



**Universidad
Europea** CANARIAS

Prevención indicada del miedo al parto en primigestas mediante Terapia Interpersonal: diseño de intervención grupal

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Máster en Psicología General Sanitaria

Autora: Raquel Mula Forte

Tutor: Carlos Suso Ribera

Abril 2026

Resumen

La salud mental perinatal constituye una prioridad de salud pública debido a su impacto en el bienestar materno-infantil. Entre las experiencias emocionales más frecuentes durante el embarazo se encuentra el miedo al parto, especialmente en mujeres primigestas, el cual se ha asociado a mayor malestar psicológico y a una vivencia más negativa del proceso de nacimiento. Este estudio tiene como objetivo diseñar una intervención preventiva indicada basada en la Terapia Interpersonal (TIP), dirigida a mujeres primigestas entre las semanas 14 y 27 de gestación que presenten miedo al parto y ambivalencia emocional en niveles leves o moderados, mediante un estudio piloto cuasi-experimental con grupo control (tratamiento habitual) y medidas repetidas (preintervención, postintervención y seguimiento). La intervención se plantea en formato grupal reducido, preferentemente presencial, estructurada en ocho sesiones semanales de 90 minutos. El programa combina componentes psicoeducativos, experienciales y relacionales, orientados a activar procesos interpersonales relevantes durante la transición a la maternidad, tales como la validación emocional, el fortalecimiento del apoyo social, la exploración del cambio de rol y el aumento de la autoeficacia percibida ante el parto. Se espera que la intervención contribuya a reducir el miedo al parto, favorecer una adaptación emocional más saludable durante la gestación y mejorar la viabilidad de programas preventivos en salud mental perinatal. En conjunto, el trabajo plantea una intervención clínicamente fundamentada y potencialmente transferible al contexto sanitario español.

Palabras clave: miedo al parto, mujeres primigestas, prevención indicada, salud mental perinatal, terapia interpersonal.

Abstract

Perinatal mental health is a public health priority due to its impact on maternal and infant well-being. Among the most common emotional experiences during pregnancy is fear of childbirth, particularly in first-time mothers, which has been associated with increased psychological distress and a more negative birth experience. The aim of this study is to design an indicated preventive intervention based on Interpersonal Psychotherapy (IPT), targeting first-time pregnant women between 14 and 27 weeks of gestation who present mild to moderate levels of fear of childbirth and emotional ambivalence, through a pilot quasi-experimental study with a control group (treatment as usual) and repeated measures (pre-intervention, post-intervention, and follow-up). The intervention is delivered in a small-group format, preferably in person, and consists of eight weekly sessions of 90 minutes. The program integrates psychoeducational, experiential, and relational components aimed at activating relevant interpersonal processes during the transition to motherhood, such as emotional validation, strengthening of social support, exploration of role transition, and enhancement of perceived self-efficacy regarding childbirth. The intervention is expected to reduce fear of childbirth, promote healthier emotional adaptation during pregnancy, and improve the feasibility of preventive programs in perinatal mental health. Overall, this work proposes a clinically grounded intervention with potential for implementation within the Spanish healthcare context.

Keywords: fear of childbirth, first-time mothers, indicated prevention, perinatal mental health, interpersonal therapy.

Introducción

Salud mental perinatal como prioridad global

La salud mental perinatal constituye un componente esencial del bienestar materno-infantil y se reconoce actualmente como una prioridad de salud pública a escala mundial (McNab et al., 2022). Durante el embarazo y el posparto, las mujeres atraviesan cambios biológicos, psicológicos y sociales que requieren un proceso activo de adaptación emocional y relacional. Cuando este proceso se desarrolla en contextos de vulnerabilidad (como antecedentes de ansiedad, sintomatología depresiva o apoyo social limitado), el riesgo de malestar psicológico aumenta significativamente (Howard & Khalifeh, 2020). Estas dificultades no afectan únicamente al bienestar individual, sino que se asocian con menor calidad de vida, alteraciones en el vínculo temprano y efectos adversos en el desarrollo emocional del recién nacido (Harrison, 2024). Por ello, la promoción de la salud mental materna se ha consolidado como un eje estratégico de las políticas sanitarias internacionales, con un énfasis creciente en la prevención.

En esta línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya que promover la salud mental materna es clave para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y para la reducción de complicaciones obstétricas y neonatales (Dossett et al., 2024). Sus directrices recomiendan integrar la atención psicosocial en los servicios de salud materno-infantil, entendiendo el cuidado emocional como parte inseparable de la atención obstétrica (WHO, 2022). En consecuencia, los programas perinatales deberían incorporar estrategias preventivas que fortalezcan la resiliencia, el apoyo social y las habilidades de afrontamiento de la madre (Benton et al., 2024).

No obstante, pese a los avances, la atención prenatal continúa dominada por un enfoque biomédico con escasa consideración de la dimensión emocional (Carter et al., 2025). Persisten limitaciones estructurales (recursos, formación específica y tiempo asistencial) que dificultan la incorporación de programas psicológicos en la práctica clínica habitual (Webb et al., 2021; Udenigwe

et al., 2021). En este escenario, la salud mental perinatal constituye tanto un reto global como una oportunidad de innovación en políticas sanitarias, mediante intervenciones basadas en evidencia que complementen los cuidados médicos con componentes psicoeducativos y terapéuticos (Manolova et al., 2023; Stein et al., 2014).

Dentro de este marco, ciertas experiencias emocionales adquieren un interés clínico particular por su frecuencia y su impacto en la vivencia del embarazo. Entre ellas, el miedo al parto destaca por su influencia en el bienestar psicológico, la experiencia obstétrica y el ajuste emocional posterior (Dencker et al., 2019). Comprender su definición, prevalencia y consecuencias resulta, por tanto, esencial para orientar estrategias preventivas eficaces.

El miedo al parto: definición, prevalencia y consecuencias

El miedo al parto (MP o *fear of childbirth*, FOC), denominado tocofobia cuando alcanza niveles clínicamente significativos, se define como un temor intenso y persistente que interfiere en la vivencia del nacimiento e integra componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales que pueden condicionar de forma significativa la experiencia del embarazo y del parto (Hofberg & Brockington, 2000).

A nivel global, Sanjari et al. (2021) estiman que la prevalencia del miedo al parto se sitúa en torno al 16% de las mujeres gestantes, con mayor afectación en mujeres solteras, nulíparas y/o con escaso apoyo social. Asimismo, estos autores señalan un incremento progresivo de estas cifras en los últimos años, con estimaciones superiores a las descritas en décadas previas. En el contexto español, la investigación disponible continúa siendo limitada y no existen, hasta la fecha, datos nacionales robustos que permitan precisar su magnitud. Esta ausencia de estimaciones consistentes no reduce su relevancia clínica, sino que refuerza la conveniencia de abordarlo como un fenómeno de interés poblacional, más allá de los casos de tocofobia estricta.

Desde una perspectiva psicológica, el MP se asocia de forma consistente con mayores niveles de ansiedad y depresión durante el embarazo y el posparto, menor autoeficacia percibida y un aumento del riesgo de experiencias obstétricas negativas, como cesáreas electivas, partos instrumentales o vivencias traumáticas del nacimiento (Räsänen et al., 2013; Ayers et al., 2016; Storksen et al., 2012). Dencker et al. (2019) subrayan que estas consecuencias deben entenderse dentro de un proceso dinámico, en el que factores emocionales, percepción de control y experiencias obstétricas se retroalimentan, contribuyendo a mantener o intensificar dicho miedo a lo largo del embarazo.

