T.(Eds.) *Narrative therapy: Making meaning, making lives*, Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9781452225869.n14>

Chamberlain, S. (2013). Narrative therapy: challenges and communities of practice. *Discursive Perspectives in Therapeutic Practice*, 106–125. <https://doi.org/10.1093/MED/9780199592753.003.0006>

Chen, Y., Ismail, F., Xiong, Z., Li, M., Chen, I., Wen, S. W., & Xie, R. H. (2021). Association between perceived birth trauma and postpartum depression: A

prospective cohort study in China. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 10.1002/ijgo.13845. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13845>

Chung, S. (2020). *The Embodied Experience of Becoming a Mother: A Feminist Narrative Inquiry Using Art-Making Process*. [Tesis doctoral, Florida State University] ProQuest Dissertations and Theses. <https://search.proquest.com/dissertations-theses/embodied-experience-becoming-mother-feminist/docview/2433294645/se-2?accountid=15297>

Constantinou, G., Varela, S., & Buckby, B. (2021). Reviewing the experiences of maternal guilt - the "Motherhood Myth" influence. *Health care for women international*, 42(4-6), 852–876. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1835917>

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 150, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

Dikmen Yildiz, P., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of post-traumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 208, 634–645. [10.1016/j.jad.2016.10.009](https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009)

Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L. & Jacskon, D. (2010) Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142–2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>

Enney, K. (2013). *Postpartum depression (PPD) and its impact on child development: An exploration of the attachment, emotional, social, and cognitive outcomes of children exposed to PPD*. [Tesis doctoral. Alliant International University] <https://www.proquest.com/dissertations-theses/postpartum-depression-ppd-impact-on-child/docview/1429634701/se-2?accountid=15299>

Erbes, C. R., Stillman, J. R., Wieling, E., Bera, W., & Leskela, J. (2014). A Pilot Examination of the Use of Narrative Therapy With Individuals Diagnosed With PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 27(6), 730–733. <https://doi.org/10.1002/JTS.21966>

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton.

Evagorou, O., Arvaniti, A., & Samakouri, M. (2016). Cross-cultural approach of postpartum depression: Manifestation, practices applied, risk factors and therapeutic interventions. *Psychiatric Quarterly*, 87(1), 129-154. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9367-1>

Garcia-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J., & Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders*, 75(1), 71–76. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00020-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00020-4)

Gillis, B. D., & Parish, A. L. (2019). Group-based interventions for postpartum depression: An integrative review and conceptual model. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(3), 290-298. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.009>

Gonçalves, M. M., & Bento, T. (2008). *Manual Terapêutico Psicoterapia Narrativa de Re-Autoria*.

Gonçalves, M. M., Mendes, I., Ribeiro, A., Angus, L., & Greenberg, L. (2010). Innovative Moments and Change in Emotion-Focused Therapy: The Case of Lisa. *Journal of Constructivist Psychology*, 23(4), 267. <https://doi.org/10.1080/10720537.2010.489758>

Goodman, J. H., & Santangelo, G. (2011). Group treatment for postpartum depression: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 14(4), 277–293. <https://doi.org/10.1007/S00737-011-0225-3>

Green, J. M. (1990) "Who is unhappy after childbirth?": Antenatal and intrapartum correlates from a prospective study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8(3), 175-183. <https://doi.org/10.1080/02646839008403622>

Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 34(5), 389–401. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003>

Hays, S. (1996). *The cultural contradictions of motherhood*. Yale University Press

Highet, N., Stevenson, A. L., Purtell, C., & Coe, S. (2014). Qualitative insights into women's personal experiences of perinatal depression and anxiety. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 27(3), 179–184. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.05.003>

Hogan, S. (2008). Angry mothers. In M. Liebmann (Ed.), *Art therapy and anger*. Jessica Kingsley.

Kammerer, M., Marks, M. N., Pinard, C., Taylor, A., von Castelberg, B., Künzli, H., & Glover, V. (2009). Symptoms associated with the DSM IV diagnosis of depression in pregnancy and post partum. *Archives of Women's Mental Health*, 12(3), 135–141. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0062-9>

Kawakita, J. (1967). *Abduction: How to develop creativity*. Chuokoron Shinsya.

