

Redes que SOSTIENEN

Psicoeducación Perinatal para Equipos de Salud



Patricia Catalá
Carlos Vara
Cecilia Peñacoba

REDES que Sostienen

Psicoeducación Perinatal
para Equipos de Salud

Monografía en Acceso Abierto. Libre disponibilidad en Internet, permitiendo a cualquier usuario su lectura, descarga, copia, impresión, distribución o cualquier otro uso legal de la misma, sin ninguna barrera financiera, técnica o de otro tipo.

Este libro ha sido desarrollado en el marco del proyecto I-Materna (Código: 2023/00423/017; línea A: Doctores Emergentes), y ha derivado de las I Jornadas Internacionales Interdisciplinares: Salud Mental Perinatal y Crianza. Caminos hacia el Bienestar Integral, celebradas el 3 de Noviembre de 2025 en la Universidad Rey Juan Carlos. Asimismo, nace como una iniciativa impulsada por el equipo de investigación de MdMadre (<https://mdmadre.com/>), desde donde también podrán encontrarse más recursos, materiales y contenidos relacionados con el bienestar emocional durante la maternidad.

Conceptualización y coordinación: Patricia Catalá, Cecilia Peñacoba y Carlos Vara.

©Redes que sostienen

©2024 AMEC Ediciones Calle Emma Penella 6. 28055. Madrid. España.

© Patricia Catalá, Carlos Vara y Cecilia Peñacoba, 2025

<https://doi.org/10.63083/lamec.2025.30.rqs>

Ilustraciones: Sara Calde

Maquetación: Sonia de Juana

Primera edición: agosto 2025

ISBN: 978-84-10426-46-7

Este documento está bajo licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0

Esta licencia permite a los reutilizadores copiar y distribuir el material en cualquier medio o formato, únicamente sin adaptaciones, con fines no comerciales y siempre que se cite al creador.

Descargo de responsabilidad: Este libro ha sido escrito con fines informativos y psicoeducativos, y no pretende sustituir el diagnóstico o tratamiento médico profesional. La información aquí contenida refleja la experiencia e investigación de los autores al momento de su publicación, pero no debe considerarse un sustituto de la consulta con profesionales de la salud, pediatras, obstetras, matronas, psicólogos u otros especialistas cualificados. Ni los autores ni la editorial asumen responsabilidad alguna por la interpretación y el uso que se haga de la información contenida en este libro.

*“Es nuestra responsabilidad como cuidadores, científicos,
políticos, profesionales de la salud y ciudadanos
responsables, que cada bebé tenga la oportunidad de
aprender a amar y que cada madre reciba el
apoyo necesario para que esto suceda”.*

Ruth Feldman

Índice

INTRODUCCIÓN	11
Propósito de la guía	13
La escucha profesional como base.....	15
I. EXPERIENCIAS EMOCIONALES EN LA MATERNIDAD.....	17
1. Estrés y sobrecarga emocional en la etapa perinatal	19
<i>Cecilia Peñacoba</i>	
2. Fluctuaciones emocionales y sensibilidad aumentada.....	25
<i>Patricia Catalá</i>	
3. Preocupaciones, anticipación y ansiedad	29
<i>Cecilia Peñacoba</i>	
4. Construyendo una transición a la maternidad basada en la autocompasión	33
<i>Paula Vagos y Lara Palmeira</i>	
5. Procesar pérdidas: duelo gestacional y perinatal	39
<i>Patricia Catalá</i>	
6. El embarazo tras abortos de repetición	43
<i>Laura Andreu-Pejó</i>	
7. La vivencia de la soledad en el embarazo y el posparto	49
<i>María del Sequeros Pedroso</i>	
II. IDENTIDAD, VÍNCULOS Y CAMBIOS PERSONALES	55
8. Reconstrucción de la identidad materna	57
<i>Patricia Catalá</i>	
9. Cambios fisiológicos en el cuerpo de la madre: Más allá de una barriga que crece.....	61
<i>Cristina Ballesteros</i>	
10. Imagen corporal durante la maternidad	67
<i>Celia Arribas</i>	
11. Culpa, autoexigencia y mirada compasiva	71
<i>Verónica Martínez y Jorge Osma</i>	
12. Vínculo de pareja y reajuste vincular	77
<i>Irene Alonso</i>	

13. Separación, divorcio y maternidad en solitario83
Leire Iriarte y Leire Gordo
14. Familia, trabajo y ocio: Buscando el balance entre viejos y nuevos roles89
Carlos Vara

III. EL VÍNCULO CON EL BEBÉ Y LA EXPERIENCIA DE CUIDAR 95

15. El vínculo temprano: indicadores y acompañamiento97
María Vega
16. Lactancia: entre deseo, dificultad y decisión 103
Patricia Catalá y María Jesús Domínguez
17. Sueño del bebé y descanso materno 107
Alicia Jiménez
18. Llanto del bebé: lectura, interpretación y respuesta.....111
Patricia Catalá
19. El papel de la pareja y del entorno cercano 115
Tânia Brandão
20. Bases para una crianza emocionalmente conectada.....121
María Bilbao

IV. CONTEXTO, CULTURA Y CUIDADO EXTENDIDO 127

21. Partos difíciles, cesáreas y huellas emocionales 129
Dolores Marín
22. Dolor físico en la maternidad: visibilizar lo invisible..... 135
Borja Matías
23. Diversidad en la maternidad: relatos múltiples..... 139
Patricia Catalá
24. Redes de apoyo y comunidad: sostén o interferencia..... 145
María del Sequeros Pedroso
25. Presencia de los abuelos y vínculos intergeneracionales 151
Cristina Noriega
26. Acompañamiento en contextos culturales diversos157
Covadonga Chaves

V. INTEGRACIÓN, CICLOS Y PROYECCIÓN DE SENTIDOS 163

27. Organización de la vida cotidiana y equilibrio vital 165
Celia Arribas

28. Autocuidado y salud emocional sostenida.....	169
<i>Irene de la Cruz</i>	
29. Del puerperio a la crianza: sostenerse en el tiempo	175
<i>Carmen Écija</i>	
30. Heridas tempranas y maternidad presente: Resonancias del pasado en el vínculo actual. ...	181
<i>Laura Quintanilla</i>	
31. Maternar en la diferencia: acompañar a hijos con neurodivergencias o diagnósticos del desarrollo ..	187
<i>Celia Nogales</i>	
32. La llegada del segundo bebé: amor expandido, culpa inesperada.....	193
<i>Lorena Gutiérrez</i>	

EPÍLOGO..... 199

Maternidad con sentido: legado, identidad y mirada futura	201
<i>Patricia Catalá</i>	

AGRADECIMIENTOS..... 203

INTRODUCCIÓN



Propósito de la guía

Comprender para acompañar mejor

Esta guía psicoeducativa nace con el deseo de proporcionar a los profesionales una herramienta cercana, sensible y rigurosa que les permita acompañar a las mujeres en el complejo viaje de la maternidad. Lejos de imponer un modelo único o normativo, esta guía se centra en comprender las múltiples dimensiones del bienestar psicológico perinatal, integrando la voz de las mujeres, la experiencia clínica y el conocimiento basado en la evidencia.

Comprender para acompañar mejor significa ofrecer un espacio seguro donde la escucha, la validación y el acompañamiento emocional se conviertan en los pilares de cada intervención. Cada capítulo ofrece claves conceptuales, preguntas de exploración, recursos prácticos y ejercicios que pueden adaptarse a diferentes realidades. La guía pretende ser tanto un apoyo como una brújula para matronas, psicólogos, ginecólogos, pediatras y otros profesionales del ámbito perinatal que deseen intervenir desde un enfoque más humano, preventivo y transformador.

Entendemos el acompañamiento como un arte que requiere presencia, formación continua y capacidad de resonar con la historia emocional de quien tenemos delante. Desde esa premisa, esta guía invita a mirar con profundidad, a sostener con ternura y a intervenir con herramientas prácticas que promuevan el bienestar de la madre, el bebé y su entorno.

La escucha profesional como base

Claves para una mirada integral

Acompañar un proceso perinatal no consiste únicamente en ofrecer información, sino en sostener espacios donde las mujeres puedan sentirse vistas, escuchadas y comprendidas en su totalidad. Escuchar no es solo oír; es disponer la presencia de manera activa, respetuosa y abierta. Es afinar la sensibilidad profesional para captar no solo lo que se dice con palabras, sino también lo que se expresa a través del cuerpo, el silencio o la emoción contenida.

La escucha profesional se convierte así en una herramienta terapéutica en sí misma. Escuchar de forma genuina valida la vivencia subjetiva de cada mujer, le permite reconocer sus emociones sin juicio y crea un terreno fértil para la confianza y la autorreflexión. Muchas veces, lo más transformador no es lo que decimos como profesionales, sino el modo en que sabemos estar.

En la etapa perinatal, las mujeres transitan momentos de alta vulnerabilidad emocional, donde pueden emerger dudas, ambivalencias, temores, heridas previas o fantasías no siempre expresadas. En este contexto, una escucha cálida y atenta puede actuar como ancla y sostén, especialmente cuando el entorno social o familiar no siempre ofrece el espacio o el lenguaje para estos procesos internos.

Esta guía propone entender la escucha como una práctica que: Reconoce la singularidad de cada experiencia, sin forzar generalizaciones ni respuestas esperadas. Acompaña sin intervenir de forma directiva, dejando que sea la mujer quien lidere el ritmo de su exploración emocional. Detecta señales de malestar que pueden requerir mayor atención o derivación. Integra lo emocional, lo corporal y lo contextual, sin reducir la vivencia a categorías clínicas o diagnósticas.

Escuchar profesionalmente implica también revisar los propios mapas internos, los sesgos y expectativas que podemos tener como profesionales, especialmente en torno a cómo “debería” vivirse la maternidad. Solo desde una posición ética de humildad, apertura y reflexión continua podremos ofrecer un acompañamiento verdaderamente respetuoso y transformador.

La mirada integral que proponemos en esta guía parte, entonces, de una premisa esencial: no se puede acompañar lo que no se sabe escuchar. Y no se puede escuchar del todo si no estamos dispuestos a encontrarnos con el otro en su vulnerabilidad y su verdad, incluso cuando esta nos incomode, nos desafíe o no coincida con nuestras propias ideas.

Cultivar esta escucha es una forma de cuidado. Y es, también, una invitación a reconocer que, como profesionales, también estamos en proceso. Acompañar a una madre en su camino de transformación exige de nosotras una constante disposición a mirarnos, a formarnos y a crecer.

I EXPERIENCIAS EMOCIONALES EN LA MATERNIDAD



1

Estrés y sobrecarga emocional en la etapa perinatal

Cecilia Peñacoba

(Psicóloga. Universidad Rey Juan Carlos)

A diferencia de otra sintomatología que se abordará en esta misma guía, el estrés es uno de los procesos más silenciados e ignorados en esta etapa. Sin embargo, desde su conceptualización como proceso, podemos establecer dos objetivos fundamentales en relación al mismo en la etapa perinatal: a) entender y normalizar la sobrecarga que se está experimentando y b) generar estrategias de afrontamiento adaptativas y efectivas en esta nueva etapa. Respecto al primer objetivo, el embarazo es uno de los acontecimientos vitales que Holmes y Rahe (1967) plantearon como fuente de estrés. Los acontecimientos vitales (como el embarazo, el nacimiento de un hijo, una mudanza o la pérdida de un ser querido) pueden provocar estrés porque implican cambios significativos en la vida cotidiana, que requieren adaptación emocional, cognitiva y conductual. Estos eventos, incluso cuando son positivos, suponen una ruptura con la rutina y pueden generar incertidumbre, sensación de pérdida de control o miedo al futuro. Además, el embarazo y el nacimiento del bebé como “acontecimientos vitales” suelen ir acompañados de “molestias cotidianas” como insomnio, náuseas, dolor lumbar o fatiga persistente, que pueden actuar como factores de estrés crónico adicional (Deo et al., 2020). Ante estas situaciones estresantes, “lo normal” es tener una respuesta de estrés para hacerlas frente (no seríamos funcionales si no lo hiciéramos). Sería de gran ayuda para la gestante y/o madre conocer esta información para entender y normalizar (sin menospreciar) lo que está viviendo. Para ello, como profesionales, resulta fundamental validar sus emociones, evitando frases minimizadoras como “es normal, son las hormonas, pasará con el tiempo”, ofrecer información clara sobre los cambios emocionales esperables y cuándo pedir ayuda, fomentar redes de apoyo y observar señales no verbales de malestar emocional, especialmente en mujeres que no verbalizan su sufrimiento.

Específicamente, resulta relevante prestar atención a la diferencia entre:

- ✦ Activación esperable (activación adaptativa del proceso de vinculación materno-infantil con una mayor sensibilidad, preocupación y necesidad de apoyo).
- ✦ Desregulación emocional (activación intensificada o prolongada en el tiempo, manifestada en síntomas como irritabilidad constante, llanto frecuente, insomnio, pensamientos intrusivos o sensación de pérdida de control, interfiriendo en el bienestar de la mujer; Caparros-González et al., 2021).

Respecto al segundo de los objetivos, resulta fundamental insistir en los modelos interaccionistas del estrés, es decir, en la capacidad de la gestante y madre de generar recursos personales o estrategias de afrontamiento adaptativas y efectivas para afrontar esta nueva etapa (Guardino et al., 2014; Williamson et al., 2023). La organización del tiempo, el autocuidado, el apoyo social, la asertividad, la distribución de tareas o la resiliencia, entre otras, son herramientas muy útiles que pueden ser desarrolladas por las gestantes partiendo de la psicoeducación. Así, a nivel profesional, comprender las dinámicas normales que se producen es esencial para ofrecer un acompañamiento sensible, informado y preventivo.

Señales a observar

- ✦ ¿Los indicadores que observamos forman parte de una activación adaptativa del proceso de vinculación materno-infantil incluyendo una mayor sensibilidad y niveles medios de preocupación?
- ✦ ¿Se observan señales tempranas de saturación emocional como fatiga persistente, dificultad para disfrutar de momentos cotidianos o del vínculo con el bebé, aislamiento social o somatizaciones?
- ✦ ¿Es consciente de que las personas podemos contribuir a nuestra salud con el autocuidado y con nuestra forma de pensar, sentir y actuar?
- ✦ ¿Dispone de estrategias de afrontamiento adaptativas? ¿desadaptativas? ¿Cuáles son?
- ✦ ¿Qué estrategias de afrontamiento y recursos podríamos optimizar en este caso en particular?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ Además del embarazo y/o nacimiento de tu hijo, ¿has vivido últimamente algún cambio importante en tu vida (como mudanzas, problemas familiares, laborales o de salud) que te haya afectado emocionalmente?
- ✦ ¿Qué cosas del día a día te están resultando más difíciles o agotadoras últimamente (como dormir, cuidar del bebé, tareas del hogar, etc.)?
- ✦ ¿Cómo te sientes física y emocionalmente en estos días? ¿Notas que estás más cansada, irritable o triste de lo habitual?
- ✦ ¿Tienes algún tipo de síntoma (i.e. fatiga, insomnio, cefalea...) que no tenías antes de quedarte embarazada? ¿En qué medida te afecta en tu día a día?
- ✦ Cuando te sientes agobiada o estresada, ¿qué sueles hacer para sentirte mejor? ¿Cuentas con alguna persona o actividad que te ayude a desconectar o relajarte?
- ✦ ¿Sientes que tienes suficiente ayuda o apoyo para cuidar de ti y del bebé? ¿Hay algo que te gustaría que cambiara o mejorara en ese sentido?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Favorecer el reconocimiento temprano del estrés y sus manifestaciones físicas, emocionales y conductuales.
- ✦ Normalizar el estrés como un proceso a priori adaptativo ante el acontecimiento vital de la maternidad, desde la comprensión y sin restarle importancia.
- ✦ Diferenciar entre activación esperable y desregulación emocional.
- ✦ Promover estrategias de afrontamiento saludables, incluyendo el uso de técnicas de autocuidado, relajación, comunicación emocional y búsqueda de apoyo.
- ✦ Fortalecer la red de apoyo y la comunicación con el entorno, motivando a las mujeres a identificar y utilizar sus recursos sociales (pareja, familia, profesionales) para no afrontar solas las dificultades.
- ✦ Reducir el riesgo de trastornos mentales perinatales (i.e. ansiedad, depresión o burnout materno) a través de la información y el acompañamiento.

Actividades recomendadas

1. Luces y sombras del día a día

¿Cómo?: Identificar las molestias cotidianas que generan malestar durante el embarazo o el posparto y reflexionar sobre posibles estrategias de cambio o alivio. Escribir en una hoja dividida en dos columnas (“sombras” y “luces”) para visualizar lo que agota y lo que puede ayudar.

¿Para qué?: Este ejercicio permite identificar las molestias cotidianas que generan malestar físico o emocional durante la etapa perinatal, muchas veces invisibilizadas o normalizadas. Al reconocerlas y reflexionar sobre posibles estrategias de cambio, se fomenta el autocuidado y se previene la acumulación de estrés crónico.

2. Mi cinturón de afrontamiento

¿Cómo?: Explorar y reunir estrategias personales que ayuden a afrontar el estrés durante el embarazo o el posparto. Representar estos recursos en un “cinturón de herramientas simbólico” para visualizar recursos disponibles y descubrir formas de autocuidado. Reforzar la confianza en la capacidad de afrontar los desafíos de esta etapa.

¿Para qué?: Esta actividad permite explorar las estrategias de afrontamiento frente al estrés perinatal. Facilita la toma de conciencia sobre los recursos personales disponibles y promueve su uso activo. Además, abre la puerta a incorporar nuevas herramientas adaptadas a sus necesidades actuales.

3. Lo que siento, lo que necesito

¿Cómo?: Presentar una plantilla con emociones (como tristeza, miedo, alegría, frustración) y necesidades básicas (como descanso, apoyo, validación, tiempo para una misma) para que las mujeres elijan las que reflejan su estado actual. Relacionar lo que sienten con lo que necesitan para sentirse mejor.

¿Para qué?: Esta actividad ayuda a conectar las emociones con necesidades reales, favoreciendo la expresión emocional y la autorregulación. Permite a las mujeres reconocer lo que están sintiendo y lo que necesitan para cuidarse mejor, facilitando también la comunicación con su entorno.

4. Mi mapa de cambios

¿Cómo?: Entregar una hoja con la silueta de un cuerpo humano femenino y espacios para anotar o dibujar los cambios físicos, emocionales y sociales que la mujer ha experimentado durante el embarazo o el posparto. Se reflexiona sobre el embarazo como evento vital y la vivencia personal.

¿Para qué?: Esta actividad permite tomar conciencia de los múltiples cambios que ocurren en la etapa perinatal, validando la experiencia individual. Facilita la expresión emocional y ayuda a normalizar sensaciones que pueden generar estrés o confusión si no se comprenden.

5. ¿Adaptación o sobrecarga? Mi capacidad de establecer límites

¿Cómo?: Presentar a las participantes una serie de situaciones comunes en el embarazo o posparto (p. ej.: preparar la llegada del bebé, no dormir bien, recibir muchas visitas, sentir miedo al parto), invitando a clasificar cada situación como una forma de activación adaptativa o como sobrecarga emocional (desregulación). Después, reflexionar en grupo sobre qué señales ayudan a distinguir entre ambas y qué hacer en cada caso.

¿Para qué?: Esta actividad permite a las mujeres diferenciar entre una activación emocional esperable y una desregulación que requiere atención. Favorece la autoobservación, la validación emocional y la búsqueda de estrategias de cuidado antes de llegar al agotamiento.

Referencias bibliográficas

- Caparros-González, R. A., de la Torre-Luque, A., Romero-González, B., Quesada-Soto, J. M., Alderdice, F., y Peralta-Ramírez, M. I. (2021). Stress during pregnancy and the development of diseases in the offspring: a systematic-review and meta-analysis. *Midwifery*, 97, 102939.
- Deo, B. K., Sapkota, N., Kumar, R., Shakya, D. R., Thakur, A., y Lama, S. (2020). A study on pregnancy, perceived stress and depression. *Journal of BP Koirala Institute of Health Sciences*, 3(1), 79-87.
- Guardino, C. M., y Dunkel Schetter, C. (2014). Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. *Health psychology review*, 8(1), 70-94.
- Holmes, T. H., y Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218.
- Williamson, S. P., Moffitt, R. L., Broadbent, J., Neumann, D. L., y Hamblin, P. S. (2023). Coping, wellbeing, and psychopathology during high-risk pregnancy: A systematic review. *Midwifery*, 116, 103556.

2

Fluctuaciones emocionales y sensibilidad aumentada

Patricia Catalá

(Psicóloga. Universidad Rey Juan Carlos)

La maternidad representa un periodo vital caracterizado por cambios fisiológicos, psicológicos y sociales de gran magnitud. Uno de los aspectos más relevantes, aunque a menudo menos visibilizado, es el aumento en la labilidad emocional y la intensificación de la sensibilidad afectiva que muchas mujeres experimentan durante el embarazo y el posparto. Este fenómeno responde a una interacción compleja entre factores neuroendocrinos, adaptativos y contextuales.

Desde un punto de vista biológico, el embarazo y el posparto implican una verdadera “tormenta hormonal”. Durante la gestación, se incrementan notablemente los niveles de estrógenos, progesterona, prolactina y oxitocina, hormonas implicadas en la regulación del estado de ánimo, la vinculación afectiva y la respuesta al estrés (Bloch et al., 2003). Tras el parto, estos niveles descienden bruscamente, especialmente los estrógenos y progesterona, lo que se ha relacionado con una mayor vulnerabilidad a la disforia posparto y a fluctuaciones emocionales intensas (Schiller et al., 2015). Paralelamente, se observa una hipersensibilidad del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HPA), que modula la respuesta al estrés, y cambios en neurotransmisores como la serotonina y dopamina (Moses-Kolko et al., 2014).

Sin embargo, reducir estas experiencias a un mero efecto hormonal sería simplista. Desde una perspectiva evolutiva, se ha planteado que la mayor sensibilidad emocional del periodo perinatal tiene un valor adaptativo, facilitando la lectura fina de señales del bebé y fomentando la sintonía afectiva (Feldman, 2015). Las madres muestran mayor capacidad para detectar necesidades, cambios sutiles en el llanto o el gesto del bebé, lo que optimiza la responsividad parental. No obstante, esta misma sensibilidad puede traducirse en mayor vulnerabilidad al estrés, a la crítica externa o a sentimientos de incompetencia.

La psicología perinatal ha documentado ampliamente que, en este contexto, es frecuente una labilidad afectiva: cambios rápidos del estado de ánimo, llanto sin motivo aparente, irritabilidad o sentimientos ambivalentes hacia el bebé o hacia una misma como madre (O’Hara y Wisner, 2014). Aunque estas fluctuaciones forman parte del ajuste normal, pueden generar alarma o culpa en mujeres con altas expectativas de serenidad y felicidad constantes durante la maternidad.

Por este motivo, el acompañamiento psicológico debe partir de la validación emocional como herramienta central: legitimar la ambivalencia, la tristeza, el miedo o el enfado como respuestas

comprensibles ante una etapa vital exigente y de alta reorganización interna. Diversos estudios señalan que la validación emocional no solo reduce la intensidad del malestar percibido, sino que favorece la autoaceptación y mejora la capacidad de regulación afectiva (Shenk y Fruzzetti, 2011; Goodman et al., 2020).

Entender estas fluctuaciones como un reflejo tanto del ajuste hormonal como de la transición psicosocial hacia la maternidad, sin patologizarlas prematuramente, permite construir un espacio terapéutico seguro donde explorar miedos, fantasías y contradicciones sin juicio. Esta mirada contribuye a que la mujer se sienta sostenida y menos sola en un proceso que, aunque universal, sigue cargado de expectativas idealizadas y exigencias difíciles de cumplir.

Señales a observar

- ✦ ¿Tiene dificultad para aceptar emociones consideradas negativas, como irritabilidad o tristeza?
- ✦ ¿Se observan narrativas de culpa o autoexigencia frente a la inestabilidad afectiva?
- ✦ ¿Se siente sobrecargada ante críticas externas o comparación con otras madres?
- ✦ ¿Hace uso de estrategias evitativas (hiperactividad, minimización) para no conectar con el malestar?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Notas cambios rápidos en tu estado de ánimo o te sientes más sensible que antes?
- ✦ ¿Experimentas emociones que te sorprenden o incluso que te hacen sentir vergüenza en esta etapa de tu vida?
- ✦ ¿Qué haces normalmente cuando aparece el llanto, el enfado o el miedo?
- ✦ ¿Qué mensajes has recibido sobre cómo “deberías” sentirte ahora que eres madre?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Normalizar la labilidad emocional como parte del ajuste neuroendocrino y psicosocial.
- ✦ Introducir el concepto de “sensibilidad aumentada” como potencial recurso para el vínculo.
- ✦ Evitar patologizar fluctuaciones normales, diferenciándolas de síntomas clínicos sostenidos.
- ✦ Enseñar a identificar, nombrar y dar espacio sin juicio a toda la gama emocional.

Actividades recomendadas

1. Registro de emociones sin censura

¿Cómo?: Proponer anotar cada día emociones experimentadas, sin clasificarlas como buenas o malas, solo describiéndolas.

¿Para qué?: Permite tomar conciencia de la variabilidad normal y reduce el miedo a “estar perdiendo el control”.

2. Rueda de validación

¿Cómo?: Elaborar un círculo con emociones frecuentes en el posparto (alegría, miedo, irritación, ternura, cansancio, tristeza). Señalar cuáles aparecen con más frecuencia y dialogar sobre su legitimidad.

¿Para qué?: Facilita aceptar la coexistencia de emociones dispares sin juicio.

3. Carta compasiva

¿Cómo?: Escribir una carta a sí misma desde una voz amiga, validando el momento que atraviesa, reconociendo esfuerzos y legitimando la ambivalencia.

¿Para qué?: Fomenta la autocompasión frente a la autocrítica y la culpa.

Referencias bibliográficas

- Bloch, M., Daly, R. C., y Rubinow, D. R. (2003). Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive Psychiatry*, 44(3), 234–246. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00034-8](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00034-8)
- Feldman, R. (2015). Sensitive periods in human social development: New insights from research on oxytocin, synchrony, and high-risk parenting. *Development and Psychopathology*, 27(2), 369–395. <https://doi.org/10.1017/S0954579415000048>
- Goodman, S. H., Dimidjian, S., y Williams, K. G. (2020). Pregnant women’s concerns about future mood and parenting: Preliminary data on a new intervention to enhance self-compassion. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(2), 126–141. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1684930>

- Moses-Kolko, E. L., Wisner, K. L., Price, J. C., Berga, S. L., Drevets, W. C., y Hanusa, B. H. (2014). Serotonin 1A receptor reductions in postpartum depression: A positron emission tomography study. *Fertility and Sterility*, *102*(2), 454–460. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.04.015>
- O'Hara, M. W., y Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice y Research Clinical Obstetrics y Gynaecology*, *28*(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
- Schiller, C. E., Meltzer-Brody, S., y Rubinow, D. R. (2015). The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectrums*, *20*(1), 48–59. <https://doi.org/10.1017/S1092852914000480>
- Shenk, C. E., y Fruzzetti, A. E. (2011). The impact of validating and invalidating responses on emotional reactivity. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *30*(2), 163–183. <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.2.163>

3

Preocupaciones, anticipación y ansiedad

Cecilia Peñacoba
(Psicóloga. Universidad Rey Juan Carlos)

El embarazo es una etapa de profundos cambios físicos, emocionales y sociales en la vida de una mujer. Aunque suele asociarse con sentimientos de alegría y esperanza, también puede ser un periodo de vulnerabilidad psicológica, en el que emergen preocupaciones, miedos o sensaciones de incertidumbre difíciles de nombrar. Preocuparse durante el embarazo es tan común como experimentar náuseas. Lo que varía no es tanto la presencia de preocupaciones, sino cómo se viven, cómo se interpretan y cuánto interfieren en la vida cotidiana. Comprender la ansiedad como parte del paisaje emocional perinatal y no solo como un síntoma clínico, es fundamental para quienes acompañan este proceso desde lo profesional.

La ansiedad perinatal, especialmente durante el embarazo, puede presentarse de muchas formas: desde una preocupación puntual hasta un estado mantenido de tensión, inquietud o pensamientos intrusivos que cuesta manejar. Entre sus principales factores de riesgo se encuentran los antecedentes de salud mental, las dificultades socioeconómicas, una red de apoyo frágil o experiencias previas de pérdida, complicación obstétrica o trauma (Leach et al., 2017). Sin embargo, también las mujeres sin historia clínica previa pueden verse sobrepasadas ante los cambios que implica la gestación.

Dos formas de ansiedad han recibido especial atención en esta etapa:

- ✦ La ansiedad anticipatoria, centrada en lo que podría pasar (el parto, la salud del bebé, la futura crianza).
- ✦ La ansiedad mantenida, más difusa y prolongada, que genera malestar continuo y puede condicionar el bienestar emocional y físico de la madre.

El miedo al parto es una de las expresiones más comunes de la ansiedad anticipatoria. Este temor no solo puede influir en las decisiones clínicas (como solicitar una cesárea) sino que también afecta a la preparación emocional de la mujer, su sensación de control y su vivencia subjetiva del nacimiento (Dencker et al., 2019). De forma similar, el miedo a no establecer un buen vínculo con el bebé —especialmente en mujeres con antecedentes de trauma o vínculos inseguros—, o el temor

al cambio de vida que implica la maternidad, pueden generar sentimientos encontrados, culpa o aislamiento (Roncallo et al., 2015; Seo et al., 2020).

Desde la práctica profesional, abordar estos temas no requiere fórmulas cerradas, sino presencia, escucha y alfabetización emocional. Se trata de validar la experiencia sin dramatizarla, y de ofrecer marcos comprensibles que den sentido a lo que se siente. Acompañar la ansiedad no implica eliminarla, sino ayudar a las mujeres a nombrarla, contextualizarla y responder a ella con recursos propios. Psicoeducar sin infantilizar, contener sin sobreproteger.

Frases como “eso nos pasa a todas” o “ya verás cómo se te pasa cuando tengas al bebé” desatienden la realidad emocional que muchas mujeres viven. En cambio, ofrecer espacios para hablar del miedo, explorar la anticipación con curiosidad, y proponer herramientas sencillas de autorregulación puede ser profundamente terapéutico.

Señales a observar

- ✦ ¿Muestra una preocupación excesiva y constante sobre el embarazo, el parto o la maternidad?
- ✦ ¿Presenta síntomas físicos como palpitaciones, temblores, sudoración excesiva, tensión muscular o molestias estomacales?
- ✦ Cuando estás hablando con ella, ¿parece que está ausente?
- ✦ ¿Suele evitar hablar o pensar en el bebé por si algo malo fuera a pasar?
- ✦ ¿Se perciben indicadores de ansiedad y preocupaciones esperables o un estado de ansiedad elevada y constante que requiera derivación a profesionales especializados?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Hay pensamientos que se te meten en la cabeza y no puedes quitarte, aunque no quieras pensarlos?
- ✦ ¿Sueles imaginar que pueden pasar cosas malas con tu embarazo o con tu bebé?
- ✦ Cuando te vienen esas ideas o preocupaciones, ¿piensas que podrían ser verdad?
- ✦ ¿Sientes que esas preocupaciones te afectan en tu día a día? ¿En qué momentos o tareas lo notas más?
- ✦ ¿Qué haces normalmente para intentar sentirte más tranquila cuando te preocupas?
- ✦ ¿Notas que te angustias o te preocupas más que otras mujeres embarazadas que conoces?
- ✦ ¿Te cuesta dormir, descansar o concentrarte por culpa de lo que te preocupa?
- ✦ ¿Sientes que estás sola con tus miedos o que te cuesta hablar de esto con otras personas?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Proporcionar información clara y accesible sobre los cambios emocionales y psicológicos del embarazo.
- ✦ Identificar y diferenciar entre preocupaciones normales y signos de ansiedad clínica.
- ✦ Enseñar estrategias de afrontamiento saludables para manejar la ansiedad mantenida con técnicas como la respiración consciente o la relajación muscular.
- ✦ Fomentar el desarrollo del vínculo materno-fetal, a través de ejercicios de visualización, diálogo interno con el bebé o escritura emocional.
- ✦ Reducir el estigma asociado a pedir ayuda psicológica durante el embarazo.

Actividades recomendadas

1. Semáforo emocional

¿Cómo?: Identificar la intensidad de la ansiedad usando los colores del semáforo: rojo (alta intensidad), amarillo (intensidad moderada), verde (intensidad baja). Pedir que identifique el color con los síntomas de tensión que experimenta.

¿Para qué?: Ayuda a tomar conciencia emocional. Resulta de especial relevancia la conciencia corporal asociada a la ansiedad (específica para cada persona) como base para el autoconocimiento y la autorregulación posterior.

2. Caja de herramientas de calma

¿Cómo?: Elaborar una lista personalizada de recursos que puedan ayudar a calmarse (respiración, música, visualizaciones, frases de apoyo, objetos...). Estos recursos se pueden explorar con preguntas del tipo: ¿Qué te ayuda a sentirte en calma? A continuación, invitar a visualizar y probar la herramienta en consulta.

¿Para qué?: Proporciona estrategias concretas para afrontar momentos de ansiedad o preocupación de forma autónoma. Es importante insistir en que no existen recursos universales para todas las gestantes ni en todas las situaciones. El embarazo es una oportunidad vital para rellenar nuestra caja de herramientas de calma.

3. Mitos y realidades del embarazo

¿Cómo?: Exponer las preocupaciones comunes sobre el embarazo y contrastarlas con información basada en la evidencia. Insistir en el papel adaptativo de la preocupación siempre que se emplee como un indicador de autocuidado.

¿Para qué?: Normaliza la sensación patológica de la preocupación. Reduce la ansiedad derivada de ideas erróneas o exageradas, promoviendo una visión más realista y tranquila.

4. Diálogo con el bebé

¿Cómo?: Invitar a la mujer a que escriba o verbalice un mensaje dirigido a su bebé, expresando pensamientos, emociones o deseos. Promover el empleo de expresiones de gratitud hacia el propio cuerpo y hacia el bebé.

¿Para qué?: Favorece el vínculo materno-fetal y permite canalizar emociones agradables, reduciendo la ansiedad anticipatoria. Permite instaurar una “percepción de control” saludable y adaptativa en relación al vínculo.

Referencias bibliográficas

- Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., ... y Sparud-Lundin, C. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth*, 32(2), 99-111.
- Leach, L. S., Poyser, C., y Fairweather-Schmidt, K. (2017). Maternal perinatal anxiety: A review of prevalence and correlates. *Clinical Psychologist*, 21(1), 4-19.
- Peñacoba, C., Carmona, F.J., y Marín, D. (2011). Pregnancy worries: a longitudinal study of Spanish women. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 90(9), 1030-1035.
- Roncallo, C. P., Sánchez de Miguel, M., y Arranz Freijo, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de psicología (Internet)*, 8(2), 14-23.
- Seo, H. J., Song, J. E., Lee, Y., y Ahn, J. A. (2020). Effects of stress, depression, and spousal and familial support on maternal identity in pregnant women. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 26(1), 84-92.
- Zhang, T., Liu, M., Min, F., Wei, W., Liu, Y., Tong, J., ... y Chen, X. (2023). Fear of childbirth and its determinants in pregnant women in the third trimester: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 23(1), 574.

4

Construyendo una transición a la maternidad basada en la autocompasión

Paula Vagos

(Psicóloga. William James Center for Research, Universidad de Aveiro)

Lara Palmeira

(Psicóloga. RISE-Health, Universidad Portucalense)

Convertirse en madre es una experiencia que cambia la vida y que puede llevar a las mujeres a reasignar un nuevo significado a sus roles y valores vitales (Prinds et al., 2014), mientras gestionan cambios físicos, psicológicos, sociales y relacionales (Hwang et al., 2022; Prinds et al., 2014). Físicamente, las mujeres necesitan adaptarse a los cambios corporales durante y después del embarazo y el parto. Socialmente, las mujeres son percibidas por los demás como madres y se espera que desempeñen roles maternos hacia sus hijos. Psicológicamente, las mujeres experimentan diversos cambios cognitivos y emocionales, incluyendo la redefinición de su identidad y la autoevaluación como madres, experimentando tanto emociones deseadas, como alegría o plenitud, como emociones no deseadas, incluyendo ansiedad, incompetencia o soledad (Hwang et al., 2022). En cuanto a las relaciones, las mujeres desarrollan un vínculo y una relación con sus hijos y redefinen sus relaciones con los demás —incluyendo su pareja y otros miembros de la familia—, intentando equilibrar los roles sociales y maternos (Hwang et al., 2022; Prinds et al., 2014).

Una transición exitosa a la maternidad (es decir, sentirse satisfecha, autoeficaz y enérgica en el rol materno durante el primer año después del parto) se ha asociado con resultados positivos, tanto para la madre como para el niño (p. ej., Richter et al., 2022), pero esta no es la experiencia de todas las madres y sus hijos. Las nuevas madres a menudo enfrentan diversos trastornos psiquiátricos, incluyendo depresión posparto (Amer et al., 2024), trastorno obsesivo-compulsivo (Fairbrother et al., 2021) o psicosis posparto (Friedman et al., 2023), así como otros síntomas y dificultades psicopatológicas (Bener et al., 2012). Estas dificultades en las madres, a su vez, tienen un impacto negativo en sus hijos, incluyendo dificultades emocionales y conductuales (Barker et al., 2012; Kılınc y Hergüner, 2016; O'Donnell et al., 2014).

La autocompasión puede ser un factor protector para las mujeres que enfrentan transiciones difíciles a la maternidad. Se refiere a una forma de relacionarse con uno mismo —especialmente en momentos de sufrimiento o angustia— basada en una profunda motivación y compromiso para actuar y aliviar ese sufrimiento. La autocompasión abarca la amabilidad hacia uno mismo (es decir, tratarnos con cuidado mientras aceptamos y gestionamos los defectos personales), la humanidad compartida (es decir, reconocer que los seres humanos están conectados por la realidad compartida de que ser humano implica enfrentar dificultades y ser vulnerable), y el mindfulness (es decir, ser consciente de la propia experiencia en el aquí y ahora, incluyendo la del sufrimiento; Neff, 2015). Se ha encontrado que las intervenciones que promueven la autocompasión son relevantes para ayudar a las mujeres en la transición a la maternidad (para revisiones previas, ver Hunter y Dickson, 2024; Jefferson et al., 2020).

Señales a observar

- ✦ ¿La madre es excesivamente autocrítica y tiene dudas sobre su rol maternal y la forma en que cuida a su hijo?
- ✦ ¿La madre se siente sola en su experiencia de la maternidad y afirma que su experiencia es diferente de lo que esperaba, de lo que debería ser la maternidad o de lo que cree que es la experiencia de otras madres?
- ✦ ¿La madre está enredada en la rumiación sobre lo que debería haber hecho mejor y en preocupaciones sobre si podrá hacerlo mejor para su hijo en el futuro?
- ✦ ¿Le resulta difícil a la madre ser amable y comprensiva consigo misma cuando enfrenta dificultades para cuidar a su hijo, quizás pensando que debería poder hacerlo todo?
- ✦ Cuando otros ofrecen ayuda o cuidados para el niño o a la madre, ¿piensa la madre que esto refleja su debilidad o incompetencia?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Cómo te estás relacionando contigo misma y con tu bebé? ¿Cómo te encuentras en tu nuevo rol como madre?
- ✦ ¿Te estás tomando el tiempo/aprovechando las oportunidades para cuidarte y ser amable contigo misma, y para valorarte por el arduo trabajo que has estado haciendo al cuidar a tu hijo?
- ✦ ¿Puedes notar las experiencias alegres y difíciles de ser madre? ¿Puedes verte a ti misma como una madre que experimenta lo bueno y lo malo?
- ✦ ¿Eres consciente de que otros (otras madres, tu pareja, tu bebé) están pasando por dificultades y te sientes conectada con ellos a través de esa experiencia compartida?
- ✦ ¿Estás dispuesta a ser amable y apoyarte a ti misma y a recibir esa amabilidad y apoyo de los demás cuando todo te resulte abrumador?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Ayudar a las madres a comprender qué es la autocompasión: Lograr que las madres conozcan la autocompasión como algo proactivo y motivador en relación con el alivio del sufrimiento propio y la generación de cambios si es necesario.
- ✦ Ayudar a las madres a experimentar la humanidad compartida, el mindfulness y la amabilidad hacia sí mismas: Involucrar a las madres en ejercicios experienciales para ayudarlas a conectar con los demás, ser conscientes de sus propias necesidades y las de sus hijos en cualquier momento dado, y tratarse a sí mismas de una manera cariñosa y de apoyo.
- ✦ Ayudar a las madres a conectar con su yo compasivo: Ayudar a las madres a reconocer la parte de sí mismas que es compasiva y cariñosa y dirigirla hacia ellas mismas.