La evidencia disponible indica que la confianza en la propia capacidad para afrontar el parto y la percepción de apoyo emocional actúan como factores protectores (Haines et al., 2012). En coherencia con ello, metaanálisis y revisiones sistemáticas muestran que diversas intervenciones psicológicas (como la terapia cognitivo-conductual, la psicoeducación o las intervenciones basadas en mindfulness) reducen significativamente el MP y favorecen una mayor autoeficacia en las gestantes (Dencker et al., 2019; Alizadeh-Dibazari et al., 2023). Sin embargo, los resultados más consistentes tienden a observarse cuando las intervenciones no se limitan a la reducción del componente ansioso, sino que incorporan dimensiones relacionales y de significado subjetivo, como la percepción de apoyo, la confianza en el propio cuerpo y la elaboración emocional de la experiencia del parto (Dencker et al., 2019).

En conjunto, estos hallazgos sitúan el MP como un fenómeno multidimensional, lo que respalda la pertinencia de abordajes psicológicos preventivos e interpersonales orientados a promover una vivencia del parto más segura, autónoma y emocionalmente integrada, en consonancia con las recomendaciones internacionales en salud materna (WHO, 2022). En coherencia con lo anterior, la literatura sugiere que el MP no suele presentarse de forma aislada, sino que con frecuencia se integra en procesos emocionales más amplios propios de la transición a la maternidad

(Dencker et al., 2019). Esta consideración invita a ampliar el foco hacia otros fenómenos psicológicos relevantes durante la gestación.

Ambivalencia hacia la maternidad y otros factores de riesgo

Durante el embarazo es frecuente la coexistencia de emociones ambivalentes vinculadas al proceso de convertirse en madre (Pérez & Ávila, 2026). La ambivalencia hacia la maternidad (entendida como la coexistencia de emociones positivas y negativas respecto al embarazo y al rol materno) constituye un fenómeno frecuente durante el periodo perinatal y refleja la complejidad emocional inherente a la transición hacia la maternidad y la reorganización identitaria y relacional que dicha etapa conlleva (Beattie, 2020). En el presente trabajo, la ambivalencia materna se conceptualiza como un factor de vulnerabilidad psicológica cuando estas emociones no encuentran espacios de validación o elaboración, pudiendo intensificar la incertidumbre y el miedo asociado al proceso de parto.

No obstante, la literatura señala que la ambivalencia puede asociarse a mayor malestar psicológico cuando coexiste con condiciones personales o contextuales adversas, como un apoyo social limitado o dificultades en la regulación emocional (Ponce et al., 2026). En población española, la validación de instrumentos como la *Maternal Ambivalence Scale (MAS)* ha permitido operacionalizar este constructo y poner de manifiesto su relevancia clínica durante el embarazo y el posparto, así como su asociación con sintomatología ansiosa y depresiva (Martín-Sánchez et al., 2022).

Si bien la ambivalencia forma parte del proceso de construcción del vínculo madre-bebé, puede adquirir un carácter disfuncional cuando estas emociones no pueden ser expresadas, validadas o elaboradas emocionalmente (Ammaniti & Gallese, 2014). En estos casos, la ambivalencia no integrada se ha relacionado con sentimientos de culpa, aislamiento y dudas persistentes respecto al desempeño del rol materno (Franco, 2026). Por el contrario, la aceptación y elaboración de las

emociones mixtas propias de esta etapa se asocian con una mayor regulación emocional y un mayor bienestar psicológico en el ámbito perinatal (O'Brien et al., 2024).

Desde esta perspectiva, la ambivalencia hacia la maternidad permite comprender el malestar psicológico durante el embarazo más allá del síntoma ansioso, al situarlo en el contexto de una transición vital que exige reorganización identitaria, cambios relacionales y ajuste de expectativas (Borham-Puyal & Martín, 2024). La evidencia cualitativa describe, de forma consistente, experiencias de pérdida de control, aumento de la necesidad de apoyo emocional y redefinición del autoconcepto durante el embarazo (Darvill et al., 2010; Mercer, 2004; Nelson, 2003). Sin embargo, estas experiencias no impactan por igual en todas las mujeres: su efecto depende del momento vital, los recursos disponibles y la existencia de referentes previos (Gedo, 2022). En este sentido, las mujeres primigestas constituyen un grupo particularmente sensible a estos procesos, al afrontar por primera vez la transición al rol materno y carecer de experiencias previas que funcionen como marco de previsibilidad y autoeficacia (Loezar Hernández, 2023).

Mujeres primigestas como población de riesgo

Los procesos emocionales descritos adquieren una relevancia particular en mujeres primigestas, que afrontan por primera vez los cambios identitarios, relacionales y emocionales asociados a la maternidad, ya que la ausencia de experiencias previas, junto con la incertidumbre inherente al primer embarazo, sitúa a este grupo en una posición de mayor vulnerabilidad durante el periodo gestacional (Navarro et al., 2025).

La evidencia reciente indica que el primer embarazo se asocia con mayores niveles de activación anticipatoria, MP y dudas respecto a la capacidad para afrontar el nacimiento y el desempeño del rol materno (Hwang et al., 2022; Mathijssen et al., 2024; Nikpour et al., 2025). Asimismo, las mujeres primigestas muestran, en promedio, menor autoeficacia percibida y mayor dependencia del entorno sanitario, especialmente cuando carecen de referentes cercanos o de

espacios seguros de expresión emocional (Shakarami et al., 2021). Esta combinación incrementa el riesgo de malestar durante el embarazo y el posparto, particularmente cuando coexisten factores como el MP, la ambivalencia emocional o un apoyo social insuficiente (Alizadeh-Dibazari et al., 2025).

En el contexto español, algunas investigaciones indican que mujeres primerizas refieren participación limitada en la toma de decisiones obstétricas, así como sentimientos de desinformación e inseguridad durante el seguimiento prenatal (López-Toribio et al., 2021). A ello se le suma la influencia de ideales socioculturales asociados a la figura de la “buena madre”, lo cual puede intensificar la autoexigencia, la culpa y la dificultad para expresar emociones ambivalentes o contradictorias (Williamson et al., 2023; Catalá et al., 2025). En ausencia de modelos realistas de maternidad y de apoyos emocionales estructurados, estas condiciones podrían contribuir a una mayor vulnerabilidad psicológica.

En términos clínicos, estas características convierten a las mujeres primigestas en un grupo prioritario para intervenciones tempranas. En particular, los formatos grupales pueden favorecer la normalización emocional, la conexión entre iguales y el apoyo social percibido, variables estrechamente vinculadas al ajuste perinatal (Mazzoni et al., 2023). Esto plantea la necesidad de un enfoque que aborde de forma integrada la transición de rol y los vínculos significativos, más allá de la reducción sintomática del malestar.

La Terapia Interpersonal: fundamentos teóricos y evidencia empírica en salud perinatal

La necesidad de abordar el malestar perinatal desde una perspectiva relacional y contextual ha situado a la Terapia Interpersonal (TIP) como un enfoque especialmente adecuado durante el embarazo, en mujeres primigestas con vulnerabilidad emocional (Valenzuela Araujo et al., 2025). Desde este modelo, los síntomas psicológicos se conceptualizan como estrechamente vinculados a las relaciones significativas y a la adaptación a transiciones vitales, más que como fenómenos intrapsíquicos aislados.