Khan, L. (2015), Falling through the Gaps: Perinatal Mental Health and General Practice. Centre for Maternal Health.

<https://maternalmentalhealthalliance.org/wp-content/uploads/RCGP-Report-Falling-through-the-gaps-PMH-and-general-practice-March-2015.pdf>

Koganei, K., Asaoka, Y., Nishimatsu, Y., & Kito, S. (2021). Women's Psychological Experiences in a Narrative Therapy-Based Group: An Analysis of Participants' Writings and Beck Depression Inventory—Second Edition. *Japanese Psychological Research*, 63(4), 466–475. <https://doi.org/10.1111/JPR.12326>

Lagarde, M. (2000). *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Horas y Horas.

Lambert, M., Burlingame, G., Umphress, V., Hansen, N., Vermeersch, D., Clouse, G., & Yanchar, S. (1996). The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249–258. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199612\)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S)

Lea, E., Heyes, J., & Priest, H. (2018). Exploring the Narratives of Women Who Identify with the Term "Postnatal Depression". *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 33(1), 3-26. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/exploring-narratives-women-who-identify-with-term/docview/2183515351/se-2?accountid=15299>

Lee, J. (1997). Women re-authoring their lives through feminist narrative therapy. *Women and Therapy*, 20(3), 1–22. https://doi.org/10.1300/J015v20n03_01

Letourneau, N.L., Dennis, C., Benzies, K., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Tryphonopoulos, P.D., Este, D. & Watson, W. (2012). Postpartum Depression is a Family Affair: Addressing the Impact on Mothers, Fathers, and Children. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(7), 445–457. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.673054>

Lilja, G., Edhborg, M., & Nissen, E. (2012). Depressive mood in women at childbirth predicts their mood and relationship with infant and partner during the first year postpartum. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(2), 245–253. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00925.x>

Liss, M., Schiffrin, H., & Rizzo, K. (2013). Maternal guilt and shame: The role of self-discrepancy and fear of negative evaluation. *Journal of Child & Family Studies*, 22(8), 1112–1119.

Lopes, R. d. C. (2014). *Treatment of depression: Empirical evidence from a clinical trial comparing Narrative Therapy with Cognitive-Behavioral Therapy*. [Tesis doctoral. Universidade do Minho]. ProQuest Dissertations & Theses. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/treatment-depression-empirical-evidence-clinical/docview/1900933628/se-2?accountid=15299>

Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Machado, P. P. P., Sinai, D., Bento, T., & Salgado, J. (2014). Narrative Therapy vs. Cognitive-Behavioral Therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*, 24(6), 662–674. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.874052>

Maine, C. (2004). *Feminist-narrative therapy: Treating PTSD and substance abuse in women*. [Tesis doctoral, Alliant International University] *ProQuest Dissertations and Theses*. http://search.proquest.com/docview/305051572?accountid=14553%5Cnhttp://openurl.library.uiuc.edu/sfxlcl3?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+&+theses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+&+Theses+Full+Text&atitl

Medina-Serdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y reproducción humana*, 27(3), 185–193. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008

Mendoza, C. & Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista Médica de Chile*, 143, 887–894. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000700010>

Miller, T. (2005). *Making sense of motherhood: A narrative approach*. Cambridge: University Press.

Mollard, E. K. (2014). A qualitative meta-synthesis and theory of postpartum depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(9), 656–663. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.893044>

Murray, L., Fearon, P., & Cooper, P. (2015). Postnatal depression, mother-infant interactions, and child development: Prospects for screening and treatment. In J. Milgrom, & A. W. Gemmill (Eds.), *Identifying perinatal depression and anxiety: Evidence-based practice in screening, psychosocial assessment, and management; identifying perinatal depression and anxiety: Evidence-based practice in screening, psychosocial assessment, and management*. Wiley Blackwell.

Nilni, Y. I., Mehralizade, A., Mayer, L., & Milanovic, S. (2018). Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 66, 136–148. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2018.06.004>

Organización mundial de la salud- O.M.S. (1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades.

Palmer, E. (2011). *A Qualitative Study of Existential Issues in Postpartum Depression: An Unspoken Truth*. [Tesis doctoral. University of the Rockies].