Actividades recomendadas

1. Los mitos de la compasión

¿Cómo?: Pregunta a la madre qué cree que es la compasión. Las respuestas comunes son que es una actitud de complacencia, no asumir la responsabilidad de las propias faltas, ser indulgente, egoísta y débil, y tratarse a uno mismo con autocompasión. Luego, guía suavemente a las madres para que comprendan que la autocompasión está guiada por la intención genuina de aliviar el sufrimiento de alguien que lo merece y a quien queremos —nosotros mismos—. Para ello, la autocompasión requiere una actitud valiente, responsable y proactiva para aliviar el sufrimiento propio y actuar de manera diferente si es necesario.

¿Para qué?: Ayudar a las madres a comprender que la autocompasión (y recibir la compasión de los demás) no es nada que temer, sino una forma de conectar genuinamente con nosotros mismos y con los demás, especialmente en situaciones difíciles.

2. Una persona como yo

¿Cómo?: Pide a la madre que piense en otra persona, ya sea alguien que conoce o un extraño. Guíala suavemente para que note que esa persona probablemente experimenta dificultades, dolor y sufrimiento, al igual que ella; que se ha sentido indigna e inadecuada, al igual que ella; o que desea ser feliz, amada, segura, sana y libre de dolor y sufrimiento, al igual que ella. Luego, pide a la madre que piense en otra madre o en su pareja y note que esa persona es como ella en todos esos aspectos; destaca que esa madre o pareja está haciendo lo mejor que puede y aprendiendo sobre la maternidad/paternidad, al igual que ella.

¿Para qué?: Ayudar a las madres a tomar conciencia de que, aunque su experiencia de la maternidad sea única, comparten muchas de las mismas dudas, deseos y luchas con otros seres en general y con otras madres y padres en particular.

3. Escaneo corporal compasivo

¿Cómo?: Pide a la madre que se siente cómodamente y que escanee varias partes de su cuerpo, comenzando por la planta de los pies y luego subiendo (p. ej., tobillo, rodilla, abdomen, brazos, cara). Indícales que noten cualquier sensación presente. Si esas sensaciones son fáciles de mantener, pídeles a las madres que se vuelvan plenamente conscientes de ellas. Si esas sensaciones son difíciles, pide a la madre que reconozca esa incomodidad y que ponga su propia mano en esa parte del cuerpo como un gesto de amabilidad, quizás imaginando calor y amabilidad fluyendo a través de la mano hacia el cuerpo.

¿Para qué?: Ayudar a las madres a tomar conciencia de sus emociones y cómo se manifiestan en sus cuerpos, mientras se relacionan con emociones y sensaciones difíciles de una manera amable y apreciativa.

4. Encuentra frases de amor y amabilidad

¿Cómo?: Pide a las madres que se pregunten qué quieren y necesitan realmente en una situación difícil y ayúdalas a articular la respuesta en forma de una necesidad humana universal, como la necesidad de sentirse conectada con los demás y consigo misma, de sentirse querida y digna de amor, sana, en paz o libre. Luego, pide a las madres que escriban dos o tres frases que reflejen esa necesidad universal (p. ej., Que pueda reconocer mi propio valor; Que pueda amarme a mí misma y sentirme amada tal como soy; Que pueda sentir que pertenezco y no estoy sola). Finalmente, pide a las madres que se lean esas frases a sí mismas y que recurran a ellas cada vez que su autocrítica obstaculice su viaje hacia la maternidad.

¿Para qué?: Ayudar a las madres a relacionarse consigo mismas de una manera más amable que las motivará a actuar en función de sus necesidades expresadas hacia sí mismas y hacia su hijo.

5. Toque compasivo

¿Cómo?: Pide a la madre que coloque una mano sobre el área donde está su corazón, simplemente sintiendo la presión suave y cálida de su mano y sintiendo cómo su pecho se eleva y desciende naturalmente a medida que la respiración entra y sale. Pregúntale si este toque le ayuda a sentirse cómoda y segura. Si la respuesta es sí, entonces pídele que permanezca con esta sensación todo el tiempo que desee. Si la respuesta es no, guíala a través de otros posibles toques hasta que encuentre el que la lleve a sentirse reconfortada y segura (p. ej., ahuecar su cara entre sus manos, colocar una mano en su cuello, cruzar los brazos como si se estuviera dando un abrazo, colocar una o ambas manos en su abdomen, o apoyar las manos en su regazo). Cuando encuentre su toque compasivo, dale tiempo para que permanezca con la sensación de consuelo y seguridad.

¿Para qué?: Ayudar a las madres a conectar y encontrar un espacio para sentirse seguras y reconfortadas con el que puedan contar cuando enfrenten experiencias difíciles (de maternidad).

Referencias bibliográficas

- Amer, S. A., Zaitoun, N. A., Abdelsalam, H. A., Abbas, A., Ramadan, M. S., Ayal, H. M., Ba-Gais, S. E. A., Basha, N. M., Allahham, A., Agyenim, E. B., y Al-Shroby, W. A. (2024). Exploring predictors and prevalence of postpartum depression among mothers: Multinational study. *BMC Public Health*, 24, 1308. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18502-0>
- Barker, E. D., Copeland, W., Maughan, B., Jaffee, S. R., y Uher, R. (2012). The Relative Impact of Maternal Depression and Associated Risk Factors on Offspring Psychopathology. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 200(2), 124–129. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.092346>
- Bener, A., Gerber, L. M., y Sheikh, J. (2012). Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: A major public health problem and global comparison. *International Journal of Women's Health*, 4, 191–200. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S29380>
- Fairbrother, N., Collardeau, F., Albert, A. Y. K., Challacombe, F. L., Thordarson, D. S., Woody, S. R., y Janssen, P. A. (2021). High Prevalence and Incidence of Obsessive-Compulsive Disorder Among Women Across Pregnancy and the Postpartum. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 82(2), 20m13398. <https://doi.org/10.4088/JCP.20m13398>
- Friedman, H. P., Bilsky, S. A., y Luber, M. J. (2023). Parent Anxiety, Child Anxiety, Parental Beliefs about Anxiety, and Parenting Behaviors: Examining Direct and Indirect Associations. *Journal of Child and Family Studies*, 32(11), 3419–3429. <https://doi.org/10.1007/s10826-023-02665-2>
- Hunter, S., y Dickson, C. (2024). Women's experiences of the transition to motherhood and self-compassion. *Journal of Family and Child Health*, 1(1), 28–39. <https://doi.org/10.12968/jfch.2024.1.1.28>
- Hwang, W. Y., Choi, S. Y., y An, H. J. (2022). Concept analysis of transition to motherhood: A methodological study. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 28(1), 8–17. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2022.01.04>
- Jefferson, F. A., Shires, A., y McAloon, J. (2020). Parenting Self-compassion: A Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness*, 11(9), 2067–2088. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01401-x>
- Kılınc, S., y Hergüner, S. (2016). Effects of maternal psychopathology on children. In *Psychiatric disorders during the postpartum period in light of current advances* (pp. 101–113). Nova Science Publishers.
- Neff, J. (2015). *Self-compassion—The proven power of being kind to yourself*. HarperCollings.

- O'Donnell, K. J., Glover, V., Barker, E. D., y O'Connor, T. G. (2014). The persisting effect of maternal mood in pregnancy on childhood psychopathology. *Development and Psychopathology*, 26(2), 393–403. <https://doi.org/10.1017/S0954579414000029>
- Prinds, C., Hvidt, N. C., Mogensen, O., y Buus, N. (2014). Making existential meaning in transition to motherhood—A scoping review. *Midwifery*, 30(6), 733–741. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.021>
- Richter, N., Bondü, R., y Trommsdorff, G. (2022). Linking transition to motherhood to parenting, children's emotion regulation, and life satisfaction: A longitudinal study. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 36(2), 291–300. <https://doi.org/10.1037/fam0000868>

5

Procesar pérdidas: duelo gestacional y perinatal

Patricia Catalá
(Psicóloga. Universidad Rey Juan Carlos)

El duelo gestacional y perinatal representa una de las experiencias más invisibilizadas y, a menudo, más silenciadas dentro de la etapa perinatal. La pérdida de un embarazo (sea en etapas tempranas o avanzadas, espontáneamente o por decisión médica) genera un impacto emocional profundo que desafía las expectativas, el proyecto vital y el vínculo incipiente que ya se había comenzado a construir con ese bebé.

La investigación evidencia que muchas mujeres desarrollan un vínculo emocional con su bebé desde el momento en que descubren que están gestando, incluso antes de las primeras ecografías o de compartir la noticia públicamente (Côté-Arsenault, 2003). Por tanto, la pérdida interrumpe no solo un proceso biológico, sino también un proceso emocional, simbólico y relacional. El impacto puede intensificarse en función de factores como el número de pérdidas previas, el contexto social, el acceso a la red de apoyo, o la respuesta del entorno y del sistema sanitario.

Uno de los desafíos más relevantes es que se trata de un duelo frecuentemente minimizado o negado. Expresiones como “ya tendrás otro”, “mejor ahora que más adelante” o “al menos sabes que puedes quedarte embarazada” invalidan el dolor real de la madre y contribuyen a lo que se conoce como duelo invisible (Gómez Ulla y Contreras García, 2021; Swanson, 1999).

Como profesionales, es esencial poder nombrar la pérdida, sostener el dolor sin intentar resolverlo, y ofrecer espacios simbólicos para despedirse. Las intervenciones psicoeducativas pueden centrarse en facilitar el reconocimiento del vínculo, normalizar la vivencia de duelo y promover rituales significativos que ayuden a procesar la experiencia.

Tipos de pérdidas:

- ✦ Tempranas (primer trimestre): suelen estar marcadas por la sorpresa, la falta de explicación médica clara y el escaso reconocimiento externo.
- ✦ Silenciosas: embarazos no comunicados, pérdidas que se viven en soledad o sin acompañamiento.
- ✦ Múltiples o recurrentes: intensifican la sensación de injusticia, desconfianza con el cuerpo y miedo frente a embarazos futuros.

Señales a observar

- ✦ ¿Ha podido hablar de la pérdida con alguien? ¿Cómo se refiere a esa experiencia?
- ✦ ¿Hay presencia de culpa, vergüenza o desconexión emocional?
- ✦ ¿Reconoce lo que ha vivido como una pérdida significativa?
- ✦ ¿Ha tenido oportunidad de realizar algún tipo de despedida simbólica?
- ✦ ¿Se percibe sostén del entorno o vivencia de soledad?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Cómo viviste esa pérdida? ¿Qué significaba ese embarazo para ti?
- ✦ ¿Pudiste ponerle nombre, imaginar a ese bebé?
- ✦ ¿Qué necesitaste y no encontraste en ese momento?
- ✦ ¿Cómo te sientes hoy cuando lo recuerdas?
- ✦ ¿Qué te ayudaría a cerrar esa etapa, sin olvidarla?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Validar la pérdida como una experiencia emocional significativa.
- ✦ Brindar información sobre el proceso de duelo, sus fases y expresión individual.
- ✦ Facilitar espacios simbólicos de despedida, si la mujer así lo desea.
- ✦ Explorar narrativas personales asociadas a la pérdida y trabajar desde la resignificación.
- ✦ Evitar frases de consuelo simplistas y fomentar una escucha empática y sin juicio.

Actividades recomendadas

1. Carta de despedida

¿Cómo?: Invitar a escribir una carta al bebé que no llegó a nacer. Puede incluir emociones, deseos no cumplidos, o palabras de amor.

¿Para qué?: Favorece la elaboración simbólica del vínculo y el cierre emocional respetuoso.

2. Caja del recuerdo

¿Cómo?: Proponer guardar en una caja un objeto, palabra o símbolo que represente a ese bebé (una ecografía, un nombre imaginado, una nota).

¿Para qué?: Ayuda a concretar un lugar simbólico para la memoria, que visibilice la pérdida sin necesidad de verbalizarla continuamente.

3. Árbol de pérdidas y aprendizajes

¿Cómo?: Dibujar un árbol con raíces (lo que esa pérdida dejó), tronco (emociones actuales) y ramas (posibles aprendizajes o nuevos recursos desarrollados).

¿Para qué?: Permite resignificar la pérdida sin negarla, integrando la experiencia en la biografía emocional.

Referencias bibliográficas

- Côté-Arsenault, D. (2003). The influence of perinatal loss on anxiety in multigravidas. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 32(5), 623-629. <https://doi.org/10.1177/0884217503257140>
- Gómez Ulla, P., y Contreras García, M. (2021). *Pérdida y duelo perinatal*. Editorial Síntesis.
- Swanson, K. M. (1999). Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being. *Nursing Research*, 48(6), 288-298. <https://doi.org/10.1097/00006199-199911000-00004>
- Wenzel, A., y Kleiman, K. (2014). *Cognitive behavioral therapy for perinatal distress*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315769103>



El embarazo tras abortos de repetición

Laura Andreu-Pejó

(Enfermera y Psicóloga. Universidad Jaume I)

El embarazo es una experiencia profundamente significativa en la vida de muchas mujeres, cargada de expectativas, deseos y también temores. Sin embargo, para aquellas mujeres que han sufrido abortos espontáneos de repetición (también llamados pérdidas gestacionales recurrentes), la etapa prenatal puede estar marcada por una mayor carga emocional que la que experimentan otras gestantes, un factor de riesgo para la aparición de problemas emocionales. Lejos de vivirse como un nuevo comienzo esperanzador, el embarazo puede convertirse en una etapa ambivalente, donde la ilusión convive con el miedo a una nueva pérdida, la ansiedad por no saber cómo transcurrirá el embarazo y el recuerdo doloroso de las anteriores pérdidas.

Según la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE) se habla de abortos recurrentes cuando una mujer sufre la pérdida de dos o más embarazos clínicamente reconocidos antes de la semana 24 de gestación (ESHRE, 2018). Algunos estudios recientes refieren que entre un 1% y 2% de las mujeres en edad reproductiva experimentan abortos recurrentes (Christiansen et al., 2018). Sin embargo, a pesar de que en muchos casos no se logra identificar una causa médica específica, el impacto psicológico es profundo y mantenido en el tiempo, tanto en la propia mujer que sufre las pérdidas como también en su pareja (si la tiene).

En muchas ocasiones estas pérdidas se viven en silencio de manera que la propia mujer y también su pareja (si la tienen) apenas comparten el malestar emocional que sufren, quedando silenciado e impidiendo que el dolor se procese adecuadamente. Además, existen algunas creencias o mitos en el imaginario popular que se transmiten con frases como: “no pasa nada, estabas de muy poquito”; “lo puedes volver a intentar enseguida”; “como ya tienes otra hija, no pasa nada”, que pueden suponer una barrera para que las mujeres afectadas busquen ayuda para sobrellevar su malestar emocional y sus dificultades.

Conviene tener en cuenta que la pérdida gestacional no solo implica la muerte de un feto o embrión, sino también la pérdida de otras condiciones como la propia identidad materna/paterna anticipada de un proyecto vital de suma importancia, y de una narrativa futura que ya no será. Por lo tanto, cada nuevo embarazo se vive inevitablemente bajo la sombra de esas experiencias negativas previas repetidas, y puede activar mecanismos emocionales intensos de excesiva vigilancia, evitación o miedo y ansiedad (Cacciatore, 2013). La evidencia muestra que las mujeres embarazadas que han experimentado abortos repetidos suelen presentar síntomas de ansiedad, depresión e incluso

pueden llegar a desarrollar trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Farren et al., 2016; Farren et al., 2018). Algunos estudios muestran que hasta el 24–32 % de las mujeres pueden experimentar ansiedad moderada a grave en las primeras semanas tras una pérdida y entre el 8-20 % de las mujeres desarrollan síntomas depresivos moderados en pocas semanas (Herbert et al., 2022).

Así pues, en las mujeres que sufren abortos recurrentes, estos síntomas podrían aparecer incluso antes de la confirmación del embarazo o intensificarse en momentos clave como pueden ser las primeras ecografías, algunas consultas médicas o con la matrona de seguimiento o ante la percepción propia de cualquier síntoma físico que suelen interpretar como una “alarma”. En estos casos, no sería extraño observar algunas conductas como una hipervigilancia constante del cuerpo, una interpretación catastrófica de señales menores (como una molestia abdominal leve, calambres musculares o un cuadro de malestar general), o cierto distanciamiento emocional con respecto al embarazo o la criatura que se está gestando, lo que podría traducirse como una dificultad importante para vincularse emocionalmente con el bebé en gestación.

En la atención prenatal a las mujeres con pérdidas recurrentes, en cualquiera de las consultas por las que debe pasar para seguir el control de su embarazo, no es extraño encontrar como muchas expresan que sienten *que* “no pueden relajarse”, que “tienen miedo de ilusionarse”, o que “están esperando que algo salga mal”. Esto puede generar una experiencia emocional de embarazo muy distinta a la que socialmente se espera o idealiza, lo que a su vez puede producir culpa, aislamiento o incompreensión por parte del entorno. Estos pensamientos, conductas y emociones aparecen, en parte, porque las experiencias de pérdida repetida pueden alterar la percepción de seguridad básica en el cuerpo, en los vínculos y en el futuro, afectando profundamente a la manera en que se vive un nuevo embarazo (Coomarasamy, 2021).

Es importante tener presente como profesionales de la salud que este sufrimiento no indica debilidad emocional ni falta de deseo de ser madre. Al contrario, refleja un proceso adaptativo ante experiencias de pérdida que han sido vividas como significativas, intensas o incluso traumáticas. Por ello, en la atención a las mujeres embarazadas con historia de pérdidas recurrentes, los distintos grupos profesionales deben procurar guardar un enfoque biopsicosocial en sus intervenciones que garantice el cuidado a la salud emocional de la mujer. En este sentido, la literatura científica subraya que el apoyo emocional adecuado puede favorecer el bienestar psicológico de las mujeres durante estos embarazos (Côté-Arsenault y Donato, 2011). Así pues, el trabajo interdisciplinar basado en la validación emocional y el acompañamiento empático contribuirá a favorecer la construcción de un espacio seguro para afrontar este nuevo embarazo.

Desde la práctica profesional, se observa que muchas mujeres agradecen que se reconozca y se tenga en cuenta su historia previa sin infantilizarlas ni negar sus emociones (Bilardi et al., 2023). Validar el miedo, normalizar la ambivalencia y ayudarles a buscar estrategias de afrontamiento eficaces puede ser más útil que intentar generar calma con frases optimistas que, aunque bienintencionadas, no siempre reconfortan emocionalmente a las mujeres. En este sentido, es fundamental evitar minimizar el impacto de los abortos previos o asumir que el nuevo embarazo “lo compensa”. Este es un error habitual, sobre todo cuando las pérdidas son tempranas, que no podemos cometer desde la asistencia sanitaria. La experiencia de cada mujer es única, y es clave sostener una mirada que incluya tanto su historia obstétrica como la emocional en cada proceso, porque más allá del cuerpo gestante, hay una historia que merece ser escuchada, comprendida y acompañada con respeto.

Señales a observar

- ✦ ¿Tiene una historia personal o familiar que incremente la vulnerabilidad para sufrir problemas de salud mental, como antecedentes de trastornos mentales, experiencias negativas de embarazos previos y escasa red de apoyo social?
- ✦ ¿Se observa en ella una ansiedad elevada y una hipervigilancia corporal constante (problemas para conciliar el sueño y/o relajarse)?
- ✦ ¿Hay signos de tristeza, verbalización de pérdida de interés, fatiga intensa o ideas de culpa o inutilidad?
- ✦ ¿Tiene flashbacks, pesadillas, evita situaciones o inspecciona excesivamente posibles síntomas físicos?
- ✦ ¿Tiene dificultades para vincularse con el nuevo embarazo o el feto?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Qué te gustaría que las/los profesionales que te acompañamos en este nuevo embarazo supiéramos o tuviéramos en cuenta sobre tu historia previa?
- ✦ Teniendo en cuenta todo lo que te ha ocurrido hasta ahora en tu idea de conseguir ser madre ¿Cómo estás viviendo este nuevo embarazo?
- ✦ ¿Hay momentos del día o situaciones concretas en los que te sientes más nerviosa, preocupada, culpable o especialmente triste?
- ✦ ¿Qué cosas te están ayudando a sobrellevar esta etapa? ¿Y cuáles sientes que te están costando más?
- ✦ ¿Has podido hablar de este nuevo embarazo con otras personas, por ejemplo, amistades íntimas, hermana o hermano, tu madre o padre? ¿Te has sentido acompañada o más bien sola?
- ✦ ¿Cómo está viviendo este proceso tu pareja (si la tienes) o tu familia? ¿Hay algo que te preocupe al respecto?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Validar la experiencia emocional como parte del proceso de atención al embarazo.
- ✦ Favorecer espacios de expresión y elaboración del significado de las pérdidas anteriores.
- ✦ Promover estrategias de afrontamiento saludables y conscientes, nuevas o utilizadas anteriormente.
- ✦ Fomentar el desarrollo de una relación progresiva y respetuosa con el embarazo actual.
- ✦ Fortalecer la red de apoyo emocional y social disponible.
- ✦ Aumentar la sensación de autonomía y participación en los procesos de cuidados durante toda la etapa perinatal.

Actividades recomendadas

1. Diario de las emociones: "Así me he sentido hoy"

¿Cómo?: Crear un registro en el que la mujer debe identificar una situación relacionada con su embarazo que le haya resultado difícil de manejar, la respuesta emocional asociada y la consecuencia derivada, además de las conductas alternativas que podría llevar a cabo para una respuesta más adaptativa.

¿Para qué?: Facilita la conexión emocional consigo misma, aumenta el conocimiento propio de cómo funcionan sus emociones intensas y las consecuencias derivadas, favoreciendo la autorregulación y permitiendo observar cambios en el tiempo.

2. Caja de la calma

¿Cómo?: Crear (físicamente) una "caja" con elementos que aporten contención y seguridad emocional: una fotografía significativa, una carta personal, una afirmación positiva, un aroma relajante, una canción, etc.

¿Para qué?: Promueve la aceptación de las emociones, aporta sensación de control y refuerza el vínculo con el propio proceso emocional en momentos prolongados en el tiempo (por ejemplo, espera de resultados médicos) en los que el miedo, la ansiedad o la frustración son recurrentes.

3. Tiempo de conexión con el embarazo

¿Cómo?: Invitar a la mujer a dedicar unos minutos diarios o semanales para observar con calma su cuerpo, sentir los cambios y conectar con su cuerpo y su bebé, de la forma que le resulte más cómoda. Puede hacer un ejercicio de meditación guiada para observar y aceptar las sensaciones corporales; puede dedicar unos minutos a hablarle al bebé, escribirle, cantarle mientras se acaricia el vientre, dedicar unos minutos a visualizarlo, etc.

¿Para qué?: Mejora las situaciones de hipervigilancia de las sensaciones corporales, aceptándolas como normales en el proceso del embarazo, potenciando su procesamiento emocional relacionado. Fomenta el vínculo afectivo con el embarazo actual, respetando sus ritmos y emociones, ayudando a transitar la ambivalencia sin forzar la idealización.

4. Red de apoyo personal

¿Cómo?: Elaborar una lista que incluya a todas las personas que brindan apoyo o bienestar en este momento (familiares, pareja, amistades, profesionales, etc.). Anotar la disponibilidad en porcentaje (desde 0%= no está disponible a 100% siempre disponible) y tipo de ayuda que puede brindar cada persona (emocional, material, práctica, varias, etc.)

¿Para qué?: Muestra de manera clara todo el apoyo social disponible de la mujer y favorece la percepción de no estar sola, identifica redes de apoyo disponibles y activa recursos sociales protectores.

5. Cartas a mis pérdidas, cartas a mi presente

¿Cómo?: Propuesta de escritura de una o varias cartas donde la mujer pueda dirigirse simbólicamente a sus embarazos previos, permitiéndose despedirse, agradecer o expresar las emociones, contar situaciones pasadas significativas o lo que necesite. En otra carta puede dirigirse al embarazo actual desde su presente emocional, expresando sus miedos, pero también sus ilusiones y proyectos futuros.

¿Para qué?: Favorece la resignificación de las pérdidas, el cierre emocional y la integración de la historia reproductiva. No busca “cerrar capítulos” sino dar un lugar a lo vivido. Además, una carta al embarazo actual puede ayudar a aceptar el embarazo, favorecer el vínculo y aceptar las emociones agradables que también se generan como puede ser la ilusión.

Referencias bibliográficas

- Bilardi, J. E., y Temple-Smith, M. (2023). We know all too well the significant psychological impact of miscarriage and recurrent miscarriage: so where is the support?. *Fertility and sterility*, 120(5), 937-939.
- Cacciatore, J. (2013, April). Psychological effects of stillbirth. In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* (Vol. 18, No. 2, pp. 76-82). WB Saunders.
- Coomarasamy, A., Dhillon-Smith, R. K., Papadopoulou, A., Al-Memar, M., Brewin, J., Abrahams, V. M., ... y Quenby, S. (2021). Recurrent miscarriage: evidence to accelerate action. *The Lancet*, 397(10285), 1675-1682.
- Côté Arsenault, D., y Donato, K. (2011). Emotional cushioning in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(1), 81-92.
- Christiansen, O. B., Elson, J., Kolte, A. M., Lewis, S., Middeldorp, S., Nelen, W., ... y Goddijn, M. (2018). ESHRE guideline: Recurrent pregnancy loss. *Hum. Reprod. Open*, 2018(004).
- Farren, J., Jalmbant, M., Ameye, L., Joash, K., Mitchell-Jones, N., Tapp, S., ... y Bourne, T. (2016). Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study. *BMJ open*, 6(11), e011864.
- Farren, J., Mitchell-Jones, N., Verbakel, J. Y., Timmerman, D., Jalmbant, M., y Bourne, T. (2018). The psychological impact of early pregnancy loss. *Human reproduction update*, 24(6), 731-749.

Herbert, D., Young, K., Pietrusińska, M., y MacBeth, A. (2022). The mental health impact of perinatal loss: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 297, 118-129.

Pregnancy loss, mental health and the NHS: A summary of relevant findings from research by the Miscarriage Association, conducted in August 2018. Miscarriage Association United Kingdom (<https://www.miscarriageassociation.org.uk/>)



La vivencia de la soledad en el embarazo y el posparto

María del Sequeros Pedroso
(Psicóloga. Universidad a Distancia de Madrid)

La experiencia desagradable de no tener las conexiones o la intimidad y confianza que se desearía con otras personas durante el embarazo y la crianza del bebé es común en las madres (Nowland, Charles, y Thomson, 2024). Esta experiencia puede darse de maneras diferentes (Naughton-Doe, 2024). En primer lugar, las madres experimentan grandes cambios vitales que favorecen una lejanía física de otras personas desde el embarazo, teniendo menos oportunidades de contacto social. Por ejemplo, iniciando las bajas por maternidad, aumentando el teletrabajo o dejando de acudir a actividades habituales cuando aparecen más dificultades en la movilidad. Así mismo, tras el nacimiento, las tareas del cuidado están asociadas a un menor contacto con otras personas (Rözer, Poortman, y Mollenhorst, 2017), pudiendo llegar a experimentar una sensación de “estar atrapada en casa” (Lee et al., 2019).

Por otro lado, durante la maternidad aparecen nuevos retos que en ocasiones las madres sienten no poder compartir con los demás o, que pese a hacerlo, no serán comprendidas. Por ejemplo, algunas madres experimentan estrés y miedo con respecto a alimentar a sus bebés (Lee, Vasileiou, y Barnett, 2019), sintiendo que esta responsabilidad recae principalmente sobre ellas. Las madres pueden sentir que personas tan cercanas como sus parejas, incluso pudiendo estar a su lado, no entenderán como ellas los desafíos de esta tarea. Así mismo, visiones idealizadas de la maternidad en las cuales las mujeres parecen saber exactamente qué hacer con su bebé, llevan a no compartir estas situaciones tampoco con otras madres por el temor a ser juzgadas (Lee, Vasileiou, y Barnett, 2019).

Finalmente, las personas experimentamos un fuerte malestar cuando dejamos de sentir que pertenecemos y podemos identificarnos con grupos (Teoría de la Identidad Social; Tajfel, 1979). La maternidad supone fuertes cambios en la identidad de las mujeres (Nowland, Charles, y Thomson, 2024), que tienen que adaptarse a su nuevo papel como madres, provocando cambios en otros contextos, como el de trabajadora, amiga o pareja. Esta transición puede suponer un periodo de mayor dificultad para la sensación de pertenencia a esos grupos, experimentando una mayor desconexión.

Señales a observar

- ✦ ¿Puede identificar personas cercanas a ella con las que hablar o a las que pedir un favor?
- ✦ ¿Tiene acceso a recursos materiales o a personas que le pudieran facilitar el desplazarse cómodamente a donde necesite?
- ✦ ¿Habla sobre sus miedos o inquietudes en la maternidad?
- ✦ ¿Expresa falta de comprensión?
- ✦ ¿Mantiene contacto con grupos relevantes para ella (p.ej, laborales, de actividades de ocio, familia extensa...)?
- ✦ ¿Puede enumerar otros papeles o roles que desempeña adicionales a ser madre?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Con cuántas personas tienes contacto en una semana normal? ¿Con cuántas el contacto es de manera presencial?
- ✦ ¿Con quiénes sueles compartir tus preocupaciones? Por ejemplo, preocupaciones sobre el cuidado de tu bebé.
- ✦ ¿Cómo te sientes respecto a los planes fuera de casa? ¿Encuentras alguna dificultad?
- ✦ ¿Qué áreas son importantes en tu vida? ¿Cómo desempeñas cada una de ellas?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Explorar qué personas pueden suponer un acompañamiento y favorecer el contacto con estas personas.
- ✦ Normalizar los miedos en la maternidad y facilitar que se expresen.
- ✦ Detectar posibles barreras para hacer planes fuera de casa y explorar soluciones a las mismas.
- ✦ Facilitar la identificación de los roles diferenciados (madre, amiga, trabajadora, deportista...).
- ✦ Favorecer la dedicación de tiempo a las áreas identificadas en los roles.

Actividades recomendadas

1. Red de momentos para conectar

¿Cómo?: Pedirle que identifique en una hoja de papel personas con las que suele (o solía) compartir actividades que disfruta, indicando la persona, la actividad y la disponibilidad habitual de la persona. Indicarle que acuda a esta hoja cuando se sienta triste, cansada, agobiada o con otro tipo de malestar y haga un plan con alguna de estas personas.

¿Para qué?: Este ejercicio favorece la activación de la red de apoyo social significativa, lo que contribuye a disminuir el aislamiento y a aumentar la percepción de acompañamiento. Al tener identificadas de antemano las personas disponibles, se facilita la toma de decisiones en momentos de malestar y se incrementa la probabilidad de planificar actividades que generen bienestar.

2. Lista para salir!

¿Cómo?: Crear con ella listados que recojan todo aquello que necesite para pasar tiempo fuera de casa adaptados a las situaciones más habituales (por ejemplo, unas horas fuera de casa sola en los últimos meses del embarazo o unas horas fuera de casa con su bebé y una amiga). Indicarle que use este listado para verificar que dispone de todo lo que necesita para esos planes fuera de casa.

¿Para qué?: Contar con un listado previo de lo necesario ayuda a reducir la incertidumbre y el estrés asociados a las salidas del hogar. Esta estrategia incrementa la sensación de control sobre la situación y permite anticiparse a posibles dificultades. Además, contribuye a que la experiencia de salir sea percibida como manejable, lo que aumenta la confianza y la seguridad personal.

3. La normalidad de la imperfección

¿Cómo?: Pedirle que se imagine que una persona a la que admira y aprecia, puede ser una amiga, un familiar o un referente en algún área concreta, le contase que está teniendo pensamientos o miedos sobre su maternidad como los que ella tiene y que imagine como acompañaría ella a esa persona.

¿Para qué?: El objetivo de esta actividad es facilitar la validación de los pensamientos y miedos relacionados con la maternidad, promoviendo su reconocimiento como experiencias comunes y no patológicas. Al adoptar la perspectiva de cómo acompañaría a otra persona en la misma situación, se estimula la autocompasión y se reduce la autocrítica. De este modo, se fortalece la resiliencia emocional y se fomenta una vivencia más flexible y menos exigente de la maternidad.

4. Aliadas en la maternidad

¿Cómo?: Pedirle un listado breve de 1-3 personas de confianza a las que pueda llamar para compartir inquietudes sobre la maternidad. Es importante indicarle que no es suficiente con que sean personas de confianza o que la quieran, también deben ser personas con las que no se sienta juzgada, aquellas de las que recibe una respuesta amable y comprensiva pese a que pueda cometer algún error.

¿Para qué?: Identificar un grupo reducido de personas de confianza permite disponer de un recurso de apoyo emocional de calidad. Esta práctica no solo aumenta la accesibilidad al acompañamiento en momentos de miedo o incertidumbre, sino que también garantiza que la respuesta recibida sea comprensiva y no juzgadora. Así, se optimiza la capacidad de pedir ayuda de manera eficaz y se reduce el riesgo de sentirse sola o incomprendida.

5. Mis momentos importantes

¿Cómo?: Organizar un calendario mensual que incluya tiempos dedicados a todas las áreas importantes. No es necesario que sean grandes planes ni que ocupen mucho tiempo, pero sí que incluyan todas las áreas importantes para la persona. Pueden ser planes como ir a tomar un café con compañeros del trabajo o ir a una clase de cerámica. Este calendario debe incluir el día, la hora, el lugar, y, en caso de tener ya al bebé y que sea un plan que no pueda realizarse con él, debe incluir la persona que se ocupará de su cuidado.

¿Para qué?: La organización de un calendario de actividades relevantes contribuye a clarificar y equilibrar los diferentes roles que forman parte de la identidad personal más allá de la maternidad. Esta planificación favorece la inclusión de momentos gratificantes, aunque sean breves, y promueve una mayor coherencia entre las áreas vitales. Con ello se potencia el bienestar emocional, se previene la pérdida de identidad y se consolida un estilo de vida más satisfactorio y equilibrado.

Referencias bibliográficas

- Lee, K., Vasileiou, K., y Barnett, J. (2019). 'Lonely within the mother': An exploratory study of first-time mothers' experiences of loneliness. *Journal of health psychology*, 24(10), 1334–1344. <https://doi.org/10.1177/1359105317723451>
- Naughton-Doe, R. (2024). *Solutions to perinatal loneliness*. Mental Health Social Care Research Centre, School for Business y Society, University of York. This project was funded by the NIHR Three Schools Mental Health Programme (Fellowship Award Number: MH051). The views expressed in this report are those of the author and not necessarily those of the NIHR or the Department of Health and Social

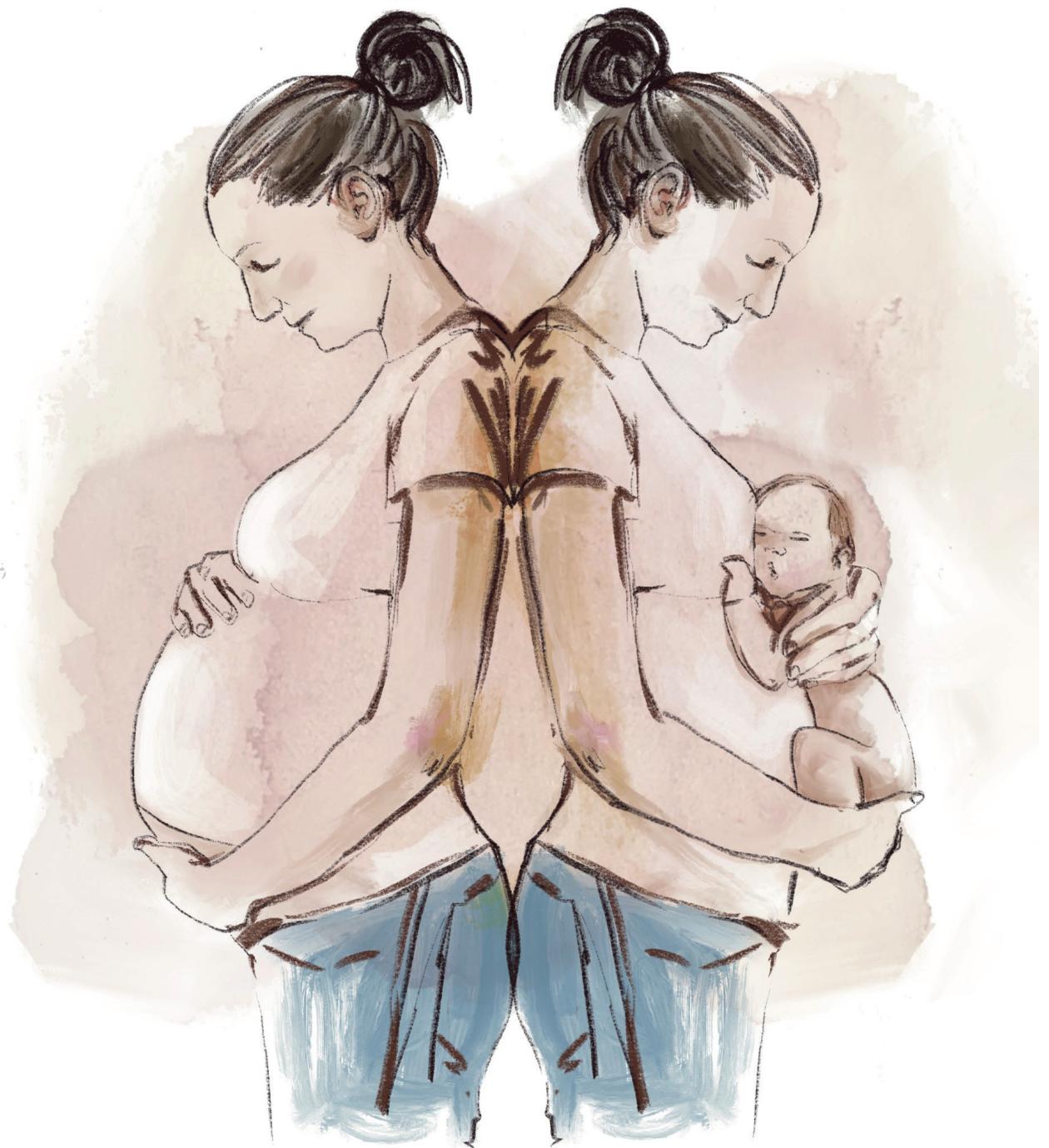
Care.

Nowland, R., Charles, J., y Thomson, G. (2024). Loneliness in Pregnancy and Parenthood: Impacts, Outcomes, and Costs. *The Yale journal of biology and medicine*, 97(1), 93–98. <https://doi.org/10.59249/NKTK3337>

Rözer, J. J., Poortman, A. R., y Mollenhorst, G. (2017). The timing of parenthood and its effect on social contact and support. *Demographic Research*, 36, 1889-1916.

Tajfel, H. (1979). Individuals and groups in social psychology. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 18(2), 183-190.

II IDENTIDAD, VÍNCULOS Y CAMBIOS PERSONALES



8

Reconstrucción de la identidad materna

Patricia Catalá
(Psicóloga. Universidad Rey Juan Carlos)

La experiencia de la maternidad implica una profunda reconfiguración del sentido del yo. No se trata simplemente de añadir un nuevo rol a la vida de la mujer, sino de una transformación que atraviesa múltiples niveles: emocional, relacional, corporal y simbólico. A nivel psicológico, esta transición activa procesos internos complejos, que a menudo implican tensiones entre la mujer que fue, la madre que está siendo, y la persona que desea seguir construyendo. Es en este espacio de transformación donde emergen los conflictos identitarios, los duelos por lo que se deja atrás y las oportunidades para una integración más amplia del self.

Uno de los modelos más influyentes en este campo es el de Ramona Mercer (2004), quien propuso el concepto de “alcance del rol materno” (Becoming a Mother) como un proceso dinámico y progresivo en el que la mujer internaliza y redefine su identidad en función de la experiencia materna. Mercer plantea que esta reconstrucción no ocurre de manera lineal, sino que depende de múltiples factores: la experiencia previa, el contexto social, el apoyo percibido, la salud del bebé y las características del parto, entre otros. Este enfoque ha sido respaldado por estudios que señalan cómo la calidad del vínculo con el bebé, la percepción de autoeficacia y la validación social influyen significativamente en el desarrollo de una identidad materna integrada (Barclay et al., 1997; Mercer, 2004; Laney et al., 2015; Stern, 1997a; Witungga et al., 2024).