Desarrollada por Klerman y Weissman, la TIP es una intervención breve y estructurada que organiza el trabajo clínico en torno a cuatro áreas problema: transiciones de rol, disputas interpersonales, duelo y déficits interpersonales (Markowitz & Weissman, 2004). Estas áreas resultan especialmente pertinentes en el embarazo, entendido como una transición vital mayor que implica cambios identitarios y relacionales significativos. Además, en mujeres primigestas, la ausencia de experiencias previas incrementaría la incertidumbre emocional y la necesidad de apoyo interpersonal, situando estos procesos en un primer plano clínico.

Frente a enfoques centrados en la modificación cognitiva o la autorregulación individual, la TIP pone el énfasis en la experiencia emocional compartida, la comunicación interpersonal y el fortalecimiento del apoyo social (Leonidaki et al., 2020). Este foco resulta especialmente relevante en el ámbito perinatal, donde el apoyo social percibido, la validación emocional y la redefinición realista del rol materno se han identificado como factores clave del ajuste psicológico durante la gestación (Hankin et al., 2023).

La evidencia empírica respalda la utilidad de la TIP en salud mental perinatal, tanto con fines terapéuticos como preventivos (Bright et al., 2020). Revisiones sistemáticas y metaanálisis indican que las intervenciones basadas en TIP durante el embarazo y el posparto se asocian con reducciones significativas de la sintomatología depresiva y ansiosa, así como con mejoras en el apoyo social percibido y en la adaptación emocional a la maternidad (Sokol, 2018; Bright et al., 2020). No obstante, la literatura reciente señala que los efectos más consistentes se observan cuando la TIP se aplica en formatos breves y preventivos, en etapas tempranas del proceso perinatal (Hankin et al., 2023).

En este marco, el *programa ROSE (Reach Out, Stand Strong, Essentials for New Mothers)* constituye uno de los modelos de prevención indicada basados en TIP con mayor respaldo empírico (Liu et al., 2025). *ROSE* es una intervención grupal aplicada durante el embarazo, orientada a reducir

el riesgo de depresión posparto mediante el fortalecimiento del apoyo social, el desarrollo de habilidades interpersonales y la preparación emocional para la transición a la maternidad. La evidencia disponible muestra que las mujeres que participan en este programa presentan una menor incidencia de depresión posparto y una mejor adaptación emocional en comparación con los cuidados habituales, incluso en contextos de vulnerabilidad psicosocial (Johnson et al., 2018).

La relevancia del modelo ROSE radica no solo en su base teórica compartida con la TIP, sino también en su coherencia estructural con el programa diseñado en esta propuesta: formato grupal reducido, carácter preventivo, intervención durante el embarazo, énfasis en la transición de rol materno y activación de procesos interpersonales específicos. Si bien ROSE se centra prioritariamente en la prevención de la depresión posparto, sus mecanismos de acción resultan directamente transferibles al abordaje preventivo del MP y de la ambivalencia emocional (Zlotnick et al., 2016; Stuart et al., 2023).

Asimismo, estudios sobre adaptaciones de la TIP durante el embarazo muestran que este enfoque permite abordar no solo la ansiedad anticipatoria asociada al parto, sino también los significados emocionales del nacimiento, la ambivalencia y las expectativas relacionales vinculadas al rol materno (Sockol, 2018; Tan, 2020). Desde esta perspectiva, la TIP ofrece un marco integrador para comprender el MP como una experiencia emocional compleja inserta en un proceso de transición vital y relacional.

En definitiva, la TIP proporciona un marco teórico y clínico adecuado para comprender el MP y la ambivalencia emocional como fenómenos propios del proceso de transición a la maternidad. La Tabla 1 sintetiza los principales factores psicosociales asociados al MP y los mecanismos interpersonales implicados en su abordaje desde la TIP, sirviendo como base conceptual para el desarrollo de intervenciones tempranas de prevención indicada en salud mental perinatal.

Tabla 1

Factores psicosociales asociados al MP y su abordaje desde la TIP

Dimensión	Factores principales	Consecuencias asociadas	Mecanismo TIP implicado
Riesgo	Antecedentes de ansiedad o depresión; falta de apoyo social; experiencias obstétricas previas negativas; creencias rígidas sobre el parto, ambivalencia materna.	Mayor miedo y ansiedad anticipatoria; baja autoeficacia; cesáreas electivas; mayor estrés postparto, dificultad de vínculo temprano; aislamiento emocional; sentimientos de culpa o incapacidad; aumento del riesgo de depresión posparto y estrés traumático.	Transiciones de rol, déficits interpersonales, duelo (por pérdida del rol previo) y disputas interpersonales.
Protector	Apoyo emocional, psicoeducación, expresión emocional validada, acompañamiento grupal.	Mejor adaptación emocional y mayor autoeficacia.	Fortalecimiento del apoyo social y redefinición de roles.

Nota. Elaboración propia a partir de Howard & Khalifeh, 2020; Räisänen et al., 2013; Sockol, 2018; Hankin et al., 2023.

Prevención indicada en salud mental perinatal

A partir del marco conceptual expuesto, la intervención propuesta se sitúa dentro del nivel de prevención indicada en salud mental perinatal, uno de los tres niveles clásicos de prevención junto a la universal y la selectiva (Rodríguez-Muñoz et al., 2023). Este nivel se dirige a mujeres que ya presentan síntomas iniciales o factores de riesgo identificables (como MP, ansiedad leve o moderada, ambivalencia emocional o apoyo social limitado) antes de que se configure un trastorno clínico establecido. Su objetivo es intervenir de forma temprana, reforzando recursos psicológicos y relacionales que actúan como factores protectores durante la gestación (Muñoz et al., 2012).

En el ámbito perinatal, la prevención indicada ha mostrado eficacia en la reducción de la depresión posparto y de otros problemas emocionales, especialmente cuando se aplica de manera temprana y focalizada en mujeres con mayor vulnerabilidad (Grote et al., 2009). La evidencia sugiere que estos programas resultan más efectivos cuando combinan componentes psicoeducativos y terapéuticos, permitiendo abordar de forma integrada los factores emocionales y relacionales implicados en la adaptación a la maternidad (Hankin et al., 2023). En este sentido, los enfoques interpersonales han demostrado una especial adecuación para responder a las necesidades psicológicas del periodo perinatal (Sockol, 2018).