ProQuest Dissertations & Theses. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/qualitative-study-existential-issues-postpartum/docview/825461554/se-2?accountid=15299>

Park, J. K., Park, J., Elbert, T., & Kim, S. J. (2020). Effects of Narrative Exposure Therapy on Posttraumatic Stress Disorder, Depression, and Insomnia in Traumatized North Korean Refugee Youth. *Journal of traumatic stress, 33*(3), 353–359. <https://doi.org/10.1002/jts.22492>

Pepper, L. E. (2022). *Navigating motherhood and work: Exploring millennial middle class mothers' sense of work using role strain and identity theory*. [Tesis doctoral. Indiana University of Pennsylvania]. APA PsycInfo. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/navigating-motherhood-work-exploring-millennial/docview/2610526438/se-2?accountid=15299>

Pérez Sales, P.E. (2006). *Trauma, culpa y duelo: hacia una psicoterapia integradora*. Desclée de Brouwer.

Phillips, M. (2000). *Finding the energy to heal*. W.W. Norton & Company.

Polkinghorne, D. E. (1991). Narrative and self-concept. *Journal of Narrative & Life History, 1*(2-3), 135–153. <https://doi.org/10.1075/jnlh.1.2-3.04nar>

Redshaw, M., & Colin, M. (2011). Motherhood: A natural progression and a major transition. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 29*(4), 305-307. <https://doi.org/10.1080/02646838.2011.639510>

Rizzo, K. M., Schiffrin, H. H., & Liss, M. (2013). Insight into the parenthood paradox: Mental health outcomes of intensive mothering. *Journal of Child and Family Studies, 22*(5), 614–620. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9615-z>

Rodríguez Vega, B., Bayón Pérez, C., Palao Tarrero, A., & Fernández Liria, A. (2014). Mindfulness-based narrative therapy for depression in cancer patients. *Clinical psychology & psychotherapy, 21*(5), 411–419. <https://doi.org/10.1002/cpp.1847>

Rodríguez Vega, & Fernández Liria, A. (2012). *Terapia narrativa basada en atención plena para la depresión*. Desclée de Brouwer.

Rojas-Madriral, C. (2020). Terapia narrativa y perspectiva feminista: acertado encuentro para la atención de familias. *Trabajo Social, 22*(2), 73–93. <https://doi.org/10.15446/TS.V22N2.82082>

Seo, M., Kang, H. S., Lee, Y. J., & Chae, S. M. (2015). Narrative therapy with an emotional approach for people with depression: Improved symptom and cognitive-emotional outcomes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22*(6), 379-389. <https://dx.doi.org/10.1111/jpm.12200>

Shaikh, A., & Kauppi, C. (2015). Postpartum Depression: Deconstructing the Label Through a Social Constructionist Lens. *Social Work in Mental Health*, 13(5), 459–480. <https://doi.org/10.1080/15332985.2014.943456>

Sievers Escribano, A. (2016). Prevalencia de alteraciones del estado de ánimo en las mujeres puérperas. *Metas de Enfermería*, 19(7), 20–27. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5621097>

Sjömark, J., Parling, T., Jonsson, M., Larsson, M., & Skoog Svanberg, A. (2018). A longitudinal, multi-centre, superiority, randomized controlled trial of internet-based cognitive behavioural therapy (iCBT) versus treatment-as-usual (TAU) for negative experiences and posttraumatic stress following childbirth: The JUNO study protocol. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/S12884-018-1988-6>

Smith-Nielsen, J., Tharner, A., Krogh, M. T., & Væver, M. S. (2016). Effects of maternal postpartum depression in a well-resourced sample: Early concurrent and long-term effects on infant cognitive, language, and motor development. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57(6), 571–583. <https://doi.org/10.1111/SJOP.12321>

Staneva, A. A., Bogossian, F., & Wittkowski, A. (2015). The experience of psychological distress, depression, and anxiety during pregnancy: A meta-synthesis of qualitative research. *Midwifery*, 31(6), 563–573. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.015>

Tarragona Sáez, M. (2016). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Behavioral psychology*, 14 (3), 511-532. [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/10.Tarragona Sáez_14-3oa.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/10.Tarragona_Sáez_14-3oa.pdf)

Uribe, L. (26 de mayo de 2014). Ceremonias de definición: Testig@s extern@s. *Terapia Narrativa Coyoacán*. <http://terapianarrativacoyoacan.blogspot.com/2014/05/ceremonias-de-definicion-testigs-externs.html>