Desde la psicología del desarrollo, autores como Stern (1997b) y Bruschiweiler-Stern (1998) han descrito la emergencia del “yo maternal” como una reorganización subjetiva del mundo interno. Esta reorganización implica, por un lado, la aparición de nuevas capacidades empáticas, anticipatorias y reguladoras; y por otro, la confrontación con antiguos esquemas internos sobre el cuidado, la dependencia y el valor propio. Es habitual que esta transición genere ambivalencias, sentimientos de pérdida, y una sensación de desbordamiento emocional, especialmente en el posparto temprano.

Al acompañar este proceso, es esencial que los profesionales reconozcan que la identidad materna no es un destino, sino una construcción en curso. Algunas mujeres se sienten rápidamente conectadas con esta nueva identidad, mientras que otras atraviesan un camino más complejo, marcado por la incertidumbre, la nostalgia o incluso el rechazo inicial del nuevo rol. Como señalan Bicking Kinsey et al. (2016), respetar los tiempos individuales y validar todas las emociones asociadas a esta transición favorece una integración más saludable y consciente.

Señales a observar

- ✦ ¿Hay diferencias en el lenguaje que usa para hablar de sí misma antes y después de la maternidad?
- ✦ ¿Refiere conflictos entre necesidades personales y demandas externas?
- ✦ ¿Se observa una pérdida de interés por actividades que antes disfrutaba?
- ✦ ¿Idealiza o rechaza la figura materna propia?
- ✦ ¿Denota sentimientos de pérdida, desorientación o fragmentación?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Sientes que has cambiado desde que eres madre? ¿Cómo?
- ✦ ¿Hay algo de ti que extrañes o eches de menos?
- ✦ ¿En qué momentos te sientes más conectada contigo misma?
- ✦ ¿Te sientes dividida entre diferentes versiones de ti?
- ✦ ¿Qué aspectos de tu identidad sientes que están en pausa?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Validar la diversidad de experiencias identitarias sin forzar una “reconciliación”
- ✦ Promover el diálogo interno compasivo: permitir la contradicción sin juicio
- ✦ Acompañar desde la escucha: no resolver, sino abrir preguntas
- ✦ Introducir la idea de “identidad múltiple y flexible” en lugar de una única versión coherente

Actividades recomendadas

1. Mapa de identidades

¿Cómo?: Pedirle a la mujer que dibuje un mapa con los diferentes roles e identidades que siente que la conforman (madre, pareja, amiga, trabajadora, etc.). Explorar cuáles están presentes, cuáles se sienten en pausa, cuáles reclama.

¿Para qué?: Este ejercicio favorece la visualización de los movimientos internos y la posibilidad de integrar partes que podrían sentirse desplazadas.

2. Diario de contrastes

¿Cómo?: Invitarla a escribir en dos columnas: “Antes de ser madre yo era...” y “Ahora me siento...”. Al final, invitar a escribir qué desea conservar, transformar o recuperar de ambas etapas.

¿Para qué?: Ayuda a reconocer continuidades y cambios sin polarizar identidades.

3. Escucha de narrativas externas

¿Cómo?: Explorar qué mandatos, frases o expectativas sociales sobre la maternidad han influido en su experiencia personal. Identificar qué desea sostener y qué desea cuestionar.

¿Para qué?: Fomenta una revisión crítica de los discursos que pueden generar presión o culpa.

Referencias bibliográficas

- Barclay, L., Everitt, L., Rogan, F., Schmied, V., y Wyllie, A. (1997). Becoming a mother--an analysis of women's experience of early motherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 719-728. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-1-1997025719.x>
- Bicking Kinsey, C., Baptiste-Roberts, K., Zhu, J., y Kjerulff, K. H. (2015). Effect of previous miscarriage on depressive symptoms during subsequent pregnancy and postpartum in the first baby study. *Maternal and Child Health Journal*, 19(2), 391-400. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1521-0>
- Bruschweiler-Stern, N., y Stern, D. N. (1998). *The birth of a mother: How the motherhood experience changes you forever*. Basic Books.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
- Laney, E. K., Hall, M. E. L., Anderson, T. L., y Willingham, M. M. (2015). Becoming a Mother: The Influence of Motherhood on Women's identity development. *Identity*, 15(2), 126-145. <https://doi.org/10.1080/15283488.2015.1023440>
- Stern, D. N. (1997a). *The Birth of a Mother: How the Experience of Motherhood Changes You Forever*. Basic Books.
- Stern, D. N. (1997b). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. Basic Books.

Witungga, R. a. A., Purwatiningrum, D. A., Gumanti, K. A., y Sariati, Y. (2024). The relationship of Maternal Self-Efficacy and family social support to the achivement of maternal identity in postpartum women with a history of early marriage. *JKM (Jurnal Kebidanan Malahayati)*, 10(12), 1349–1358. <https://doi.org/10.33024/jkm.v10i12.17682>

9

Cambios fisiológicos en el cuerpo de la madre: Más allá de una barriga que crece.

Cristina Ballesteros
(Biotecnóloga. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón)

La representación típica del embarazo es la de una barriga. Solo una barriga. Sin brazos, sin piernas y, sobre todo, sin cabeza. Como si todo lo que supone el embarazo se contuviese herméticamente en ese pequeño espacio. Esta compartimentalización simbólica esconde un discurso, una forma de pensar el embarazo que otorga al embrión una autonomía tal que parece que puede desarrollarse por sí mismo tan solo contando con los nutrientes que le llegan a través del cordón umbilical (Otero-Hermida, en prensa). Sin embargo, el embarazo excede a lo que pasa únicamente dentro de la barriga, interpelando y necesitando a todo el cuerpo de la madre.

Durante el embarazo el cuerpo de la mujer transita a un diferente estado homeostático, a una nueva normalidad fisiológica que incluye al embrión en desarrollo y a la relación establecida con él (Nuño de la Rosa et al., 2020). Todos los órganos, en mayor o menor medida, cambian su funcionamiento, su anatomía y su comunicación con otros órganos. Se da una adaptación dinámica, global y precisa (Carmona, 2024). Una adaptación impulsada por un escenario endocrino sin precedentes donde los niveles hormonales a los que estamos normalmente expuestas se incrementan por 10, 100, 1000 para luego desplomarse abruptamente tras el parto (Servin-Barthet et al., 2023) y por un nuevo órgano, la placenta, que actúa como interfaz entre feto y madre coordinando muchos de estos procesos. Entre otras muchas modificaciones, aumenta el volumen del plasma sanguíneo; el volumen del corazón; la ventilación pulmonar; la capacidad de filtración de los riñones y el tamaño del útero alcanzando hasta los 5L de capacidad. También cambia la fuente de energía metabólica para priorizar que la glucosa y los aminoácidos lleguen al feto; la microestructura de ligamentos y cartílagos para tornarse más laxos y sostener el embarazo y el parto o el estado inmune que alterna un momento proinflamatorio en la implantación, antiinflamatorio en el embarazo y de nuevo proinflamatorio en el parto (Soma-Pillay et al., 2016). Además de estas adaptaciones, existen otros cambios colaterales como el adelgazamiento de la córnea, la modificación del pH de la saliva, la hiperpigmentación de la piel o la existencia de microquimerismos, esto es, el intercambio de células entre madre y feto producido por ese íntimo contacto en el que se encuentran (Cómite-Mariano et al., 2022).

En este cuerpo cambiante, el cerebro, como parte de él, no queda al margen. El volumen de la corteza cerebral, parte más externa donde residen los cuerpos de las neuronas, se reduce durante el embarazo para luego aumentar parcialmente en el posparto (Hoekzema et al., 2017; Paternina-Die et al., 2023; Servin-Barthet et al., 2025). Así, en poco más de un año, el cerebro transita por un gran dinamismo, por unos cambios sin igual en la vida adulta.

Tener menos volumen cerebral durante el embarazo no vuelve a las mujeres más tontas, olvidadizas, despistadas como dice el concepto de “cerebro de embarazada” o “mommy brain”. Los cambios no solo no se asocian con un empeoramiento de la atención o de memoria, sino que, de hecho, correlacionan con medidas de vínculo con el bebé, sugiriendo que podrían ser adaptativos (Hoekzema et al., 2017; Servin-Barthet et al., 2025). Así, durante este periodo se abre una ventana de neuroplasticidad: el cerebro incrementa su capacidad de hacer frente a los cambios, de aprender, de ser influenciado por el resto del cuerpo y por el entorno en el que vivimos. Si bien este órgano nunca es estanco o hermético, aquí sería especialmente dinámico, cambiante, poroso, propenso a la apertura con todo lo que implica. Pese a no saber qué es lo que está sucediendo a nivel celular, podríamos interpretar los cambios como una suerte de facilitación biológica para la transición a la maternidad. Y facilitación no es determinación. Tener más o menos cambios no nos hará mejor o peores madres, así como no es indispensable pasar por una gestación para poder vincularnos y cuidar bien a nuestras criaturas. Los comportamientos maternos y paternos se acaban aprendiendo si hay una voluntad y un deseo para ello. Pensar en la maternidad desde solo y exclusivamente lo biológico nos llevaría a un reduccionismo tal que no solo ignoraría las condiciones materiales y culturales que la atraviesan y condicionan, sino que también dejaría de lado al resto de personas cuidadoras.

En definitiva, dar un paso atrás a la hora de mirar el embarazo y ver que esa barriga está en un cuerpo muy cambiante nos ayudará a resignificar el embarazo. Resignificarlo en el sentido de valorar todo lo que ocurre en el cuerpo de la mujer para que ese embrión se desarrolle. Resignificarlo dejando de lado las ideas que hacen del embarazo una enfermedad y de las mujeres unas tontas en estos momentos. Resignificarlo para abrirnos a lo que este proceso puede suponer y la huella corporal que puede surgir. Pero resignificarlo sin romanticismos, sin esencialismos, contemplando sus complejidades, sus contradicciones y sus contratiempos en un sistema que no nos deja parar de producir para reproducir.

Señales a observar

- ✦ ¿Refiere cambios en su energía o vitalidad?
- ✦ ¿Se muestra hiperoxigente consigo misma?
- ✦ ¿Siente dificultad para adaptarse a los cambios fisiológicos del embarazo?
- ✦ ¿Muestra ambivalencia emocional ante su rol materno?
- ✦ ¿Le es complicado establecer una imagen mental de su bebé o conexión con el mismo?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Qué cambios en tu cuerpo te han resultado difíciles de integrar?
- ✦ ¿Cómo te sientes a nivel emocional respecto al embarazo? ¿En ocasiones sientes contradicción?
- ✦ ¿Dispones de espacios seguros donde compartir tus preocupaciones o miedos sobre esta etapa?
- ✦ ¿Qué necesitarías para transitar este proceso con mayor seguridad?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Entender los cambios por los que transitan las mujeres durante el embarazo para valorar este proceso, entender su complejidad e implicaciones y no patologizarlo.
- ✦ Empoderar a las madres haciéndolas conscientes del papel activo y adaptativo de su organismo en el embarazo.
- ✦ Acompañar en un momento de transición vital, atendiendo tanto a los cambios físicos asociados, como a la experiencia subjetiva de la madre, evitando la reducción a lo biomédico.
- ✦ Favorecer una mirada crítica sobre los discursos sociales del embarazo, propiciando una experiencia informada.

Actividades recomendadas

1. Registro de los cambios percibidos durante el embarazo

¿Cómo?: Dedicar un tiempo para anotar por semanas, meses o trimestres los cambios que percibimos, tanto físicos como psíquicos. Cómo nos hacen sentir, qué pensamos de ellos.

¿Para qué?: Este ejercicio permite dar un espacio a esos cambios, ponerlos sobre la mesa para reflexionar sobre cómo nos atraviesan y qué emociones nos generan. Darle peso al embarazo y a nosotras mismas en él saliéndonos de la idea de que es solo un tiempo de espera y de transición. Este registro puede ser de la forma que más se adapte a cada mujer, podemos escribir los cambios, dibujarlos, fotografiarlos, etc.

2. Establecer redes entre madres

¿Cómo?: Poner en contacto a mujeres embarazadas y madres para hablar del propio proceso, de cómo lo ha vivido cada una para realizar un acompañamiento comunitario. Puede ser autogestionado o guiado mediante una persona profesional que divida las cuestiones a tratar por sesiones, pero siempre acogiendo lo que pueda surgir, todos los derroteros y las derivas posibles.

¿Para qué?: Sentirse escuchadas y sostenidas por personas que han pasado por lo mismo, pensar y acompañarse en la transición a la maternidad. Identificarse en el relato de otras, pero también descubrir otras experiencias.

Referencias bibliográficas

- Carmona, S. (2024). *Neuromaternal: ¿Qué le pasa a mi cerebro durante el embarazo y la maternidad?* Penguin Random House.
- Cómitre-Mariano, B., Martínez-García, M., García-Gálvez, B., Paternina-Die, M., Desco, M., Carmona, S., y Gómez-Gaviró, M. V. (2022). Feto-maternal microchimerism: Memories from pregnancy. *iScience*, 25(1), 103664. <https://doi.org/10.1016/j.isci.2021.103664>
- Hoekzema, E., Barba-Müller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., García-García, D., Soliva, J. C., Tobeña, A., Desco, M., Crone, E. A., Ballesteros, A., Carmona, S., y Vilarroya, O. (2017). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nature Neuroscience*, 20(2), Article 2. <https://doi.org/10.1038/nn.4458>
- Nuño de la Rosa, L., Pavličev, M., y Etxeberria, A. (2020). Pregnant Females as Historical Individuals: An Insight From the Philosophy of Evo-Devo. *Frontiers in Psychology*, 11, 572106. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.572106>
- Otero-Hermida, P. (en prensa). Rethinking Matter and our materialization journey.
- Paternina-Die, M., Martínez-García, M., De Blas, D. M., Noguero, I., Servin-Servet, C., Pretus, C., Soler, A., López-Montoya, G., Desco, M., y Carmona, S. (2023). *Women's neuroplasticity during gestation, childbirth, and postpartum* [Preprint]. In Review. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2723150/v1>
- Servin-Barthet, C., Martínez-García, M., Paternina-Die, M., Marcos-Vidal, L., Martín De Blas, D., Soler, A., Khymenets, O., Bergé, D., Casals, G., Prats, P., Pozo, O. J., Pretus, C., Carmona, S., y Vilarroya, O. (2025). Pregnancy entails a U-shaped trajectory in human brain structure linked to hormones and maternal attachment. *Nature Communications*, 16(1), 730. <https://doi.org/10.1038/s41467-025-55830-0>
- Servin-Barthet, C., Martínez-García, M., Pretus, C., Paternina-Die, M., Soler, A., Khymenets, O., Pozo, O. J., Leuner, B., Vilarroya, O., y Carmona, S. (2023). The transition to motherhood: Linking hormones, brain and behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 1-15. <https://doi.org/10.1038/s41583-023-00733-6>

Soma-Pillay, P., Catherine, N.-P., Tolppanen, H., Mebazaa, A., Tolppanen, H., y Mebazaa, A. (2016). Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular Journal of Africa*, 27(2), 89-94. <https://doi.org/10.5830/CVJA-2016-021>

10

Imagen corporal durante la maternidad

Celia Arribas

(Psicóloga. Universidad Rey Juan Carlos)

La maternidad supone un proceso de profundas transformaciones físicas que, lejos de circunscribirse al embarazo y al parto, continúan durante el posparto y se articulan con significados sociales y personales sobre el cuerpo femenino. A nivel biológico, el cuerpo materno experimenta cambios sustanciales para sostener la gestación, el parto y la lactancia, lo que incluye el aumento de volumen abdominal, la modificación del tejido mamario, la retención de líquidos y variaciones hormonales que pueden influir en el peso y la distribución de la grasa corporal (Clark et al., 2009).

Sin embargo, desde una perspectiva sociocultural, el cuerpo materno no siempre es comprendido o valorado en términos funcionales, sino que a menudo se mide bajo estándares estéticos que privilegian la delgadez, la firmeza y la juventud, con escasa tolerancia a las marcas naturales del embarazo y el parto, como estrías, cicatrices o flacidez abdominal (Grogan, 2016). Este desajuste entre el cuerpo funcional —entendido como aquel que sostiene procesos vitales, produce leche, carga y cuida— y el cuerpo idealizado —asociado a modelos mediáticos e hipersexualizados— puede generar importantes tensiones emocionales en las madres.

Numerosos estudios han documentado cómo la insatisfacción con la imagen corporal tiende a aumentar durante el embarazo y el posparto. Según la revisión de Hodgkinson et al. (2014), muchas mujeres reportan sentimientos ambivalentes respecto a su cuerpo: por un lado, orgullo y asombro por su capacidad de gestar y nutrir, y por otro, incomodidad o incluso rechazo hacia los cambios corporales. Este conflicto puede verse exacerbado por la presión social para “recuperar la figura” rápidamente tras el parto (Clark et al., 2009a; Trakas, 2009; Watson et al., 2015), lo que ha sido vinculado con un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos (Clark et al., 2009b; Duncombe et al., 2008; Silveira et al., 2015; Solorzano et al., 2022) y una baja autoestima (Meireles et al., 2022).

El modelo de la autoobjetivación propuesto por Fredrickson y Roberts (1997) ofrece un marco útil para comprender cómo las mujeres pueden interiorizar el punto de vista externo sobre su cuerpo, evaluándose a sí mismas en términos de apariencia antes que de funcionalidad. Durante la maternidad, esta autoevaluación puede entrar en tensión con el redescubrimiento de un cuerpo que responde a demandas biológicas y del cuidado. Así, en lugar de ser percibido como un cuerpo meramente estético, emerge con fuerza el cuerpo funcional: el que amamanta, sostiene, provee calor y contención.

Al mismo tiempo, desde la teoría del *embodiment*, se destaca la importancia de la experiencia vivida del cuerpo (Merleau-Ponty, 1962). En la maternidad, el cuerpo se convierte en el principal canal de interacción con el bebé, reconfigurando sensaciones, prioridades y la relación con una misma. Investigaciones recientes subrayan que promover la conexión con el cuerpo desde su funcionalidad —valorando su rol protector y nutriente— puede servir como factor de resiliencia frente a la presión estética (Tylka y Wood-Barcalow, 2015).

Por tanto, el acompañamiento psicológico en esta etapa debería favorecer una narrativa que reconozca las pérdidas estéticas percibidas sin minimizar el duelo que esto puede representar, al tiempo que fortalezca el orgullo y gratitud hacia el cuerpo como vehículo de vida y cuidado. Este balance resulta esencial para proteger la salud mental materna y, de manera indirecta, el establecimiento de un vínculo afectivo seguro con el bebé.

Señales a observar

- ✦ ¿Expresa comentarios autocríticos recurrentes sobre su cuerpo?
- ✦ ¿Se observa una priorización de las expectativas estéticas sobre sus propias necesidades de descanso o salud general?
- ✦ ¿Siente vergüenza corporal que limita la intimidad o el disfrute con el bebé?
- ✦ ¿Se compara constantemente con otras madres o con modelos idealizados en los medios de comunicación?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Qué ha cambiado en tu relación con tu cuerpo desde que eres madre?
- ✦ ¿Hay partes de tu cuerpo que te cueste mirar o tocar?
- ✦ ¿Qué sientes que tu cuerpo ha logrado o soportado durante este proceso?
- ✦ ¿Qué tipo de mensajes recibes (o te das) acerca de cómo “debería” ser tu cuerpo ahora?
- ✦ ¿Qué representan para ti los cambios que ha experimentado tu cuerpo en este proceso?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Reconocer la presión sociocultural sobre la imagen corporal posparto y cómo impacta en la vivencia subjetiva, promoviendo una mirada crítica hacia los mandatos sociales y culturales.
- ✦ Introducir el concepto de cuerpo funcional, que prioriza el sostén, la nutrición y el bienestar del binomio madre-bebé, como alternativa al cuerpo idealizado.
- ✦ Validar ambivalencias respecto al cuerpo, sin imponer un discurso forzado de “amar el cuerpo a toda costa”.
- ✦ Fomentar un diálogo interno compasivo, que integre gratitud y aceptación progresiva de los cambios corporales.

Actividades recomendadas

1. Carta al cuerpo

¿Cómo?: Invitar a escribir una carta al propio cuerpo agradeciendo lo que ha hecho en el proceso de gestar, parir o cuidar, reconociendo sus esfuerzos y funciones. Puede repetirse en diferentes etapas para favorecer la visión transicional/cambiante de los pensamientos.

¿Para qué?: Ayuda a cultivar una perspectiva más compasiva y funcional del cuerpo, reconectando más con lo que ofrece y restando peso a las expectativas culturales. Puede utilizarse para cerrar simbólicamente etapas.

2. Espejo con afirmaciones funcionales

¿Cómo?: Proponer mirarse al espejo identificando no la forma, sino lo que cada parte ha permitido hacer (por ejemplo: “estos brazos cargan a mi bebé”, “este abdomen sostuvo una vida”). Se pueden pegar *post-its* con las afirmaciones en el espejo para una mayor conciencia.

¿Para qué?: Reduce el enfoque exclusivamente estético y potencia el aprecio por la función vital, resignificando el nuevo cuerpo desde el reconocimiento, no desde la exigencia.

3. Identificar mandatos externos

¿Cómo?: Explorar qué frases, imágenes o expectativas sociales influyen en su autoimagen y reflexionar cuáles desea conservar y cuáles cuestionar. Se puede hacer reflejando las creencias en papeles, clasificándolas y quemándolas (si no son adaptativas) como ejercicio simbólico.

¿Para qué?: Favorece la toma de conciencia del impacto social sobre la imagen, promoviendo un pensamiento más crítico y potenciando la autonomía frente a expectativas culturales que pueden generar culpa o insatisfacción.

4. Línea del tiempo corporal

¿Cómo?: Representar una línea temporal integrando momentos clave en los que el cuerpo haya tenido un peso importante en la vida de la mujer (infancia, adolescencia, enfermedad, placer, menstruación, sexualidad) e identificar las zonas corporales y las emociones asociadas pasadas y presentes.

¿Para qué?: Permite una narrativa corporal más amplia y situacional, no enfocada únicamente a los cambios perinatales, permitiendo una perspectiva más amable con su cuerpo y una mejor continuidad de su yo corporal.

Referencias bibliográficas

- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., y Milgrom, J. (2009a). My baby body: A qualitative insight into women's body related experiences and mood during pregnancy and the postpartum. *Journal of reproductive and infant psychology*, 27(4), 330-345. <https://doi.org/10.1080/02646830903190904>
- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., y Milgrom, J. (2009b). The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: A prospective study. *Body Image*, 6(3), 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.02.002>
- Fredrickson, B. L., y Roberts, T. A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173-206. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>
- Grogan, S. (2016). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children* (3rd ed.). Routledge.
- Hodgkinson, E. L., Smith, D. M., y Wittkowski, A. (2014). Women's experiences of their body during pregnancy and the postpartum: A qualitative meta-synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 330. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-330>
- Meireles, J. F. F., Neves, C. M., Amaral, A. C. S., Morgado, F. F. da R., y Ferreira, M. E. C. (2022). Body appreciation, depressive symptoms, and self-esteem in pregnant and postpartum Brazilian women. *Frontiers in Global Women's Health*, 3, 834040. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.834040>
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception* (C. Smith, Trans.). Routledge y Kegan Paul.
- Silveira, M. L., Ertel, K. A., Dole, N., y Chasan-Taber, L. (2015). The role of body image in prenatal and postpartum depression: A critical review of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 18, 409-421. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0525-0>
- Trakas, D. J. The belly beautiful: Unveiling the pregnant body. *Medicine Anthropology Theory*, 21 (1) (Medische Anthropologie), 53-73. Retrieved from <http://www.medanthrotheory.org/read/3270/the-belly-beautiful-unveiling-the-pregnant-body>. 2009.
- Tylka, T. L., y Wood-Barcalow, N. L. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118-129. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>
- Watson, B., Fuller-Tyszkiewicz, M., Broadbent, J., y Skouteris, H. (2015). The meaning of body image experiences during the perinatal period: A systematic review of the qualitative literature. *Body Image*, 14, 102-113. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.005>



Culpa, autoexigencia y mirada compasiva

Verónica Martínez-Borba
(Psicóloga. Universidad de Zaragoza)

Jorge Osma
(Psicólogo. Universidad de Zaragoza)

La vivencia de la maternidad, el embarazo y el posparto es muy distinta para las mujeres y ha ido variando a lo largo del tiempo. El concepto de “maternidad” y lo que se entiende por “ser una buena madre” ha evolucionado significativamente, reflejando los cambios culturales, sociales y económicos de cada época. En la actualidad, muchas mujeres experimentan sentimientos de culpa por no poder responder a todas las demandas de su entorno: cuidar, criar, trabajar, atender a su pareja o a la familia extensa, y también a sí misma y, además, hacerlo como si combinar todos estos roles fuera fácil.

Como profesionales de la salud, adoptar una mirada amplia sobre la maternidad y comprender las presiones del entorno puede favorecer una atención **más empática**. Ofrecer espacios de expresión sin críticas o juicios, validar las emociones que generan malestar en la mujer, y colaborar en el análisis de qué está ocurriendo de manera flexible puede ayudar a aliviar el malestar emocional que puede acompañar al embarazo y posparto. La culpa materna es común, pero no siempre está justificada; entenderla en su contexto social es clave para apoyar mejor a las mujeres que la atraviesan.

En otras **épocas, maternidad y crianza no iban necesariamente de la mano. Sabemos que algunas madres de clases socioeconómicas altas no criaban a sus hijos, delegando esa tarea a las nodrizas, sin establecerse un vínculo emocional como el que actualmente se espera entre madres e hijos e hijas. Más tarde, con la llamada “maternidad científica”, las madres no solo tenían el deber de parir, sino también el de seguir las pautas marcadas por “los expertos” para saber cómo cuidar adecuadamente a sus hijos/as. El concepto de maternidad, lejos de quedarse ahí, ha seguido en constante transformación. Un ejemplo es la “maternidad intensiva”, que, como expone Sharon Hays (1996), exige que las madres se entreguen emocional, física y económicamente al cuidado de sus hijos e hijas. Esta visión de la maternidad, junto con el ideal de la “supermujer” (una heroína de cómic), aún vigente en nuestra sociedad, impone a las mujeres ser madres dedicadas, alcanzar el éxito laboral, tener una pareja estable y bien cuidada, mantener una vida social activa, trabajar**

y cuidar su cuerpo, todo al mismo tiempo, sin salirse de la norma y sin expresar malestar o dificultades en el proceso.

Estos estándares, imposibles de alcanzar, pueden resultar en una constante frustración y en la aparición de sentimientos de culpa: “por no ser lo suficientemente buena”, “por no llegar a todo lo que tengo que hacer”, “por no sentirme tan feliz como se espera”, “por no disfrutar como debería de estar con mi bebé”, y un largo etcétera. Un reciente estudio recoge esta idea y muestra cómo las mujeres han interiorizado ideales de la maternidad irrealistas, lo que las ha llevado a experimentar culpa por cuestiones tan básicas como querer tener más tiempo para el autocuidado, por no saber de manera inmediata lo que quiere su bebé, por no tener el mismo aspecto físico que antes, por no ser como otras madres o por no verse reflejadas en la representación distorsionada de la maternidad que se observa en los anuncios de televisión y en las redes sociales (Jackson y et al., 2024).

Como resume el trabajo de Enrique Echeburúa y colaboradores (2001), la culpa, como cualquier emoción, cuando está justificada tiene una función útil o adaptativa. Vamos a describir qué entendemos por una emoción justificada. Las emociones nos dan información sobre lo que está ocurriendo y nos permiten actuar en consecuencia. En el caso concreto de la culpa, sirve para señalar cuándo hemos actuado en contra de nuestros propios valores o hemos realizado una conducta que nos alejaba de nuestros objetivos o que ha podido herir a otras personas. Esta emoción nos brinda la oportunidad de reflexionar sobre nuestros propios actos, rectificar y pedir disculpas si es necesario, comprometiéndonos a responder de una manera más adecuada en el futuro. Por tanto, la culpa está justificada cuando aparece para darnos una información importante que podemos usar para tomar decisiones que nos acerquen a nuestros objetivos. Sin embargo, la culpa en el contexto de la maternidad, también puede aparecer: en un contexto que no está justificado (p. ej., sentirse culpable porque se están encontrando dificultades para establecer la lactancia materna), de manera desproporcionada o excesiva (p. ej., sentirse muy culpable y autocastigarse porque ha olvidado coger ropa de repuesto al salir al parque) o en respuesta a imposiciones sociales y culturales y no a los propios valores (p. ej., sentir culpa por no tener el aspecto físico que se tenía antes de la maternidad o sentir culpa por no tener tanto tiempo como antes para visitar a familiares y amistades). En los casos más extremos, y tal y como recoge Hale (2007) en su trabajo sobre culpa y pérdida del embarazo, algunas mujeres pueden experimentar sentimientos de culpa y autocastigo por creer que no lo hicieron lo suficientemente bien, que fallaron y por eso se produjo la pérdida del embarazo. En esta situación de especial vulnerabilidad, es fundamental que los profesionales sean capaces de identificar estos pensamientos distorsionados y ofrezcan la información necesaria para ayudar a la mujer a considerar otras alternativas de interpretación de lo ocurrido y, de este modo, ser menos autoexigente.

Esta labor no siempre resulta sencilla, ya que en la etapa perinatal las mujeres rara vez expresan de manera espontánea emociones desagradables como la culpa, la vergüenza, el miedo o la tristeza. Tal como resumen Howard y Khalifeh (2020) en su trabajo sobre los avances y retos asociados a la salud mental, las dificultades en la detección y tratamiento del malestar emocional se debe tanto al estigma asociado a la salud mental como al estigma específico que implica experimentar malestar en una etapa socialmente idealizada como el embarazo y el posparto. Por este motivo, es de vital importancia que desde el sistema de cuidado se adopte una postura que, desde la curiosidad y la ausencia de juicio, permita detectar cuándo la gestante o madre está experimentando sentimientos de culpa no justificados.

Señales a observar

- ✦ ¿Cuál suele ser su atribución causal cuando recibe una mala noticia?
- ✦ ¿Cómo se define a sí misma como madre? (p. ej., expresiones como “soy una mala madre”, “soy un desastre”, “siempre me olvido de sus cosas”, “debería haber estado más pendiente”)
- ✦ ¿Realiza conductas desadaptativas para regular la emoción de culpa (p. ej., consumo de sustancias, conductas lesivas, solicitud excesiva de perdón, etc.)?
- ✦ ¿Realiza alguna actividad placentera para ella misma?
- ✦ ¿Expresa su malestar o tiende a minimizarlo priorizando el cuidado del bebé?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Cuál ha sido la situación que ha desencadenado la culpa?
- ✦ ¿Esa situación dependía exclusivamente de ti?
- ✦ ¿Qué te dices a ti misma cuanto te sientes culpable?
- ✦ ¿Qué información crees que te puede estar dando la culpa?
- ✦ ¿Qué crees que podrías haber hecho diferente en esa situación?
- ✦ ¿Qué haces cuando te sientes culpable?
- ✦ ¿Con quién hablas o quién te sirve de apoyo cuando te sientes culpable?
- ✦ ¿Cuál es la respuesta de tu entorno cuando expresas tu malestar?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Normalizar la experiencia de emociones desagradables durante el embarazo y posparto.
- ✦ Validar la emoción de la culpa cuando no se ha actuado en base a los propios valores.
- ✦ Reconocer que la culpa sirve para reflexionar y rectificar en caso necesario, pero el autocastigo constante no es la solución.
- ✦ Desmitificar el concepto de “madre ideal” o “supermujer”.
- ✦ Reforzar la importancia de solicitar ayuda y delegar tareas.
- ✦ Ayudar a entender que cometer errores en momentos de mucho estrés y demandas excesivas es razonable y eso no la convierte automáticamente en “mala madre”.
- ✦ Favorecer la autocompasión cuando las exigencias (internas y externas) son desproporcionadas.
- ✦ Fortalecer sus redes de apoyo, prevenir el aislamiento.

Actividades recomendadas

1. Análisis de las experiencias emocionales

¿Cómo?: Animar a la participante a registrar y analizar las situaciones que le generan culpa fijándose en los antecedentes (qué situación ha desencadenado la emoción de culpa) recordando que pueden ser internos (p. ej., el pensamiento de “debería hacerlo mejor”) o externos (p. ej., una discusión con la pareja), identificar qué pensamientos activa la culpa, qué sensaciones físicas provoca en su cuerpo y qué conductas le impulsa a hacer) y las consecuencias que tiene, o que podría tener, la conducta realizada.

¿Para qué?: Este ejercicio facilita que la mujer tome consciencia y analice sus emociones, en este caso concretamente la culpa, para poder analizar en qué situaciones aparece esta emoción y poder determinar si la culpa está justificada (o no) y si la conducta realizada es coherente con lo que está ocurriendo en el momento presente y la acerca o aleja de sus valores y/o sus objetivos.

2. Árbol de decisiones

¿Cómo?: Después de hacer el análisis de la experiencia emocional de culpa pregúntate ¿Realmente has hecho algo que ha estado mal o alguien ha salido herido? Sí la respuesta es afirmativa, asume la responsabilidad, sin castigarte ni juzgarte e intenta rectificar. Si decides pedir perdón, hazlo una única vez. Si la respuesta a la pregunta es negativa y no hubo un error real, o el fallo no era realmente tan importante (si te estás exigiendo más de lo posible) entonces no deberías pedir disculpas ni autocastigarte, en su lugar, pregúntate lo siguiente: ¿estoy siendo demasiado dura conmigo misma? ¿esperaría esto de otra persona? Intenta ser más flexible en tu forma de pensar, intenta buscar otras posibles explicaciones a por qué la culpa ha aparecido o busca apoyo si te encuentras ante una situación que no puedes resolver sola.

¿Para qué?: Este ejercicio sirve como una herramienta práctica para ayudar a las madres con tendencia a la culpa excesiva o irracional a diferenciar entre una culpa útil y una culpa inútil o desadaptativa, y actuar en consecuencia de forma más saludable. Permite fomentar la auto-reflexión, reducir la rumiación y el autocastigo, promover la disculpa responsable y fomentar la autocompasión.

3. Encontrar el equilibrio

¿Cómo?: Romper la dicotomía de o “soy una madre perfecta” o soy una “madre horrible y sin remedio”. Darse cuenta de la tendencia de nuestra mente a llevarnos a uno de estos extremos y lo perjudicial de estancarse en cualquiera de estas dos posturas.

¿Para qué?: Flexibilizar los ideales de la maternidad implica comprender que lo más saludable es adoptar una posición intermedia sin irnos a los extremos, es decir, buscar un equilibrio entre hacer lo mejor posible por el bienestar del bebé en las circunstancias que tengo y también cuidar

de una misma, para continuar ofreciendo el cuidado y la atención que mi bebé necesita. Esto incluye reconocer que la perfección no solo es inalcanzable, sino que tampoco es deseable, y que, en muchas situaciones, lo “suficientemente bueno” es lo que verdaderamente favorece el desarrollo saludable del bebé y el bienestar de la madre.

4. Trabajar la autocompasión

¿Cómo?: Intentar ver la situación desde fuera y pensar ¿Qué le diría a una persona que quiero mucho y que me está contando esta situación que yo estoy viviendo? Si mi amiga me cuenta que se ha olvidado de coger ropa de repuesto, ¿le diría: “eres un desastre”, “siempre andas despistada”, “no sé cómo puedes hacerte cargo de un bebé si ni siquiera te acuerdas de esto” o mostraría empatía hacia ella y le explicaría que es normal que a veces se olviden algunos detalles menores?

¿Para qué?: Este ejercicio ayuda a salir del juicio interno y activar una mirada más empática y comprensiva hacia sí misma. Favorece una reflexión con menos autocrítica y fomenta el autocuidado realista.

Referencias bibliográficas

- Echeburúa Odriozola, E., del Corral Gargallo, P., y Amor, P. J. (2001). Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(116), 905–929
- Hale, B. (2007). Culpability and blame after pregnancy loss. *Journal of Medical Ethics: Journal of the Institute of Medical Ethics*, 33(1), 24–27.
- Hays, S. (1996). *The Cultural Contradictions of Motherhood*. New Haven: Yale University Press.
- Howard, L.M y Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*, 19(3), 313-327.
- Jackson, L., O’Donoghue, E., Helm, J., Gentilcore, R., y Hussain, A. (2024). ‘Some Days Are Not a Good Day to Be a Mum’: Exploring lived experiences of guilt and shame in the early postpartum period. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 14(12), 3019–3038.

12

Vínculo de pareja y reajuste vincular

Irene Alonso

(Psicóloga. Directora de CIPREA INTEGRAL)

El nacimiento de un hijo supone uno de los momentos de mayor transformación vital para una pareja. La llegada de un bebé reorganiza no solo los tiempos, prioridades y responsabilidades, sino también los vínculos afectivos y sexuales que sostenían a la relación. La maternidad y la paternidad traen consigo una expansión de la identidad individual, pero también pueden generar una sensación de pérdida momentánea del “nosotros” previo (Cowan y Cowan, 2000).

Uno de los ámbitos más sensibles en esta transición es la sexualidad. Durante el embarazo y el puerperio se producen cambios fisiológicos, hormonales y emocionales que inciden directamente en el deseo sexual de la madre disminuyéndolo notablemente (Ahlborg et al., 2005). La libido se ve afectada de forma multifactorial, por un lado, el cansancio o el dolor, pero también la vivencia de un nuevo cuerpo que se ha transformado y puede resultar ajeno a la mujer haciendo que no se sienta atractiva (Soria Becerril, 2012). El cuerpo ha sido, durante meses, un territorio compartido y expuesto, incluso ha podido quedar dañado. Además, tras el parto, muchas madres tienen literalmente a su bebé encima durante gran parte del día. Se trata de una situación de saturación sensorial y una etapa en la que el cuerpo erótico ha sido relegado a un segundo plano para dar prioridad al cuerpo como fuente de alimento y seguridad al servicio del bebé. A esto se suma el impacto de los cambios hormonales. Durante la lactancia, los niveles de estrógenos descienden a valores similares a la menopausia, lo que puede provocar sequedad vaginal, dispareunia e hipotonía o hipertonía del suelo pélvico (Alder et al., 1986). Las cicatrices —por episiotomía, desgarros o cesárea— y la tensión muscular pélvica son causas frecuentes de dolor en la penetración, que deben ser valoradas y tratadas por un fisioterapeuta de suelo pélvico (Ferreira et al., 2021). En esta etapa, además, la necesidad de oxitocina —la hormona del vínculo y del placer— se encuentra en gran medida satisfecha por el contacto con el bebé, lo que disminuye el impulso de buscar intimidad física en la pareja (Uvnäs-Moberg, 2003).

En el otro miembro de la pareja, pueden surgir dudas sobre cómo acercarse, temor a incomodar o sensaciones de ser rechazado. Es importante comprender que la sexualidad no desaparece, sino que se transforma: muchas veces pierde intensidad coital, pero puede adquirir una nueva intimidad basada en el cuidado, la ternura o la complicidad cotidiana. Si bien es esperable cierta distancia inicial, si pasados los dos años persiste una desconexión emocional o sexual, puede ser recomendable considerar una intervención terapéutica de pareja (Ortiz González et al., 2010). Más allá de lo físico, el reajuste sexual está profundamente ligado al reajuste afectivo. Si bien es cierto que la comunicación

se ve alterada por el cansancio, la falta de tiempo y la presencia constante del bebé, que absorbe la atención y genera nuevos retos, el nuevo hijo o hija también se convierte en un gran punto de unión para la pareja y hace que necesariamente se desplieguen nuevas habilidades y capacidades que no se habían puesto de manifiesto previamente. Las parejas pueden amar y admirar al otro miembro no solo como el individuo que ya conocen sino ahora también como padre o madre.

En este escenario, la alianza coparental emerge como otro eje central. Implica que ambos progenitores se reconozcan como equipo, capaces de sostener y coordinar el cuidado del bebé desde la corresponsabilidad, el respeto y la escucha mutua. Una buena alianza coparental no significa estar siempre de acuerdo, sino poder dialogar sobre las diferencias sin entrar en dinámicas de reproche o competición. Sin embargo, construir esa alianza requiere tiempo, y la llegada de un bebé puede amplificar desigualdades previas, reactivar heridas no elaboradas o confrontar con expectativas idealizadas. Diferentes estudios han mostrado que cuando la pareja mantiene una comunicación abierta y flexible sobre el reparto de tareas, el descanso, el tiempo individual y la toma de decisiones respecto al bebé, la satisfacción con la relación aumenta y se reducen las probabilidades de conflicto a medio y largo plazo (Van Egeren y Hawkins, 2004).

A modo de síntesis, es esencial que los profesionales que acompañan esta etapa la reconozcan no como un “problema”, sino como una transición evolutiva que, si se acompaña adecuadamente, puede fortalecer los vínculos. La intimidad no se mide por la frecuencia sexual, sino por la capacidad de la pareja para sostenerse mutuamente en la vulnerabilidad, seguir compartiendo afecto y encontrar nuevas formas de conexión en medio de las demandas del día a día. El posparto cambia la relación con la pareja y con uno mismo, permitir que se reconfigure con tiempo, ternura y conciencia, es también una forma de proteger la salud mental perinatal y el bienestar familiar.