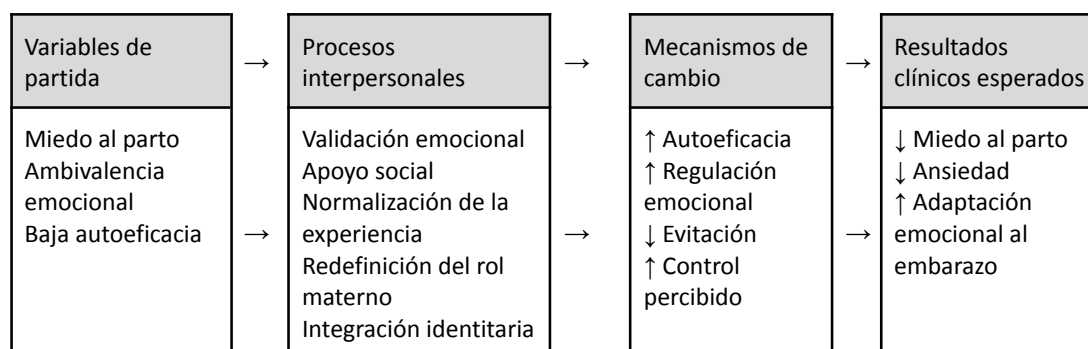
En el contexto español, la prevención indicada adquiere una relevancia particular ante la limitada integración de la salud mental en la atención prenatal si bien, pese al creciente reconocimiento del impacto del bienestar emocional durante el embarazo, la implementación sistemática de programas psicológicos preventivos sigue siendo reducida, principalmente por la falta de formación específica, tiempo asistencial y recursos disponibles en los dispositivos sanitarios (Cuellar-Flores et al., 2024).

En coherencia con el enfoque de prevención indicada y con los fundamentos de la TIP, la presente propuesta se sustenta en un modelo teórico de cambio que plantea que la intervención actúa activando procesos interpersonales específicos (como la validación emocional, el apoyo social y la normalización de la experiencia) que influyen sobre mecanismos psicológicos clave. Estos mecanismos contribuirían, a su vez, a la reducción del MP y de la ansiedad asociada, favoreciendo una adaptación emocional más saludable durante el embarazo y el parto. En este modelo, se plantea que el miedo al parto puede intensificarse cuando las mujeres experimentan simultáneamente elevados niveles de ambivalencia emocional, baja autoeficacia percibida y redes de apoyo limitadas. La intervención basada en Terapia Interpersonal busca actuar sobre estos factores mediante tres mecanismos principales: (1) la validación emocional y normalización de la ambivalencia materna, (2)

el fortalecimiento del apoyo social percibido y (3) el incremento de la autoeficacia para afrontar el proceso de parto.

Figura 1

Modelo teórico de procesos y mecanismos de cambio de TIP-Parto



Nota. Elaboración propia a partir del modelo de TIP aplicado a la prevención indicada en salud mental perinatal.

Objetivos generales y específicos de la intervención

Objetivo general

Diseñar una propuesta de prevención indicada basada en la Terapia Interpersonal (TIP) orientada a reducir el miedo al parto (MP) en mujeres primigestas, considerado el resultado clínico principal de la intervención, y a fortalecer sus recursos emocionales y relacionales durante la gestación.

Este objetivo se fundamenta en la evidencia que respalda la eficacia de la TIP para mejorar el apoyo social, la autoeficacia y la regulación emocional en mujeres con vulnerabilidad perinatal (Bright et al., 2019; Sockol, 2018; Hankin et al., 2023), así como en los principios de la prevención indicada en salud mental, que recomiendan intervenir de forma temprana ante síntomas leves o factores de riesgo antes de la consolidación de trastornos clínicos (Muñoz et al., 2012; WHO, 2022).

Objetivos específicos (OEs)

A partir del objetivo general, se plantean los siguientes objetivos específicos, formulados de manera operativa y coherente con los principios teóricos de la TIP y con los indicadores de eficacia preventiva descritos en la literatura científica:

OE-1. Reducir los niveles de MP en mujeres primigestas mediante estrategias interpersonales y psicoeducativas orientadas a la comprensión emocional del proceso de parto y al fortalecimiento del sentido de control y autoeficacia.

La literatura indica que el MP se asocia a percepciones de amenaza, baja autoeficacia y ansiedad anticipatoria, factores susceptibles de modificación mediante intervenciones psicológicas estructuradas (Dencker et al., 2019; Alizadeh-Dibazari et al., 2023). Desde la TIP, este objetivo se abordará promoviendo la expresión emocional, la comunicación interpersonal y el apoyo social como

recursos reguladores del miedo. Este objetivo constituye el resultado clínico principal de la intervención.

OE-2. Favorecer la integración emocional del proceso de maternidad mediante la exploración guiada y la validación de emociones ambivalentes, promoviendo una vivencia del rol materno más flexible, coherente y ajustada.

La ambivalencia emocional es frecuente durante la gestación y forma parte del proceso normativo de transición a la maternidad; no obstante, puede intensificar el malestar psicológico cuando se acompaña de culpa, aislamiento o falta de validación emocional (O'Brien et al., 2024; Martín-Sánchez et al., 2022). Desde la TIP, la aceptación y elaboración de emociones mixtas permitirá reducir la autocrítica y favorecer una narrativa más integrada de la identidad materna. Este objetivo se relaciona con procesos de regulación emocional que pueden actuar como mecanismos mediadores en la reducción del miedo al parto.

OE-3. Fortalecer las habilidades interpersonales y la percepción de apoyo social mediante dinámicas grupales basadas en los principios de la TIP, tales como la empatía, la comunicación eficaz, el establecimiento de límites y la resolución de conflictos.

El apoyo social percibido constituye uno de los principales factores protectores frente a la ansiedad y la depresión perinatal (Howard & Khalifeh, 2020; Sockol, 2018). El formato grupal permitirá potenciar la conexión entre iguales, la expresión emocional compartida y la sensación de pertenencia, contribuyendo al bienestar emocional durante la gestación. El fortalecimiento del apoyo social percibido se considera, en este sentido, un mecanismo interpersonal clave en la reducción del malestar perinatal.

OE-4. Prevenir la progresión hacia sintomatología ansiosa o depresiva postparto mediante el fortalecimiento de estrategias interpersonales adaptativas y la mejora de la autoeficacia durante el embarazo.

La prevención indicada en salud mental perinatal busca intervenir antes de la aparición del trastorno clínico, actuando sobre factores emocionales y relacionales de riesgo (Muñoz et al., 2012; Grote et al., 2009). La TIP, al centrarse en la mejora de los vínculos y en la adaptación a los cambios de rol, resulta especialmente adecuada para reducir la probabilidad de cronificación o intensificación del malestar emocional.

OE-5. Evaluar la viabilidad, aceptabilidad y potencial de implementación de la propuesta de intervención en contextos clínicos reales del sistema sanitario español, utilizando como marco de referencia el modelo RE-AIM (Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance).

La investigación actual subraya la necesidad de desarrollar programas preventivos breves, estructurados y transferibles a la práctica clínica real, especialmente en el ámbito de la salud materna (Cuellar-Flores et al., 2024; Manolova et al., 2023). La incorporación del modelo RE-AIM permitirá valorar de manera sistemática el alcance, la efectividad, la adopción profesional, la fidelidad de implementación y el potencial de mantenimiento del programa en dispositivos sanitarios.

En conjunto, los objetivos planteados se articulan de forma coherente con los fundamentos teóricos de la TIP y con el marco conceptual de la prevención indicada en salud mental perinatal. A través de estos objetivos, la intervención busca actuar sobre procesos emocionales e interpersonales implicados en el miedo al parto, favoreciendo el desarrollo de recursos psicológicos protectores durante la gestación. De este modo, la propuesta aspira a promover una experiencia de embarazo más integrada y emocionalmente saludable, y a contribuir al desarrollo de modelos preventivos breves, estructurados y transferibles al contexto sanitario español.