Vliegen, N., Casalin, S., Luyten, P., Docx, R., Lenaerts, M., Tang, E., & Kempke, S. (2013). Hospitalization-based treatment for postpartum depressed mothers and their babies: rationale, principles, and preliminary follow-up data. *Psychiatry*, 76(2), 150–168. <https://doi.org/10.1521/psyc.2013.76.2.150>

Vromans, L. P., & Schweitzer, R. D. (2011). Narrative therapy for adults with major depressive disorder: improved symptom and interpersonal outcomes. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 21(1), 4–15. <https://doi.org/10.1080/10503301003591792>

White, M. (2007). Maps of narrative practice. W W Norton & Co

White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.

Wisner, K. L., Moses-Kolko, E. L., & Sit, D. K. Y. (2010). Postpartum depression: A disorder in search of a definition. *Archives of Women's Mental Health*, 13(1), 37–40. <https://doi.org/10.1007/S00737-009-0119-9>

Wolf, N. (1991). *El mito de la belleza*. Continta me tienes.

Zagefka, H., Houston, D., Duff, L., & Moftizadeh, N. (2021). Combining Motherhood and Work: Effects of Dual Identity and Identity Conflict on Well-Being. *Journal of Child and Family Studies*, 30(10), 2452–2460. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02070-7>

11. Anexos

Anexo 1

Calendario de trabajo

Calendario de trabajo a ajustar a fechas reales. Este calendario será revisado y validado por el/la consultor/a para acordar con el estudiante el proceso de aprendizaje

Etapas y Tareas/ Actividades de Seguimiento (PECs)	Febrero		Marzo					Abril				Mayo				Observaciones/ Comentarios estudiantes	Observaciones/ <u>Comentarios-consultor/a</u>
	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4		
0. Acordar con el estudiante con el consultor qué temática se abordará y la organización del proceso de desarrollo del TFG																	
1. Elección del tema																	
1.1. Identificar un tema																	
1.2. Llevar a cabo una búsqueda documental sobre el tema escogido																	
1.3. Establecer objetivos y plantear hipótesis de trabajo																	
2. Planificación del trabajo																	
2.1. Identificar los elementos fundamentales del TFG																	
2.2. Organizar elementos fundamentales del trabajo																	
2.3. Temporalizar las diferentes fases del trabajo																	
3. Desarrollo del trabajo																	
3.1. Seleccionar las fuentes fundamentales para la construcción del marco teórico de referencia del TFG																	
3.2. Integrar el conocimiento para construir el marco teórico																	
3.3. Interpretar los resultados esperados ¹																	
3.4. Expresarse correctamente con dominio del lenguaje del campo científico en catalán, castellano o en una tercera lengua																	
4. Entrega de la memoria																	

Anexo 2

Preguntas guía para “Entrevistar al Problema”:

- *¿Hace cuánto que conoces a X (nombre de la participante)?, ¿Cuándo os conocisteis?*
- *¿Pasáis mucho tiempo juntas?, ¿Os véis muy a menudo?*
- *¿Qué hace X normalmente cuando estáis juntos?, ¿Qué le pasa a X cuando estás con ella?*
- *¿Interfieres con el pensamiento de X, con su juicio o con su opinión sobre sí misma?*
- *¿En qué áreas le estás causando más problemas?*
- *¿En qué áreas crees que tú suelen salir ganando más frecuentemente?*
- *¿Hay algo que aumente la probabilidad de que X pase más tiempo contigo?*
- *¿Qué siente X por ti?, ¿Qué sientes tú por ella?*
- *¿Cómo te sientes al respecto de las cosas malas que le han sucedido a X por involucrarse contigo?*
- *¿Alguna vez X muestra desacuerdo contigo?, ¿Qué pasaría si X te invitara a salir de su vida?*
- *¿Cómo te sientes con el hecho de que hoy hayamos sabido más cosas sobre ti?*

Anexo 3:

Ejercicio lugar seguro y fuerza interna (Phillips, 2000):