Señales a observar

- ✦ ¿La mujer acude sola o acompañada a las consultas?
- ✦ ¿Cómo interactúa la pareja en consulta? ¿Se miran, se tocan, se interrumpen o se acompañan?
- ✦ ¿Ambos miembros muestran implicación e interés por los cuidados del bebé? ¿Están informados y disponibles emocionalmente?
- ✦ ¿Existe una disminución del deseo sexual que esté generando malestar o distancia sostenida en la relación?
- ✦ ¿Se verbaliza una pérdida del vínculo de pareja o una vivencia centrada exclusivamente en el rol de madre/padre?
- ✦ ¿Qué momentos encuentran para compartir como pareja? ¿Tienen una red de apoyo que les facilite compartir estos momentos?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Cómo os estáis sintiendo como pareja desde que nació vuestro bebé?

- ✦ ¿Sientes que tu pareja te apoya y comprende en esta nueva etapa?
- ✦ ¿Estáis satisfechos con cómo os estáis repartiendo las tareas respecto a los cuidados del bebé?
- ✦ ¿Qué ha cambiado en vuestra forma de cuidaros, tocaros o buscar intimidad?
- ✦ ¿Cómo vivís el deseo sexual en esta etapa? ¿Hay algo que os gustaría recuperar o redescubrir?
- ✦ ¿Sentís que podéis contar con alguien para apoyaros o daros un respiro como pareja?
- ✦ ¿Qué necesitáis ahora para sentiros más cerca el uno del otro?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Normalizar los cambios que la pareja experimenta en su vida sexual y afectiva tras el nacimiento del bebé, entendiendo que estos son parte de una transición natural y no un fracaso de la relación.
- ✦ Promover la comunicación abierta para que ambos puedan expresar sus emociones y necesidades sexuales sin presión ni culpa.
- ✦ Apoyar la construcción de una alianza coparental sólida, promoviendo la corresponsabilidad y la toma de decisiones conjuntas respecto al cuidado del bebé.
- ✦ Infundir esperanza y paciencia, destacando que las cosas cambiarán con el tiempo, que el cuerpo se recuperará y que, aunque la frecuencia de la intimidad puede ser menor, su valor puede aumentar con la conexión emocional.
- ✦ Fomentar la capacidad de hablar abiertamente sobre sexualidad, sin convertir el tema en un tabú, permitiendo a las mujeres expresar sus vivencias, dudas y deseos de manera natural.

Actividades recomendadas

1. Diálogo guiado: "Lo que echo de menos, lo que valoro ahora"

¿Cómo?: Cada miembro de la pareja expresa una cosa que echa de menos de antes del nacimiento del bebé y una que valora del momento actual.

¿Para qué?: Esta actividad ayuda a validar emociones contradictorias, permitiendo a la pareja reconocer tanto las pérdidas como los logros de esta nueva etapa. Facilita la empatía y el entendimiento mutuo.

2. El “sí” afectivo

¿Cómo?: Proponer pequeños gestos cotidianos de cuidado mutuo (masajes, palabras de cariño, cogerse de la mano por la calle, ver la tele abrazados) que no tengan como finalidad inmediata la actividad sexual.

¿Para qué?: Ayuda a reconectar desde el afecto y la complicidad, sin la presión del deseo sexual. Refuerza la intimidad emocional, lo cual puede allanar el camino para recuperar la intimidad física.

3. Plan de crisis: “Cuando estemos desbordados...”

¿Cómo?: La pareja elabora un pequeño plan de acción para momentos difíciles (cansancio extremo, discusiones, falta de tiempo, sensación de soledad), respondiendo juntos a preguntas como: ¿qué pistas o señales tengo yo de que tú estás llegando al límite?, ¿qué podemos hacer en ese momento para no desconectarnos del otro? O ¿qué frase o gesto podemos usar como clave para transmitir al otro que “no podemos más”?

¿Para qué?: Anticipar y planificar cómo manejar las crisis refuerza la cooperación y la confianza mutua.

4. Adivina adivinanzas: “¿Qué necesito de ti como madre/padre?”

¿Cómo?: Cada miembro de la pareja responde a dos preguntas en un papel que el otro miembro de la pareja no puede ver: ¿qué siento que necesito de ti como madre/padre del bebé? y ¿qué creo que tú necesitas de mí en ese mismo rol? Después, se contrastan las respuestas y se buscan puntos de encuentro o sorpresas.

¿Para qué?: Fomenta la empatía y el reconocimiento mutuo en los nuevos roles parentales. Permite identificar necesidades reales que a veces no se comunican claramente (como apoyo emocional, validación, descanso o ayuda concreta), y refuerza la idea de ser un equipo en lugar de vivirlo como una carga desigual.

Referencias bibliográficas

- Ahlborg, T., Rudeblad, K., Linnér, S., y Linton, S. (2005). Sensual and sexual marital contentment in parents of small children—a follow-up study when the first child is 4 years old. *The Journal of Sex Research*, 42(2), 93–101. <https://doi.org/10.1080/00224490509552264>
- Alder, E. M., Cook, A., Davidson, D., West, C., y Bancroft, J. (1986). Hormones, mood and sexuality in lactating women. *British Journal of Psychiatry*, 148(5), 593–602. <https://doi.org/10.1192/bjp.148.5.593>

- Cowan, C. P., y Cowan, P. A. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. Routledge.
- Ferreira, C. H. J., Barbosa, A. M. L., de Oliveira Souza, F., et al. (2021). Pelvic floor physical therapy in postpartum sexual health: A systematic review. *Neurourology and Urodynamics*, 40(3), 790–798. <https://doi.org/10.1002/nau.24636>
- Ortiz González, M., García Mani, S. y Coldeforns Vidal, M. (2010). Estudio del interés sexual, la excitación y la percepción de las relaciones de pareja en mujeres primíparas lactantes en relación con las no lactantes. *Matronas Profesión*, 11(2), 45-52.
- Soria Becerril, B. C. (2012). *Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio* [Trabajo Fin de Máster, Universidad de Almería].
- Uvnäs-Moberg, K. (2003). *The Oxytocin Factor: Tapping the Hormone of Calm, Love and Healing*. Da Capo Press.
- Van Egeren, L. A., y Hawkins, D. P. (2004). Coming to Terms with Coparenting: Implications of Definition and Measurement. *Journal of Adult Development*, 11(3), 165–178. <https://doi.org/10.1023/B:JADE.0000035625.74672.0b>

13

Separación, divorcio y maternidad en solitario

Leire Iriarte

(Psicóloga. Universidad de Deusto)

Leire Gordo

(Psicóloga. Universidad de Deusto)

La etapa perinatal suele estar envuelta en un imaginario de felicidad, unidad familiar y vínculos fortalecidos. Sin embargo, también es un periodo que pone en juego las capacidades de adaptación de los padres y madres, en el que existen múltiples estresores, y está cargado de dudas y preocupaciones. Además, existen diversas características y circunstancias que pueden aumentar la vulnerabilidad de los bebés y sus familias.

Una de estas circunstancias es el divorcio o la separación de la pareja de padres en esta etapa. Para madres/padres separados o divorciados, este periodo puede venir cargado de emociones intensas, incertidumbre, estrés y desafíos inesperados. La soledad percibida y la pérdida de apoyos unida al estrés perinatal, aumenta la vulnerabilidad al malestar emocional de estos padres/madres. La separación o divorcio durante el embarazo o el primer año de posparto, implica afrontar la pérdida de la idea de la unidad familiar tradicional y la ruptura del proyecto de pareja que se tenía hasta el momento. Estas pérdidas se entrelazan con otras transiciones importantes del periodo perinatal: desarrollo de la identidad de madre/padre, la adaptación tras el nacimiento, el aprendizaje de competencias de cuidado del bebé o la reorganización emocional y logística. Así, puede experimentarse un proceso de duelo múltiple: pérdida del ideal de familia, que puede provocar reacciones afectivas de tristeza, culpa o fracaso; pérdida de otros vínculos y parte de la red de apoyo (amigos/as, familia extensa). Es importante señalar que, si esta separación o divorcio se da además durante el puerperio, puede agravar la aparición de síntomas ansioso-depresivos, ya que es una etapa especialmente sensible a la aparición de trastornos psiquiátricos. Krauskopf y Valenzuela (2020) subrayaron que uno de los factores de riesgo para la depresión en la etapa perinatal es la percepción de ausencia de una red de apoyo, especialmente de la pareja. La decisión de separarse o divorciarse, implica por tanto enfrentarse a una situación de una reestructuración emocional profunda que conlleva a su vez, la reorganización de los roles parentales (Martínez y Bonilla, 2017). Se trataría por tanto de transformar el vínculo de pareja y reorganizar los roles parentales con el objetivo de construir una alianza parental que se centre en el bienestar del menor

(Feinberg, 2003; Tronchoni et al., 2022). Lamb (2012) señala que el bienestar del bebé depende más de la calidad de los vínculos que se establecen en su núcleo familiar que de la estructura familiar en sí.

En ocasiones, son otras circunstancias o la decisión personal la que conlleva que la maternidad o paternidad se ejerza en solitario. Las familias monoparentales —sobre todo las encabezadas por madres, que son mayoritarias— constituyen un colectivo social y económicamente vulnerable, expuesto a múltiples problemas de salud física y mental. En comparación con los progenitores que conviven juntos, las madres sin pareja suelen presentar peores indicadores de bienestar tanto físico como psicológico (Van de Velde et al., 2014). La mayor carga psicológica para una madre que cría en solitario no deriva de la maternidad en sí, sino de tener que asumir la carga doméstica con menos apoyo. La responsabilidad continuada genera una presión que se traduce en tensión emocional, sensación de aislamiento, baja autoestima y un mayor riesgo de depresión, ansiedad e incluso reacciones agresivas (Assiego et al., 2019). También contribuyen a este riesgo de mayores niveles de malestar y síntomas psicopatológicos, las dificultades financieras que enfrentan las familias monoparentales (Kim et al., 2018). Por otro lado, las familias monoparentales, con frecuencia vistas como “incompletas” o “disfuncionales”, soportan un estigma social que limita su acceso a redes de apoyo y refuerza la autopercepción de déficit. Este prejuicio se asocia a mayores niveles de estrés, aislamiento y vulnerabilidad económica, impactando negativamente en la salud mental y el bienestar de progenitores e hijos/as (Assiego et al., 2019; Jun, 2019).

A continuación, se señalan los principales retos que conlleva el afrontar la maternidad/paternidad en solitario:

1. **Sobrecarga y fatiga:** Estos padres/madres no cuentan con otra figura que les acompañe en el cuidado y la crianza haciendo que se vean inmersos en una crianza 24/7 sin relevo. Además de ello, los padres/madres que crían en solitario también tienen una mayor “carga mental” ya que todas las decisiones y responsabilidades logísticas y económicas recaen sobre ellos/as. Cuando un padre o una madre cría solo, le toca asumir dos tareas a la vez: por un lado, ofrecer al bebé todo el calor físico y emocional que necesita; por otro, ir mostrándole el mundo de forma gradual. En la práctica, esto significa dar seguridad y contacto constante, mientras se dosifican los estímulos externos para que el pequeño pase, poco a poco, de depender por completo a empezar a ser un poquito más autónomo (Winnicott, 1965, 1971). Al no haber otra persona adulta que pueda relevarlo, el cuidador pierde esos momentos de descanso y recarga tan necesarios. Ese cansancio extra aumenta el riesgo de que la sintonía entre el adulto y el bebé se rompa: el bebé puede sentirse ansioso y el cuidador, agotado.
2. **Autocrítica:** Al verse solos/as en la crianza, sin contar con otro cuidador con el que contrastar ideas o dudas, los niveles de cuestionamiento y crítica en relación a su propia competencia parental aumentan.
3. **Soledad:** El no contar con un co-cuidador/a que acompañe en la crianza afecta a una mayor percepción de soledad y sensación de aislamiento, aumentando así el riesgo de depresión perinatal.
4. **Estrés financiero:** Estas familias muestran una mayor vulnerabilidad socioeconómica al contar con una única fuente de ingreso.

5. Duelo: La maternidad o paternidad en solitario implica afrontar el duelo por la familia idealizada. A esto se le une el posible estigma social tras la ruptura de pareja o la decisión de ser madre soltera.
6. Pérdida del sentido de identidad: El convertirse en madre/padre implica contar con menos espacios dedicados al autocuidado (deporte, tiempo con amigos/as, entre otros). Este aspecto, cuando se es padre/madre en solitario, se intensifica asociándose a un menor bienestar psicológico en estas familias.

Cuando la familia cuenta con un solo adulto, falta ese tercer punto de apoyo que, en condiciones habituales, equilibra la relación y favorece que el bebé aprenda a relacionarse con otras personas. Sin esa figura, la diada cuidador-bebé puede oscilar entre estar demasiado fusionados o, por el contrario, retraerse el uno del otro, lo que dificulta que ambos regulen bien sus emociones (Beebe y Lachmann, 2002). Además, como la subjetividad se construye a partir de muchos vínculos distintos, tener pocos interlocutores puede empobrecer las formas de interacción y hacer más vulnerable a la diada adulto-bebé (Mitchell, 2000).

Por otro lado, al no existir un subsistema de pareja estable, los límites entre cuidador e hijo/a pueden volverse difusos y dar lugar a una implicación excesiva (Minuchin, 1974). Sin otra figura que reparta la tensión, el niño soporta más presión emocional y es más propenso a la ansiedad (Bowen, 1978).

En definitiva, la separación, el divorcio o la elección de una maternidad o paternidad en solitario durante la etapa perinatal implican procesos complejos que combinan transformación, pérdida y oportunidad. El rol de los profesionales que acompañan a estas madres/padres es ofrecer un espacio de escucha, sostén y guía que les permita transitar sus duelos, reorganizar sus redes y fortalecer una autonomía vital que los empodere como progenitores y como personas.

Señales a observar

- ✦ ¿Cuenta con un entorno que les sostenga, les dé soporte y les ayude?
- ✦ ¿Se observan niveles altos de autocrítica y preocupaciones excesivas en relación a su hijo/a y a su rol parental?
- ✦ ¿Ha tenido en el pasado o en el momento actual problemas de salud mental (estado de ánimo bajo, irritabilidad, apatía, excesivamente cansado/a, temor a dañar al bebé o desconexión del bebé)?
- ✦ ¿Es capaz de irse adaptando de forma gradual y ajustando sus expectativas a su realidad y a los cambios continuos que implica la maternidad o paternidad?
- ✦ ¿Sufre de estrés financiero debido a la carga económica que asume en solitario?
- ✦ ¿Mantiene una interacción cálida, cercana, responsiva y sensible con el bebé?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Qué necesitas para poder cuidar bien a tu hijo/a?
- ✦ ¿Con quién puedes contar para que te ayude con tu hijo/a?
- ✦ ¿Hay en algún momento en el que te sientas especialmente solo/a?
- ✦ ¿Qué es lo que más te gusta de ti como madre/padre? ¿y lo que menos?
- ✦ Si pensaras en algo que te aliviara tu carga esta semana, ¿qué sería?
- ✦ ¿Has sentido en algún momento agobio/angustia por no poder llegar a final de mes con tu sueldo?

Objetivos de la intervención

- ✦ Identificar apoyos seguros: es importante ayudar a la madre/padre a reconocer quiénes son hoy sus apoyos disponibles, diferenciando entre lo emocional y lo instrumental.
- ✦ Ampliar o reconstruir vínculos: se pueden promover espacios donde fortalecer la tribu maternal/paternal (grupos de apoyo, talleres, acompañamiento psicológico o comunitario).
- ✦ Revalorizar la autonomía acompañada: estar sola/o no significa estar aislado. La autonomía se fortalece cuando nos sentimos acompañados emocionalmente.

Actividades recomendadas

1. Genograma vivo y ecomapa de apoyos

¿Cómo?: Dibujar un genograma básico (tres generaciones) en papel grande o pizarra, marcar con colores los vínculos significativos (cercaños, distantes, conflictivos, rotos) y añadir alrededor un ecomapa: servicios, amistades, grupos, profesionales. Por último, invitar al progenitor a identificar “puentes” potenciales: personas o espacios que puedan pasar de periféricos a más cercanos.

¿Para qué?: Ayuda a ampliar la mirada relacional y visibilizar recursos intergeneracionales y comunitarios, reduciendo la sensación de aislamiento.

2. Activación de la red de ayuda

¿Cómo?: Con o sin la presencia de 2-4 personas relevantes (familiares, amigos, vecino/a, profesional de la salud), el padre/ madre piensa en qué puede apoyar cada una de esas personas (tiempo, recursos, escucha) y se le ayuda a concretar un calendario/plan concreto de pequeñas ayudas (p. ej., “martes por la tarde X pasea con el bebé”, “Y me podría acompañar a hacer la compra el sábado”). Después, se anima a solicitar esas ayudas con las personas correspondientes y se revisa a las 3-4 semanas.

¿Para qué?: Partiendo de la actividad anterior se busca redistribuir la carga emocional y funcional entre figuras significativas.

3. Rutina filmada y retroalimentación reflexiva

¿Cómo?: El progenitor graba con su teléfono 5-10 min de una actividad cotidiana (baño, comida, juego). Posteriormente, en sesión, se revisa el vídeo en fragmentos breves. El profesional sanitario pregunta: “¿Qué ves que funciona?”, “¿Qué te sorprende?”. Se señalan momentos de acierto relacional (mirada compartida, pausa oportuna, tono de voz calmado) y se elige un “microcambio” para la semana siguiente (p. ej., esperar dos segundos antes de intervenir).

¿Para qué?: El objetivo de esta actividad es fortalecer la sintonía interactiva y la regulación recíproca con el bebé.

Referencias bibliográficas

- Assiego Cruz, V., De Uribe Gil, P., Ferreres Esteban, A., y González Villanueva, M. (2019). *Madres y punto: La realidad invisible de la monoparentalidad en España desde las prácticas sociales a la voz de las madres*. Madrid, España: Federación de Asociaciones de Madres Solteras. [Recuperado de <https://familiasmonomarentales.es/wp-content/uploads/2021/07/Estudio-FAMS-Mujeres-y-Punto.pdf>]
- Beebe, B., y Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press/Taylor y Francis Group.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- Feinberg, M. E. (2003). The internal structure and ecological context of coparenting: A framework for research and intervention. *Parenting: Science and Practice*, 3(2), 95–131. https://doi.org/10.1207/S15327922PAR0302_01
- Grupo de Perinatalidad Sepypna (2023). *La construcción y el cuidado del vínculo durante el primer año. La función de los profesionales*. Madrid: Sepypna. [Recuperado de <https://seypna.com/producto/la-construccion-y-el-cuidado-del-vinculo-durante-el-primer-ano-la-funcion-de-los-profesionales/>]

- Jun, M. (2019). Stigma and shame attached to claiming social assistance benefits: Understanding the detrimental impact on UK lone mothers' social relationships. *Journal of Family Studies*, 28(1), 199-215. <https://doi.org/10.1080/13229400.2019.1689840>
- Kim, G. E., Choi, H. Y., y Kim, E. J. (2018). Impact of economic problems on depression in single mothers: A comparative study with married women. *PLoSOne*, 13(8), e0203004. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203004>
- Krauskopf, V. y Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2),139-149. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.004>
- Lamb, M.E. (2012). Madres, padres, familias y circunstancias: Factores que afectan la adaptación de los niños. *Applied Developmental Science*, 16, 98-111. <https://doi.org/10.1080/10888691.2012.667344>
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press
- Mitchell, S. A. (2000). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press/Taylor y Francis Group.
- Tronchoni, E., Méndez, I., y Espada, J. P. (2022). Intervenciones basadas en la coparentalidad: Una revisión sistemática. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(2), 215–228. <https://doi.org/10.14718/ACP.2022.25.2.10>
- Van de Velde, S., Bambra, C., Van der Bracht, K., Eikemo, T. A., y Bracke, P. (2014). Keeping it in the family: the self-rated health of lone mothers in different European welfare regimes. *Sociology of health y illness*, 36(8), 1220–1242. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12162>

Familia, trabajo y ocio: Buscando el balance entre viejos y nuevos roles

Carlos Vara
(Psicólogo. Universidad Rey Juan Carlos)

El nacimiento de un nuevo hijo/a es una fuente de múltiples cambios en la vida, los cuáles pueden contribuir a un aumento del bienestar de la madre (Nelson et al., 2014), pero también pueden resultar altamente estresantes (Hughes et al., 2020). En ocasiones, incluso, estos altos niveles de estrés pueden desencadenar en la aparición o el incremento de problemas emocionales, tales como un mayor riesgo de presentar síntomas de ansiedad (Falk et al., 2014) o depresión (Johansson et al., 2020).

Entre las potenciales fuentes de este estrés, se encuentra el llamado conflicto de rol, que puede definirse como “la tensión o malestar resultante de las actividades propias de dos dominios, tales como la familia y el trabajo, que son mutuamente incompatibles en algún punto”. En el caso de la maternidad, el conflicto de rol puede surgir cuando una persona, implicada ya en múltiples tareas como, por ejemplo, las vinculadas al trabajo u otros aspectos de su vida personal (p. ej., ocio, deporte, autocuidado, etc.), suma a estas tareas las derivadas del nacimiento y cuidado del menor. Según la Teoría del Rol (Michel et al., 2009), todas estas áreas implican numerosas actividades y responsabilidades, que pueden resultar incompatibles entre sí, dando lugar a mayores niveles de estrés y malestar psicológico. Múltiples estudios han sugerido que mayores niveles de conflicto de rol entre la familia y el trabajo se encuentran vinculados a mayores niveles de estrés (Hwang y Jung, 2020), sentimientos de culpa (Hasslam et al., 2020), y síntomas de ansiedad (Hosseini et al., 2022) y depresión (Moreira et al., 2019) en padres y madres de hijos/as en edad infantil.

Por otro lado, la participación en actividades de ocio o actividades placenteras (p. ej., aficiones, quedar con amigos, etc.), ha sido definido como uno de los mayores protectores del bienestar psicológico frente a los efectos del estrés (Kuykendaal et al., 2015). Sin embargo, en el caso de la maternidad, esta tiende a ser una de las áreas vitales más afectadas tras el nacimiento del menor. Nelson y colaboradores (2014) sugieren que tras el nacimiento de un hijo/a, los padres comienzan a tener un menor tiempo de ocio, lo que puede afectar a sus relaciones sociales y su bienestar. Se ha sugerido que las madres y padres que, antes del nacimiento de su hijo/a, participaban en actividades sociales con asiduidad, experimentan un mayor detrimento en su bienestar tras el nacimiento del menor, que aquellos que no hacían (Roeters et al., 2016).

En este sentido, encontrar un balance entre las áreas vitales con mayor importancia para los padres y madres, permitiendo un espacio para la participación en actividades placenteras, puede ser clave para el cuidado de su salud mental y bienestar psicológico.

Señales a observar

- ✦ ¿Menciona la madre el cansancio, agotamiento o irritabilidad que sufre a raíz del nacimiento de su hijo/a?
- ✦ ¿Menciona el sentirse sin tiempo o desbordada/o, a raíz del nacimiento del bebé?
- ✦ ¿Siente que su vida, u organización vital, ha cambiado por completo, a raíz del nacimiento del bebé?
- ✦ ¿Siente que ha perdido una parte de sí misma?
- ✦ ¿Menciona el sentirse mal o culpable, por no dar abasto a todo, y no dedicar suficiente tiempo a algún área de su vida (p. ej., el cuidado del bebé, otros aspectos familiares, su vida laboral, sus amigos, el cuidado de sí misma/o...)?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Sueles sentir que no te da a tiempo a hacer todo lo que gustaría hacer?
- ✦ ¿Te sientes sobrepasada/o desbordada/o a raíz del nacimiento de tu hijo?
- ✦ ¿A veces, te sientes mal o culpable, por tener que dedicarle mucho tiempo al cuidado de tu hijo, y menos tiempo a otros aspectos de tu vida?
- ✦ ¿Qué aspectos de tu vida son importantes para ti, en este momento? ¿Les dedicas el tiempo que te gustaría o que crees que merecen?
- ✦ ¿Sientes que, a raíz del nacimiento de hijo/a, has perdido una parte de ti misma/o?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Normalizar el sentimiento de “ser incapaz de abordarlo todo”, y las emociones que subyacen a este fenómeno (p. ej., culpa, frustración ...).
- ✦ Redistribuir la atribución de responsabilidad y ajustar las expectativas en torno a lo que significa ser “un/a buena/o madre/padre”.
- ✦ Explorar con la madre/padre las áreas vitales de mayor importancia, y el tiempo y esfuerzo dedicado a cada una de ellas.
- ✦ Valorar la disminución de tiempo dedicado a actividades placenteras o la calidad de las mismas (p. ej., actividades de ocio, relaciones sociales, aficiones ...) a raíz del comienzo de la crianza.
- ✦ Fomentar la planificación y realización de actividades dedicadas a aquellas áreas vitales de importancia (p. ej., actividades de ocio, autocuidado, amigos ...) que puedan estar menos atendidas.

Actividades recomendadas

1. Darse cuenta

¿Cómo?: Solicita que escriba o represente (en forma de un dibujo sencillo) las áreas más importantes de su vida, aquellas cosas que le hacen sentirse bien, independientemente del tiempo que les dedique actualmente. Se plantean las siguientes preguntas: ¿qué actividades haces, en tu día a día, que tengan relación con tus áreas vitales de mayor importancia?, ¿qué partes de tu vida, pese a que son importantes para ti, tienes más descuidadas hoy en día? y ¿a qué áreas de tu vida, pese a que no son importantes para ti, les dedicas más tiempo del que te gustaría?

¿Para qué?: Este ejercicio favorece la clarificación de las áreas de importancia y permite, a través de una visualización sencilla, entender cómo funcionan y relacionan entre sí. A raíz de este ejercicio, se puede animar a la persona a focalizarse en dedicar tiempo a las áreas de valor de importancia (incluso las que estaban menos atendidas), e invertir menos esfuerzo en lidiar y luchar contra aquellas cosas que no aportan valor y sentido a su vida.

2. La brújula de la maternidad

¿Cómo?: Solicita que piense que significa para ella ser una buena madre. Después, pide que piense en 3 acciones que pudiese hacer en su día a día, que le encaminan hacia esa idea de lo que es ser una buena madre, y en cómo se siente cuando realiza esas acciones. Después, se solicita que piense en tres acciones que realiza en su día a día que contribuyen a alejarla de ese ideal de ser una buena madre, y en cómo se siente cuando realiza estas acciones.

¿Para qué?: Este ejercicio favorece la identificación de aquellas acciones sencillas que puede intentar realizar algo más a menudo y que la encaminan hacia lo que realmente es importante para ella. Del mismo modo, se identifican esas acciones rutinarias, en las que quizá invierten demasiado tiempo, y que las alejan de aquello que realmente es importante para ellas.

3. Suficientemente bueno, es muy bueno

¿Cómo?: Solicita a la madre o padre que se imagine realizando una acción concreta, que le lleve a ser una buena madre o padre (p. ej., atender el llanto de su bebé). Pídele que piense en esa acción con el máximo nivel de detalle: ¿Qué tiempo le dedica? ¿Cómo realiza la acción? ¿Pide ayuda a alguien? ¿Necesita hacerse de una manera concreta? Pídele ahora que se imagine esa acción con ligeras variaciones: Quizá tarda algo más en responder a la llamada del bebé, pide ayuda a alguien para alguna parte de las tareas, o lo hace de una manera diferente a cómo lo suele hacer habitualmente. ¿Qué impacto tiene esto sobre el bebé? ¿Sigue estando el bebé atendido y con sus necesidades satisfechas?

¿Para qué?: Este ejercicio intenta trabajar la necesidad de atender a las áreas de importancia (p. ej., el cuidado del bebé) de manera excesivamente perfeccionista. El ejercicio busca exponer a la madre a la posibilidad de que la acción relacionada con esa área quizá no se realice de manera perfecta, pero en la mayoría de las ocasiones, el efecto que esta variación tiene sobre el resultado final, puede ser mínimo.

4. Activa el cuidarte

¿Cómo?: Solicita a la madre que piense en una actividad sencilla (p. ej., dar un paseo, ver una película, quedar con unos amigos) que sea muy gratificante para ella. Solicita el compromiso de realizar esa actividad en una fecha próxima (una semana-diez días). Solicita también que piensen en potenciales inconvenientes que podrían surgir y que evitarían que se llevara a cabo el plan, y posibles soluciones para evitar que esto pase.

¿Para qué?: Este ejercicio intenta trabajar la importancia del autocuidado y del tiempo dedicado a uno mismo. De manera realista, y sin dejar de descuidar otras responsabilidades, se intentan fijar tiempos de autocuidado, descanso y satisfacción para con uno mismo, que mitigan los efectos del estrés provenientes de otras áreas (p. ej., el cuidado del bebé o el trabajo).

Referencias bibliográficas

- Falk, N. H., Norris, K., y Quinn, M. G. (2014). The factors predicting stress, anxiety and depression in the parents of children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 44, 3185-3203.
- Haslam, D., Filus, A., y Finch, J. (2020). The guilt about parenting scale (GAPS): Development and initial validation of a self-report measure of parenting guilt, and the relationship between parenting guilt and work and family variables. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 880-894.
- Hosseini, Z., y Homayuni, A. (2022). Personality and occupational correlates of anxiety and depression in nurses: the contribution of role conflict, core self-evaluations, negative affect and bullying. *BMC psychology*, 10(1), 215.
- Hughes, C., Devine, R. T., Foley, S., Ribner, A. D., Mesman, J., y Blair, C. (2020). Couples becoming parents: Trajectories for psychological distress and buffering effects of social support. *Journal of affective disorders*, 265, 372-380.
- Hwang, W., y Jung, E. (2020). Unpartnered mothers' work-family conflict and parenting stress: The moderating effects of nonstandard work schedules. *Journal of Family and Economic Issues*, 41(1), 158-171.

- Johansson, M., Benderix, Y., y Svensson, I. (2020). Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(1), 1722564.
- Kuykendall, L., Boemerman, L., y Zhu, Z. (2018). The importance of leisure for subjective well-being.
- Michel, J. S., Mitchelson, J. K., Kotrba, L. M., LeBreton, J. M., y Baltes, B. B. (2009). A comparative test of work-family conflict models and critical examination of work-family linkages. *Journal of vocational behavior*, 74(2), 199-218.
- Moreira, H., Fonseca, A., Caiado, B., y Canavarro, M. C. (2019). Work-family conflict and mindful parenting: The mediating role of parental psychopathology symptoms and parenting stress in a sample of Portuguese employed parents. *Frontiers in Psychology*, 10, 433777.
- Nelson, S. K., Kushlev, K., y Lyubomirsky, S. (2014). The pains and pleasures of parenting: When, why, and how is parenthood associated with more or less well-being?. *Psychological bulletin*, 140(3), 846.
- Roeters, A., y Gracia, P. (2016). Childcare time, parents' well-being, and gender: Evidence from the American time use survey. *Journal of child and family studies*, 25, 2469-2479.

III

EL VÍNCULO CON EL BEBÉ Y LA EXPERIENCIA DE CUIDAR



María Vega

(Psicóloga. Universidad Pontificia de Comillas)

El vínculo que una madre establece con su bebé es una conexión emocional, cognitiva y conductual que comienza a gestarse desde el momento de la concepción y se despliega progresivamente a lo largo del embarazo y el parto (Salisbury et al., 2003).

Durante la gestación, hablamos del *vínculo materno-fetal*, entendido como el conjunto de pensamientos, imágenes y fantasías sobre el futuro bebé, así como las conductas de cuidado que la madre comienza a emitir hacia él (Raphael-Leff, 2001). Aunque en esta etapa no exista un cuidado directo del bebé, muchas de estas conductas pueden observarse de forma indirecta: mantener una alimentación saludable, procurar un estado emocional estable, asistir a los controles médicos, realizar ejercicio físico adaptado, preparar el hogar para su llegada, o simplemente acariciarse el vientre con frecuencia (Salisbury et al., 2003). Tras el nacimiento, estas representaciones se confrontan con la realidad del bebé, y comienzan a construirse las primeras experiencias concretas de interacción. Las cogniciones, emociones y conductas se reorganizan y dan lugar al *vínculo maternofilial* (Stern, 1997). Diferentes estudios han mostrado una asociación directa entre la calidad del vínculo durante el embarazo y el que se establece en el parto, siendo el primero un predictor del segundo (Siddiqui y Hägglöf, 2000).

La calidad de este vínculo es fundamental, ya que un vínculo empobrecido o frágil puede impactar negativamente en el desarrollo del niño desde muy temprano. Se han descrito efectos en la autorregulación emocional, la adaptación social, la gestión del estrés, el temperamento y el desarrollo cognitivo desde los tres meses de edad (Krauskopf y Valenzuela, 2020). Por ello, resulta imprescindible fomentar, proteger y acompañar el establecimiento de vínculos saludables entre madre e hijo.

Resulta esencial que el cuidado de este vínculo se fomente ya desde el embarazo, especialmente en mujeres que atraviesan dificultades para aceptar la gestación o lidiar con los cambios físicos y emocionales que esta conlleva. Cuando la madre tiene problemas para aceptar su embarazo, puede desarrollar una respuesta materna inadecuada hacia su bebé (Palacios-Hernández, 2016). En este sentido, recursos como las ecografías —especialmente en las primeras semanas, cuando aún no se perciben los movimientos fetales— pueden facilitar la conexión emocional. Igualmente, atender a la salud mental de la madre durante el embarazo, especialmente respecto a la depresión durante el mismo, es fundamental ya que la sintomatología depresiva puede influir en la relación madre-bebé, incluso pasado el primer año de vida de este (Vega-Sanz et al., 2025).

Además, es importante también revisar marcos teóricos anteriores, como los propuestos por Kennell y Klaus (1984), que, aunque pioneros, han sido superados por investigaciones más recientes. Hoy sabemos que no hay una ventana crítica limitada a las primeras horas de vida para establecer el vínculo, y que la ausencia de contacto inmediato tras el parto no implica necesariamente un trastorno vincular. Más bien, se reconoce la resiliencia del vínculo y la diversidad de ritmos en su construcción (Berástegui y Pitillas, 2021). Muchas madres, tras partos prolongados o traumáticos, pueden sentirse agotadas, distantes o incluso experimentar cierto rechazo hacia el recién nacido (Ayers et al., 2016). Como profesionales, nuestra tarea no es generar alarma, sino normalizar estos sentimientos y ofrecer un espacio seguro para elaborarlos sin culpa ni presión. Respetar los tiempos de cada madre también implica disminuir la carga simbólica adjudicada a ciertas prácticas como la lactancia materna. Esta es, ante todo, una opción de alimentación, y no debe confundirse con una condición necesaria para generar vínculo (Peñacoba y Catalá, 2019). Transmitir este mensaje puede aliviar la frustración y el sentimiento de fracaso en mujeres que no han optado o no han podido instaurar una lactancia exitosa.

Señales a observar

- ✦ Si presenta/ presentaba molestias físicas o malestar durante el embarazo, ¿Puede/pudo separar su mala experiencia de embarazo de su bebé?
- ✦ ¿Presenta/presentó fantasías o imaginaciones, durante el embarazo, acerca de cómo será/sería el futuro con su bebé?
- ✦ ¿Durante el embarazo, ha preparado/preparó su hogar para la llegada del bebé? ¿Le ha puesto/puso nombre o apelativo cariñoso para referirse a su bebé?
- ✦ ¿Cómo describe la madre los momentos de interacción con su bebé?
- ✦ ¿Siente rechazo hacia su bebé o el cuidado de este?
- ✦ ¿Se siente capaz de cuidar a su bebé?
- ✦ ¿Cómo describe las conductas y motivaciones de su bebé?
- ✦ ¿Cuenta con apoyo para sostenerse emocionalmente?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Qué sentimientos predominan cuando estás cerca de tu bebé?
- ✦ ¿Cómo describirías vuestra relación en este momento?
- ✦ ¿Te resulta fácil interpretar las señales o necesidades de tu bebé?
- ✦ ¿Hay momentos en los que sientas desconexión o distancia emocional?
- ✦ ¿Qué tipo de pensamientos sueles tener sobre tu bebé en el día a día?
- ✦ ¿Qué tipo de ayuda emocional sientes que necesitarías para vincularte mejor?

- ✦ ¿Cuáles son los momentos del día en los que te sientes más conectada con él o ella?
- ✦ ¿Qué imágenes o expectativas tenías durante el embarazo sobre tu bebé? ¿Se han cumplido?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Visibilizar que el vínculo madre-bebé es un proceso, no un instante mágico ni uniforme para todas.
- ✦ Validar las emociones ambivalentes que pueden surgir durante el embarazo y el posparto sin patologizarlas.
- ✦ Favorecer la sintonía emocional madre-bebé desde la presencia y la disponibilidad afectiva, no desde el desempeño perfecto.
- ✦ Desvincular la lactancia del concepto de vínculo afectivo exclusivo.
- ✦ Promover prácticas de conexión emocional adaptadas a cada etapa (hablar al bebé, imaginarlo, tocar el vientre, crear rutinas de contacto).

Actividades recomendadas

1. Mindfetalness

¿Cómo?: Reservar 10-15 minutos al día para recostarse (preferentemente sobre el lado izquierdo) y prestar atención plena a los movimientos del bebé. Observar su intensidad, frecuencia y ritmo, describiendo mentalmente lo que se percibe.

¿Para qué?: Favorecer el vínculo materno-fetal desde la conciencia corporal y la conexión emocional, reconociendo los patrones únicos de movimiento del bebé.

2. Análisis de mis pensamientos

¿Cómo?: Anotar durante una semana los pensamientos que generen angustia, culpa o inseguridad respecto a la maternidad o la relación con el bebé. Formular preguntas como: ¿Este pensamiento me ayuda?, ¿es del todo cierto?, ¿podría verlo de otra manera más amable?

¿Para qué?: Promover una mirada más compasiva hacia la experiencia propia, identificando distorsiones cognitivas que dificultan el vínculo afectivo.

3. Actividades agradables para dos

¿Cómo?: Elegir una actividad que resulte agradable para la madre (como pasear, escuchar música o tomar el sol) y adaptarla para compartirla con el bebé, sin centrarse en tareas de cuidado o desempeño.

¿Para qué?: Fomentar la construcción de momentos positivos y espontáneos que refuercen el vínculo emocional desde el disfrute compartido, más allá de las obligaciones del día a día.

Referencias bibliográficas

- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., y 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>
- Berástegui, A., y Pitillas, C. (2021). What Does It Take for Early Relationships to Remain Secure. *Multisystemic resilience: Adaptation and transformation in contexts of change*, 271. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/oso/9780190095888.003.0016>
- Kennell, J. H., y Klaus, M. H. (1984). Mother-infant bonding: Weighing the evidence. *Developmental review*, 4(3), 275-282. [https://doi.org/10.1016/S0273-2297\(84\)80008-8](https://doi.org/10.1016/S0273-2297(84)80008-8)
- Krauskopf, V., y Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 139-149. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.004>
- Palacios-Hernández, B. (2016). Mother-infant bonding disorders: Prevalence, risk factors, diagnostic criteria and assessment strategies. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(2), 164-176. <https://doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016001>
- Peñacoba, C., y Catala, P. (2019). Associations between breastfeeding and mother–infant relationships: a systematic review. *Breastfeeding Medicine*, 14(9), 616-629. <https://doi.org/10.1089/bfm.2019.0106>
- Raphael-Leff, J. (2001). Women in the history of psychoanalysis: Issues of gender, generation, and the genesis of the Committee on Women and Psychoanalysis (COWAP). *Psychoanalysis y Psychotherapy*.
- Salisbury, A., Law, K., LaGasse, L., y Lester, B. (2003). Maternal-fetal attachment. *Jama*, 289(13), 1701-1701. <https://doi.org/10.1001/jama.289.13.1701>
- Siddiqui, A., y Hägglöf, B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother–infant interaction? *Early Human Development*, 59(1), 13–25. [https://doi.org/10.1016/S0378-3782\(00\)00076-1](https://doi.org/10.1016/S0378-3782(00)00076-1)

- Stern, J. M. (1997). Offspring-induced nurturance; Animal–human parallels. *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 31(1), 19-37. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-2302\(199707\)31:1%3C19::aid-dev3%3E3.0.co;2-x](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-2302(199707)31:1%3C19::aid-dev3%3E3.0.co;2-x)
- Vega-Sanz, M., Berastegui, A., y Sanchez-Lopez, A. (2025). Longitudinal Influences on Maternal–Infant Bonding at 18 Months Postpartum: The Predictive Role of Perinatal and Postpartum Depression and Childbirth Trauma. *Journal of Clinical Medicine*, 14(10), 3424. <https://doi.org/10.3390/jcm14103424>



Lactancia: entre deseo, dificultad y decisión

Patricia Catalá

(Psicóloga. Universidad Rey Juan Carlos)

María Jesús Domínguez

(Matrona Asistencial. Centro de Salud Juan de Austria)

La lactancia materna constituye una experiencia compleja que articula dimensiones biológicas, emocionales, culturales y sociales. En el imaginario colectivo suele presentarse como un acto natural, instintivo y universalmente gratificante, cargado de simbolismo en torno al vínculo madre-hijo y al cumplimiento del ideal materno (Schmied y Lupton, 2001). Sin embargo, esta visión frecuentemente omite la diversidad de vivencias que acompañan el proceso y los múltiples factores que pueden dificultarlo.