Metodología

La presente propuesta de intervención preventiva se implementará a través de un programa grupal estructurado de orientación interpersonal, denominado TIP-Parto, diseñado para su aplicación en un contexto sanitario español real (véase Apéndice A). El estudio adopta una perspectiva metodológica orientada no solo a explorar los efectos preliminares de la intervención, sino también a valorar su viabilidad y potencial de implementación en dispositivos asistenciales perinatales.

Procedimientos básicos

El diseño metodológico incorpora el modelo RE-AIM como marco de referencia para evaluar tanto los efectos preliminares de la intervención como su viabilidad de implementación en contextos sanitarios reales. En este sentido, el procedimiento general del estudio comprende tres fases secuenciales: difusión del programa, captación de participantes y proceso de inscripción, con el fin de favorecer una implementación homogénea y clínicamente segura.

Difusión del programa

La difusión de TIP-Parto se llevará a cabo mediante una estrategia multimodal que combine acciones presenciales y digitales, orientada a maximizar el alcance (*Reach*), facilitar el acceso a la intervención y favorecer su adopción en el ámbito sanitario.

a) Difusión en centros sanitarios y derivación profesional

El programa se difundirá en centros de atención primaria y en unidades de obstetricia y matronería mediante cartelería, folletos informativos y comunicación interna entre profesionales sanitarios. Este canal facilita la identificación de mujeres primigestas potencialmente elegibles y su integración en el circuito asistencial habitual (Holtrop et al., 2021), además de permitir valorar el grado de implicación de los centros y profesionales colaboradores, en coherencia con la dimensión *Adoption* del modelo RE-AIM.

b) Difusión digital

De forma complementaria, el programa se difundirá a través de redes sociales (Instagram, Facebook y LinkedIn) y páginas web de asociaciones perinatales. Este canal amplía el acceso a mujeres que buscan activamente información y recursos relacionados con el embarazo en entornos digitales, contribuyendo al aumento del alcance poblacional (*Reach*) y permitiendo analizar el perfil de las participantes que acceden al programa fuera del circuito sanitario tradicional (Aftab, 2025).

c) Charlas informativas breves

Asimismo, se impartirán sesiones informativas de 15-20 minutos en grupos de preparación al parto, con el objetivo de explicar la finalidad, la estructura y las características de TIP-Parto, así como de resolver dudas. Estas charlas favorecen una decisión informada y se asocian con mayores niveles de motivación y adherencia inicial en intervenciones preventivas grupales (Harden et al., 2024).

Captación de participantes

La captación de participantes se realizará mediante un procedimiento combinado que integre la inscripción digital y la derivación profesional. Las mujeres interesadas podrán registrarse a través de un formulario online alojado en la plataforma *Qualtrics*, accesible desde los materiales de difusión (Holtrop et al., 2021; Harden et al., 2024). De manera complementaria, matronas y profesionales de obstetricia podrán derivar directamente a mujeres que cumplan los criterios preliminares de elegibilidad.

La captación desde servicios sanitarios resulta especialmente eficaz en el ámbito perinatal, ya que incrementa la confianza en el programa y mejora tanto su alcance como su adopción dentro del sistema de salud (Kwan et al., 2019; Feyissa et al., 2025). Asimismo, se facilitará la inscripción tras la asistencia a las charlas informativas breves. En conjunto, este procedimiento contribuye a estandarizar el cribado inicial, optimizar la gestión de los datos y asegurar una mayor homogeneidad

de la muestra en relación con los criterios de inclusión, reforzando la validez interna del estudio (Harden et al., 2024).

Procedimiento de inscripción

El proceso de inscripción se iniciará tras la cumplimentación del formulario online alojado en la plataforma Qualtrics, en el que se administrarán los cuestionarios iniciales, el consentimiento informado y la asignación automática de un código de identificación anonimizado para cada participante. Posteriormente, se realizará una entrevista clínica breve (10-15 minutos), presencial u online, con el objetivo de confirmar los criterios de inclusión y exclusión, resolver posibles dudas y revisar las normas básicas de funcionamiento del grupo. Este procedimiento permitirá asegurar la adecuación clínica de las participantes y garantizar un encaje seguro y coherente con un programa preventivo de formato grupal (Herbert et al., 2022).

Participantes

Población diana

La intervención se dirige a mujeres primigestas entre las semanas 14 y 27 de gestación que presenten miedo al parto, ambivalencia emocional y ansiedad en niveles leves o moderados. Este grupo constituye una población de especial vulnerabilidad psicológica, dado que el primer embarazo implica una mayor incertidumbre emocional, un proceso de transición identitaria más intenso y la ausencia de experiencias previas que funcionen como referencia adaptativa.

El segundo trimestre de gestación se considera un periodo óptimo para la intervención preventiva, ya que el malestar emocional comienza a consolidarse, pero aún existe margen temporal suficiente para trabajar los factores psicológicos y relacionales implicados antes del parto, reduciendo el riesgo de cronificación del malestar (Servin-Barthet et al., 2023; Perrykkad et al., 2024).

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Criterios de inclusión

Se incluirán en el estudio mujeres que cumplan los siguientes criterios:

1. mujeres ≥ 18 años;
2. primer embarazo (primigestas);
3. semana de gestación comprendida entre la 14 y la 27 (segundo trimestre);
4. MP leve o moderado, definido mediante puntuaciones entre 66 y 84 en el W-DEQ-A, rangos que permiten identificar malestar clínicamente relevante sin interferir con la indicación de tratamientos especializados, en coherencia con el enfoque de prevención indicada;
5. ansiedad leve o moderada (GAD-7 ≥ 5);
6. niveles elevados de ambivalencia materna, evaluados mediante la *Maternal Ambivalence Scale* (MAS), con puntuaciones $\geq 33,19$ (M = 26,48; DT = 6,71);
7. comprensión adecuada del idioma español;
8. disponibilidad para asistir a las ocho sesiones grupales del programa.

Criterios de exclusión

Se excluirán del estudio mujeres que presenten:

1. trastorno depresivo mayor en fase activa, ansiedad grave o trastorno de estrés postraumático que requiera tratamiento psicológico especializado;
2. ideación suicida actual o riesgo clínico significativo;
3. complicaciones obstétricas de alto riesgo que limiten la participación segura en sesiones grupales;
4. participación simultánea en tratamiento psicológico individual con objetivos similares;
5. consumo activo de sustancias psicoactivas o antecedentes recientes de abuso;
6. barreras idiomáticas que dificultan la participación adecuada;
7. no aceptación del consentimiento informado o del uso anonimizado de los datos.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Cálculo del tamaño muestral (power analysis)

El tamaño muestral se ha estimado mediante un análisis de potencia a priori realizado con G*Power 3.1 (Faul et al., 2007), asumiendo un diseño de medidas repetidas con dos grupos (intervención vs. control) y tres momentos de evaluación (preintervención, postintervención y seguimiento). Se consideró un tamaño del efecto medio ($f = 0.25$), un nivel de significación $\alpha = 0.05$ y una potencia estadística de 0.80.

Con estos parámetros, el análisis indica un tamaño mínimo de 28 participantes. No obstante, dada la variabilidad en la adherencia descrita en intervenciones perinatales y considerando posibles pérdidas asociadas a factores obstétricos, físicos o logísticos, se adoptó una estimación conservadora de abandono del 15-25 %. En consecuencia, el tamaño muestral previsto se amplía a un total de 36 mujeres, con el objetivo de mantener una potencia estadística adecuada incluso en escenarios de abandono moderado.