—*Siéntate de forma cómoda en tu silla. Muévete si lo necesitas hasta estar seguro de que estás cómoda. Voy a empezar pidiéndote que concentres tu mirada en algún punto, una zona elegida por ti. Concentra tu atención con una mirada perdida, con una mirada desenfocada... observa los colores, los límites de los objetos que observas... escucha los ruidos de tu entorno, escucha mi voz y comienzas a sentirte algo más relajada, algo más tranquila... siente tus pies bien apoyados en el suelo, siente la espalda apoyada en la silla, nota el movimiento de tu cuerpo al respirar, sin intentar cambiar nada, solo observando, notando... mientras empiezas a sentirte algo más tranquila, algo más relajada. Puede que aparezcan pensamientos, imágenes, sensaciones que no estás buscando, déjalas estar, solo obsérvalas como una viajera que va dejando atrás el paisaje que pasa a través de las ventanas de un tren. Solo observar... sin cambiar nada... observar... porque puedes seguir escuchando mi voz, porque sigues notando el suave movimiento de tu respiración, porque sigues notando tu cuerpo bien apoyado en la silla, te sientes relajada, a gusto, segura, en armonía.*

Porque le voy a pedir a la parte que se relaja de ti que te permita traer a tu imaginación el recuerdo de un lugar preferido, un lugar especial para ti que puede existir solo en tu imaginación, o existir en el mundo de fuera, un lugar preferido tuyo, donde te encuentras seguro, tranquilo, cómodo, a salvo de todo, donde puedes descansar y sentirte libre de cargas... un lugar especial para ti.

Porque le voy a pedir a la parte que se relaja de ti que permita que llegue el recuerdo de ese lugar y que lo revise con detalle ..., los colores, las personas si las hay, los olores, los sonidos, los objetos alrededor, me pregunto si hay o no cosas, objetos que tocar...cosas que contemplar...revisar cuidadosamente y entrar en ese lugar preferido y sobre todo recordar vívidamente la sensación de bienestar, de calma, de seguridad que tienes mientras estás en ese lugar, una sensación de ser capaz de resolver dificultades, de ser capaz de superar cualquier obstáculo, de dejar ir los temores. Sentir la sensación de ser capaz.

Porque te voy a pedir que te concentres en esa sensación de seguridad, de serenidad, de ser capaz y que profundices en ella al mismo tiempo que yo cuento de 5 a 1 tú puedes ir dando pasos para profundizar en esa sensación, más y más profundo... Esa sensación que guardas en un lugar interior, en una parte de tu cuerpo, te animo a buscar ese lugar en tu interior... Este es un lugar donde serás capaz de conectar con una energía que es parte de tu vida, que te ha ayudado en muchos momentos de dificultad, es una energía que vamos a llamar tu fuerza interna... voy a contar ahora de 5 a 1... 5 más y más relajada...4... deslizarse suavemente hacia tu interior... 3 nota lo fácil que es estar contigo misma... 2... más y más ... 1... me gustaría que te encontraras con tu fuerza interna...te voy a pedir que la traigas aquí y ahora, estate abierta a cualquier cosa que encuentres, quizás una sensación en tu cuerpo... o una imagen... o una voz... o un sonido... o un sentimiento... recuerdo... color... permite conectar con lo que

haya entrado en tu conciencia en este momento... si quieres puedes decirte a ti misma lo que has descubierto o simplemente permanecer con tu experiencia.

Siente esa sensación especial, esa sensación de fuerza, de capacidad de remontar cualquier dificultad grande o pequeña, esa sensación de energía y capacidad que se concentra en algún lugar de tu cuerpo... me pregunto dónde la notas, quizás una sensación de apertura en el pecho, o de libertad, puede ser una sensación de plenitud, de pesadez en los brazos, o en las piernas o al contrario una sensación de ligereza, de libertad, de sentirte flotando. Mira si puedes revisar esa sensación, recuérdala, fíjala en tu memoria, como cuando eras un niño y fuiste capaz de fijar los movimientos de caminar, algo que no se olvida, y guárdala en un lugar donde pueda estar disponible cuando la necesites, antes o después, en los próximos días o semanas, meses o años. Quizás hayas podido conectar ya con tu fuerza interna, quizás hayas podido empezar a reconocerla o será más tarde, más adelante, cuando recuerdes esta experiencia. De cualquier modo, está ahí y te hará sentirte capaz cuando lo necesites ahora y en el futuro.