Desde el punto de vista fisiológico, si bien la lactancia es un proceso biológicamente preparado durante la gestación, requiere un aprendizaje mutuo entre la madre y el bebé, así como un sostén adecuado en el entorno sanitario y familiar (Kent et al., 2015). Las dificultades pueden aparecer por problemas de agarre, dolor, grietas, mastitis o baja percepción de producción láctea, generando ansiedad y sentimientos de fracaso. Estudios han mostrado que entre un 20 y un 40% de las mujeres interrumpen la lactancia antes de lo previsto debido a problemas físicos o emocionales (Odom et al., 2013).

Junto a estas cuestiones, influyen de forma determinante las narrativas culturales que dictan qué es una “buena madre”. En muchos contextos se promueve la lactancia exclusiva como única vía válida, relegando a un segundo plano las necesidades físicas y psicológicas de la madre. Esto puede derivar en experiencias de culpa, vergüenza o autoexigencia excesiva cuando aparecen dificultades o cuando se decide no amamantar (Thomson et al., 2015).

Por otro lado, la lactancia también puede ser una fuente profunda de disfrute, orgullo y conexión emocional. Es importante comprender que no existe una única forma correcta de vivir la lactancia, sino que cada díada madre-bebé construye su propia experiencia. Desde la práctica profesional, apoyar una decisión libre e informada implica brindar información actualizada y acompañar sin juicio, respetando los tiempos, los límites y las prioridades de cada mujer. La evidencia muestra que un acompañamiento respetuoso, centrado en el bienestar materno-infantil

integral, reduce la ansiedad y favorece tanto la lactancia exitosa como la satisfacción con la elección tomada (Britton et al., 2007).

Así, el papel del profesional de la salud no se limita a instruir sobre la técnica, sino que incluye sostener emocionalmente, escuchar los temores y expectativas, y legitimar todas las decisiones en torno a la alimentación del bebé, sean estas lactancia exclusiva, mixta o artificial. Reconocer que la lactancia es también un espacio donde se tejen narrativas de éxito y fracaso socialmente construidas permite ofrecer un acompañamiento más humano, que priorice el vínculo, la salud mental materna y la calidad de vida de la familia.

Señales a observar

- ✦ ¿Se observan narrativas internalizadas de “éxito” o “fracaso” vinculadas a la lactancia?
- ✦ ¿Siente estrés o ansiedad ante la posibilidad de no cumplir con expectativas propias o ajenas?
- ✦ ¿Idealiza la lactancia, invisibilizando su malestar físico o emocional?
- ✦ ¿Tiene dificultad para expresar el deseo de cambiar de modalidad sin sentir juicio?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Qué significa para ti dar el pecho o no darlo?
- ✦ ¿Hay algo que te genere culpa o inseguridad respecto a cómo alimentas a tu bebé?
- ✦ ¿Qué apoyos o mensajes has recibido de tu entorno sobre la lactancia?
- ✦ ¿Qué necesitarías para sentirte más tranquila con la decisión que has tomado o tomarás?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Validar que todas las decisiones en torno a la alimentación del bebé son legítimas si responden al bienestar de la diada.
- ✦ Desmitificar la lactancia como un proceso siempre fácil o instintivo, visibilizando su dimensión aprendida.
- ✦ Fomentar el acceso a información actualizada y libre de sesgos, para que la madre pueda tomar decisiones informadas.
- ✦ Acompañar sin imponer, escuchando los miedos, expectativas y necesidades singulares de cada mujer.

Actividades recomendadas

1. Rueda de mandatos sociales

¿Cómo?: Identificar frases escuchadas (“la leche materna es lo mejor”, “si no das el pecho no crearás vínculo”) y analizar cómo impactan emocionalmente.

¿Para qué?: Ayuda a diferenciar creencias externas de deseos personales.

2. Balance de necesidades

¿Cómo?: Escribir dos columnas: en una, las necesidades del bebé; en otra, las propias necesidades físicas y emocionales. Buscar un punto de equilibrio.

¿Para qué?: Facilita decisiones de alimentación que contemplen el bienestar mutuo.

3. Carta de permiso

¿Cómo?: Escribir una carta dándose permiso para alimentar al bebé del modo que sea mejor para ambos, sin culpa ni comparaciones.

¿Para qué?: Refuerza la autonomía y disminuye la autoexigencia.

Referencias bibliográficas

- Britton, C., McCormick, F. M., Renfrew, M. J., Wade, A., y King, S. E. (2007). Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007(1), CD001141. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub3>
- Kent, J. C., Prime, D. K., y Garbin, C. P. (2015). Principles for maintaining or increasing breast milk production. *Journal of Obstetric, Gynecologic y Neonatal Nursing*, 41(1), 114–121. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01316.x>
- Odom, E. C., Li, R., Scanlon, K. S., Perrine, C. G., y Grummer-Strawn, L. (2013). Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics*, 131(3), e726–e732. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1295>
- Schmied, V., y Lupton, D. (2001). The externality of the inside: Body images of pregnancy. *Nursing Inquiry*, 8(1), 32–40. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.2001.00148.x>

Thomson, G., Ebisch-Burton, K., y Flacking, R. (2015). Shame if you do – shame if you don't: Women's experiences of infant feeding. *Maternal y Child Nutrition*, 11(1), 33–46. <https://doi.org/10.1111/mcn.12148>

Alicia Jiménez

(Matrona Asistencial. Centro de Salud Barcelona)

El sueño del bebé es uno de los temas que más preocupación y desgaste emocional genera en las madres, especialmente durante los primeros meses del posparto. Lejos de ser una cuestión meramente fisiológica, el descanso del bebé y su regulación tiene un impacto directo en el bienestar físico, mental y emocional de quien lo cuida. Las expectativas sociales y culturales en torno al sueño infantil (p. ej. “debería dormir solo”, “no debería despertarse tanto”) muchas veces colisionan con las necesidades reales del bebé y con las posibilidades concretas de la madre para acompañarlo en ese proceso.

Desde la literatura especializada, se reconoce que la privación del sueño es un factor de riesgo importante para el desarrollo de sintomatología ansiosa o depresiva en el periodo perinatal (Dorheim et al., 2009). La fatiga acumulada, la imprevisibilidad de los despertares nocturnos, y la sensación de no tener espacios de recuperación, afectan directamente a la capacidad de la madre para regularse emocionalmente, tomar decisiones y conectar de forma sensible con su bebé (Gay et al., 2014).

Es importante que las madres reciban información veraz sobre el sueño infantil. Numerosos estudios han demostrado que no existen diferencias estadísticamente significativas en los patrones de sueño entre bebés alimentados con lactancia materna o artificial durante los primeros meses (Brown y Harries, 2015; Doan et al., 2007). Además, los despertares nocturnos frecuentes son una característica esperable del desarrollo neurológico infantil y no deben interpretarse como un problema de comportamiento. Saber que “lo normal” es que los bebés se despierten varias veces por la noche puede aliviar parte de la presión que muchas mujeres sienten ante la expectativa de lograr un “bebé que duerma toda la noche”. El descanso materno no pasa por eliminar los despertares, sino por construir estrategias realistas, compartidas y sostenibles para afrontarlos.

Por ello, es importante acompañar esta etapa desde una mirada realista, sostenible y compasiva. No existen recetas universales: cada día de sueño es diferente, y cada familia necesita encontrar su propio equilibrio. La labor profesional consiste en ofrecer información basada en evidencia, desmontar mitos, y ayudar a las madres a discernir entre lo idealizado y lo posible. En lugar de prescribir rutinas rígidas, se trata de facilitar preguntas que promuevan decisiones alineadas con los valores, capacidades y contexto de cada mujer y su entorno.

Señales a observar

- ✦ ¿Cómo describe la madre su experiencia con el sueño del bebé? ¿Hay sentimientos de frustración, culpa o impotencia asociados?
- ✦ ¿Está pudiendo descansar en algún momento del día?
- ✦ ¿Cuenta con apoyo para los despertares nocturnos?
- ✦ ¿Hay rigidez en torno a las expectativas de cómo “debería” dormir su bebé?
- ✦ ¿Se observa agotamiento emocional o signos de sobrecarga?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Cómo está siendo para ti acompañar el sueño de tu bebé?
- ✦ ¿Cuándo sientes que logras descansar?
- ✦ ¿Qué te resulta más desafiante en este momento?
- ✦ ¿Qué has probado que funcione, aunque sea un poco?
- ✦ ¿Qué ideas o expectativas sobre el sueño sientes que te están generando presión?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Brindar información basada en la evidencia sobre el sueño infantil (ritmos, despertares, regulación).
- ✦ Validar la dificultad real que implica la privación de sueño en el posparto.
- ✦ Promover estrategias adaptadas al contexto familiar para el descanso materno.
- ✦ Favorecer la toma de decisiones realistas y sostenibles, sin presión externa.
- ✦ Explorar la posibilidad de redes de apoyo nocturno o estrategias compartidas.

Actividades recomendadas

1. Diario de sueño y descanso

¿Cómo?: Invitar a registrar durante varios días los horarios de sueño del bebé y los espacios donde la madre logra (o no) descansar. Anotar también cómo se siente física y emocionalmente.

¿Para qué?: Favorece la conciencia sobre los patrones de sueño, permite detectar momentos aprovechables para el descanso y fomenta la toma de decisiones realistas.

2. Reflexión sobre expectativas

¿Cómo?: Preguntar: “¿Dónde aprendiste cómo debería dormir un bebé?” “¿Qué ideas heredaste o has escuchado que hoy no te sirven?”

¿Para qué?: Ayuda a identificar creencias limitantes, generar mayor flexibilidad y ajustar expectativas a la realidad.

3. Lista de microdescansos

¿Cómo?: Pedir que anote pequeñas acciones que la ayudan a desconectar (respirar, estirarse, cerrar los ojos 5 min, delegar). Invitar a programar uno al día.

¿Para qué?: Permite sostener la energía y mantener el autocuidado en un momento exigente. Revaloriza el descanso breve como recurso.

4. Plan de ayuda nocturna

¿Cómo?: Diseñar con la madre una estrategia viable de reparto de tareas nocturnas (si hay pareja o apoyo disponible). Explorar resistencias a pedir ayuda.

¿Para qué?: Visibiliza las posibilidades reales de distribución del cuidado y previene el aislamiento. Refuerza la legitimidad de los descansos compartidos.

Nota: Evitar transmitir mensajes normativos o centrados en el control del sueño. En cambio, acompañar la exploración de lo posible, lo sostenido y lo que tiene sentido para esa madre y su contexto.

Referencias bibliográficas

- Brown, A., y Harries, V. (2015). Infant sleep and night feeding patterns during later infancy: association with breastfeeding frequency, daytime complementary food intake, and infant weight. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 10(5), 246-252. <https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0153>
- Doan, T., Gardiner, A., Gay, C. L., y Lee, K. A. (2007). Breast-feeding increases sleep duration of new parents. *The Journal of Perinatal y Neonatal Nursing*, 21(3), 200-206. <https://doi.org/10.1097/01.JPN.0000285809.36398.1b>
- Dørheim, S. K., Bondevik, G. T., Eberhard-Gran, M., y Bjorvatn, B. (2009). Sleep and depression in postpartum women: a population-based study. *Sleep*, 32(7), 847-855. <https://doi.org/10.1093/sleep/32.7.847>
- Gay, C. L., Lee, K. A., y Lee, S.-Y. (2004). Sleep patterns and fatigue in new mothers and fathers. *Biological Research for Nursing*, 5(4), 311-318. <https://doi.org/10.1177/1099800403262142>

18 Llanto del bebé: lectura, interpretación y respuesta

Patricia Catalá
(Psicóloga. Universidad Rey Juan Carlos)

El llanto es una de las formas más primitivas y poderosas de comunicación del bebé. Desde el nacimiento, conecta a la madre no solo con las necesidades básicas del infante –hambre, sueño, incomodidad–, sino también con demandas más sutiles de contacto, regulación y contención emocional. A nivel emocional, puede ser un disparador intenso para muchas mujeres, sobre todo en el posparto inmediato. Angustia, culpa, inseguridad o sensación de sobrecarga son respuestas habituales que emergen frente a esta señal tan contundente. Acompañar estos procesos desde la práctica profesional requiere más que una mirada técnica: exige sensibilidad, validación y presencia.

La sensibilidad materna, definida como la capacidad de percibir, interpretar y responder adecuadamente a las señales del bebé, constituye un factor protector fundamental en el desarrollo del apego seguro (Ainsworth et al., 1978; Mesman et al., 2009). No se trata de saber siempre qué hacer, sino de ofrecer una respuesta suficientemente buena, como planteó Winnicott (1965), y de sostener emocionalmente la incertidumbre. La regulación emocional diádica (Tronick, 2007) ilustra cómo madre y bebé co-construyen un ritmo emocional compartido, donde el adulto ayuda al bebé a calmarse mientras también regula sus propias emociones. El paradigma del Still-Face, desarrollado por Tronick, evidencia la necesidad de una respuesta sensible y contingente: cuando la madre no responde a las señales del bebé, este muestra signos de estrés y desregulación (Tronick et al., 1978). Esto pone en evidencia que la interacción afectiva no es un lujo, sino una necesidad biológica para el desarrollo emocional temprano. Estudios recientes han reforzado esta idea: la respuesta empática y coherente ante el llanto predice mejores resultados en autorregulación, menor riesgo de problemas internalizantes y mayor competencia emocional (Housman, 2017; Muller et al., 2023).

Como profesionales, es clave evitar explicaciones simplistas que minan la seguridad materna: frases como “se va a acostumbrar” o “no lo cojas” no solo carecen de fundamento empírico, sino que refuerzan el miedo y la autoexigencia. En cambio, validar la experiencia de la madre, ayudarla a leer el llanto como una oportunidad de conexión y reforzar su capacidad de sostén emocional, son claves para favorecer vínculos seguros y maternidades más conscientes. El llanto no es una amenaza, sino una puerta hacia la sintonía afectiva. Reconocerlo así es también una forma de cuidar.

Señales a observar

- ✦ ¿Cómo reacciona emocionalmente la madre ante el llanto del bebé?
- ✦ ¿Se siente capaz de sostener la situación o se muestra desbordada?
- ✦ ¿Qué narrativas repite sobre el llanto (culpa, fallo, expectativa externa)?
- ✦ ¿Puede diferenciar entre tipos de llanto o reacciona desde el bloqueo?
- ✦ ¿Cuenta con apoyo para sostenerse emocionalmente?
- ✦ Es importante distinguir entre una reacción de inseguridad esperable y un estado de saturación emocional que requiera derivación o apoyo especializado.

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Qué te pasa cuando escuchas llorar a tu bebé?
- ✦ ¿Cómo interpretas ese llanto?
- ✦ ¿Qué necesitas tú en esos momentos?
- ✦ ¿Hay alguien que te acompañe o te releve cuando te sientes sobrepasada?
- ✦ ¿Qué te calma a ti cuando te sientes desbordada?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Normalizar el llanto como forma de expresión del bebé, no como un indicador de malestar grave.
- ✦ Reafirmar la capacidad de la madre para ir construyendo una lectura emocional del llanto, sin necesidad de certezas inmediatas.
- ✦ Ayudar a discriminar tipos de llanto desde la observación sin rigidez (hambre, sueño, incomodidad, búsqueda de contacto).
- ✦ Fomentar la autorregulación materna: antes de sostener al bebé, debe sostenerse ella. Validar esto es clave para evitar la autoexigencia.
- ✦ Promover el acompañamiento compartido: otras figuras pueden ayudar a sostener, pero sin invadir el vínculo.

Actividades recomendadas

1. Diario de reacciones ante el llanto

¿Cómo?: Invita a registrar durante unos días las emociones que se despiertan ante el llanto del bebé: ¿Qué siente? ¿Qué piensa? ¿Cómo reacciona? ¿Qué necesita en ese momento?

¿Para qué?: Este ejercicio favorece la autoobservación y el desarrollo de conciencia emocional. Permite identificar patrones automáticos de reacción, reconocer factores que generan mayor vulnerabilidad y abrir un espacio de comprensión compasiva hacia una misma.

2. Visualización: sostener sin certeza

¿Cómo?: Propuesta guiada: Imaginarse sosteniendo al bebé sin saber por qué llora, simplemente acompañando con la respiración. Visualizar cómo el llanto disminuye cuando ambas respiraciones se sincronizan.

¿Para qué?: Este ejercicio trabaja la tolerancia a la incertidumbre y la capacidad de presencia emocional sin necesidad de controlar o solucionar de inmediato. Fomenta la confianza en el vínculo y en la capacidad de sostener emocionalmente al bebé, incluso sin respuestas claras.

3. Frases de autoafirmación

¿Cómo?: Ofrecer pequeñas frases para que las repita o escriba en lugares visibles: “No necesito tener todas las respuestas para estar presente.”, “Mi bebé me necesita cerca, no perfecta.”, “Puedo parar, respirar, volver.”

¿Para qué?: Estas frases ayudan a contrarrestar el diálogo interno negativo y a desactivar el circuito de autoexigencia. Refuerzan una narrativa interna más amable, sostienen emocionalmente en momentos de inseguridad y promueven una actitud de aceptación hacia la propia experiencia.

4. Mapa de redes para el relevo emocional

¿Cómo?: Pedirle que dibuje o haga un listado de personas de confianza con quienes puede contar cuando necesite una pausa. Explorar la viabilidad de pedir ayuda concreta, incluso en tiempos breves.

¿Para qué?: Este ejercicio fomenta la percepción de apoyo, previene la sensación de aislamiento y alienta a la madre a planificar pausas o relevos. Visibiliza la importancia del cuidado mutuo y ayuda a que la mujer reconozca su derecho a ser sostenida.

Referencias bibliográficas

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Erlbaum.
- Housman, D. K. (2017). The importance of emotional competence and self-regulation from birth: A case for the evidence-based emotional cognitive social early learning approach. *International Journal of Child Care and Education Policy*, 11(1), 13.
- Mesman, J., van IJzendoorn, M. H., y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). The many faces of the Still-Face Paradigm: A review and meta-analysis. *Developmental review*, 29(2), 120-162.
- Muller, I., Ghio, D., Mobey, J., Jones, H., Hornsey, S., Dobson, A., y Santer, M. (2023). Parental perceptions and experiences of infant crying: A systematic review and synthesis of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 79 (2), 403–417.
- Tronick, E. Z. (2007). *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children*. Norton.
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., y Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17(1), 1–13.
- Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. International Universities Press.

Tânia Brandão (Psicóloga. Ispa - Instituto Universitário)

Durante décadas, se asumió ampliamente que las madres se encargarían de casi todo el cuidado directo de los hijos, mientras que los padres se centrarían en obtener los ingresos del hogar. Hoy, sin embargo, reconocemos que la participación del padre puede moldear profundamente el clima emocional del hogar y el bienestar de cada miembro de la familia, especialmente los hijos (Diniz et al., 2021). Michael Lamb (2000) identificó tres formas fundamentales de participación paterna. La primera, el compromiso (engagement), se refiere a las interacciones directas, uno a uno (p. ej., alimentar, jugar, leer cuentos), que fomentan el aprendizaje y la curiosidad del niño. La segunda, la accesibilidad, captura la mera presencia del padre y su disposición a responder, por ejemplo, cuando un progenitor cocina en la habitación de al lado o se sienta cerca mientras el niño explora. Finalmente, la responsabilidad abarca las tareas vitales “detrás de escena” —programar citas médicas, organizar el cuidado de los niños o niñeras, asegurar que haya ropa limpia disponible y planificar las necesidades del niño cuando enferma—. Aunque estos esfuerzos son menos visibles que el tiempo de juego, revelan el compromiso del padre con la anticipación y la salvaguarda del bienestar de su hijo, y están vinculados con un menor estrés materno y una mayor cohesión familiar.

Basándose en el marco de Lamb, Pleck (2010) ofreció una imagen más matizada de la participación paterna al enfatizar no solo lo que hacen los padres, sino cómo lo hacen. El autor describió el *compromiso positivo* como actividades prácticas diseñadas explícitamente para apoyar el desarrollo del niño, como explorar la naturaleza juntos o practicar nuevas habilidades. Pleck luego destacó la importancia de la *calidez y la capacidad de respuesta* —escuchar verdaderamente los sentimientos del niño, ofrecer consuelo y adaptar las acciones para satisfacer las señales emocionales en lugar de simplemente completar tareas—. Utilizó el término *control* para abarcar la coordinación práctica que mantiene la vida familiar en marcha, desde pedir alimentos hasta organizar citas médicas. Para capturar el alcance completo de la paternidad, Pleck también introdujo el *cuidado indirecto* —preparar comidas o ordenar juguetes— y la *responsabilidad del proceso*, la planificación, el monitoreo y la resolución de problemas continuos que los padres emprenden para satisfacer las necesidades cambiantes de sus hijos. Este modelo aclara cómo los padres pueden combinar el compromiso afectuoso, la sintonización emocional y la gestión proactiva del hogar para crear un entorno estable que beneficie a todos.

Sin embargo, los padres representan solo un hilo vital en el tapiz más amplio de apoyo que sostiene a las familias. El apoyo social —la red de amigos, familiares y recursos comunitarios— abarca el *apoyo emocional* (estar presente, escuchar con empatía y ofrecer seguridad), la *orientación informativa* (compartir consejos y conocimientos fiables) y la *asistencia práctica* (ayudar con las tareas, contribuciones financieras o cuidado de los niños) (McCourt, 2017). Una extensa investigación confirma que una red de apoyo sólida no solo alivia las demandas diarias, sino que también produce beneficios específicos para la salud de los nuevos padres y bebés. Por ejemplo, niveles más altos de apoyo social se vinculan consistentemente con una mayor autoeficacia en la lactancia materna (es decir, la confianza de las madres en su capacidad para iniciar y mantener la lactancia) (Maleki-Saghooni et al., 2020). Del mismo modo, los padres que se sienten apoyados reportan una mayor competencia parental, experimentando menos dudas y mayor satisfacción en su rol de cuidadores (Yang et al., 2020). Quizás lo más crítico es que un apoyo social robusto sirve como un amortiguador protector contra la depresión posparto, reduciendo tanto su incidencia como su gravedad en los meses posteriores al parto (Cho et al., 2022; Vaezi et al., 2019).

Al alentar a los padres a equilibrar el compromiso directo con la accesibilidad y la responsabilidad, y al guiar a las familias para que recurran a la asistencia emocional, informativa y práctica de sus comunidades, los profesionales pueden fomentar entornos donde los padres se sientan seguros y los niños prosperen. En lugar de ver la paternidad como secundaria o las redes de apoyo como extras opcionales, este enfoque integrado subraya que cada acto de cuidado, ya sea un cuento antes de dormir, una comida compartida, una palabra de consuelo o una mano amiga, contribuye a la base segura y de crianza sobre la que se construyen las familias sanas.

Señales a observar

- ✦ ¿Con qué frecuencia el padre pasa tiempo individual con el hijo frente a permanecer distante u ocupado con otras tareas?
- ✦ ¿Se dividen equitativamente las tareas de cuidado y del hogar, o uno de los miembros de la pareja gestiona casi todo?
- ✦ ¿Acepta la familia ayuda de amigos, familiares o servicios comunitarios, o todos intentan manejarse solos?
- ✦ ¿Se toman conjuntamente las decisiones sobre el cuidado de los niños y la planificación, o una persona se encarga sola de las citas y la logística?
- ✦ Cuando el padre y otros ayudantes interactúan con el bebé, ¿son cálidos y receptivos, o apresurados y distraídos?
- ✦ ¿Expresa la madre —o el padre— sentirse abrumado/a porque el apoyo es inconsistente o no está disponible?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Cómo de cómodo/a te sientes compartiendo las tareas de cuidado de los hijos con tu pareja, y qué partes consideras que continúan desbalanceadas?
- ✦ Cuando tu pareja pasa tiempo a solas con tu hijo/a, ¿cómo afecta eso a tu propio estrés y confianza?
- ✦ ¿Qué tipo de ayuda de amigos o familiares te ha resultado más útil y dónde te gustaría recibir más apoyo?
- ✦ ¿Cómo decidís tú y tu pareja quién se encarga de las visitas al médico y las tareas diarias?
- ✦ ¿Qué facilitaría que ambos pidáis y aceptéis ayuda cuando necesitéis un descanso?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Reforzar que la crianza es un esfuerzo de equipo; los padres y las redes son igualmente capaces de satisfacer tanto las necesidades emocionales como las prácticas.
- ✦ Enfatizar cómo la participación activa del padre y un amplio apoyo mejoran el desarrollo infantil, el bienestar parental y la armonía familiar.
- ✦ Fomentar la toma de decisiones conjunta en torno a horarios, responsabilidades y el establecimiento de límites con visitas o ayudantes.
- ✦ Mostrar que buscar ayuda, ya sea de la pareja o de la comunidad, mejora la resiliencia en lugar de señalar debilidad.
- ✦ Destacar la importancia de sintonizar con las señales del niño/a en todos los cuidadores, no solo de completar tareas.
- ✦ Validar el trabajo “detrás de escena” (citas, logística) como contribuciones vitales dignas de reconocimiento.

Actividades recomendadas

1. Calendario de “Tiempo Padre-Hijo”

¿Cómo?: Pedir al padre que reserve franjas regulares de 30 a 60 minutos cada semana dedicadas exclusivamente a actividades individuales con el niño/a (p. ej., visitas al parque, lectura).

¿Para qué?: Garantiza el compromiso directo, fortalece el vínculo padre-hijo/a y señala la responsabilidad compartida a la madre.

2. "Mapa de la Red de Apoyo"

¿Cómo?: Dibujar un cuadro simple que enumere a todos (pareja, familiares, amigos, servicios locales) y los tipos de apoyo que pueden ofrecer (emocional, informativo, práctico).

¿Para qué?: Clarifica los recursos disponibles, fomenta el uso activo de la red y reduce el aislamiento y, potencialmente, el estrés parental para ambos padres.

3. "Juego de Roles para Establecer Límites"

¿Cómo?: Practicar con la pareja frases breves y respetuosas para invitar o rechazar ayuda (p. ej., "Agradeceríamos una mano con la cena esta noche" o "Estamos descansando, pero nos encantaría veros mañana").

¿Para qué?: Desarrolla la confianza para establecer límites, preserva el espacio emocional y mantiene el apoyo efectivo en lugar de abrumador...

Referencias bibliográficas

- Cho, H., Lee, K., Choi, E., Cho, H. N., Park, B., Suh, M., ... y Choi, K. S. (2022). Association between social support and postpartum depression. *Scientific Reports*, 12(1), 3128. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-07248-7>
- Diniz, E., Brandão, T., Monteiro, L., y Verissimo, M. (2021). Father involvement during early childhood: A systematic review of the literature. *Journal of Family Theory y Review*, 13(1), 77-99. <https://doi.org/10.1111/jftr.12410>
- Lamb, M. E. (2000). The history of research on father involvement: An overview. *Marriage y Family Review*, 29(2-3), 23-42. https://doi.org/10.1300/J002v29n02_03
- Maleki-Saghooni, N., Amel Barez, M., y Karimi, F. Z. (2020). Investigation of the relationship between social support and breastfeeding self-efficacy in primiparous breastfeeding mothers. *The Journal of Maternal-Fetal y Neonatal Medicine*, 33(18), 3097-3102. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1568986>
- McCourt, C. (2017). Social support and childbirth. In C. McCourt, y C. Squire (Eds), *The social context of birth* (pp. 193-211). Routledge.
- Pleck, J. H. (2010). Paternal involvement: Revised conceptualization and theoretical linkages with child outcomes. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development*. John Wiley y Sons

- Vaezi, A., Soojoodi, F., Banihashemi, A. T., y Nojomi, M. (2019). The association between social support and postpartum depression in women: A cross sectional study. *Women and Birth*, 32(2), e238-e242. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.014>
- Yang, X., Ke, S., y Gao, L. L. (2020). Social support, parental role competence and satisfaction among Chinese mothers and fathers in the early postpartum period: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 33(3), e280-e285. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.06.009>

María Bilbao

(Psicóloga. Universidad Rey Juan Carlos)

La crianza es un desafío para la mayoría de madres y padres, las demandas de un bebé, la falta de sueño, a menudo la falta de apoyos externos o la intromisión de los mismos, pueden convertirse en un fuerte estresor para madres y padres. A su vez, un bebé no viene con libro de instrucciones e interpretar qué es lo que necesita, a veces es una tarea compleja e indescifrable para los adultos, sobre todo cuando no se está emocionalmente conectado. Los bebés, además de adorables y a pesar de ser muy amados, son un importante detonador de ansiedades para los padres y madres: actualizan aspectos relevantes no resueltos de la propia infancia, como nos recuerda Daniel Stern (1999), y al mismo tiempo son una fuente de preocupación constante por su seguridad y su bienestar para muchas madres y padres. Sin embargo, por encima de cualquier manual experto, es la conexión y la regulación emocional la principal herramienta que un adulto necesita para el cuidado de la infancia. Ya en los años 60 el pediatra y psicoanalista Donald Winnicott (1965) hablaba de la madre suficientemente buena, aludiendo a que una madre, o figura cuidadora, no necesita ser perfecta, ni debe serlo, para el correcto desarrollo psicológico y afectivo de su criatura. Esta debe ser una figura con una adecuada regulación emocional, tolerante al error y a la imperfección propia y ajena y con capacidad de sostén y reparación.

De esto hablamos, cuando hablamos de parentalidad consciente, de unas figuras cuidadoras atentas y responsivas a las necesidades de las criaturas, sensibles a sus estados anímicos y capaces de sintonizar con las emociones del bebé para poder enseñar a regularse.

Lo que autores y autoras como Winnicott, Bowlby o Ainsworth han teorizado desde hace ya varias décadas, en la actualidad ha encontrado un correlato y una demostración en la neurociencia. Autores contemporáneos como Siegel y Payne (2013) divulgan de forma efectiva desde una perspectiva neuropsicológica, como la regulación emocional del adulto es clave para conseguir un apego seguro en el niño o la niña y para implementar un sistema nervioso sano y en calma. La crianza con apego, la disciplina positiva de Jane Nelsen (1989), los estudios sobre transmisión intergeneracional del trauma, y autores y autoras como Jorge Barudy y Marjorie Dangtanán, que nos hablan de resiliencia infantil, se erigen como una potente influencia para una nueva corriente de crianza basada en la escucha, el respeto y la regulación emocional como base de la salud mental en la infancia.

Lo cierto es que la llegada de un nuevo miembro familiar produce un desajuste emocional y organizativo. Las figuras cuidadoras deben posicionarse como las personas adultas que son, hacer frente a su vulnerabilidad, la del bebé, atender a las necesidades de este empatizando y poniéndose en su lugar para poder dar un sentido a su demanda. ¿Qué necesita mi bebé? ¿Qué puede estar sintiendo? ¿Cómo respondo yo a eso? Estas serían las preguntas claves que los adultos necesitan hacerse para poder llevar a cabo una crianza conectada emocionalmente y que responda a lo que la criatura necesita. A veces la intensidad emocional del nacimiento y la crianza, el desajuste hormonal y la excesiva demanda suscitan emociones muy intensas que requieren además de la pregunta: ¿Cómo me hace sentir a mí?

Señales a observar

- ✦ ¿Muestra una excesiva reactividad, se inquieta en exceso, se desespera ante el llanto del bebé o se molesta cuando este protesta?
- ✦ ¿Presenta una preocupación excesiva ante cualquier problema, con un desbordamiento emocional que le impide contener y consolar al bebé?
- ✦ ¿Se muestra indiferente ante las necesidades o el llanto del bebé?
- ✦ ¿Tiene reacciones agresivas ante las demandas del bebé?
- ✦ ¿Realiza interpretaciones maliciosas como “lo hace a propósito”, “lo hace para fastidiarme” o “me está manipulando”?
- ✦ ¿Manifiesta temor hacia el bebé y sus reacciones?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Cómo te sientes tú cuando tu hijo o hija no es capaz de calmarse? ¿Qué emociones despierta en ti?
- ✦ ¿Te sientes conectada/o emocionalmente a tu bebé? ¿Cómo lo sientes?
- ✦ ¿Qué haces habitualmente cuando te invade la ansiedad o la angustia? ¿Y la ira?
- ✦ ¿Qué te preocupa sobre la maternidad y sobre tu bebé?
- ✦ ¿En quién puedes confiar para delegar cuando tú te desbordas o te sobrepasa emocionalmente la tarea?
- ✦ ¿Sientes que a veces necesitas que te cuiden a tí? ¿Puedes pedirlo?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Aprender a reconocer los estados emocionales propios.
- ✦ Aprender a mentalizar, ponerse en el lugar del bebé y lo que debe estar sintiendo o necesitando.
- ✦ Acompañar la regulación emocional: mantener la calma, evitar las reacciones extremas y aprender a regularse emocionalmente.
- ✦ Dar lugar y validar las emociones que surgen a partir de la crianza: miedo, angustia, irritación, alegría, preocupación, euforia, ansiedad, tristeza y toda la variedad imaginable en cada madre.
- ✦ Ser capaz de escuchar y poner atención a las señales comunicativas del bebé.

Actividades recomendadas

1. Cositas pequeñas

¿Cómo?: Cuando la madre o el padre sientan irritación o enfado ante alguna situación que les desborda para evitar reaccionar, tomará entre sus manos las manitas o los piececitos del bebé.

¿Para qué?: El contacto con las pequeñas manitas del bebé ayudan a la figura cuidadora a segregar oxitocina y bajar el cortisol asociado a la emoción de enfado o estrés. Además, rápidamente sitúan al adulto en el contexto en el que está, cuidando de un ser diminuto y frágil.

2. Viaje al pasado

¿Cómo?: Acompañar a madres y padres a un viaje al pasado. Ayudándoles a relajarse se les indica que retrocedan a una edad temprana, a cuando eran pequeños. Lógicamente no van a recordar cuando eran bebés, pero tal vez tengan algún recuerdo de cuando eran pequeños, del comienzo del cole. También se puede realizar este ejercicio con fotos de cuando eran bebés o preescolares. La tarea consiste en preguntarles: *¿Cómo eras tú? ¿Qué necesitabas? ¿Qué te hubiera gustado que te ofrecieran tus padres? ¿Qué cosas hicieron bien? ¿Qué cosas te molestaban y qué cosas te agradaban?*

¿Para qué?: La finalidad de este ejercicio es conectar con su niña/o interior, con sus necesidades, con sus frustraciones y asumirlas como propias. También es un ejercicio útil para que se pongan en el lugar de los niños, como sujetos que tienen su propia subjetividad. Este ejercicio en algunas personas puede despertar miedos, ansiedades y carencias, por lo que hay que poder

sostener bien a la persona. Es además un buen ejercicio exploratorio para conocer qué aspectos remueve a cada madre o padre su experiencia con la maternidad o paternidad.

3. Masaje

¿Cómo?: Sentarse en el suelo con la criatura y dejarla sobre una muselina o una toalla. Se puede quedar con el pañal, pero es conveniente quitarle el *body*, calcetines etc. Con un aceite de masaje, preferiblemente con poco olor, iniciar un masaje suave comenzando por la carita (mofletes, orejitas, entrecejo), después hombros, brazos haciendo una rosquita con las manos, sus manitas, seguimos por la tripita, donde se puede aprovechar para hacer el masaje *I Love U* para evitar los cólicos por gases. Seguimos haciendo la rosquita en las piernas para acabar masajeando los pies, tobillo, talón y deditos. Este tipo de masaje se enseña en algunos centros de salud y fisioterapia y es conveniente hacerlo suave y mejor si lo enseña una persona profesional. Durante el masaje se puede poner música suave y la madre o el padre pueden acompañarlo de canciones, palabras afectuosas, ruiditos. Es importante estar atenta a las reacciones del bebé, si le gusta o no, porque hay bebés a los que les puede molestar o cansarse.

¿Para qué?: La principal fuente de estímulo y de comunicación de los bebés es la piel y la boca. El contacto físico es importantísimo para la creación y consolidación del vínculo, es una importante manera de regular el sistema nervioso infantil y de conexión emocional. Además, se fomenta la receptividad y respuesta de los cuidadores al estar atentos a las reacciones del bebé.

4. Te presto mi cerebro

¿Cómo?: Pedimos a los padres o madres que piensen en situaciones que hayan sido estresantes esta semana en relación con la crianza. Pueden contar una situación, podemos tener fotos en la consulta que muestren distintas expresiones emocionales de un bebé, o si se lo pedimos con antelación podemos pedirles fotos de sus propios bebés. Les decimos que intenten adivinar qué creen que están sintiendo en ese momento los bebés: enfado, angustia, tristeza, alegría, serenidad, etc., y cómo podrían acompañar ese momento o qué piensan que necesitarían. Por ejemplo, está llorando porque está incómodo, ¿qué necesitarías tú si fueras tu bebé en esa situación?

¿Para qué?: Es un juego para fomentar la respuesta, la empatía y la conexión emocional de las figuras cuidadoras con su bebé. Con este ejercicio se hacen conscientes de que la principal forma de comunicación es no verbal y que son las personas adultas quienes tienen que interpretar las señales de los bebés, darles un sentido y una respuesta. Además, esta conexión prepara a los padres para la etapa de las rabietas donde es la persona adulta quien deberá aprender a regularse para que los niños y niñas lo consigan.

Referencias bibliográficas

- Barudy, J., y Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre: Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Gedisa Editorial.
- Barudy, Jorge, y Dantagnan, Maryorie. (2011). *La fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil : manual y técnicas terapéuticas para apoyar y promover la resiliencia de los niños, niñas y adolescentes*. Gedisa.
- Cazurro, B (2022) *Los niños que fuimos, los padres que somos*. Planeta
- Siegel, D (2012) *Ser padres conscientes*. Ediciones La Llave
- Siegel, D. Payne, T (2012) *El cerebro del niño*. Alba Editorial
- Stern, D (1999) *El nacimiento de una madre*. Paidós
- Peña, M (2023) *Paternidad aquí y ahora*. Arpa.
- Winnicott, D. (2021) *Los bebés y sus madres*. Divulgación
- Yamuza, B. A., Trenas, A. F. R., Osuna, M. J. P., y Cabrera, J. (2019). Relación entre el estilo de crianza parental y la depresión y ansiedad en niños entre 3 y 13 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(1), 36-43. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.1.5>

IV CONTEXTO, CULTURA Y CUIDADO EXTENDIDO



21

Partos difíciles, cesáreas y huellas emocionales

Dolores Marín

(Matrona Asistencial. Centro de Salud Collado-Villalba)

El parto normal es aquel que se inicia de forma espontánea entre la 37^a-42^a semana, tiene una evolución adecuada y finaliza con el nacimiento de un recién nacido que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). La embarazada espera que el parto sea una experiencia satisfactoria y única, ya que se trata de la llegada de su nuevo hijo. Sin embargo, a lo largo del embarazo o durante el proceso de parto se pueden dar determinadas circunstancias, potencialmente patológicas o bien complicaciones ya establecidas que llevan a tomar la decisión de finalizar el parto de una manera asistida o intervenida, realizándose un parto vaginal instrumental o una cesárea.

Durante el manejo del parto deben llevarse a cabo las medidas que se han demostrado útiles para reducir el número de partos asistidos (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2025):

- ✦ Favorecer el acompañamiento durante el parto.
- ✦ Utilizar oxitocina cuando la progresión del parto no es adecuada.
- ✦ Posponer los pujos en pacientes con analgesia epidural.
- ✦ Utilizar la rotación manual en variedades posteriores.
- ✦ Ser flexibles en el límite de tiempo de expulsivo si existe progresión del parto.

El parto vaginal asistido o instrumentado se refiere a la utilización de un instrumento (fórceps/espátula/ventosa) que se aplica sobre la cabeza fetal traccionando y/o ampliando el canal del parto. Aunque su incidencia es variable representan alrededor del 15-20 % del total de partos vaginales.