Estrategia para gestionar abandonos

Con el fin de minimizar el impacto de posibles abandonos, se llevará a cabo un registro sistemático de asistencia por sesión. Ante ausencias no previstas, se realizará un contacto breve y protocolizado orientado a identificar barreras de participación y facilitar la continuidad en el programa cuando sea posible. Asimismo, se documentarán los motivos y el momento del abandono, lo que permitirá evaluar la adherencia y la calidad de la implementación conforme al marco RE-AIM (Harden et al., 2024).

En conjunto, estos criterios buscan garantizar la seguridad clínica, la adecuación al enfoque preventivo y la coherencia metodológica de la muestra.

Diseño de intervención

Tipo de diseño

El presente trabajo propone un **estudio piloto cuasi-experimental con grupo control**, con medidas preintervención, postintervención y seguimiento a seis semanas, cuyo objetivo es evaluar la viabilidad y los efectos preliminares de una intervención grupal basada en Terapia Interpersonal dirigida a mujeres embarazadas con miedo elevado al parto.

Las participantes serán asignadas a dos condiciones: **un grupo de intervención**, que participará en el programa TIP-Parto (véase Apéndice A), **y un grupo control**, que recibirá tratamiento habitual (TAU). El tratamiento habitual consistirá en la atención obstétrica estándar ofrecida durante el seguimiento del embarazo. Además, las participantes del grupo control recibirán material psicoeducativo breve sobre el proceso de parto y el bienestar emocional durante la gestación, con el fin de garantizar un estándar mínimo de información y reducir posibles sesgos asociados al acceso desigual a recursos.

Este diseño permite explorar diferencias preliminares entre condiciones y cambios a lo largo del tiempo. No obstante, al tratarse de un estudio piloto con tamaño muestral reducido, los resultados deberán interpretarse como evidencia exploratoria y no como prueba definitiva de eficacia. Este tipo de diseño resulta adecuado en contextos sanitarios reales y es habitual en estudios de intervención preventiva en salud mental perinatal (Shadish et al., 2002; Harden et al., 2024).

Diseño temporal del estudio

El diseño temporal contempla tres momentos de evaluación: T1 (preintervención), evaluación basal previa al inicio del programa, necesaria para establecer un punto de comparación y analizar cambios intraindividuales; T2 (postintervención), evaluación realizada al finalizar la octava sesión, orientada a estimar los efectos iniciales del programa sobre las variables objetivo; T3

(seguimiento), evaluación realizada seis semanas después de la finalización de la intervención, con el objetivo de examinar el mantenimiento de los cambios y la estabilidad de las mejoras emocionales en el periodo perinatal.

Variables del estudio

- a) **Variable independiente:** participación en el programa TIP-Parto (grupo intervención vs. grupo control).
- b) **Variable dependiente principal (outcome primario):** miedo al parto (MP).
- c) **Variables dependientes secundarias:** ansiedad prenatal, autoeficacia para afrontar el parto, apoyo social percibido y ambivalencia hacia la maternidad.
- d) **Variables de control:** edad, nivel educativo, semana gestacional, antecedentes psicológicos y situación de pareja.
- e) **Indicadores RE-AIM:** alcance, efectividad, adopción, implementación y mantenimiento, con fines descriptivos y de evaluación de la aplicabilidad del programa.

Instrumentos y materiales

Los instrumentos de evaluación se seleccionaron en función de su validez, fiabilidad y adecuación cultural para la población española. Se emplearán exclusivamente versiones adaptadas y validadas en España. La administración de los cuestionarios se realizará a través de la plataforma *Qualtrics*, garantizando una recogida de datos segura y anonimizada conforme a la normativa vigente (RGPD y LOPDGDD).

a. Instrumentos

1. **W-DEQ-A (miedo al parto)** → El *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire-A* es el instrumento de referencia para la evaluación del MP. La versión española ha mostrado excelente consistencia interna ($\alpha > .90$) y una estructura factorial estable en población

gestante en España (Ortega Cejas, 2024), lo que lo convierte en la medida principal de esta intervención preventiva.

2. **GAD-7 (ansiedad)** → La adaptación española del GAD-7 presenta excelentes propiedades psicométricas ($\alpha = .93$) y es ampliamente utilizada en atención primaria y salud mental en España (Soto Balbuena et al., 2020), siendo adecuada para programas preventivos por su brevedad y sensibilidad al cambio.
3. **MSPSS (apoyo social percibido)** → El *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* ha sido adaptado a población española con adecuados índices de fiabilidad ($\alpha = .85-.91$) y buena validez estructural (Landeta & Calvete, 2002), siendo el apoyo social un predictor clave de bienestar emocional en la etapa perinatal.
4. **CBSEI (autoeficacia para el parto)** → El *ChildBirth Self-Efficacy Inventory* ha sido traducido y validado en población española, mostrando alta consistencia interna (Cunqueiro et al., 2009). Se empleará la versión abreviada, que reduce la carga de respuesta sin perder sensibilidad para detectar cambios en la confianza ante el parto.
5. **MAS (ambivalencia emocional)** → La *Maternal Ambivalence Scale* ha sido desarrollada y validada recientemente en una amplia muestra de mujeres españolas embarazadas y en posparto, mostrando una estructura factorial sólida de tres dimensiones (dudas, rechazo, supresión) y adecuados índices de consistencia interna ($\alpha = .70-.83$) (Martín-Sánchez et al., 2022). Evalúa la coexistencia de emociones positivas y negativas hacia la maternidad, proceso especialmente relevante en mujeres primigestas.

La ambivalencia emocional se evaluará mediante un enfoque combinado. Por un lado, se utilizará la MAS como medida cuantitativa principal, permitiendo analizar cambios intraindividuales a lo largo del tiempo. Por otro, durante el proceso de inscripción se realizará una entrevista clínica breve con el objetivo de explorar cualitativamente la vivencia emocional de la maternidad, confirmar la adecuación al programa y garantizar la seguridad

clínica. La información procedente de la entrevista tendrá un uso clínico y descriptivo, no se incluirá en los análisis estadísticos y no formará parte de las variables cuantitativas del estudio.

6. **Indicadores RE-AIM:** Se recogerán indicadores del modelo RE-AIM (*Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance*) para evaluar la aplicabilidad del programa en un contexto sanitario real, siguiendo las recomendaciones actuales en ciencia de la implementación (Glasgow et al., 2019; Harden et al., 2024).

b. Materiales de la intervención

La intervención contará con los siguientes materiales:

1. **Manual del programa TIP-Parto** (véase Apéndice A), estructurado en ocho sesiones, que recoge los objetivos, contenidos, dinámicas y pautas de conducción de cada sesión, adaptado al contexto del embarazo desde el enfoque de la TIP.
2. **Material psicoeducativo visual** (láminas y esquemas) para apoyar la comprensión de los contenidos clave y facilitar el trabajo grupal.
3. **Cuaderno individual de trabajo**, con ejercicios reflexivos y tareas entre sesiones orientadas a la elaboración emocional y a la aplicación de los contenidos en la vida cotidiana.
4. **Dinámicas grupales estructuradas**, diseñadas para promover el apoyo social, la validación emocional y la comunicación interpersonal entre las participantes.
5. **Material audiovisual breve**, utilizado de forma puntual para favorecer la reflexión emocional y la activación experiencial de los contenidos trabajados.