Guárdala bien, es un regalo que te estás ofreciendo. Y ahora le voy a pedir a la parte de ti que se relaja, la parte que busca, la parte que explora, que se permita entrar en un agradable sueño, un sueño de dos minutos de reloj, de energía de capacidad, de bienestar, un sueño donde sea posible extraer todos los aprendizajes que tú creas que necesitas extraer de esta experiencia y recuerda... reconoce esa fuerza interna, su forma, su color, la zona del cuerpo donde se guarda, para llamarla y pedirle ayuda cuando la necesites... Y ahora, poco a poco, a tu ritmo, siente de nuevo tu cuerpo, mueve los dedos de los pies, los dedos de las manos, una respiración profunda y cuando estés lista abre tus ojos y puedes reorientar tu atención hacia fuera, hacia esta habitación, aquí conmigo...”.

Anexo 4:

Fases y preguntas de la ceremonia de definición (Uribe, 2014)

<p>Etapa 1: El contar</p> <p>(entrevista a la persona al centro de la ceremonia)</p>	<p>Preguntas iniciación:</p> <p><i>Después de estas semanas trabajando juntas y ya a punto de finalizar nuestros encuentros, ¿qué camino dirías que has recorrido en este tiempo?, ¿qué has dejado en el camino?, ¿cómo?, ¿qué te viene a la mente si te digo que intentes describir ese camino?</i></p> <p><i>“¿Crees que podrías explicar las cosas más importantes que has hecho en este tiempo y que te han ayudado a sentirte mejor/salir adelante? ¿cómo describirías tu proceso de aprendizaje?”</i></p> <p>...</p> <p>Preguntas segunda fase:</p> <p>Centradas en construir conversaciones de re-autoría para: reconocer y nombrar sabidurías de la persona, describir acciones que expresan estas habilidades; contar la historia de estas habilidades y sabiduría y de las acciones que las expresan, reconocer y describir los efectos de estas acciones y nombrar los sueños, esperanzas y valores que están detrás de estas habilidades y sabidurías.</p> <p>Algunos ejemplos:</p> <p><i>¿Qué nombre le pondrías a lo que estás haciendo? A tu nueva actitud en toda esta situación.</i></p> <p><i>¿Qué cambios has notado en ti y en la gente que te rodea desde que haces esto?</i></p> <p><i>¿Qué crees que te ha guiado a la hora de decidir lo que quieres para ti? ¿Cuál es esa brújula tuya que cuida de ti?</i></p>
<p>Etapa 2: Re-contar</p> <p>Entrevista a las testigos de la ceremonia</p>	<p>Preguntas divididas en 4 categorías de cuestionamiento:</p> <p>1. Identificar la Expresión</p> <p><i>“¿Qué palabras o expresiones específicas captaron tu atención?”</i></p> <p>Es importante recordar a las testigos que traten de emplear las mismas palabras y expresiones que usó la persona al compartir su historia.</p> <p>2. Imagen de lo que se valora</p>

	<p><i>“A partir de lo que has escuchado ¿qué imagen te viene a la mente que pueda expresar aquello que valora X?”</i></p> <p>Es importante que la testigo nombre lo que considera que la persona valora y que a partir de ahí piense en una imagen. Puede ser visual, auditiva, sensorial o cualquier idea que lo exprese en forma de metáfora.</p> <p>3. Resonancia con la propia experiencia</p> <p><i>“¿En qué se conecta lo que has mencionado con tu propia vida, en qué se relaciona con tu propia experiencia o con lo que tu valoras?”</i></p> <p>Aquí es importante cuidar que no se desvíe demasiado la conversación hacia los detalles de la vida de quien funge como testigo, pero que sí se hable lo suficiente de lo que se valora en común.</p> <p>4. Transporte o movimiento</p> <p><i>“¿A dónde te ha llevado esta conversación? ¿Qué te llevas que no tenías o pensabas antes de llegar aquí hoy?”</i></p>
Etapa 3: Recontar del recontar	<p>Se pregunta a la persona al centro de la ceremonia sobre lo que escuchó, analizando las categorías vistas en la etapa anterior, pero dirigiendo a la persona a que rescate lo más significativo para ella, lo que le ayude a engrosar y mantener presente su historia alternativa.</p>