Una cesárea es una intervención quirúrgica realizada a través de una incisión abdominal (laparotomía) hasta llegar al útero (histerotomía), con la finalidad de que se produzca la salida fetal. La decisión de realizar una cesárea en lugar de un parto se toma cuando el riesgo de realizar un parto vaginal podría ser mayor para la madre o para el niño. Aunque la WHO recomienda no superar un porcentaje de cesáreas del 10-15% de todos los nacimientos, este porcentaje es muy variable dependiendo de la zona geográfica, siendo en Europa en torno a un 23% (Parasiliti et al., 2023). Un aspecto importante que considerar es el tipo de cesárea, ya que no tiene el mismo impacto en la mujer una cesárea programada que una cesárea urgente, o una cesárea emergente.

La mayoría de las veces el parto instrumental/cesárea se desarrolla con total normalidad, sin resultados adversos relevantes, sin embargo, se podría decir que hay dos factores que hacen que la mujer pueda verse más afectada: por un lado los riesgos médicos asociados a la técnica, y por otro lado el interrumpir una evolución normal del proceso de parto siendo el profesional quien toma la decisión de cuándo y cómo se termina dicho proceso. Por tanto, un parto instrumental/cesárea es una situación no planificada, sobre todo si se asocia a una situación de urgencia importante por salud materna o fetal, o en caso de que haya habido una experiencia previa de parto negativa. Es fundamental que en estas situaciones tanto la gestante como su pareja puedan tomar decisiones, participar en el proceso y tener apoyo de los profesionales (Sommerlad et al., 2021).

Por otro lado, ciertas complicaciones como el dolor, la intervención quirúrgica que supone una cesárea o un desgarrar del esfínter anal se asocian a una mayor alteración del bienestar de la puérpera (Darmody et al., 2020; Molin et al., 2022). Si la mujer vive su parto como traumático puede llegar a desarrollar síntomas de estrés postraumático, ya que frecuentemente los recuerdos negativos del parto emergen, y se desencadenan emociones negativas, lo que se relaciona a su vez con depresión postparto y dificultades de interacción con el recién nacido (Ertan et al., 2021; Thiel et al., 2021). Más que el evento obstétrico adverso en sí (como cesáreas de emergencia, partos instrumentales, complicaciones en el alumbramiento, hemorragias postparto o estancia del neonato en cuidados críticos) es importante la satisfacción con el parto, la cual se relaciona con menor presencia de síntomas de estrés. Los factores que parecen asociarse a una mayor satisfacción con el parto son promover la toma de decisiones de la mujer, sensación de control, y presencia de apoyo durante el proceso (Swift et al., 2024). Tras el nacimiento, las intervenciones psicoeducativas en aquellas mujeres con eventos obstétricos adversos se asocian a una disminución de síntomas de estrés (Andersson et al., 2024).

Señales a observar

- ✦ ¿Cómo percibe la mujer su experiencia de parto?
- ✦ ¿Qué sentimientos genera en la madre recordar el parto?
- ✦ ¿Qué ideas persisten con respecto a ella misma y a su relación con el bebé?
- ✦ ¿Qué apoyo de pareja, amigos y familia tiene la puérpera?
- ✦ ¿Cuáles son los síntomas físicos que más le preocupan a la mujer?
- ✦ ¿Cómo intenta organizarse la madre los tiempos de cuidado del bebé y su propio descanso?

En todo caso, tras analizar las señales hay que discernir si la mujer presenta síntomas psicológicos importantes que requieran trabajo interdisciplinar con un especialista en salud mental y/o síntomas fisiopatológicos que necesiten tratamiento precoz del especialista en ginecología.

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Cómo interpretas tu experiencia del parto?
- ✦ ¿Qué crees que se ha visto más afectado en tu cuerpo debido al parto?
- ✦ ¿Cuáles crees que son las dificultades más importantes con respecto al cuidado del bebé?
- ✦ ¿Qué tipo de ayuda tienes, y qué necesitas para sentirte mejor en tu cuidado propio y en el cuidado con el bebé?
- ✦ ¿Qué es lo que más necesitarías como “plan de primeros auxilios” cuando te sobrepasa la situación?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Describir la percepción de la experiencia del parto, lo que puede ayudar a entender el hecho y las actuaciones profesionales durante todo el proceso.
- ✦ Analizar con la mujer las decisiones tomadas por ella y su pareja durante el parto, para clarificar cuál fue la sensación de falta de control de su situación.
- ✦ Identificar miedos y preocupaciones sobre el posible daño sobre el cuerpo de la mujer, ayudándola a distinguir entre normalidad o complicación.
- ✦ Identificar miedos y preocupaciones con respecto al posible daño en el bebé que puedan estar afectando a su bienestar.
- ✦ Fomentar una autovaloración positiva de la mujer como madre, resaltando su esfuerzo.
- ✦ Explorar sentimientos negativos con relación al nacimiento y las consecuencias que dichos sentimientos tienen en ella.
- ✦ Expresar las necesidades de la mujer durante el proceso de recuperación posparto y en relación con la crianza, para plantear qué alternativas de solución y recursos pueden establecerse.

Actividades recomendadas

1. Narrativa de la experiencia de parto

¿Cómo?: Escribir qué sucedió durante el proceso de parto. Intentar situarse en la evolución del parto, así como actuaciones profesionales destacadas y situaciones adversas generadas. Anotar igualmente las posibles preguntas que le gustaría hacer.

¿Para qué?: Esta actividad ayuda a entender el significado de la experiencia vivida y encontrar respuestas, así como a resolver dudas de las actuaciones profesionales.

2. Análisis de sentimientos

¿Cómo?: Expresar los sentimientos asociados a cada una de las experiencias vividas durante el proceso de parto.

¿Para qué?: Ayuda a identificar qué sentimientos fueron desencadenados por los acontecimientos. Favorece la distinción entre aquellas emociones provocadas directamente por la situación y cuáles dependen más de la interpretación del hecho.

3. Analizar dificultades encontradas tras el parto

¿Cómo?: Intentar elaborar un esquema de las dificultades encontradas ordenándolas de mayor a menor, y cómo se siente la madre ante tales dificultades.

¿Para qué?: Ayuda a ser consciente de las posibles consecuencias negativas de los pensamientos y emociones, lo que puede ayudar a valorar qué estrategias son eficaces para modificar dichos pensamientos y emociones.

4. Exploración del cuerpo

¿Cómo?: Reflejar los cambios más importantes que han sucedido en el cuerpo de la mujer tras el parto, se puede hacer un registro en forma de tabla con tres columnas: describiendo los cambios, si cree que son normales o se salen de la normalidad y cómo le afectan dichos cambios.

¿Para qué?: Se favorece una toma de contacto con el cuerpo, ayuda a aceptar los cambios puerperales y fomenta la identificación de signos de alarma y cómo aliviar el malestar.

5. Planificación del tiempo

¿Cómo?: Elaborar un esquema de tiempos que reflejen momentos esenciales de autocuidado y descanso. Remarcar un plan alternativo sobre a quién y cómo recurrir cuando la crianza sobrepase a la mujer.

¿Para qué?: Es importante establecer períodos de autocuidado y descanso para incrementar el bienestar, aprovechar la ayuda de la pareja ya que comparte el cuidado del recién nacido y/o familia para llevar a cabo la ayuda práctica de otras tareas básicas.

Referencias bibliográficas

- Andersson, H., Nieminen, K., Malmquist, A., y Grundström, H. (2024). Trauma-informed support after a complicated childbirth—An early intervention to reduce symptoms of post-traumatic stress, fear of childbirth and mental illness. *Sexual y Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 41, 101002. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2024.101002>
- Darmody, E., Bradshaw, C., y Atkinson, S. (2020). Women's experience of obstetric anal sphincter injury following childbirth: An integrated review. *Midwifery*, 91, 102820. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102820>
- Ertan, D., Hingray, C., Burlacu, E., Sterlé, A., y El-Hage, W. (2021). Post-traumatic stress disorder following childbirth. *BMC Psychiatry*, 21(1), 155. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03158-6>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal* (1.ª ed.). Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
- Molin, B., Zwedberg, S., Berger, A.-K., Sand, A., y Georgsson, S. (2022). Disempowering women—a mixed methods study exploring informational support about pain persisting after childbirth and its consequences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 510. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04841-6>
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2025). *Caesarian Birth. NICE guideline No. 192*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/chapter/recommendations>
- Parasiliti, M., Vidiri, A., Perelli, F., Scambia, G., Lanzone, A., y Cavaliere, A. F. (2023). Cesarean section rate: Navigating the gap between WHO recommended range and current obstetrical challenges. *The Journal of Maternal-Fetal y Neonatal Medicine*, 36(2), 2284112. <https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2284112>
- Sommerlad, S., Schermelleh-Engel, K., La Rosa, V. L., Louwen, F., y Oddo-Sommerfeld, S. (2021). Trait anxiety and unplanned delivery mode enhance the risk for childbirth-related post-traumatic stress disorder symptoms in women with and without risk of preterm birth: A multi sample path analysis. *PloS One*, 16(8), e0256681. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256681>
- Swift, E. M., Guðmundsdóttir, F., Einarsdóttir, K., y Sigurðardóttir, V. L. (2024). Birth satisfaction and symptoms of childbirth related PTSD among women in Iceland: A population-based study. *Sexual y Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 42, 101037. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2024.101037>
- Thiel, F., Berman, Z., Dishy, G. A., Chan, S. J., Seth, H., Tokala, M., Pitman, R. K., y Dekel, S. (2021). Traumatic memories of childbirth relate to maternal postpartum posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 77, 102342. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102342>

22

Dolor físico en la maternidad: visibilizar lo invisible

Borja Matías

(Psicólogo. Universidad Rey Juan Carlos)

El dolor físico asociado a la maternidad ha recibido históricamente una atención marginal, tanto en la investigación como en la práctica clínica. La narrativa cultural dominante ha tendido a enfatizar la resiliencia femenina, la fortaleza natural para gestar, parir y sostener el cuidado, invisibilizando con frecuencia el coste corporal que implica este proceso. Durante el embarazo, el parto y el posparto, el cuerpo de la mujer atraviesa exigencias fisiológicas significativas: cambios biomecánicos que afectan la postura y el equilibrio, presiones sobre la musculatura pélvica y lumbar, distensión abdominal y, en ocasiones, intervenciones quirúrgicas como la cesárea (Kember et al., 2024; Segal y Chu, 2015). A esto se suman condiciones de dolor crónico preexistente —como fibromialgia, artralgias o migrañas— que pueden exacerbarse durante el periodo perinatal y que impactan directamente en el ajuste emocional y en la calidad del vínculo temprano (De Carvalho y Skare, 2025; Linfield et al., 2025; O’Neal, 2017).

Diversos estudios han mostrado que el dolor persistente en el posparto no es infrecuente. La investigación de Eisenach et al. (2008) encontró que alrededor del 10% de las mujeres presentan dolor crónico tras el parto, en ocasiones vinculado a episiotomías, desgarros o secuelas de cesárea. Este dolor sostenido puede interferir con el inicio y mantenimiento de la lactancia, con el descanso nocturno y con la capacidad para atender al recién nacido desde un lugar de disponibilidad física y emocional plena. Cuando coexiste con trastornos del ánimo, el impacto se multiplica, elevando el riesgo de dificultades vinculares.

A pesar de esta evidencia, la narrativa social sobre la maternidad continúa anclada en la idea de una experiencia predominantemente gozosa y heroica, que deja escaso espacio para reconocer la incomodidad, el dolor o las limitaciones físicas. Muchas mujeres expresan sentimientos de vergüenza o temor a ser juzgadas como “malas madres” si priorizan su malestar corporal o si admiten necesitar ayuda (Choi et al., 2017). Este silenciamiento del dolor físico puede derivar en un mayor aislamiento, perpetuar el sufrimiento y obstaculizar la búsqueda de apoyo profesional.

Desde la práctica psicológica, resulta esencial incluir el dolor físico como un elemento legítimo dentro del mapa de la experiencia perinatal. La escucha empática y la validación del dolor contribuyen a contrarrestar el discurso invalidante que muchas mujeres reciben, ya sea de su entorno o incluso del sistema sanitario. Según el enfoque biopsicosocial del dolor, la dimensión emocional, cognitiva y social del mismo influye de manera determinante en su percepción y en

su manejo (Gatchel et al., 2007). Así, ofrecer un espacio donde el dolor pueda ser nombrado sin culpa, explorando su impacto en el ánimo, la autoimagen y el vínculo con el bebé, se vuelve un acto terapéutico en sí mismo.

Comprender el dolor no solo como un fenómeno físico, sino también relacional, permite abrir preguntas sobre cómo se transforma la vivencia materna cuando el cuerpo duele, qué necesidades surgen y cómo articular redes de sostén adaptadas a estas circunstancias. Visibilizar lo invisible implica desmontar mandatos de silenciamiento y acompañar a cada mujer desde su singularidad, reconociendo que la maternidad, aun cuando duele, merece espacios de cuidado y compasión.

Señales a observar

- ✦ ¿Tiende a minimizar o normalizar el dolor por temor a ser juzgada?
- ✦ ¿Siente culpabilidad por necesitar ayuda o por limitar actividades de cuidado?
- ✦ ¿Describe experiencias sanitarias donde se sintió desoída o invalidada?
- ✦ ¿Se aísla socialmente debido a la dificultad de movilidad o al cansancio extremo?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Qué tipo de dolor físico experimentas actualmente y cómo afecta a tu día a día?
- ✦ ¿Hay algo que te preocupe expresar por miedo a no ser comprendida?
- ✦ ¿Cómo crees que tu dolor influye en tu manera de relacionarte con tu bebé o con tu entorno?
- ✦ ¿Qué mensajes has recibido acerca de priorizar tu bienestar corporal ahora que eres madre?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Validar el dolor físico como una experiencia legítima, sin restarle importancia por estar en “etapa de disfrute”.
- ✦ Explorar el impacto emocional del dolor y su relación con la autoexigencia o el sentimiento de competencia materna.
- ✦ Ofrecer información sobre recursos médicos y fisioterapéuticos especializados en salud perinatal.
- ✦ Fomentar estrategias de autocompasión y de regulación emocional que incluyan el cuerpo como foco de cuidado.

Actividades recomendadas

1. Mapa corporal del dolor

¿Cómo?: Invitar a dibujar el cuerpo y señalar zonas donde aparece el dolor, describiendo qué sensaciones surgen y qué emociones se activan.

¿Para qué?: Favorece la conciencia de la conexión entre cuerpo y emociones, y legitima verbalizar el malestar.

2. Lista de alivios posibles

¿Cómo?: Elaborar un listado conjunto de pequeñas acciones o posturas que aporten alivio físico o reduzcan tensiones, aunque sea transitoriamente.

¿Para qué?: Promueve el autocuidado activo y reduce la sensación de indefensión.

3. Revisión de mandatos culturales

¿Cómo?: Explorar creencias como “ser madre es olvidarse de una misma” o “el dolor se aguanta”, cuestionando su utilidad y buscando reformulaciones más compasivas.

¿Para qué?: Ayuda a desactivar culpas y a abrirse a pedir apoyo.

Referencias bibliográficas

Choi, P., Henshaw, C., Baker, H., y Tree, J. (2017). Supermum, superwife, supereverything: Performing femininity in the transition to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(2), 167–180. <https://doi.org/10.1080/02646830500129487>

De Carvalho, J. F., y Skare, T. L. (2025). Pregnancy and Fibromyalgia and their Interrelationships: A Systematic Review. *Mediterranean Journal of Rheumatology*, 36(1), 1. <https://doi.org/10.31138/mjr.220424.pam>

Eisenach, J. C., Pan, P. H., Smiley, R., Lavand'homme, P., Landau, R., y Houle, T. T. (2008). Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain*, 140(1), 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.07.011>

- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., y Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581–624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Kember, A. J., Anderson, J. L., Gorazd, N. E., House, S. C., Kerr, K. E., Torres Loza, P. A., Reuter, D. G., Hobson, S. R., y Goergen, C. J. (2024). Maternal posture-physiology interactions in human pregnancy: a narrative review. *Frontiers in Physiology*, 15, 1370079. <https://doi.org/10.3389/fphys.2024.1370079>
- Linfield, R. H., Peretz, A. M., y Moskatel, L. S. (2025). Postpartum Depression in Patients with Chronic Migraine: A Retrospective, Observational Analysis. *Journal of Women S Health*. <https://doi.org/10.1089/jwh.2024.0955>
- O’Neal, M. A. (2017). Headaches complicating pregnancy and the postpartum period. *Practical Neurology*, 17(3), 191–202. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2016-001589>
- Segal, N. A., y Chu, S. R. (2015). Musculoskeletal anatomic, GAIT, and balance changes in pregnancy and risk for falls. In *Springer eBooks* (pp. 1–18). https://doi.org/10.1007/978-3-319-14319-4_1

Patricia Catalá

(Psicóloga. Universidad Rey Juan Carlos)

La maternidad, tradicionalmente concebida desde una perspectiva normativa, ha sido asociada con un modelo hegemónico de familia nuclear heterosexual, de clase media y con roles de género bien definidos. Sin embargo, esta visión homogeneizadora ha dejado fuera de foco la amplia variedad de experiencias maternas que existen en contextos sociales complejos y cambiantes (Larrambebere, 2020). En las últimas décadas, la transformación de los modelos familiares, los movimientos por la igualdad de derechos y la creciente visibilización de identidades diversas han abierto el camino a una comprensión más plural de la maternidad.

Desde una perspectiva psicológica y social, es esencial reconocer que la vivencia materna está profundamente influida por factores estructurales y culturales. La maternidad no se experimenta de la misma manera en todas las personas ni en todos los contextos. Factores como la monomarentalidad, la migración o la pertenencia a familias LGTBI+ no solo configuran condiciones materiales distintas, sino que también suponen desafíos emocionales y simbólicos particulares que deben ser comprendidos por los profesionales del ámbito perinatal.

En el caso de las familias monomarentales —aquellas en las que la madre asume la crianza en solitario, ya sea por elección, separación, viudez o ausencia del otro progenitor— enfrentan con frecuencia una doble carga emocional y logística. A menudo son objeto de estigmatización social, construidas desde discursos que asocian la monoparentalidad con carencia o fracaso, cuando en realidad son estructuras familiares legítimas y resilientes. Desde el ámbito perinatal, es fundamental ofrecer un acompañamiento que reconozca los recursos y fortalezas de estas mujeres, evitando enfoques asistencialistas o paternalistas. La red de apoyo, tanto formal como informal, se vuelve clave en estos casos.

Por su parte, la maternidad en contextos de migración presenta particularidades ligadas a la vivencia del desarraigo, la adaptación cultural, y en muchos casos, la soledad o discriminación institucional. Las mujeres migrantes pueden enfrentar múltiples duelos: por la pérdida del entorno familiar, la lengua, el estatus o las redes de cuidado tradicionales. Además, suelen enfrentarse a sistemas sanitarios y sociales que no siempre consideran sus prácticas culturales o necesidades específicas. El enfoque intercultural en la atención perinatal es imprescindible para evitar procesos de violencia simbólica o exclusión. Escuchar sin imponer, traducir sin deslegitimar y acoger sin exigir asimilación, son principios clave para una práctica respetuosa.

Algo similar sucede con las maternidades dentro de familias LGTBI+, que cuestionan los modelos normativos de reproducción y crianza, abriendo espacios para nuevas formas de vínculo y parentalidad. Aun así, estas familias suelen enfrentarse a resistencias sociales, falta de reconocimiento legal y prejuicios por parte de algunos profesionales sanitarios. Un ejemplo de estas barreras se da en el ámbito clínico, que en ocasiones asume erróneamente la heterosexualidad de los pacientes, dando pie a situaciones incómodas, errores y malestar (Enson, 2015; Hayman et al., 2013; Røndahl, 2010). En contextos perinatales, esto puede traducirse en barreras para expresar dudas, emociones o necesidades. Es necesario, por tanto, construir espacios inclusivos que validen estas maternidades como legítimas y plenas, incorporando una perspectiva de diversidad afectivo-sexual y de género en la formación y en la práctica diaria.

Todo esto nos lleva a recordar que uno de los principios éticos fundamentales en el trabajo perinatal es el respeto y la ausencia de juicio. Acompañar desde la diferencia implica reconocer que cada mujer, cada persona gestante y cada familia atraviesan este proceso desde realidades diversas, con historias, contextos y decisiones que merecen ser comprendidas desde una escucha profesional empática y sin imposiciones.

El enfoque de derechos y la mirada interseccional permiten visibilizar desigualdades reales, como la falta de equidad en el acceso a recursos o el impacto del estigma social (Arrivillaga et al., 2024; Holman et al., 2021; Torres-Ruiz et al., 2018). La tarea del profesional no es promover modelos, sino asegurar que, ante cualquier configuración familiar ya existente, se brinde una atención digna, respetuosa y libre de discriminación.

Formar profesionales sensibles a la diversidad no significa renunciar a una mirada ética o crítica, sino aprender a distinguir entre acompañar y adherir. Solo desde este equilibrio puede garantizarse una atención perinatal verdaderamente humanizada, que respete tanto a las personas que acompaña como a los valores profesionales que la sustentan.

Señales a observar

- ✦ ¿Se observa una falta de red de apoyo significativa? (ausencia de personas cercanas que acompañen el proceso de gestación, parto o crianza, especialmente en mujeres monomarentales o migrantes).
- ✦ ¿Verbaliza sentimientos de aislamiento o invisibilización? (expresiones de “no encajar” en los espacios de atención o de sentirse fuera de la norma familiar o cultural).
- ✦ ¿Teme al juicio profesional o social: resistencia a compartir emociones, dudas o decisiones por miedo a ser evaluadas negativamente (por su modelo familiar, origen, orientación, etc.)?
- ✦ ¿Se observan dificultades para acceder o confiar en los servicios: barreras idiomáticas, legales o emocionales que obstaculizan la vinculación con el sistema sanitario?
- ✦ ¿Aparecen síntomas de sobrecarga emocional y física, como cansancio extremo, presión por hacerlo todo bien, hiperexigencia o culpa materna?
- ✦ ¿Ha experimentado situaciones previas de discriminación o violencia simbólica, como trato despectivo o falta de respeto en contextos sanitarios, sociales o familiares?

- ✦ ¿Narra su experiencia materna de forma fragmentada o defensiva y no desde un lugar de seguridad, autenticidad o continuidad emocional?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Cómo estás viviendo este momento de tu vida? ¿Qué ha sido lo más desafiante hasta ahora?
- ✦ ¿Qué redes de apoyo tienes o sientes que necesitas? ¿Quiénes están a tu lado?
- ✦ ¿Cómo sientes que tu historia, tu cultura o tu forma de familia están siendo recibidas o respetadas en este proceso?
- ✦ ¿Hay algo que no te hayas sentido cómoda compartiendo hasta ahora? ¿Qué te ayudaría a sentirte más segura para hacerlo?
- ✦ ¿Qué significados tiene para ti ser madre (o criar) en tu contexto actual?
- ✦ ¿Qué necesitarías de los equipos que te acompañan para sentirte más vista, escuchada o cuidada?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Promover la expresión emocional libre de juicio, creando un espacio seguro para compartir vivencias y dudas.
- ✦ Validar la diversidad de experiencias maternas como legítimas, dignas y valiosas, más allá del modelo tradicional.
- ✦ Fortalecer la percepción de autoeficacia y resiliencia en mujeres y familias que enfrentan obstáculos estructurales o simbólicos.
- ✦ Fomentar el acceso a redes de apoyo formales e informales, visibilizando recursos comunitarios, institucionales o personales.
- ✦ Resignificar el malestar o la incomodidad como respuestas humanas ante contextos desafiantes, no como signos de debilidad o error.
- ✦ Aportar información clara y adaptada culturalmente que empodere a las familias diversas en su proceso de toma de decisiones.

Actividades recomendadas

1. Mapa de Apoyos Personales y Comunitarios

¿Cómo?: Invitar a la mujer o familia a dibujar o listar a las personas, grupos o instituciones que forman parte de su red de apoyo actual o potencial.

¿Para qué?: Visibilizar recursos, identificar vacíos y favorecer el acceso o fortalecimiento de apoyos afectivos y prácticos.

2. Diario de maternidad en voz propia

¿Cómo?: Propuesta de escritura libre, semanal, sobre lo que significa maternar desde su vivencia particular.

¿Para qué?: Fomentar la expresión emocional y la construcción de un relato propio, sin filtros ni mandatos externos.

3. Conversaciones sobre "lo no dicho"

¿Cómo?: Espacio guiado donde se invita a compartir pensamientos, miedos o deseos que usualmente no se expresan por temor al juicio.

¿Para qué?: Ampliar el permiso emocional y generar alivio al validar experiencias silenciadas.

4. Líneas del tiempo de mi camino como madre

¿Cómo?: Representación visual del proceso vital hasta la maternidad/crianza, incluyendo migraciones, relaciones, decisiones, etc.

¿Para qué?: Favorecer una mirada integradora, reconociendo la historia única detrás de cada vivencia.

5. Rueda de identidades y pertenencias

¿Cómo?: Dinámica en la que se identifican las distintas dimensiones que conforman la identidad (género, cultura, orientación, idioma, clase, etc.).

¿Para qué?: Promover el reconocimiento y la integración de la diversidad interna, trabajando la autoestima y la autoaceptación.

Referencias bibliográficas

- Arrivillaga, M. R., Gold, M., Rivera, E. P., y Juárez, J. G. (2024). Incorporating an intersectional gender approach to improve access to maternal and child health screening services. *International Journal for Equity in Health*, 23(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02109-3>
- Enson, S. (2015). Causes and consequences of heteronormativity in healthcare and education. *British Journal of School Nursing*, 10(2), 73-78. <https://doi.org/10.12968/bjsn.2015.10.2.73>
- Hayman, B., Wilkes, L., Halcomb, E., y Jackson, D. (2013). Marginalised mothers: Lesbian women negotiating heteronormative healthcare services. *Contemporary Nurse*, 44(1), 120-127. <https://doi.org/10.5172/conu.2013.44.1.120>
- Holman, D., Salway, S., Bell, A., Beach, B., Adebajo, A., Ali, N., y Butt, J. (2021). Can intersectionality help with understanding and tackling health inequalities? Perspectives of professional stakeholders. *Health Research Policy and Systems*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00742-w>
- Larrambebere, M. B. (2020). *Maternidades en tensión. Entre la maternidad hegemónica, otras maternidades y no-maternidades*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7431158>
- Röndahl, G. (2010). Heteronormativity in health care education programs. *Nurse Education Today*, 31(4), 345–349. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.07.003>
- Torres-Ruiz, M., Robinson-Ector, K., Atkinson, D., Trotter, J., Anise, A., y Clauser, S. (2018). A portfolio analysis of culturally tailored trials to address health and healthcare disparities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9), 1859. <https://doi.org/10.3390/ijerph15091859>

24 Redes de apoyo y comunidad: sostén o interferencia

María del Sequeros Pedroso (Psicóloga. Universidad a Distancia de Madrid)

El apoyo social y comunitario que reciben las mujeres embarazadas o madres puede ser muy diverso y provenir de múltiples fuentes, incluyendo la pareja, la familia extensa, amistades, profesionales de la salud o la comunidad en general (Al-Mutawtah et al., 2023). Las principales formas en las que este apoyo puede darse son las siguientes (Langford et al., 1997; Mutawtah et al., 2023):

- ✦ **Emocional:** favoreciendo que las madres puedan lidiar con las preocupaciones y emociones más desagradables causándoles las menores molestias posibles, por ejemplo, escuchando, sin juzgar, sus preocupaciones.
- ✦ **Instrumental:** facilitándoles asistencia o recursos que permitan solucionar dificultades del día a día, por ejemplo, cuidando de los hijos menores mientras la madre acude a una cita médica.
- ✦ **De valoración:** mencionando explícitamente las cosas que las madres están haciendo bien, por ejemplo, diciéndoles que están cuidando muy bien la alimentación durante el embarazo.
- ✦ **Informativa:** explicando aspectos fundamentales en el embarazo y la crianza, por ejemplo, explicándoles detalladamente como amamantar a su bebé.
- ✦ **Espiritual y tradicional:** invitándolas a formar parte de las reuniones o actividades de la comunidad ya sean religiosas o no, por ejemplo, ser invitadas a participar en el coro de su pueblo o barrio.
- ✦ **Por parte del hogar parental o de confianza:** para algunas mujeres es importante poder volver a la cercanía del hogar de sus padres para sentirse protegidas y comprendidas en el desarrollo de nuevo papel como madres. Este hogar podría ser también el de algún familiar o amigo/a cercano con el que se tenga una relación de cuidado y afecto.

Contar con personas que puedan dar estos tipos de ayuda favorece, en términos generales, que las madres se sientan alegres y calmadas durante el embarazo y la crianza (Hetherington et al., 208; Kay et al., 2024; Zhang, et al., 2021). Sin embargo, esto no siempre es así. Si bien contar con estas ayudas es importante para el bienestar de las madres, es igual de importante la calidad de estas ayudas (Wang et al., 2021). Existen múltiples situaciones en las que estas ayudas dejan de ser beneficiosas (Palant y Himmel, 2019). Esto puede suceder cuando amigos, familiares u otras personas proporcionan información que la madre preferiría no tener o que supone una comparación con la tarea que la madre realiza, y que puede darse desde una buena intención (por ejemplo, “Yo no estaba tan cansada como tú en ese trimestre del embarazo, voy a enviarte la dieta que estaba siguiendo para que puedas usarla”). Así mismo, sucede cuando el apoyo que se presta favorece que la madre no haga tareas que podría y preferiría hacer por sí misma, llegando a sentirse poco útil o sin autonomía (por ejemplo, “Cada mañana me voy a pasar a dejaros la comida del día para que puedas descansar un poco”). Este tipo de apoyo podría llegar a favorecer que las madres dejen de tener contacto con los demás y experimenten un fuerte malestar. Especialmente cuando este apoyo procede de personas muy importantes a nivel personal (como las propias madres o parejas) o relevantes para la comunidad (como el personal sanitario o los líderes religiosos) ser conscientes de que no es el apoyo apropiado y pedir que se modifique o cesarlo es un reto para las mujeres.

Señales a observar

- ✦ ¿Puede identificar personas con las que hablar de sus preocupaciones? ¿y personas a las que pedir ayuda cuando lo necesita?
- ✦ ¿Se siente capaz de pedir ayuda cuando la necesita?
- ✦ ¿Puede identificar quién la ayuda mejor en cada una de las situaciones en las que precisa de ayuda?
- ✦ ¿Se siente capaz de rechazar ayudas cuando siente que no le hacen bien?
- ✦ ¿Se siente capaz de pedir que la ayuden de formas diferentes cuando quiere ayuda, pero no como se la ofrecen o dan?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿A quién/quienes sueles recurrir cuando quieres hablar de tus preocupaciones o problemas? Normalmente, ¿te sientes mejor después de hablar con esta/s persona/s?
- ✦ Si necesitas ayuda para realizar una tarea, por ejemplo, dejar a tu bebé con alguien para poder acudir a una cita o que te presten algo ¿tienes a quién acudir?
- ✦ ¿Hay alguna persona que suele darte ánimos en el día a día y te diga que estás haciendo bien las cosas?
- ✦ ¿En alguna ocasión te sientes obligada a aceptar ayudas, consejos o acompañamientos que no te gustaría recibir? ¿Te sientes capaz de decir que no es la ayuda o compañía que quieres en esos casos?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Identificar qué personas suponen un apoyo adecuado en cada situación y cuáles no.
- ✦ Normalizar que no todo el apoyo o ayuda que las personas ofrecen debe ser aceptado.
- ✦ Desarrollar estrategias para rechazar el apoyo o ayuda no deseada.

Actividades recomendadas

1. La galería del apoyo

¿Cómo?: Pide a la madre que imagine una galería de cuadros, cada uno reflejando una escena de apoyo. En un cuadro, una amiga ofrece consejos sobre la alimentación en el embarazo: para una mujer, esto la hace sentir apoyada e informada; para otra en el cuadro de al lado, la abrume y la hace dudar de su instinto. En otro cuadro, la pareja ofrece ayuda con las tareas del hogar: para una, es un alivio inmenso que la hace sentir cuidada; para otra, la hace sentir inútil o que no tiene autonomía. Repite esto con varios cuadros, hasta llegar a un último cuadro que representa cómo el apoyo puede ser de calidad o no en función de la persona que lo recibe y como es normal que no siempre lo sea y resulta sano comunicarlo.

¿Para qué?: Normalizar que no todo el apoyo que recibe será necesariamente bueno o de calidad para ella.

2. El diagrama del apoyo

¿Cómo?: Pide que prepare en una hoja un diagrama que incluya en la parte superior la pregunta “¿Qué me ayudaría ahora?”, con las opciones ayuda emocional, refuerzo de mi valía, información, contacto con la comunidad o ir a mi hogar de confianza. Separar cada una de estas cinco cuestiones en personas cercanas que me ayudan al darme este apoyo y personas cercanas que no me ayudan al darme este apoyo mediante la visualización de personas que han ayudado a solventar situaciones similares en el pasado o no. Explicarle que este diagrama será dinámico en el tiempo y que deberá hacerse estas preguntas cuando tenga que seleccionar el apoyo que quiere solicitar en cada momento.

¿Para qué?: Identificar de manera adecuada el tipo de apoyo que necesita y quién puede brindárselo con mayor calidad.

3. El termómetro del apoyo

¿Cómo?: Indica a la persona que visualice una situación en la que ha recibido apoyo; tras esa visualización, pídele que imagine, o dibuje, un termómetro que, en la parte superior, marque “+10” (me siento empoderada y capaz) y en la inferior, “-10” (me siento inútil, juzgada o sin autonomía). El punto medio es el “0” (no me afecta ni positiva ni negativamente). Señala que puede usar este termómetro para valorar la calidad del apoyo.

¿Para qué?: Este ejercicio ayuda a identificar la calidad del apoyo recibido. Puede usarse para completar el diagrama del ejercicio anterior.

4. Gracias, pero NO

¿Cómo?: Pídele que imagine que eres una persona cercana a ella que suele prestarle apoyo pero que le resulta perjudicial, por ejemplo, se siente juzgada pese a poder no ser la intención de la otra persona. Pídele que ensaye como rechazar de manera amable y cercana, pero a la vez sincera, esa ayuda.

¿Para qué?: Favorecer que rechace el apoyo que no es de calidad para ella.

Referencias bibliográficas

- Al-Mutawtah, M., Campbell, E., Kubis, H. P., y Erjavec, M. (2023). Women's experiences of social support during pregnancy: a qualitative systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 782. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06089-0>
- Hetherington, E., et al. (2018). Social support and maternal mental health at 4 months and 1 year postpartum: Analysis from the All Our Families cohort. *Journal of Epidemiology y Community Health*, 72(10), 933-939. <https://doi.org/10.1136/jech-2018-210646>
- Kay, T. L., et al. (2024). The Role of Social Support in Perinatal Mental Health and Psychosocial Stimulation of the Home Environment. *Archives of Women's Mental Health*, 27(2), 211-222. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01408-w>
- Langford, C. P., Bowsher, J., Maloney, J. P., y Lillis, P. P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 95-100. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x>
- Palant, A., y Himmel, W. (2019). Are there also negative effects of social support? A qualitative study of patients with inflammatory bowel disease. *BMJ open*, 9(1), e022642. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022642>

Wang, Y. N., Yuan, Z. J., Leng, W. C., Xia, L. Y., Wang, R. X., Li, Z. Z., Zhou, Y. J., y Zhang, X. Y. (2021). Role of perceived family support in psychological distress for pregnant women during the COVID-19 pandemic. *World journal of psychiatry*, *11*(7), 365–374. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i7.365>

Zhang, Y., et al. (2021). Role of perceived family support in psychological distress for pregnant women during the COVID-19 pandemic. *World Journal of Clinical Cases*, *9*(20), 5686-5698. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i20.5686>

25

Presencia de los abuelos y vínculos intergeneracionales

Cristina Noriega
(Psicóloga. Universidad CEU San Pablo)

La llegada de un bebé supone una transformación profunda no solo para la madre y el padre, sino también para todo su entorno. Como dice el proverbio africano “Se necesita una aldea para criar a un niño”. La crianza no es solo responsabilidad de los padres, sino que requiere una red de apoyo que los acompañe y sostenga en distintos aspectos (Riem y Straatem, 2024).

Durante el embarazo y los primeros meses de vida del bebé, los vínculos entre generaciones cobran especial importancia. No solo por la ayuda emocional y práctica que pueden ofrecer los abuelos, sino también por los procesos personales y familiares que se activan: se transmiten y redefinen roles, pueden surgir emociones contradictorias, reabrirse heridas del pasado o resignificarse historias familiares. Comprender esta dimensión es clave para acompañar de forma integral a las familias (Baldoni, 2025).

En muchas familias, los abuelos —y especialmente las abuelas maternas— tienen un papel central. Estudios recientes muestran que su implicación en los cuidados de los nietos ha aumentado en las últimas décadas. Por ejemplo, según la encuesta SHARE (Zanasi et al., 2023), un 46% de los abuelos cuidan de sus nietos en Europa, y un 25% lo hace de forma regular. Su apoyo puede ir desde acompañar a las madres primerizas, hasta ayudar con el cuidado del bebé, la lactancia o las tareas del hogar cuando los padres se reincorporan al trabajo. Además, existe evidencia empírica de cómo su presencia puede ayudar a fortalecer el vínculo madre-bebé, reducir el riesgo de depresión posparto y ofrecer al niño una figura de apego adicional, especialmente en situaciones de mayor vulnerabilidad (Riem y Straatem, 2024).

Ahora bien, estos vínculos no están exentos de tensiones y dificultades. Las relaciones con los abuelos están marcadas por historias compartidas, aprendizajes tempranos y, a veces, conflictos no resueltos. Las diferencias en los estilos de crianza, las expectativas no habladas o la falta de claridad en los límites pueden generar malentendidos. Así, el vínculo con los abuelos puede ser tanto un gran apoyo como una fuente de conflicto (Chan y Piehler, 2024; Noriega et al., 2023).

Es común que las madres y los padres se sientan divididos entre el deseo de recibir ayuda y la necesidad de mantener su autonomía. Esta ambivalencia es natural y merece ser acompañada con respeto. Validar estos sentimientos, crear espacios de diálogo y ofrecer herramientas para

establecer límites claros sin romper vínculos importantes es una tarea clave para quienes acompañan a las familias (Baldoni, 2025).

Desde la psicología se sabe que los modelos de relación aprendidos en la infancia tienden a repetirse con los propios hijos. Sin embargo, estos patrones pueden revisarse y transformarse. El periodo perinatal es una oportunidad para mirar hacia atrás, entender la propia historia y decidir qué se quiere mantener y qué se quiere cambiar. Este proceso puede ser muy enriquecedor, pero también puede remover emociones intensas como tristeza, enfado o culpa. Estas vivencias no solo afectan a la madre o al padre, sino también al bebé, ya que influyen en el vínculo que se construye con él (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1988).

Estas ambivalencias también se dan en los propios abuelos. Ser abuelo o abuela puede despertar sentimientos de amor y propósito, pero también de frustración o inseguridad. Las expectativas sociales sobre su rol no siempre son claras: se espera que estén disponibles, pero sin intervenir; que ayuden, pero sin opinar demasiado. Esta falta de definición puede generar malestar, especialmente cuando intentan apoyar sin saber bien cuál es su lugar (Noriega et al., 2023).

Convertirse en abuelo implica también un cambio de identidad. Supone integrar los propios modelos familiares, los deseos personales y las necesidades de la familia actual. A veces, este proceso reactiva conflictos del pasado o dificultades en la relación con los hijos adultos. Además, los abuelos también viven su propio equilibrio entre querer mantener su independencia y seguir formando parte activa de la vida familiar. Por eso, la abuelidad es un espacio complejo, donde se mezclan cercanía y distancia, cuidado y respeto, continuidad y cambio (Mason y Clarke, 2007).

En definitiva, los vínculos entre generaciones pueden ser una gran fuente de apoyo, pero también de tensión. El periodo perinatal es un momento especialmente sensible, donde se entrelazan el pasado, el presente y el futuro. Acompañar este proceso con una mirada comprensiva y respetuosa puede marcar una gran diferencia en la experiencia de ser madre, padre... y también abuelo o abuela.