En conjunto, estos materiales se alinean con los objetivos específicos de la intervención: el manual y el material psicoeducativo apoyan la reducción del miedo al parto y el aumento de la autoeficacia (OE-1); el cuaderno de trabajo y el material audiovisual facilitan la exploración y validación de la ambivalencia emocional asociada a la maternidad (OE-2); y las dinámicas grupales

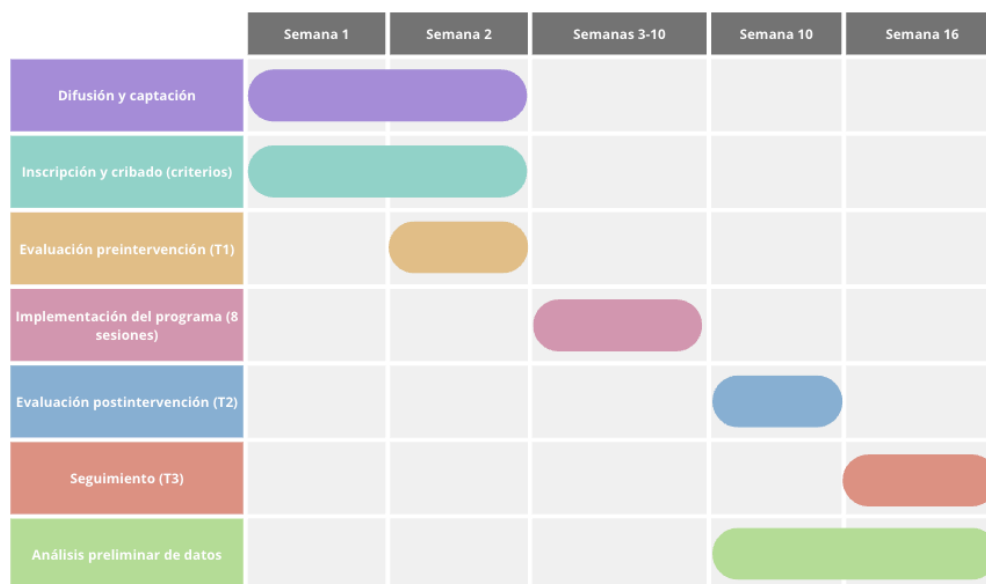
estructuradas promueven el fortalecimiento del apoyo social y de las habilidades interpersonales (OE-3), contribuyendo de forma indirecta a la prevención de sintomatología emocional posterior (OE-4). En su conjunto, estos recursos permiten garantizar la fidelidad al modelo TIP-Parto y la coherencia del programa, en línea con las recomendaciones metodológicas actuales para intervenciones preventivas en salud materna (Harden et al., 2024).

Cronograma de Gantt

El desarrollo del estudio se organizará en cinco fases distribuidas a lo largo de un periodo total de 12 semanas, lo que permite una implementación progresiva y ordenada del programa, así como un seguimiento adecuado de los cambios emocionales de las participantes a corto plazo. La Figura 2 presenta de forma esquemática el cronograma de Gantt del estudio, detallando la secuencia temporal de las fases de evaluación y de intervención.

Figura 2

Cronograma de Gantt del estudio



Nota. Las semanas reflejan la organización temporal del estudio: T1 = evaluación preintervención; T2 = evaluación postintervención; T3 = seguimiento a seis semanas.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Análisis de datos

El análisis de datos se realizará con un enfoque cuantitativo, coherente con el diseño cuasi-experimental longitudinal de la intervención y con los objetivos específicos planteados. Los análisis se llevarán a cabo mediante software estadístico especializado (IBM SPSS Statistics, versión actual), siguiendo los estándares habituales en investigación psicológica aplicada y en estudios de intervención en salud mental perinatal. Asimismo, el plan de análisis se estructura en coherencia con el modelo teórico de cambio propuesto, según el cual los procesos interpersonales activados por la intervención influyen sobre mecanismos psicológicos clave, como la autoeficacia y la regulación emocional, contribuyendo a la reducción del MP.

Análisis descriptivos y exploratorios

En primer lugar, se realizará un análisis descriptivo de la muestra, calculando medias, desviaciones típicas y frecuencias de las variables sociodemográficas y obstétricas. Asimismo, se evaluará la calidad de los datos mediante el examen de valores perdidos, distribución de las variables y detección de posibles valores atípicos. La consistencia interna de los instrumentos se analizará mediante el coeficiente alfa de *Cronbach*.

Análisis principal: modelos mixtos longitudinales

El análisis principal de los efectos preliminares de la intervención se realizará mediante modelos mixtos longitudinales (*Linear Mixed Models*, LMM), que permiten analizar cambios intraindividuales a lo largo del tiempo y manejar adecuadamente la dependencia de las medidas repetidas, así como la presencia de datos incompletos bajo el supuesto de ausencia aleatoria (*missing at random*).

Se estimarán modelos mixtos para evaluar la evolución del miedo al parto, la autoeficacia para afrontar el parto, la ansiedad y el apoyo social percibido a lo largo de los tres momentos de

evaluación (preintervención, postintervención y seguimiento). En estos modelos se incluirán como efectos fijos el tiempo (T1, T2, T3), el grupo (intervención vs. control) y la interacción tiempo $\times$ grupo, permitiendo evaluar si la evolución de las variables difiere entre ambas condiciones. Las participantes se incluirán como efecto aleatorio, lo que permitirá estimar trayectorias individuales de cambio.

Este enfoque resulta especialmente adecuado en contextos clínicos reales y con tamaños muestrales moderados, y es ampliamente recomendado en estudios longitudinales de intervención en salud mental perinatal (Shadish et al., 2002; Harden et al., 2024).

De forma complementaria, se realizarán análisis correlacionales entre las principales variables psicológicas evaluadas en cada momento temporal (miedo al parto, autoeficacia, ansiedad y apoyo social), con el objetivo de contextualizar los resultados longitudinales y explorar patrones de asociación relevantes para el modelo teórico propuesto.

Análisis exploratorios de procesos y mecanismos de cambio

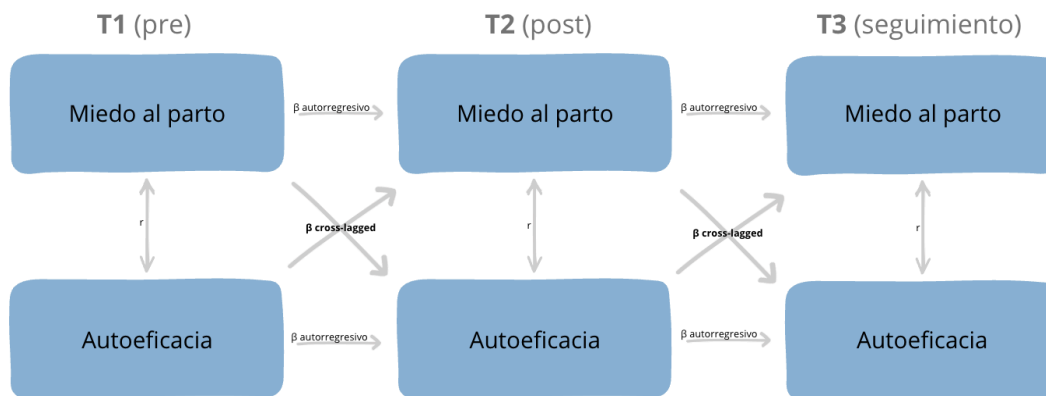
Con fines exploratorios y de generación de hipótesis, se estimará un modelo longitudinal *cross-lagged* de panel centrado en la relación entre el miedo al parto y la autoeficacia para afrontarlo, evaluadas en los tres momentos temporales del estudio.