Señales a observar

- ✦ ¿Cuenta con una red de apoyo o se siente sola en la crianza?
- ✦ ¿Tiene dificultades para poner límites con los abuelos o depende emocionalmente de ellos?
- ✦ ¿Se le reactivan conflictos del pasado, como recuerdos dolorosos, duelos no resueltos o relaciones difíciles con sus propios padres?
- ✦ ¿Percibe una ausencia o un rechazo del rol de los abuelos que le genera malestar emocional?
- ✦ ¿Tiene expectativas diferentes a las de los abuelos sobre cómo cuidar al bebé, y eso le provoca discusiones o malentendidos?
- ✦ ¿Tiende a repetir patrones familiares sin reflexionarlos ni adaptarlos a la nueva realidad?
- ✦ ¿Le resulta difícil integrar su historia familiar en esta nueva etapa y encontrar un equilibrio entre lo heredado y lo nuevo?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Qué recuerdos tienes de cómo te cuidaban cuando eras pequeño/a? ¿Hay algo de esa experiencia que te gustaría repetir o hacer diferente con tu hijo/a?
- ✦ ¿Cómo ha cambiado la relación con tus padres desde que estás esperando o has tenido a tu bebé?
- ✦ ¿Qué papel te gustaría que tu madre o tu padre (el abuelo/la abuela) tuviera en esta etapa de tu vida?
- ✦ ¿Sientes que hay algo de tu historia familiar que te gustaría comprender mejor o mirar con otros ojos?
- ✦ ¿Qué apoyos familiares o intergeneracionales te están ayudando más? ¿Hay alguno que te esté generando tensión o malestar?
- ✦ ¿Qué valores o aprendizajes de tu familia te gustaría transmitir a tu hijo/a?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Validar la complejidad emocional de los vínculos familiares: Reconocer que es normal sentir emociones contradictorias (como amor y frustración) en la relación con los abuelos durante la maternidad o paternidad.
- ✦ Promover la reflexión sobre los modelos familiares heredados: Invitar a pensar cómo influyen las experiencias familiares del pasado en la forma de criar hoy, y qué se desea mantener o transformar.
- ✦ Facilitar una mirada compasiva hacia la historia familiar: Ayudar a resignificar vivencias pasadas, entendiendo su impacto sin juzgar, y abriendo espacio para nuevas formas de relación.
- ✦ Fomentar la construcción de límites saludables: Acompañar a las familias en el establecimiento de límites claros con los abuelos, sin romper el vínculo afectivo.
- ✦ Apoyar la integración del legado familiar en la nueva identidad parental: Valorar lo positivo de la historia familiar y encontrar formas de incorporarlo en la crianza actual.
- ✦ Sensibilizar sobre la diversidad cultural en los roles de los abuelos: Reconocer que no hay una única forma “correcta” de ser abuelo o abuela, y que las expectativas pueden variar según la cultura, la historia y el contexto.

Actividades recomendadas

1. Línea del tiempo familiar

¿Cómo?: Dibujar una línea del tiempo con eventos importantes de la historia familiar (nacimientos, mudanzas, pérdidas, cambios significativos).

¿Para qué?: Favorece la toma de conciencia sobre patrones familiares, momentos de cambio y cómo influyen en la experiencia actual de materner o paternar.

2. Carta al abuelo o la abuela (real o simbólica)

¿Cómo?: Escribir una carta dirigida a una figura significativa, expresando agradecimientos, necesidades, límites o deseos no dichos.

¿Para qué?: Facilita la expresión emocional, la elaboración de vínculos complejos y la posibilidad de resignificar relaciones pasadas o presentes.

3. Genograma emocional básico

¿Cómo?: Representar gráficamente la estructura familiar incluyendo relaciones significativas y emociones asociadas (por ejemplo, cercanía, conflicto, apoyo).

¿Para qué?: Ayuda a visualizar dinámicas intergeneracionales, identificar lealtades invisibles y comprender cómo influyen en la crianza actual.

4. "Lo que heredo, lo que elijo"

¿Cómo?: Hacer dos listas: una con aspectos del legado familiar que se desea conservar, y otra con lo que se desea transformar o dejar atrás.

¿Para qué?: Promueve la autonomía emocional y la construcción consciente de una identidad parental propia.

5. Rueda de apoyo intergeneracional

¿Cómo?: Identificar personas mayores significativas (familiares o no) que puedan ofrecer apoyo emocional o práctico en esta etapa.

¿Para qué?: Visibiliza recursos disponibles, fortalece la red de sostén y permite valorar apoyos más allá del núcleo familiar inmediato.

Referencias bibliográficas

- Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932–937. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.932>
- Baldoni F. (2025). Perinatal grandparents: A new frontier for caregiving. *PNEI Review*. <https://doi.org/10.3280/pnei2025oa19882>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Chan, A., y Piehler, T.F. (2024). Evaluation of Prevention Programs for Grandparent Caregivers: A Systematic Review. *Prevention Science*, 25, 137-154. <https://doi.org/10.1007/s11121-023-01594-2>
- Mason, J., May, V., y Clarke, L. (2007). Ambivalence and the paradoxes of grandparenting. *The Sociological Review*, 55(4), 687-706. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.2007.00748.x>
- Noriega, C., Galarraga, L., Pérez-Rojo, G., López, J. (2022). *Abuelos que cuidan de sus nietos: Valores y fortalezas para fomentar una relación satisfactoria*. Dykinson.
- Riem, M. M. E., y van der Straaten, M. (2024). Grandmothers matter: How grandmothers promote maternal perinatal mental health and child development. *Frontiers Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1521335>
- Zanasi, F., Arpino, B., Bordone, V., and Hank, K. (2023). The prevalence of grandparental childcare in Europe: a research update. *European Journal of Ageing*, 20, 37–39. <https://doi.org/10.1007/s10433-023-00785-8>

Covadonga Chaves (Psicóloga. Universidad Complutense de Madrid)

La diversidad cultural es una realidad creciente en los servicios de salud perinatal. Durante esta etapa, las creencias culturales, las prácticas tradicionales y los valores familiares desempeñan un papel central en la vivencia de la maternidad (Paloma et al., 2025). En este sentido, ofrecer una atención respetuosa, culturalmente sensible y libre de prejuicios se convierte en un imperativo ético y clínico para todos los profesionales del ámbito perinatal (Lara-Cinisomo et al., 2014).

Determinadas minorías étnicas, comunidades religiosas específicas o grupos con prácticas culturales distintas de las mayoritarias pueden tener rituales específicos asociados al nacimiento, expectativas diferenciadas sobre el rol materno o formas particulares de interpretar el malestar emocional. La falta de reconocimiento o validación de estas diferencias por parte del personal sanitario puede deteriorar la relación asistencial, generar desconfianza o incluso convertirse en una barrera para el acceso a los cuidados (Fair et al., 2020; Higginbottom et al., 2015). En este contexto, el respeto por las creencias, la escucha activa y la adaptación de los servicios a las particularidades culturales son componentes esenciales para una atención de calidad.

Dentro de esta diversidad, las mujeres migrantes representan un grupo que, en muchos casos, enfrenta barreras adicionales que agravan su vulnerabilidad. A los desafíos propios del periodo perinatal se suman factores como el estrés migratorio, la barrera lingüística, el desconocimiento del sistema sanitario, la discriminación, las dificultades económicas o la pérdida de redes de apoyo (Paloma et al., 2025; Stevenson et al., 2023). La evidencia muestra que estas mujeres presentan mayores tasas de problemas de salud mental perinatal, destacando la depresión (25 %), la ansiedad (20 %) y el trastorno de estrés postraumático (9 %), especialmente entre aquellas que se han visto forzadas a emigrar (Le y Buzek, 2019; Paloma et al., 2025). Además, es frecuente que no soliciten ayuda profesional, ya sea por desinformación, temor a ser maltratadas o deportadas, o por experiencias negativas previas (Higginbottom et al., 2015; Fair et al., 2020).

Entre los elementos clave para un acompañamiento efectivo, destaca la importancia del idioma. La barrera lingüística dificulta el acceso, la comprensión de indicaciones médicas y la expresión de necesidades. Aunque contar con intérpretes mejora la calidad asistencial, es fundamental que estos estén formados en sensibilidad cultural, ya que algunas mujeres pueden sentirse incómodas compartiendo temas íntimos, especialmente si el intérprete pertenece a su comunidad (Fair et al., 2020).

La espiritualidad y las prácticas tradicionales también juegan un rol central en el afrontamiento. Muchas mujeres encuentran en su cultura y creencias una fuente de identidad y fortaleza emocional. Integrar estos elementos en la atención, siempre que no entren en conflicto con la seguridad clínica, favorece la adherencia a los tratamientos y mejora la experiencia sanitaria (Higginbottom et al., 2015; Paloma et al., 2025).

El apoyo social, por su parte, actúa como factor protector. Sin embargo, muchas mujeres migrantes carecen de redes cercanas. Fomentar espacios grupales con otras madres en situaciones similares, así como facilitar la conexión con personas de su comunidad, puede reducir el aislamiento y promover el bienestar emocional (Markey et al., 2022).

También es importante considerar las normas culturales en relación con el papel de los hombres en el proceso perinatal. En algunas culturas, su participación puede estar limitada o no ser bien vista, lo que puede generar tensiones si los servicios sanitarios no lo contemplan (Higginbottom et al., 2015; Lara-Cinisomo et al., 2018). Del mismo modo, creencias como la obligación de mostrarse fuerte o de priorizar siempre a la familia pueden dificultar la expresión de malestar emocional (Lara-Cinisomo et al., 2018).

Para responder de manera eficaz a esta realidad, los profesionales deben adoptar un enfoque integral y culturalmente competente. Esto implica tener en cuenta no solo los factores clínicos, sino también los estructurales que afectan a la salud mental, como la pobreza, la inseguridad jurídica o la exclusión social (Paloma et al., 2025). Se ha comprobado que los tratamientos adaptados culturalmente, como el curso “Mamás y Bebés”, muestran una mayor eficacia en esta población que las intervenciones estandarizadas o convencionales (Le y Buzek, 2019). Asimismo, la capacitación en competencia cultural del personal sanitario resulta esencial para garantizar una atención respetuosa y sensible al trauma. Iniciativas como el programa ORAMMA han mostrado mejorar las habilidades y la autopercepción de los profesionales en el abordaje de mujeres migrantes (Fair et al., 2021). Este programa busca formar a los profesionales sanitarios para que actúen con humildad cultural, es decir, generando un espacio seguro, sin juicios, donde la mujer pueda expresar sus vivencias y fomentando la disposición de aprender continuamente de las personas a las que se atienden, reconociendo la influencia de sus propios prejuicios y estereotipos.

En definitiva, acompañar a mujeres en la etapa perinatal en contextos culturales diversos requiere de una transformación del modelo asistencial. Este debe orientarse hacia un enfoque basado en derechos humanos, donde la escucha cultural, el empoderamiento de las mujeres y la justicia social sean pilares fundamentales del cuidado perinatal.

Señales a observar

- ✦ ¿Tiene dificultades para comunicarse en el idioma local, lo que le impide expresar síntomas, emociones o comprender indicaciones médicas?
- ✦ ¿Evita o no acude a controles prenatales, clases o citas médicas sin una justificación aparente?
- ✦ ¿Presenta síntomas emocionales persistentes, como tristeza o llanto frecuente, apatía, insomnio o irritabilidad?

- ✦ ¿Carece de una red de apoyo familiar o comunitaria, o expresa sentimientos de aislamiento y soledad?
- ✦ ¿Sostiene creencias culturales o religiosas que generan conflicto con las indicaciones sanitarias o dificultan la toma de decisiones?
- ✦ ¿Muestra temor o desconfianza hacia el sistema sanitario, o evita hablar cuando hay otras personas presentes (como la pareja, un intérprete, etc.)?
- ✦ ¿Tiene antecedentes de migración forzada, violencia o pobreza severa que puedan aumentar el riesgo de malestar psicosocial?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ En los últimos días, ¿cómo te has sentido emocionalmente? ¿Ha habido momentos en los que te haya costado disfrutar de las cosas o sentirte animada?
- ✦ ¿Estás durmiendo bien últimamente? ¿Sientes que descansas o hay algo que te impide relajarte por las noches?
- ✦ ¿Cuentas con personas en quien confiar y que te ayuden o acompañen en este momento? ¿Quiénes son tus principales apoyos aquí?
- ✦ ¿Hay algo relacionado con tu situación personal, social o económica que te preocupe especialmente en este momento?
- ✦ ¿Has vivido recientemente algún cambio importante, pérdida o experiencia difícil que sientas que te está afectando?
- ✦ ¿Durante el embarazo o en otros momentos de tu vida has pasado por dificultades emocionales, como tristeza profunda, ansiedad o falta de energía?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Validar emocionalmente las experiencias de la mujer, reconociendo el impacto de su contexto social y cultural en el proceso perinatal.
- ✦ Promover la resignificación del malestar físico y emocional, ayudando a comprenderlo como una respuesta natural ante situaciones complejas, no como un fallo o déficit personal.
- ✦ Fomentar el reconocimiento y fortalecimiento de sus propias estrategias de afrontamiento, incluyendo prácticas culturales y espirituales que sean significativas para ella.
- ✦ Facilitar la conexión con redes de apoyo formales e informales, identificando personas, espacios o grupos que puedan ofrecer contención y acompañamiento.
- ✦ Empoderar en el ejercicio de sus derechos sociales y sanitarios, brindando información clara y accesible para favorecer decisiones informadas.

Actividades recomendadas

1. Fotografiando el sentido de la maternidad

¿Cómo?: La mujer elige un objeto o realiza una fotografía de algo que represente lo que significa para ella ser madre en este momento de su vida. Posteriormente, se le invita a compartir la historia o el significado que le atribuye.

¿Para qué?: Facilita la expresión simbólica de su experiencia, promueve la resignificación personal de la maternidad y permite reconocer valores y recursos culturales propios superando la barrera del idioma.

2. Canciones y relatos que me acompañan

¿Cómo?: La mujer selecciona canciones, nanas o relatos tradicionales de su cultura que le generen bienestar o que le gustaría transmitir a su bebé. Puede escucharlas, compartirlas en consulta o crear una pequeña recopilación.

¿Para qué?: Favorece la conexión emocional, el manejo de las emociones a través de elementos culturales significativos y fortalece el vínculo maternofilial transmitiendo tradiciones familiares.

3. Encuentros de apoyo culturalmente compartido

¿Cómo?: Se organizan grupos de mujeres con antecedentes culturales similares para compartir periódicamente vivencias, dificultades y estrategias de afrontamiento en el periodo perinatal.

¿Para qué?: Reduce el aislamiento social, normaliza las emociones de la maternidad, facilita el intercambio de recursos culturales y promueve redes de apoyo mutuo.

Referencias bibliográficas

Fair, F., Raben, L., Watson, H., Vivilaki, V., van Den Muijsenbergh, M., Soltani, H., y ORAMMA team. (2020). Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PloS One*, 15(2), e0228378. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228378>

- Fair, F., Soltani, H., Raben, L., van Streun, Y., Sioti, E., Papadakaki, M., Burke, C., Watson, Jokinen, M., Shaw, E., Triantafyllou, E., Muijsenbergh M. y Vivilaki, V. (2021). Midwives' experiences of cultural competency training and providing perinatal care for migrant women: A mixed methods study: Operational Refugee and Migrant Maternal Approach (ORAMMA) project. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 340. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03799-1>
- Higginbottom, G. M., Morgan, M., Alexandre, M., Chiu, Y., Forgeron, J., Kocay, D., y Barolia, R. (2015). Immigrant women's experiences of maternity-care services in Canada: A systematic review using a narrative synthesis. *Systematic Reviews*, 4, 1–30.
- Lara-Cinisomo, S., Wisner, K. L., Burns, R. M., Chaves-Gnecco, D. (2014). Perinatal depression treatment preferences among Latina mothers. *Qualitative Health Research*, 24(2), 232-241. doi: 10.1177/1049732313519866
- Lara-Cinisomo, S., Clark, C. T., y Wood, J. (2018). Increasing diagnosis and treatment of perinatal depression in Latinas and African American women: Addressing stigma is not enough. *Women's Health Issues*, 28(3), 201–204. doi: 10.1016/j.whi.2018.01.003
- Le, H-N., y Buzek, A. (2019). Depresión perinatal entre las mujeres migrantes. En M. F. Rodríguez-Muñoz (Ed.), *Psicología perinatal. Teoría y práctica* (pp. 359–370). Ediciones Pirámide.
- Markey, K., Noonan, M., Doody, O., Tuohy, T., Daly, T., Regan, C., y O'Donnell, C. (2022). Fostering collective approaches in supporting perinatal mental healthcare access for migrant women: A participatory health research study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 11–24. doi: 10.3390/ijerph19031124.
- Paloma, V., Jiménez-Ceballos, J., Duque, T., y Miranda, D. E. (2025). The experience of migrant mothers of African origin in Spain: A human rights-based approach to mental health. *American Journal of Community Psychology*, 1–12. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12798>
- Stevenson, K., Fellmeth, G., Edwards, S., Calvert, C., Bennett, P., Campbell, O. M., y Fuhr, D. C. (2023). The global burden of perinatal common mental health disorders and substance use among migrant women: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 8(3), 203–216. doi: 10.1016/S2468-2667(22)00342-5

V INTEGRACIÓN, CICLOS Y PROYECCIÓN DE SENTIDOS



Celia Arribas (Psicóloga. Universidad Rey Juan Carlos)

La maternidad supone un cambio radical en la organización del tiempo y del espacio vital. La llegada de un hijo reestructura rutinas, redefine prioridades y multiplica las demandas diarias, generando a menudo una sensación de sobrecarga persistente. Este fenómeno trasciende el trabajo físico asociado al cuidado —alimentar, bañar, atender necesidades médicas o escolares— para incluir dimensiones cognitivas y emocionales menos visibles, pero igualmente exigentes. El concepto de *carga mental* (mental load) ha sido utilizado para describir ese esfuerzo constante por anticipar necesidades, planificar y coordinar actividades del hogar y del cuidado infantil. Se trata de recordar citas médicas, prever cambios de ropa según el clima, planificar menús o incluso detectar el malestar emocional de los hijos. Daminger (2019) lo define como el trabajo cognitivo necesario para organizar el funcionamiento doméstico, que suele recaer de manera desproporcionada sobre las madres, incluso en parejas donde existe cierta corresponsabilidad en las tareas prácticas (Offer y Schneider, 2011).

La corresponsabilidad, promovida como un principio de equidad, busca distribuir de forma justa las tareas domésticas y de cuidado. Sin embargo, autores como DeVault (1991) o más recientemente Offer (2017) han subrayado que compartir tareas físicas no siempre implica compartir la gestión mental y emocional. Muchas mujeres continúan asumiendo lo que se ha denominado la *agenda emocional* del hogar: sostener el clima afectivo familiar, anticipar conflictos, gestionar los estados anímicos de la pareja y de los hijos. Esta faceta del trabajo invisible puede amplificar el desgaste mental, derivando en irritabilidad, culpa o una sensación de disolución de la identidad personal dentro del rol de cuidadora. Estudios actuales muestran que una elevada carga mental y emocional predice síntomas de estrés crónico, dificultades de sueño y menor satisfacción con la vida (Nomaguchi y Milkie, 2020; Offer y Schneider, 2011).

Por otro lado, la maternidad se despliega en un contexto cultural que exalta modelos intensivos y perfeccionistas del cuidado. Hays (1996) describió cómo se espera que las madres sean completamente disponibles, emocionalmente reguladas y expertas gestoras del bienestar familiar, interiorizando un ideal que a menudo resulta inalcanzable. Esto puede llevar a que muchas mujeres subordinen sistemáticamente sus propias necesidades, relegando espacios de autocuidado, ocio o desarrollo personal. A largo plazo, el riesgo es erosionar el equilibrio vital, afectando no solo a su bienestar psicológico, sino también al clima afectivo del hogar, esencial para el desarrollo infantil.

Por estas razones, resulta clave acompañar a las madres en la construcción de una organización cotidiana que combine eficiencia práctica con flexibilidad, que contemple imprevistos y que incluya pausas para el descanso y el placer sin culpa. Favorecer un modelo de planificación que integre la corresponsabilidad real —no solo en el hacer, sino también en el pensar y sostener emocionalmente— es fundamental para garantizar no solo el bienestar materno, sino un entorno relacional saludable para los hijos.

Señales a observar

- ✦ ¿Tiene dificultad para delegar o tolerar que otros hagan las tareas “a su manera”?
- ✦ ¿Denota expectativas rígidas o perfeccionistas sobre el orden y el cuidado?
- ✦ ¿Se observa fatiga emocional, irritabilidad o sensación de estar “al límite” sin razón aparente?
- ✦ ¿Refleja narrativas que colocan a la madre como la principal responsable del clima familiar?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Sientes que tu mente está siempre “encendida”, planificando o recordando cosas por hacer?
- ✦ ¿Puedes identificar momentos del día en que te permites desconectar de esa lista mental?
- ✦ ¿Cómo se distribuyen las responsabilidades prácticas y emocionales en tu hogar?
- ✦ ¿Qué actividades personales o sociales han quedado desplazadas desde que eres madre?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Validar la carga mental y emocional como una forma real de trabajo que consume recursos psíquicos.
- ✦ Introducir el concepto de corresponsabilidad auténtica, que implica compartir la gestión y no solo la ejecución de las tareas.
- ✦ Favorecer la reflexión sobre un “suficientemente bueno” frente a un “ideal inalcanzable”.
- ✦ Fomentar espacios para el autocuidado sin asociarlo a egoísmo o negligencia del rol materno.

Actividades recomendadas

1. Mapa de cargas visibles e invisibles

¿Cómo?: Dibujar un esquema que distinga entre tareas físicas (lavar, cocinar, bañar al niño) y tareas mentales/emocionales (recordar vacunas, percibir cambios de humor del hijo). Marcar cuáles se hacen solas y cuáles se comparten.

¿Para qué?: Hace tangible la magnitud del trabajo invisible, lo que facilita la renegociación de responsabilidades.

2. Agenda flexible con márgenes

¿Cómo?: Elaborar un cronograma semanal que incluya espacios vacíos o “colchón” para imprevistos, normalizando que no todo debe cumplirse estrictamente.

¿Para qué?: Reduce la ansiedad ante retrasos o cambios, fomentando una relación más amable con el tiempo.

3. Conversación guiada sobre corresponsabilidad emocional

¿Cómo?: Practicar en sesión un diálogo para expresar necesidades y límites a la pareja o familia, abordando no solo el hacer, sino el pensar y sostener emocional.

¿Para qué?: Mejora la comunicación y distribuye la carga invisible, promoviendo un hogar más equitativo.

Referencias bibliográficas

- Daminger, A. (2019). The cognitive dimension of household labor. *American Sociological Review*, 84(4), 609-633. <https://doi.org/10.1177/0003122419859007>
- DeVault, M. L. (1991). *Feeding the family: The social organization of caring as gendered work*. University of Chicago Press.
- Hays, S. (1996). *The cultural contradictions of motherhood*. Yale University Press.
- Nomaguchi, K., y Milkie, M. A. (2020). Parenthood and well-being: A decade in review. *Journal of Marriage and Family*, 82(1), 198–223. <https://doi.org/10.1111/jomf.12635>

Offer, S. (2017). The costs of thinking about work and family: Mental labor, work–family spillover, and gender inequality among parents in dual-earner families. *Sociological Forum*, 32(1), 136–155. <https://doi.org/10.1111/socf.12317>

Offer, S., y Schneider, B. (2011). Revisiting the gender gap in time-use patterns: Multitasking and well-being among mothers and fathers in dual-earner families. *American Sociological Review*, 76(6), 809–833. <https://doi.org/10.1177/0003122411425170>

Irene de la Cruz Briceño (Psicóloga Clínica. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal)

La etapa perinatal, y en particular el puerperio, implica profundas transformaciones físicas, emocionales y sociales para la mujer. En este contexto, el autocuidado materno y la atención a su propia salud emocional son esenciales para favorecer el bienestar de la díada madre-bebé y fortalecer la resiliencia familiar. Cuidar la salud mental materna no solo beneficia a la madre, sino que también favorece el desarrollo socioemocional infantil y la calidad del apego (Kivanç et al., 2025).

La OMS (WHO, 2009), define el autocuidado como la capacidad individual y colectiva para mantener la salud y afrontar enfermedades, con o sin ayuda profesional. En el puerperio, el autocuidado es la tarea esencial de “cuidar a la cuidadora”.

Ejercer el autocuidado implica un compromiso consciente con el mantenimiento del bienestar en los diferentes aspectos de la vida de la madre. Sin embargo, la cuestión fundamental para los profesionales es identificar y favorecer que las madres, que transitan una etapa en la que su papel como cuidadoras está en primera línea, puedan cuidarse y ser cuidadas.

Durante los primeros meses, ocurre la extergestación (Montagu, 1986): el bebé depende de un contacto continuo con el cuerpo materno fuera del útero, escenario que, según Stern (1991) y Bowlby (1998), es clave para sintonizar emocionalmente y garantizar un apego seguro. Sin embargo, esta demanda constante puede obstaculizar el descanso, la autonomía personal y la atención a las necesidades individuales. Según Winnicott (1960), para ofrecer el llamado *holding* —un entorno contenedor y sostén emocional— es necesario el bienestar físico y emocional de la madre.

El puerperio plantea intensas demandas físicas y emocionales que, junto a presiones sociales —ya sea el ideal de una maternidad abnegada, como señala Badinter (1980), o una visión adultocéntrica que resta valor a las necesidades del bebé— pueden dificultar la implementación efectiva y sostenida de prácticas de autocuidado. Resulta fundamental integrar ambas dimensiones: atender al bebé y, al mismo tiempo, preservar el bienestar de la madre. El cuidado responsable, hacia una misma y hacia el bebé, puede vivirse como una experiencia gratificante que nutre tanto a la madre como al bebé, integrando el placer en el acto mismo de cuidar.

El concepto popular de “tiempo para mí”, a menudo reducido a momentos aislados de ocio, resulta ser un mandato insuficiente y, en muchas ocasiones, irrealizable en el contexto de la maternidad temprana. En este sentido, Ibone Olza (2017) critica estas visiones simplistas del

autocuidado y propone el desarrollo de recursos sostenidos y apoyos reales durante el puerperio que respondan de un modo integral tanto a las necesidades emocionales como físicas de la madre, para que pueda cuidar mientras es cuidada y acompañada.

El cuidado corporal en el posparto —que incluye recuperación del suelo pélvico y atención a la función urinaria e intestinal, manejo del dolor perineal y cuidado de cicatrices, cuidado mamario y prevención de complicaciones relacionadas con la lactancia, nutrición adecuada y un retorno gradual a la actividad física— debe ser considerado una prioridad clínica (Shaik et al., 2024). Por esta razón, es imprescindible que se ofrezca un seguimiento estrecho con controles del estado físico y emocional de la mujer puérpera en los meses posteriores al posparto. Se trata de evaluar si se están pudiendo implementar estas estrategias de autocuidado y cómo.

Es incuestionable que el apoyo externo —social y profesional— potencia notablemente la capacidad de la madre para cuidarse. Intervenciones estructuradas a través de redes de apoyo reducen la sensación de aislamiento, favorecen el bienestar y facilitan la adquisición de recursos (Huang et al., 2020). Este soporte organizado no solo impulsa la recuperación física, sino que funciona como un promotor activo del autocuidado materno, potenciando la motivación para mantener sus cuidados de manera autónoma y sostenida.

Un factor que puede interferir en la capacidad de autocuidado es la carga mental que muchas mujeres sostienen de forma constante y normalizada, y que con la llegada a la maternidad suele intensificarse. Expertas como Susana Carmona (2024) han demostrado cómo la carga mental excesiva puede impactar negativamente en la salud emocional de la madre, afectando incluso a su capacidad de respuesta hacia el bebé. En la misma línea, Esther Ramírez Matos (2020) señala que la sobrecarga derivada de la falta de límites en las relaciones sociales y familiares constituye un factor de riesgo significativo para el agotamiento materno.

Asumir la responsabilidad de priorizar las propias necesidades, entendiendo que el autocuidado se nutre tanto de una cultura de cuidado interna (autocompasión, flexibilidad) como de una cultura de cuidado externa (apoyo familiar, social y profesional), es un potente protector de la salud mental materna. Esta forma de entender el cuidado en este periodo de alta vulnerabilidad tiene consecuencias favorables no solo para la mujer, sino también para el desarrollo saludable del bebé y la estabilidad del núcleo familiar. Es decir, cuidar a la madre es cuidar también a su entorno.

No hay salud emocional de la mujer sin reconocimiento social del valor intrínseco del trabajo que implica criar y maternar. Este trabajo, a menudo invisible y desvalorizado, no es meramente una cuestión privada, sino una labor esencial que sostiene a la sociedad y la economía (ILO, 2024). No es posible poner los cuidados en el centro si no se produce un giro sustancial de lo productivo hacia lo reproductivo. Si no ocupan un lugar real los cuidados en el ámbito público. Si no se dota a las administraciones de recursos adecuados para apoyar a las madres y a las personas cuidadoras (Diana Oliver, 2022). Este cambio de paradigma requiere políticas sociales que pongan en valor la crianza y permitan que las familias puedan organizarse atendiendo a las necesidades de madres, bebés y familia en su globalidad.

Los profesionales de la salud tenemos la oportunidad de desempeñar un papel clave identificando las necesidades tempranas de las madres, validando su experiencia y promoviendo el acceso a los recursos adecuados. Reconocer la complejidad y la importancia del autocuidado materno, así como promover una visión colectiva del cuidado de la infancia y la maternidad,

permite contribuir activamente al bienestar integral de las familias que atendemos y, en última instancia, al desarrollo de una sociedad más saludable y, por supuesto, más empática. Cuidar a las madres es cuidar el presente, pero también el futuro.

Señales a observar

- ✦ ¿Está pudiendo ofrecerse unos cuidados mínimos de alimentación, higiene y sueño?
- ✦ ¿Expresa que no tiene ayuda suficiente o que nadie la comprende?
- ✦ ¿Los apoyos del entorno están facilitando que pueda ejercer el autocuidado?
- ✦ ¿Señala que está pudiendo encontrar maneras de cuidarse emocionalmente?
- ✦ ¿Se muestra sobrepasada por las demandas de la maternidad?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Cómo cuidas de ti misma en medio de las demandas del día a día?
- ✦ ¿Estás pudiendo alimentarte bien y dormir mínimamente?
- ✦ ¿Quién está pudiendo ayudarte para permitirte tener momentos para descansar o desconectar?
- ✦ ¿Te cuesta pedir ayuda para conseguir estos espacios?
- ✦ ¿Qué cosas estás pudiendo hacer que te hagan sentir bien contigo misma?
- ✦ ¿Qué necesitarías para sentirte un poco más acompañada o sostenida?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Favorecer la validación y el reconocimiento de las propias emociones, especialmente aquellas que puedan desafiar las expectativas sociales de la “madre feliz”.
- ✦ Ayudar a revalorizar las propias necesidades como parte del cuidado materno.
- ✦ Fomentar una mirada comprensiva hacia sí mismas minimizando la culpa y la autoexigencia.
- ✦ Visibilizar el autocuidado no como un lujo, si no como un derecho y una práctica necesaria de salud.
- ✦ Promover el establecimiento y la práctica de límites saludables en las relaciones familiares y sociales.
- ✦ Fomentar la delegación consciente y la redistribución de la carga mental y práctica.
- ✦ Facilitar la construcción de una red de apoyos reales y sostenibles.

Actividades recomendadas

1. ¿Quién hace qué?

¿Cómo?: Diseñar con la familia un *planning* de tareas domésticas, cuidado de los hijos y responsabilidades donde se distribuya de un modo concreto lo que llevará a cabo cada miembro. Se debe incluir bloques de tiempo para que la madre se pueda dedicar a sí misma.

¿Para qué?: Este ejercicio pretende reducir la carga mental y emocional, promover el trabajo en equipo e incrementar los momentos de autocuidado.

2. Yo cuido y tú nos cuidas

¿Cómo?: Proponer crear un listado inicial con las tareas del día a día que una misma ejerce para el cuidado de la familia. Crear un listado de personas de su entorno que pueden resultar una ayuda logística y emocional en estos momentos. Añadir en ese listado qué ayuda concreta puede recibir de cada una de esas personas.

¿Para qué?: Este ejercicio pone en valor el esfuerzo personal y favorece poner en marcha la red de apoyo propia disminuyendo la sensación de soledad y ampliando las posibilidades de poder poner en marcha actividades de autocuidado.

3. Mucho disfrute en poco tiempo

¿Cómo?: Pedirle que elabore un listado de actividades breves (entre 5 y 30 minutos) placenteras o gratificantes que poder incluir en su rutina diaria, si es posible rescatar alguna actividad que solía disfrutar antes de ser madre y complementarlo con actividades sencillas que pueda probar en este momento.

¿Para qué?: Este ejercicio pretende favorecer reconectar con una misma, reconociéndose más allá de como madre y cuidadora, aumentar sensaciones de bienestar y fomentar el autocuidado activo y sostenible.

4. Enriqueciendo mi red

¿Cómo?: Proporcionar un listado específico de recursos de grupos de madres en el entorno (grupos municipales, hospitalarios o asociaciones) y online (foros moderados o grupos de redes sociales) y propón que se informe sobre ellos, contacte con al menos uno y participe según sus deseos y posibilidades.

¿Para qué?: Esta tarea pretende reducir la sensación de aislamiento, aumentar el apoyo emocional y práctico y favorecer la autoeficacia. Enriquecer la red de apoyo mejora el estado emocional de la mujer y facilita un contexto que pueda orientarla hacia el autocuidado.

Referencias bibliográficas

- Badinter, E. (1980). *Mother Love: Myth and Reality*. Macmillan.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida 1: El apego* (Inés Pardal, Trad.; 1ª ed.). Paidós. (Obra original publicada en 1969).
- Carmona Cañabate, S. (2024). *Neuromaternal: ¿Qué le pasa a mi cerebro durante el embarazo y la maternidad?* (Sine Qua Non). Ediciones B.
- Huang, R., Yan, C., Tian, Y., Lei, B., Yang, D., Liu, D., y Lei, J. (2020). Effectiveness of peer support intervention on perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 276, 788–796.
- ILO (International Labour Organization). (2024). *Invest in care: a shared responsibility, a social imperative, and a driver of progress*.
- Kıvanç, R., Yüksel Doğan, R., y Metin, N., (2025). Self-regulation skill profiles are linked to the mother-child relationship in early childhood: A latent profile analysis approach. *Journal Of Pediatric Nursing* , vol.84, 97-106.
- Montagu, A. (1971). *Touching: The human significance of the skin*. Columbia U. Press.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101.
- Olza, I. (2017). *Parir. El poder del parto*. La Esfera de los Libros.
- Oliver, D. (2022). *Maternidades precarias*. ARPA.
- Ramírez Matos, E. (2020). *Psicología del posparto*. Editorial Síntesis.
- Shaik, A., Khan, S., Shaik, A., y Shaik, K. K. (2024). Advancements in Postpartum Rehabilitation: A Systematic Review. *Cureus*, 16(8).
- Stern, D. N. (1991). *El mundo interpersonal del infante: Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva* (J. Piatigorsky, Trad.). Paidós. (Obra original publicada en 1985).
- Winnicott, D. W. (1960). La teoría de la relación paterno-filial. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (1987). Paidós.
- World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. (2009). *Self-care in the context of primary health care: Report of the regional consultation, Bangkok, Thailand, 7–9 January 2009*. New Delhi: World Health Organization.

Carmen Écija
(Psicóloga. Universidad Rey Juan Carlos)

Los estudios neurobiológicos demuestran que el cerebro materno experimenta modificaciones estructurales permanentes que persisten años después del nacimiento, optimizando las capacidades de cuidado y vinculación maternofilial (Hoekzema et al., 2017). Esta neuroplasticidad maternal sustenta científicamente la reorganización integral de la identidad y prioridades vitales experimentada por las mujeres.

Mercer (2004) conceptualiza este fenómeno como “maternidad como transición”, proceso que implica la consolidación de patrones de apego madre-bebé y el establecimiento de bases relacionales fundamentales (Stern, 2020), además de una transformación biopsicosocial que trasciende el periodo posparto. Este desarrollo identitario no sigue una progresión lineal, y coexisten miedos, incertidumbres y convicciones en una construcción compleja que se inicia durante las primeras fases gestacionales (Shrestha et al., 2019). Durante esta transición, las madres afrontan desafíos multidimensionales simultáneos: recuperación física, readaptación hormonal, establecimiento de la lactancia materna, reconfiguración de la dinámica conyugal y reestructuración de roles familiares y profesionales. Winnicott (1956) describió la “preocupación maternal primaria” como un estado de hipersensibilidad que facilita la sintonización con las necesidades neonatales, pero que simultáneamente incrementa la vulnerabilidad emocional y la susceptibilidad a trastornos emocionales. La Organización Mundial de la Salud estima que entre el 11-17% de gestantes presenta sintomatología depresiva, entre el 9-24% manifiesta ansiedad, y entre el 6-15% desarrolla tocofobia (Vogel et al., 2024). En España estas cifras se incrementan notablemente con una prevalencia del 15% de trastornos emocionales durante el período antenatal, particularmente en el primer y tercer trimestre, y 27% en el período posparto (Rodríguez-Muñoz et al., 2024).

El agotamiento emocional maternal por tanto representa un riesgo clínico considerable, existiendo tres factores actuales que contribuyen a este desgaste:

Intensificación maternal: La presión social hacia una crianza “perfecta” se ha identificado como un factor generador de hipervigilancia constante y expectativas desajustadas (Doucet, 2018). Las plataformas digitales amplifican esta demanda mediante información contradictoria y comparaciones continuas, precipitando el agotamiento crónico. Es más, las aplicaciones para monitorear comportamientos pueden intensificar la preocupación de las madres hasta niveles clínicamente significativos (Barassi, 2020). La discrepancia entre la imagen de “madre ideal”

socialmente construida y la realidad vivencial puede generar disonancia cognitiva, favoreciendo respuestas emocionales desadaptativas como embotamiento afectivo, hipercontrol conductual, o reactividad emocional negativa (Hollins et al., 2018).

Maternidad tardía: El incremento de la edad materna en el primer parto conlleva desafíos específicos. Las mujeres con trayectorias profesionales consolidadas experimentan mayor conflicto identitario entre roles profesional y maternal, combinado con menor capacidad adaptativa física ante las demandas del cuidado infantil (Lai et al., 2025).

Carga mental invisible: Las madres asumen frecuentemente la responsabilidad ejecutiva de planificación, organización y supervisión de todas las tareas familiares, independientemente de la distribución aparente de responsabilidades. Esta sobrecarga cognitiva constante genera fatiga emocional acumulativa (Hartley, 2018).

Las intervenciones preventivas más eficaces se fundamentan en el desarrollo de “flexibilidad maternal”, esto es, fomentar la capacidad de adaptar expectativas y estrategias según las circunstancias cambiantes, preservando la competencia y bienestar (Rafii et al., 2020). Esta flexibilidad se construye mediante la normalización de la imperfección, el fortalecimiento de redes de apoyo auténticas, y la implementación sistemática de prácticas de autocuidado. La ausencia de redes de apoyo sólidas intensifica los desafíos puerperales, contribuyendo significativamente al desarrollo de trastornos del estado de ánimo posparto (Díaz-Ogallar et al., 2024).

La construcción de una identidad maternal integrada emerge como factor protector crucial, implicando la preservación de aspectos identitarios previos mientras se incorpora el nuevo rol maternal, manteniendo conexiones con intereses, relaciones y actividades que nutran dimensiones del *self* más allá de la maternidad. Así, es fundamental el desarrollo de estrategias de autorregulación y corregulación que permitan a las madres compartir sus vivencias con figuras significativas en contextos de intimidad y confianza, así como tener autonomía en la regulación de sus estados emocionales.

Señales a observar:

- ✦ ¿Presenta cambios marcados en el estado de ánimo, como tristeza persistente, ansiedad excesiva, irritabilidad desproporcionada o apatía que se mantienen más allá de las primeras semanas posparto?
- ✦ ¿Tiene dificultades en la vinculación con el bebé, como desconexión emocional, sentimientos de extrañeza hacia él, o preocupación excesiva por su capacidad de amarle o cuidarle?
- ✦ ¿Muestra un aislamiento social progresivo, evitando el contacto con familiares y amistades, rechazando el apoyo ofrecido, o verbalizando una sensación de soledad extrema?
- ✦ ¿Experimenta alteraciones significativas del sueño o de la alimentación, como insomnio severo no relacionado con el cuidado del bebé, pérdida marcada de apetito o cambios drásticos en los hábitos alimentarios?
- ✦ ¿Refiere pensamientos intrusivos o preocupaciones obsesivas, como ideas repetitivas sobre hacer daño al bebé, miedo extremo a que algo malo le suceda, o rituales compulsivos relacionados con su cuidado?

- ✦ ¿Se siente sobrecargada por las demandas contemporáneas, mostrando agotamiento extremo por intentar cumplir estándares de “madre perfecta”, ansiedad ante información contradictoria sobre crianza o estrés por la gestión simultánea de múltiples roles?
- ✦ ¿Presenta síntomas de desgaste emocional, como sensación de vacío, pérdida total de intereses previos, despersonalización o expresión de estar funcionando en “piloto automático” sin conexión emocional?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Hay algo que te haya sorprendido o que sientes diferente a lo que esperabas en la transición hacia la maternidad?
- ✦ ¿Sientes que hay partes de ti que han cambiado o que estás redescubriendo?
- ✦ ¿De qué manera sientes que tu entorno (pareja, familia, amigos) te está acompañando este proceso? ¿Sientes que hay presiones específicas que te resultan más desafiantes?
- ✦ ¿Qué momentos del día o situaciones con tu bebé te generan más tranquilidad? ¿Y cuáles te resultan más desafiantes?
- ✦ ¿De qué manera sientes que las expectativas sobre la maternidad (propias, familiares, sociales) están influyendo en tu experiencia?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Normalizar la experiencia validando que los sentimientos ambivalentes, las dudas y las dificultades son parte natural del proceso de convertirse en madre, reduciendo la culpa y el aislamiento.
- ✦ Fortalecer la autocompasión promoviendo una relación más amable consigo misma y reconociendo que la maternidad es un aprendizaje gradual que no requiere perfección.
- ✦ Desarrollar estrategias de autocuidado que faciliten la identificación de necesidades personales y la implementación de prácticas que promuevan el bienestar físico y emocional.
- ✦ Mejorar la comunicación familiar fomentando habilidades para expresar necesidades, establecer límites saludables y solicitar apoyo de manera efectiva.
- ✦ Construir redes de apoyo identificando y fortaleciendo vínculos sociales significativos que puedan brindar soporte durante esta transición.
- ✦ Ajustar las expectativas orientando la vivencia de la maternidad hacia perspectivas más realistas y flexibles que reduzcan la presión autoimpuesta.
- ✦ Prevenir el desgaste emocional identificando factores de riesgo específicos de las demandas contemporáneas y desarrollando estrategias protectoras que fortalezcan la resiliencia maternal ante las nuevas exigencias sociales y digitales.

Actividades recomendadas

1. Diario de Gratitudes y Desafíos Maternos con intenciones de implementación

¿Cómo?: Escritura diaria de tres aspectos positivos del día en su rol de madre, un desafío enfrentado, una posible dificultad, y la estrategia utilizada para abordarla. La comunicación interna podría incluir planificaciones anticipadas del tipo: Si (desafío) y sucede (dificultad), entonces (estrategia utilizada).

¿Para qué?: Fomenta el autorregistro emocional, equilibra la percepción entre dificultades y logros, y desarrolla conciencia sobre recursos propios y estrategias efectivas.

2. Círculo de Apoyo Visual

¿Cómo?: Crear un mapa visual identificando personas y recursos disponibles, clasificándolos según el tipo de apoyo que brindan (emocional, práctico, informativo). Dibujar círculos concéntricos que representen la organización de personas y las conexiones con estas en diferentes niveles de cercanía e intimidad.

¿Para qué?: Favorece la toma de conciencia sobre la red de apoyo real, identifica vacíos en el soporte y facilita la planificación de solicitudes de ayuda específicas.

3. Ritual de Transición Personal

¿Cómo?: Diseñar una actividad de autocuidado semanal (baño relajante, caminata sola, meditación, lectura de un capítulo de libro) que marque un espacio personal de reconexión consigo misma.

¿Para qué?: Preserva la identidad individual dentro del rol materno, reduce la sensación de pérdida de sí misma y promueve el equilibrio entre cuidado del bebé y autocuidado.

4. Técnica de Respiración y Anclaje 3-3-3

¿Cómo?: En momentos de emociones intensas, centrarse en el presente. Identificar 3 cosas que se ven, 3 que se escuchan y 3 que se sienten, seguido de 3 respiraciones nasales profundas conscientes. La respiración favorece la capacidad de reorientar la atención hacia ella misma, en el momento presente, aquí y ahora.

¿Para qué?: Proporciona una herramienta de regulación emocional inmediata, reduce la ansiedad en situaciones abrumadoras y favorece la presencia consciente en el momento actual.

5. Plan de Desconexión Digital Consciente

¿Cómo?: Establecer períodos específicos del día libres de redes sociales, aplicaciones de crianza y búsquedas sobre desarrollo infantil, reemplazándolos por actividades de conexión presente con el bebé o autocuidado.

¿Para qué?: Reduce la ansiedad generada por comparaciones e información contradictoria, disminuye la presión por la “maternidad perfecta” y favorece la confianza en la intuición materna natural.

6. Mapeo de Identidad Integrada

¿Cómo?: Crear un diagrama visual que incluya aspectos de la identidad previa (profesional, personal, relacional) y nuevos elementos maternos, identificando puntos de conexión y áreas de cuidado prioritarias.

¿Para qué?: Previene la pérdida total de identidad en el rol maternal, facilita la integración de diferentes facetas de sí misma, y mantiene la sensación de continuidad personal que protege contra el desgaste emocional.

Referencias bibliográficas

- Barassi, V. (2020). *Child data citizen: How tech companies are profiling us from before birth*. MIT Press.
- Diaz-Ogallar, M. A., Hernandez-Martinez, A., Linares-Abad, M., y Martinez-Galiano, J. M. (2024). Mother-child bond and its relationship with maternal postpartum depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1-24.
- Doucet, A. (2018). *Do Men Mother?: Fathering, Care, and Parental Responsibilities*. University of Toronto Press. <http://www.jstor.org/stable/10.3138/j.ctv2fjx06p>
- Hartley, G. (2018). *Fed up: Emotional labor, women, and the way forward*. HarperCollins.
- Hoekzema, E., Barba-Müller, E., Pozzobon, C. *et al.* (2017). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nat Neurosci* 20, 287–296. <https://doi.org/10.1038/nn.4458>
- Hollins Martin, C. J., Anderson, L., y Martin, C. R. (2018). A scoping review to determine themes that represent perceptions of self as mother (‘ideal mother’ vs ‘real mother’). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(3), 224–241. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1556786>
- Lai, Y. L., y Thorpe, A. (2025). ‘In or Out’ or ‘In-And-Out’: The Social Identity Transition of Female Academics During the Perinatal Period. *Human Resource Management Journal*. <https://doi.org/10.1111/1748-8583.12590>

- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of nursing scholarship*, 36(3), 226-232.
- Rafii, F., Alinejad-Naeini, M., y Peyrovi, H. (2020). Maternal role attainment in mothers with term neonate: A hybrid concept analysis. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 25(4), 304-313. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_201_19
- Rodríguez-Muñoz, M. F., Marcos-Nájera, R., Amezcua, M. D., Soto-Balbuena, C., Le, H. N., y Al-Halabí, S. (2024). Social support and stressful life events: risk factors for antenatal depression in nulliparous and multiparous women. *Women y Health*, 64(3), 216-223. <https://doi.org/10.1080/03630242.2024.2308528>
- Shrestha, S., Adachi, K., Petrini, M. A., y Shrestha, S. (2019). Maternal Role: A Concept Analysis. *Journal of Midwifery y Reproductive Health*, 7(3). <https://doi.org/10.22038/jmrh.2019.31797.1344>
- Stern, D. N. (2020). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. Routledge.
- Vogel, J. P., Jung, J., Lavin, T., Simpson, G., Kluwgant, D., Abalos, E., ... y Oladapo, O. T. (2024). Neglected medium-term and long-term consequences of labour and childbirth: a systematic analysis of the burden, recommended practices, and a way forward. *The Lancet Global Health*, 12(2), e317-e330. DOI: 10.1016/S2214-109X(23)00454-0 External Link

30 Heridas tempranas y maternidad presente: Resonancias del pasado en el vínculo actual.

Laura Quintanilla

(Psicóloga. Universidad Nacional de Educación a Distancia)

Las experiencias adversas en la infancia (conocidas como ACEs, por sus siglas en inglés) representan un importante factor de riesgo para la salud mental y física durante el periodo perinatal, que abarca desde el embarazo hasta el primer año después del parto. Estas vivencias pueden dejar una huella profunda en las mujeres, una sombra que, en muchos casos, se extiende también hacia sus hijos.

Las ACEs se refieren a lo que tradicionalmente hemos llamado traumas infantiles: abusos físicos, emocionales o sexuales; negligencia; maltrato; o crecer en un entorno familiar marcado por enfermedades mentales, adicciones o violencia. También se incluyen experiencias como el acoso escolar, la violencia comunitaria, la pérdida del hogar, la migración forzada o la guerra. Estas vivencias no solo configuran la historia personal, sino que también afectan la salud a largo plazo. Desde hace décadas, sabemos que las ACEs están estrechamente relacionadas con la aparición de enfermedades físicas y psicológicas (Felitti et al., 1998). De hecho, su impacto es tan significativo que se consideran una verdadera epidemia en los sistemas de salud (Dube, 2020). En Europa, se estima que un 23,5% de la población ha vivido al menos una ACE, y un 18,7% ha experimentado dos o más (Bellis et al., 2019; Madigan et al., 2023) Las mujeres embarazadas no son una excepción a esta realidad.

La historia de adversidad infantil se conecta estrechamente con la *matrescencia*, el término acuñado por Raphael en 1976 para describir el profundo proceso de transformación que vive una mujer al convertirse en madre. Al igual que la adolescencia, la matrescencia implica cambios físicos, emocionales, sociales y cerebrales, y estos cambios se extienden varios años después del parto (Athán, 2024). Es un periodo de transición natural, pero también está influido por el medio en el que vivimos, en ocasiones, puede ser especialmente desafiante para quienes arrastran una historia de adversidad infantil.

Haber vivido maltrato o abuso en la infancia no implica necesariamente desarrollar una patología. Sin embargo, la gravedad, duración y acumulación de estas experiencias pueden afectar significativamente la salud mental durante el embarazo. Las mujeres con múltiples ACEs tienen mayor probabilidad de experimentar ansiedad, depresión, estrés postraumático o consumo de sustancias. Además, ciertos tipos de experiencias se asocian con síntomas específicos: por

ejemplo, crecer en un hogar disfuncional se relaciona con el uso de tabaco y alcohol, mientras que el maltrato infantil predice síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático durante la gestación. Si a esta historia se suman estresores actuales, el riesgo de complicaciones obstétricas, partos prematuros o bajo peso al nacer aumenta considerablemente (Osofsky et al., 2021).

Las consecuencias de las ACEs no se limitan únicamente a la madre. La evidencia científica también muestra que las ACEs maternas pueden influir en el bienestar del hijo a largo plazo. Las estrategias de relación aprendidas en la infancia —incluso aquellas que se desean evitar— pueden reproducirse inconscientemente en la crianza. A veces, aunque se quiera hacer las cosas de otro modo, no se cuenta con las herramientas necesarias. Esto puede traducirse en una menor disponibilidad emocional, menos sensibilidad a las señales del bebé y, en definitiva, en la repetición de patrones adversos. Así, se perpetúa un ciclo de adversidad.

Esta exposición temprana a un entorno emocionalmente adverso puede afectar al desarrollo afectivo, cognitivo y físico del niño, generando dificultades en la vinculación, problemas de salud socioemocional y un mayor riesgo de enfermedades físicas (Addante et al., 2025).

Prevenir que se produzcan experiencias en la infancia de cualquier tipo de adversidad y así paliar sus consecuencias es un desafío para la sanidad. 1) Porque las prácticas de abuso, negligencia, maltrato, etc. están arraigadas con las prácticas culturales o costumbres y las creencias que sostienen estas prácticas; 2) porque aún existe desconocimiento de los profesionales de la salud sobre el efecto del ACEs en los procesos de salud perinatal es necesario actuar en diversos ámbitos para comprender los efectos y contribuir a la mejora de la matrescencia; 3) Implementar acciones tanto para la investigación como para la intervención en organismos públicos y no gubernamentales es relevante para proporcionar ayudas eficaces y romper con el ciclo de la adversidad.

Señales a observar

- ✦ ¿Presenta síntomas de ansiedad, tristeza profunda o estrés postraumático durante el embarazo o el posparto?
- ✦ ¿Tiene dificultades para vincularse emocionalmente con su bebé o muestra poca sensibilidad ante sus señales?
- ✦ ¿Teme repetir patrones de su infancia, aunque desee ejercer una crianza diferente?
- ✦ ¿Muestra desconfianza hacia el sistema sanitario o evita compartir información con profesionales?
- ✦ ¿Ha experimentado consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias como forma de afrontamiento durante el embarazo?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ Tu historia no la puedes cambiar, pero ¿puedes construir una distinta con tus hijos?
- ✦ Para afrontar este reto, ¿qué tipo de apoyos necesitas para construir una historia afectiva diferente con tu familia?

- ✦ ¿Qué estrategias personales y familiares desarrollarás para afrontar el desafío de convertirte en madre? (y si ya lo eres, para afrontar el nuevo hijo).
- ✦ Compartir experiencias con otras mujeres ¿te ayudaría a mejorar tu estado emocional?
- ✦ Mi familia, en ocasiones, no está disponible para apoyarme en la crianza ¿cómo te preparas para atender a las necesidades familiares?
- ✦ ¿Qué tipo de apoyo te gustaría tener a mano para sentirte segura y comfortable en la tarea de la maternidad?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Entender que durante el periodo perinatal los cambios emocionales, fisiológicos, físicos y sociales producen en ocasiones ambivalencia y, en otras, ansiedad y miedo. Comprender que esto forma parte de la normalidad contribuye a ofrecer una perspectiva diferente, no enfermiza, sino como procesos normales que están apareciendo para convertirse en madre.
- ✦ Ofrecer programas para acompañar a la mujer en este proceso y comprender su complejidad puede contribuir a la mejora de su salud mental y física, así como a afrontar con otra perspectiva su proceso de cambio.
- ✦ Preparar para la crianza, con ayudas concretas para los primeros meses. Proporcionar apoyos tanto para la lactancia como para los meses posteriores, comprender que todo este proceso es un aprendizaje.

Actividades recomendadas

1. Narrando tu historia

¿Cómo?: Las ACE no definen quiénes somos ni en quiénes nos convertiremos. Cada embarazo es un nuevo comienzo, una nueva oportunidad para traer una nueva vida feliz y saludable al mundo. Compartir tu historia contribuye a organizar la historia con tu red de apoyo (centro de salud, etc).

¿Para qué?: La finalidad es la reorganización de cómo queremos vivir la maternidad y el reconocimiento por parte de otras mujeres que validan las historias. Forma parte del apoyo y la escucha de las mujeres

2. Desmitificando y construyendo la maternidad

¿Cómo?: Nadie mejor que las mujeres que han vivido experiencias traumáticas en la infancia para desmitificar la maternidad como el escenario idílico del amor incondicional. Proporcionar una reflexión sobre cómo construir una maternidad, reconocer las dificultades y las emociones que se experimentan en la matrescencia. Así, alejar la idea de que algunas emociones son patológicas (miedo, incertidumbre, ansiedad, etc.). Crear un espacio de confianza para trabajar este tipo de experiencias con los profesionales de la salud (psicólogo, trabajador social, educador social, enfermero o matrona)

¿Para qué?: Para que la mujer se sienta lo suficientemente cómoda para plantear sus dudas y decisiones sin sentirse juzgada y así validar su proceso de maternar.

3. Construyendo el vínculo

¿Cómo?: Las madres que tienen una historia de trauma suelen tener lazos afectivos débiles, pero el embarazo y los primeros meses de vida del bebé pueden ser momentos propicios para generar lazos más fuertes. Se pueden proponer actividades que generan vínculo— como el contacto con el bebé desde el embarazo, crear interacciones imaginarias con el bebé y la pareja (si la tiene), buscar nombres cariñosos: tener frases de bienvenida, elaborar y aprender canciones, rutinas, etc—. Esas actividades se irán transformando más adelante según el crecimiento del niño.

¿Para qué?: El lazo afectivo se puede establecer antes del nacimiento y continuar después del mismo. La idea es acompañar a la madre en la construcción de su maternidad proporcionando estrategias de relación con el bebé.

Referencias bibliográficas

- Addante, S., Ciciolla, L., Baraldi, A., y Shreffler, K. M. (2025). Evaluating Associations Among Maternal ACEs, Perinatal Depression, and Infant Experiences of Adversity. *Maternal and Child Health Journal*, 1–9.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Rodriguez, G. R., Sethi, D., y Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 4(10), e517–e528.
- Dube, S. R. (2020). Twenty years and counting: The past, present, and future of ACEs research. *Adverse childhood experiences* (pp. 3–16). Elsevier.
- Madigan, S., Deneault, A., Racine, N., Park, J., Thiemann, R., Zhu, J., Dimitropoulos, G., Williamson, T., Fearon, P., y Cénat, J. M. (2023). Adverse childhood experiences: a meta-analysis of prevalence and moderators among half a million adults in 206 studies. *World Psychiatry*, 22(3), 463–471.

Osofsky, J. D., Osofsky, H. J., Frazer, A. L., Fields-Olivieri, M., Many, M., Selby, M., Holman, S., y Conrad, E. (2021). The importance of adverse childhood experiences during the perinatal period. *American Psychologist*, 76(2), 350–363. 10.1037/amp0000770

Maternar en la diferencia: acompañar a hijos con neurodivergencias o diagnósticos del desarrollo

Celia Nogales

(Psicóloga. Universidad Rey Juan Carlos)

Desde el momento en que una familia comienza a sospechar que su hijo o hija podría presentar una neurodivergencia, se inicia un proceso de duelo funcional. Este proceso suele consolidarse con el diagnóstico, ya que implica afrontar la pérdida del hijo/a idealizado y abrirse a una nueva realidad, llena de desafíos, aprendizajes y adaptaciones (Mair et al., 2024).

Este duelo funcional sigue etapas similares a las de una pérdida física: se transita (de forma no necesariamente lineal) por la negación, la ira, la negociación, la tristeza y, finalmente, la aceptación. Además, este proceso puede reactivarse en distintos momentos del desarrollo del niño o la niña, como la escolarización, la adolescencia o la transición a la vida adulta, donde surgen nuevas pérdidas simbólicas y se requiere un nuevo reajuste emocional (Mair et al., 2024). Este duelo se vive frecuentemente en soledad, como un duelo oculto, donde la sociedad no comprende el malestar de la madre, al no existir una pérdida física (Eyetsemitan, 2025).

Aceptar el diagnóstico no es rendirse, sino adaptarse emocional y cognitivamente a una nueva forma de maternar. Implica ajustar expectativas, buscar apoyos profesionales y comunitarios, y redefinir el rol como cuidadora. Esta aceptación es clave para construir una maternidad centrada en las capacidades y necesidades únicas del hijo o hija, desde el amor y la comprensión. Las mamás de niños y niñas neurodivergentes suelen experimentar niveles más altos de estrés, ansiedad, fatiga y tristeza que otras madres (Brahe et al., 2019). Las causas son múltiples: las demandas constantes del cuidado, la incertidumbre sobre el futuro, la falta de apoyo institucional, el aislamiento, la sobrecarga económica y la escasez de tiempo para sí mismas o para otros hijos (Omar et al., 2017). A veces, este malestar puede generar un ciclo de retroalimentación con el niño o niña, afectando el bienestar emocional de ambos.

Además, es común que estas madres vivan emociones contradictorias: alegría inmensa por cada pequeño logro, pero también miedo, culpa o vergüenza ante ciertas conductas. Validar y normalizar estas emociones es esencial para iniciar un proceso de autoafirmación. Despatologizar la experiencia materna es un acto de amor propio y de resistencia.

Sin embargo, cuando las madres acceden a apoyos tempranos, orientación profesional y redes de contención, pueden responder con mayor fortaleza a las necesidades de sus hijos (Rosebaum et al., 2021; Standford et al., 2022). Aquellas que aprenden a respetar su propio malestar, que se liberan de la exigencia de ser “la madre perfecta”, que sueltan la culpa y se alejan del juicio externo, logran reencontrarse consigo mismas. Pedir ayuda, dedicarse tiempo, reconectar con otros adultos, trabajar el perdón y la autocompasión y cultivar intereses propios son acciones que fortalecen no solo a la madre, sino también el vínculo con su hijo o hija (Finardi et al., 2022).

Ese vínculo, en esta nueva realidad, necesita ser reconstruido o fortalecido. Enseñar a la madre a leer el lenguaje no verbal de su hijo, a comprender sus comportamientos desde la neurodivergencia, a celebrar cada avance y a valorar la diferencia como una riqueza, puede transformar la relación en una conexión profunda, auténtica y amorosa (Thompson y McFerran, 2015).

Acompañar a un hijo o hija neurodivergente es un viaje que transforma profundamente la experiencia de la maternidad. No se trata de alcanzar una perfección inalcanzable, sino de construir un vínculo auténtico, basado en la aceptación, el amor y la comprensión mutua. Validar las emociones, pedir ayuda, soltar la culpa y reconectar con una misma son pasos fundamentales para transitar este camino con mayor bienestar. Las madres no están solas: existen redes, recursos y comunidades dispuestas a sostenerlas. Reconocer su esfuerzo, su sensibilidad y su capacidad de adaptación es también una forma de honrar la maternidad en toda su complejidad y belleza.

Señales a observar

- ✦ ¿Cómo reacciona emocionalmente la madre ante el diagnóstico o pasado el diagnóstico? ¿muestra irritabilidad, tristeza, llanto, insuficiencia o se ha aislado socialmente?
- ✦ ¿Tiene dificultades para concentrarse, tomar decisiones o tiene pensamientos y narrativas recurrentes y preocupación excesiva por el futuro?
- ✦ ¿Presenta malestar físico como cansancio, problemas de sueño o dolor?
- ✦ ¿Responde desproporcionadamente a los comportamientos de su hijo/a o pierde la paciencia con facilidad?
- ✦ ¿Cuenta con apoyo para el cuidado del hijo/a o de ella misma?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Cómo te sientes, qué emociones experimentas frecuentemente?
- ✦ ¿Qué pensamientos aparecen de manera recurrente y qué mensajes te das a ti misma?
- ✦ ¿Qué necesitas tú en estos momentos? ¿Qué te ayuda a encontrarte mejor cuando te sientes desbordada?
- ✦ ¿Dispones de personas que te pueden ayudar en las tareas del cuidado o en otras áreas de tu vida?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Escuchar y permitirle que exprese sus emociones sin enjuiciar, corregir ni minimizar.
- ✦ Validar tanto las emociones agradables como las desagradables. Sentimientos como la vergüenza, la culpa, el miedo o la tristeza son normales y legítimos.
- ✦ Fomentar su participación en grupos de apoyo, donde pueda compartir sus experiencias con otras familias y madres en situaciones similares.
- ✦ Brindar información clara sobre el diagnóstico, los tratamientos y los recursos asistenciales disponibles.
- ✦ Acompañarlas en trámites burocráticos complejos como los relacionados con la educación, la atención médica o la asistencia social.
- ✦ Promover el reparto de responsabilidades entre todos los miembros de la familia, procurando espacios para el descanso y el autocuidado de cada uno de ellos.
- ✦ Enseñar a pedir ayuda y a establecer límites.
- ✦ Facilitar el acceso a apoyo psicológico, en caso de ser necesario.

Actividades recomendadas

1. Espejo de autoafirmación y empoderamiento ¡Espejito, espejito!

¿Cómo?: Ofrecer o elaborar conjuntamente una serie de frases de autoafirmación y empoderamiento que pueda repetir todos los días frente a un espejo (puede pegarse la lista en el propio espejo para ir leyendo): “Soy suficiente, valiente y capaz. Lo hago lo mejor que puedo”, “Mi cansancio y miedo no me hacen débil, sino humana” (estas emociones pueden sustituirse por las que haya nombrado anteriormente) o “Mi hijo/a no necesita a una madre perfecta, sino una madre amorosa. Soy la madre que mi hijo necesita”.

¿Para qué?: Estas afirmaciones ayudan a calmar la voz interior crítica y a aliviar la presión de tener que hacerlo todo perfecto. Fomentan una forma de hablarse a una misma con más compasión, brindan contención emocional en momentos de duda y favorecen una mirada más amorosa y realista sobre la propia experiencia como madre. Hablarse frente a un espejo facilita la expresión emocional, la autoestima y una relación más compasiva con una misma.

2. Tejiendo mi red de ayuda

¿Cómo?: Se invita a rellenar conjuntamente una tabla de dos columnas. En la primera se escribirán las personas que pueden ayudarla en momentos determinados (familiares, amigos o profesionales). En la siguiente, se especificarán tareas concretas que estas personas podrían realizar.

¿Para qué?: Este ejercicio ayuda a que la madre se sienta acompañada y comprendida, reduciendo la sensación de estar sola. La invita a reconocer que también necesita descansar y que puede apoyarse en otros. Al hacerlo, se pone en valor el cuidado compartido y se refuerza la idea de que ella también merece ser cuidada y sostenida.

3. Un capricho al día no es vanidad, sino sanidad

¿Cómo?: Anima a la madre a elaborar una lista de pequeños caprichos que impliquen autocuidado. No tienen por qué ser costosos o grandes actividades (p. ej., tomarse un helado, desayunar en soledad, escuchar su canción preferida, un pequeño paseo...). Trabajar en el compromiso de realizar al menos uno al día.

¿Para qué?: Este ejercicio favorece la toma de conciencia sobre la importancia del autocuidado y ayuda a reconectar con la propia identidad, los deseos, gustos y necesidades. Además, rompe con la autoexigencia y ayuda a recuperar fuerzas física y emocionalmente.

4. Conectando con mi hijo/a. Somos reales

¿Cómo?: Invita a realizar una actividad diaria con su hijo/a que ambos disfruten (p. ej., un juego, comer un helado, columpiarse...). Mientras realiza esta actividad, detenerse un momento y preguntarse *¿Qué estoy viendo? ¿Qué estoy oliendo? ¿Qué estoy oyendo? ¿Qué estoy tocando? ¿Qué estoy sintiendo en mi cuerpo?* Cuando algo le haga sonreír, repetirse “Esto es bonito” y registrar el momento en la memoria.

¿Para qué?: Este ejercicio ayuda a centrarse en lo positivo y a crear recuerdos que nos hacen sentir mejor. Genera un ancla emocional con las experiencias que se viven con el hijo/a, pese a la adversidad.

Referencias bibliográficas

Bramhe, V. (2019). Depression and Anxiety in mothers of children with autism spectrum disorders and intellectual disabilities. *Indian Journal of Mental Health*, 6(3), 272.

Eyetsemitan, F.E. (2025). Culture and Coping with Disenfranchised Grief. In: *Cultural Influences in Coping with Grief*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-86817-7_10

- Finardi, G., Paleari, F. G., y Fincham, F. D. (2022). Parenting a child with learning disabilities: Mothers' self-forgiveness, well-being, and parental behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 31(9), 2454-2471.
- Mair, A. P. A., Nimbley, E., McConachie, D., Goodall, K., y Gillespie-Smith, K. (2024). Understanding the neurodiversity of grief: A systematic literature review of experiences of grief and loss in the context of neurodevelopmental disorders. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-49.
- Omar, T. E., Ahmed, W. M., y Basiouny, N. S. (2017). Challenges and adjustments of mothers having children with autism. *Alexandria Journal of Pediatrics*, 30(3), 120-129.
- Rosenbaum, P. L., y Novak-Pavlic, M. (2021). Parenting a child with a neurodevelopmental disorder. *Current Developmental Disorders Reports*, 8(4), 212-218.
- Stanford, C. E., Hastings, R. P., Riby, D. M., Archer, H. J., Page, S. E., y Cebula, K. (2022). Psychological distress and positive gain in mothers of children with autism, with or without other children with neurodevelopmental disorders. *International journal of developmental disabilities*, 68(4), 479-484.
- Thompson, G., y McFerran, K. S. (2015). "We've got a special connection": Qualitative analysis of descriptions of change in the parent-child relationship by mothers of young children with autism spectrum disorder. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(1), 3-26.

Lorena Gutiérrez
(Psicóloga. Universidad Rey Juan Carlos)

La llegada de un nuevo bebé transforma profundamente la dinámica familiar. Este cambio implica no solo ajustes logísticos y emocionales, sino también una reconfiguración del rol materno. Desde esta perspectiva, el nacimiento del segundo hijo no es simplemente una repetición de la experiencia anterior, sino una vivencia única que redefine la identidad de la madre (Mercer, 2004). Esta transformación repercute en su posición dentro del sistema familiar y en los vínculos que mantiene con el recién nacido, el hijo mayor y la pareja (Volling et al., 2015).

Este tránsito hacia una maternidad ampliada suele estar acompañado de una intensa ambivalencia emocional (Mercer, 2004). Muchas mujeres experimentan una mezcla de alegría por la llegada del nuevo bebé y de culpa por no poder ofrecer al primogénito la misma atención exclusiva que antes. Esta coexistencia de emociones, aunque natural, puede resultar desconcertante y agotadora, ya que desafía la idea de que la maternidad debe vivirse desde una coherencia emocional constante.

La culpa, en muchos casos, no surge de la realidad objetiva, sino de las creencias y expectativas interiorizadas sobre cómo “debería” sentirse y ejercerse la maternidad. La presión social hacia un ideal de madre abnegada y siempre disponible genera una autoexigencia que puede derivar en sentimientos de insuficiencia (Abidin, 1992; Abramson, 2021). En este contexto, no es extraño que emerja un duelo silencioso: el de la pérdida de la relación exclusiva con el primer hijo, una etapa que deja huella y que requiere ser reconocida como parte del proceso de adaptación a la nueva configuración familiar.

Lejos de ser un signo de fallo, esta culpa puede entenderse como una expresión del profundo compromiso emocional de la madre con sus hijos. Tal como señala Mercer (2004), la maternidad es una identidad en constante evolución, y cada hijo aporta una nueva dimensión a esa experiencia. El amor, en este sentido, no se divide, sino que se expande y se adapta a las nuevas realidades familiares.

Este proceso de expansión emocional es clave para el desarrollo de vínculos afectivos seguros. Desde la teoría del apego, Bowlby (1988) subraya la importancia de la disponibilidad emocional del cuidador para establecer una base segura desde la cual el niño pueda explorar el mundo. Ainsworth et al. (1978) complementan esta visión al destacar el papel de la sensibilidad materna

en la construcción de un apego seguro. Cuando una madre se permite vivir su maternidad desde la autenticidad —reconociendo incluso emociones incómodas como la culpa—, está creando un entorno emocionalmente seguro que fortalece tanto el vínculo con el nuevo bebé como el ya existente con el hijo mayor.

En esta línea, el enfoque de la parentalidad positiva aporta herramientas valiosas. Autores como Nelsen et al. (2016) proponen una crianza basada en la conexión emocional, la validación afectiva y la disciplina consciente. Este modelo no exige perfección, sino presencia emocional. Cuando los padres logran “conectar antes de corregir” y acompañan emocionalmente a sus hijos, están fomentando un entorno que favorece la autorregulación, la autoestima y la seguridad en los vínculos.

Dada la complejidad que implica la experiencia de la maternidad, los profesionales requieren de la adquisición de responsabilidad para acompañar a las madres en la elaboración de sus emociones, facilitando procesos que les permitan resignificar la culpa y reconocer su capacidad de amar de manera distinta, pero igualmente profunda, a cada hijo. Cambiar el enfoque desde la exigencia hacia una mirada más compasiva de la maternidad no solo beneficia a las madres, sino que también enriquece nuestra práctica profesional. Este cambio de perspectiva nos permite estar más presentes y emocionalmente disponibles, y nos brinda herramientas más sólidas para promover vínculos seguros y relaciones familiares saludables.

Señales a observar

- ✦ ¿Expresa sentimientos de culpa persistente o muestra una autoexigencia excesiva, con pensamientos como “no estoy haciendo lo suficiente” o “tengo miedo de no quererlos por igual”?
- ✦ ¿Muestra distanciamiento, irritabilidad o desconexión afectiva con el recién nacido o con su hijo mayor?
- ✦ ¿Experimenta emociones de tristeza o nostalgia que no verbaliza con facilidad, pero que afectan a su bienestar emocional?
- ✦ ¿Presenta irritabilidad, llanto desconsolado, insomnio o sensación de desbordamiento como posibles señales de estrés parental?
- ✦ ¿Tiene dificultades en la comunicación, conflictos frecuentes o sentimientos de soledad que interfieren en su adaptación al nuevo rol familiar?
- ✦ ¿Sostiene expectativas poco realistas sobre la maternidad, formuladas en términos de “debería” que le generan frustración o sufrimiento?
- ✦ ¿Carece de tiempo personal para expresar sus emociones y fomentar su autocuidado?

Preguntas orientadoras para explorar

- ✦ ¿Cómo estás viviendo la llegada del nuevo bebé?
- ✦ ¿Qué cambios has notado en la relación con tu hijo mayor?

- ✦ ¿Existen momentos en los que sientes que no llegas a todo lo que deberías?
- ✦ ¿Qué te gustaría recibir de los demás para que entendieran cómo estás viviendo esta nueva etapa?
- ✦ ¿Tienes espacios para ti, para descansar o hablar sobre cómo te sientes?

Objetivos de la psicoeducación

- ✦ Identificación de emociones ambivalentes para nombrarlas y normalizarlas sin ánimo de juicio acerca de si son emociones “buenas” o “malas”.
- ✦ Resignificar la culpa como una señal de compromiso emocional, reconociéndola como parte del proceso de adaptación desde una postura compasiva, y no como un indicador de fracaso.
- ✦ Fortalecer la confianza en la capacidad de ofrecer un amor distinto y ajustado a las necesidades de cada hijo a través del fomento de la sensibilidad, la presencia emocional y la conexión afectiva con cada menor.
- ✦ Cuestionar las creencias rígidas acerca de la maternidad, favoreciendo una mirada más realista y humana del rol materno que se quiere adquirir.
- ✦ Explorar estrategias para que la mujer pueda cuidar de sí misma a través de la solicitud de ayuda a su entorno y de sostenerse emocionalmente en esta nueva etapa.

Actividades recomendadas

1. Diario de emociones ambivalentes

¿Cómo?: Propuesta de escritura libre donde la madre anota emociones que experimenta en el día, especialmente aquellas que parecen contradictorias (alegría, culpa, cansancio, amor). Puede hacerlo en forma de frases, palabras sueltas, dibujos o colores. Una opción es escribir al final del día tres emociones principales con una breve explicación de lo que las generó.

¿Para qué?: Favorecer la validación emocional, la reducción de la autoexigencia y permitir tomar conciencia de la complejidad emocional sin juzgarla. También ayuda a reconocer patrones y normalizar que emociones opuestas pueden convivir.

2. Carta a mi hijo mayor y a mi bebé

¿Cómo?: Escribir una carta a cada hijo expresando lo que siente por ellos, cómo ha cambiado su relación y qué desea para el vínculo entre ambos. La carta no tiene por qué entregarse, puede ser solo un ejercicio personal.

¿Para qué?: Ayudar a resignificar el amor materno como algo que se transforma y se expande, y elaborar el duelo por la pérdida de la exclusividad con el primogénito. También permite reforzar la idea de que el vínculo con cada hijo es único y valioso.

3. Mapa de apoyos

¿Cómo?: Dibujar o elaborar una lista de personas, espacios o recursos que forman parte de su red de apoyo (familia, amistades, profesionales, actividades). Puede representarse como un círculo con la madre en el centro y los apoyos alrededor, ordenados por cercanía o tipo de ayuda que brindan.

¿Para qué?: Identificar recursos disponibles, fortalecer la percepción de sostén y facilitar la búsqueda de ayuda cuando sea necesario. Mirar el mapa en momentos de dificultad ayuda a recordar que no está sola y que existen opciones de apoyo variadas.

4. Construcción del rincón del autocuidado

¿Cómo?: Crear un espacio físico o simbólico donde la madre pueda realizar pequeñas acciones de autocuidado (leer, respirar, tomar un té, escribir). Puede ser un sillón con una manta, una caja con objetos que aporten calma o un ritual sencillo como ponerse música relajante.

¿Para qué?: Reforzar la importancia del cuidado personal como parte de la salud emocional. Este rincón funciona como recordatorio de que cuidarse no es egoísmo, sino una necesidad que favorece el bienestar propio y el de toda la familia.

Referencias bibliográficas

- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 407–412. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2104_12
- Abramson, A. (2021, October 1). *The impact of parental burnout*. *Monitor on Psychology*, 52(7). <https://www.apa.org/monitor/2021/10/cover-parental-burnout>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Erlbaum.

- Bowlby, J. (1988). *Una base segura: Apego entre padres e hijos y desarrollo humano saludable*. Libros Básicos.
- Mercer R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 36(3), 226–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
- Nelsen, J., Lott, L., y Glenn, S. (2016). *Positive Discipline Parenting Scale: Reliability and validity of a measure*. *The Journal of Individual Psychology*, 72(1), 60–74. <https://doi.org/10.1353/jip.2016.0002>
- Volling, B. L., Oh, W., Gonzalez, R., Kuo, P. X., y Yu, T. (2015). Patterns of marital relationship change across the transition from one child to two. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 4(3), 177-197. <https://doi.org/10.1037/cfp0000046>

ΕΠÍΛΟΓΟ



Maternidad con sentido: legado, identidad y mirada futura

Patricia Catalá
(Psicóloga. Universidad Rey Juan Carlos)

A lo largo de esta guía, hemos explorado las múltiples dimensiones que atraviesan la experiencia materna: desde los cambios emocionales y vinculares, hasta las implicancias identitarias, culturales y sociales. El objetivo ha sido ofrecer a los profesionales herramientas sensibles, actualizadas y respetuosas para acompañar de forma integral a las madres en el complejo y transformador ciclo perinatal.

Cerrar este recorrido implica reconocer que acompañar la maternidad no es intervenir sobre un evento aislado, sino entrar en contacto con una historia en movimiento: con sus orígenes, sus rupturas, sus proyecciones y sus significados.

Cuando hablamos de “maternidad con sentido”, nos referimos al proceso mediante el cual cada mujer va encontrando —a su manera, con sus recursos, tiempos y contradicciones— un modo propio de vivir y significar esta experiencia. Como profesionales, es fundamental sostener ese proceso desde una escucha clínica no directiva, sin juicio, y con apertura a la singularidad.

El sentido no se impone; se construye. Se construye en la palabra compartida, en la validación de lo ambiguo, en la reparación de lo doloroso, en el permiso para cambiar de idea, para fallar, para sentir.

Y también, en la posibilidad de hacer algo nuevo con lo que se hereda.

Desde nuestro rol, acompañar a una madre en este proceso implica más que aplicar técnicas: requiere disponibilidad emocional, trabajo con nuestras propias narrativas internas sobre la maternidad, y una ética de cuidado sostenida.

Nos toca preguntar, no responder. Sostener, no exigir. Ofrecer marco, no molde.

¿Qué dejo, qué sostengo, qué transformo?

Esta pregunta que puede resonar en las madres, también interpela a quienes acompañamos: sobre nuestras propias creencias, sobre nuestras prácticas profesionales, y sobre el legado que dejamos en cada intervención, en cada encuentro, en cada silencio respetado.

Cerrar esta guía no es clausurar un proceso, sino habilitar la reflexión continua. Porque la maternidad no termina, se transforma. Y el acompañamiento también.

Agradecimientos

Este proyecto ha sido mucho más que la creación de una guía: ha sido un recorrido compartido, lleno de escucha, compromiso y profunda sensibilidad. Queremos agradecer a todas las personas y experiencias que han hecho posible que esta obra tome forma con sentido.

Gracias a todas las madres que, con generosidad y valentía, compartieron sus historias, emociones y silencios. Sus palabras, sus miradas, sus vivencias están tejidas en cada página de esta guía. Sin ellas, este trabajo no tendría alma.

A los profesionales que día a día acompañan con humanidad: psicólogos, matronas, enfermeras, doulas, trabajadores sociales, ginecólogos y pediatras que entienden que la perinatalidad no solo se trata del cuerpo, sino también de la mente, los vínculos y la historia vital. Gracias por hacer de cada acompañamiento un acto de presencia consciente y transformadora.

Gracias, también, a los compañeros de camino, que nos inspiran con su mirada crítica, su saber y su ternura profesional. Las conversaciones compartidas, las dudas, las lecturas y el aprendizaje mutuo han sido parte esencial de este recorrido.

Finalmente, gracias a nosotros mismos. A lo que fuimos, lo que somos y lo que estamos todavía llegando a ser. Por sostener la creación de este libro no desde la perfección, sino desde el deseo honesto de acompañar y acompañarnos mejor.

Con gratitud profunda,

El equipo de trabajo de esta guía.

Financiada por:



Universidad
Rey Juan Carlos

Avalada por:



La maternidad es una experiencia transformadora que requiere algo más que información: necesita escucha, validación y acompañamiento sensible. Esta guía psicoeducativa ofrece recursos prácticos, ejercicios aplicables y claves de intervención para profesionales del ámbito perinatal. Una invitación a comprender para cuidar mejor, desde la ternura, el rigor y el respeto a cada proceso materno.



Universidad
Rey Juan Carlos