Este análisis permitirá explorar de forma preliminar la direccionalidad temporal entre ambas variables, examinando si los cambios en la autoeficacia preceden a reducciones posteriores en el miedo al parto, o si niveles elevados de miedo interfieren en el desarrollo de la autoeficacia a lo largo del tiempo. Dada la naturaleza cuasi-experimental del estudio y el tamaño muestral, este análisis se plantea exclusivamente con fines exploratorios y sus resultados deberán interpretarse con cautela, sin establecer inferencias causales.

La **Figura 3** representa de forma esquemática el modelo *cross-lagged* propuesto, incluyendo los efectos de estabilidad, los efectos cruzados y las correlaciones concurrentes entre las variables.

Figura 3

Modelo cross-lagged de panel entre miedo al parto y autoeficacia para afrontar el parto



Nota. Elaboración propia. Las flechas horizontales representan efectos autorregresivos (estabilidad temporal de cada variable), mientras que las flechas diagonales indican efectos cruzados longitudinales (*cross-lagged*), que permiten analizar la influencia prospectiva entre variables en distintos momentos temporales. Las flechas bidireccionales reflejan correlaciones concurrentes. T1 = preintervención; T2 = postintervención; T3 = seguimiento a seis semanas.

Análisis de implementación (RE-AIM)

Los indicadores del modelo RE-AIM (*Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation y Maintenance*) se analizarán mediante estadísticos descriptivos, con el fin de evaluar el alcance, la aceptabilidad, la fidelidad de implementación y el potencial de transferencia del programa TIP-Parto al contexto sanitario español. En conjunto, este plan de análisis permitirá valorar tanto el impacto psicológico preliminar de la intervención como su viabilidad y aplicabilidad en programas de prevención indicada en salud mental perinatal.

Consideraciones éticas

El presente proyecto se ajustará a los principios éticos establecidos para la investigación en seres humanos, de acuerdo con las directrices de la American Psychological Association (APA, 2017) y la normativa europea vigente en materia de protección de datos (Reglamento General de Protección de Datos, UE 2016/679).

De manera previa a su implementación, la propuesta será sometida a evaluación y aprobación por un Comité de Ética en Investigación, previsiblemente el Comité de Ética de la Universidad Europea de Canarias o un comité acreditado equivalente, con el fin de garantizar el cumplimiento de los estándares éticos, la protección de las participantes y la adecuación metodológica del estudio.

Todas las participantes recibirán información clara y comprensible sobre los objetivos del estudio, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos, así como sobre la voluntariedad de su participación. La inclusión en el programa requerirá la firma de un consentimiento informado, en el que se especificará la confidencialidad de los datos, su tratamiento anonimizado y el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias asistenciales.

Los datos recogidos serán tratados de forma confidencial y almacenados de manera segura mediante plataformas digitales que cumplen la normativa vigente. A cada participante se le asignará un código de identificación anonimizado, garantizando que no sea posible su identificación en ninguna fase del análisis ni en la difusión de resultados.

Dado el carácter preventivo del programa y la población perinatal a la que se dirige, se prestará especial atención a la seguridad emocional de las participantes. En caso de detectarse sintomatología clínica significativa, ideación suicida o un aumento relevante del malestar psicológico durante el proceso de evaluación o intervención, se activará un protocolo de derivación

individualizada a los servicios de salud mental correspondientes, garantizando una atención adecuada.

Asimismo, se asegurará que la intervención no interfiera con la atención obstétrica habitual ni sustituya tratamientos psicológicos especializados cuando éstos sean necesarios. El diseño del programa prioriza los principios de beneficencia y no maleficencia, promoviendo el bienestar emocional sin generar riesgos adicionales para la gestación.

En conjunto, estas consideraciones éticas garantizan que la propuesta se desarrolle conforme a los principios de respeto, autonomía, confidencialidad y protección de las participantes, reforzando el rigor científico y la viabilidad de su aplicación en contextos sanitarios reales.

Descripción y temporalización de la intervención

Contenidos y actividades

El programa TIP-Parto se estructura en torno a un conjunto de contenidos y actividades organizados de forma progresiva y coherente con los objetivos específicos de la intervención (OE-1 a OE-4) y con el modelo de procesos y mecanismos de cambio definido previamente. La intervención se implementa prioritariamente en formato presencial, en grupos reducidos, favoreciendo un clima de seguridad interpersonal, contención emocional y participación activa. De manera excepcional, y únicamente en contextos de difícil acceso, podrá contemplarse una adaptación online estructurada, manteniendo la secuencia y los contenidos del programa.

Los contenidos se organizan en cuatro ejes de trabajo interrelacionados, abordados de forma transversal a lo largo de las ocho sesiones. El peso relativo de cada eje se ajusta al momento del proceso grupal y al grado de cohesión alcanzado por el grupo:

I. Comprensión emocional del MP y del proceso de gestación

Este primer eje se centra en la identificación y exploración de las experiencias emocionales asociadas al miedo al parto y al proceso de gestación. Se trabajan los significados personales atribuidos al parto, las expectativas anticipatorias y la relación entre emoción, cuerpo y percepción de control. Las actividades incluyen psicoeducación experiencial, ejercicios de reflexión guiada y dinámicas breves orientadas a identificar pensamientos, sensaciones corporales y emociones vinculadas al parto.

II. Exploración y validación de emociones ambivalentes

Este segundo eje aborda la identificación, expresión y validación de emociones ambivalentes relacionadas con el embarazo y el rol materno. El trabajo se orienta a facilitar una integración emocional flexible, reduciendo la autocrítica y la evitación emocional. Se emplean ejercicios de

expresión emocional guiada, dinámicas grupales de intercambio de experiencias y tareas breves entre sesiones orientadas a la elaboración emocional y a su transferencia a la vida cotidiana.

III. Fortalecimiento del apoyo social percibido y de las habilidades interpersonales

El tercer eje se centra en la identificación, activación y fortalecimiento de redes de apoyo significativas, así como en el entrenamiento de habilidades interpersonales básicas. Las actividades incluyen dinámicas grupales estructuradas, ejercicios de comunicación interpersonal y role-playing breve, diseñados para favorecer la conexión entre iguales y la normalización de experiencias.

IV. Reforzamiento de la autoeficacia y del sentido de control ante el parto

Este último eje se orienta a incrementar la percepción de competencia de las participantes para afrontar el parto y los cambios asociados a la maternidad. Se trabajan recursos personales, experiencias previas de afrontamiento y señales de eficacia adaptativa. Las actividades se desarrollan mediante ejercicios de identificación de fortalezas, reflexión guiada sobre experiencias previas de afrontamiento y dinámicas orientadas a aumentar la percepción de control y la autorregulación emocional.

En conjunto, los contenidos del programa TIP-Parto se aplican de forma secuencial y estructurada a lo largo de las ocho sesiones, permitiendo intervenir progresivamente sobre el miedo al parto, la ambivalencia emocional, el apoyo social y la autoeficacia. El desarrollo completo del programa puede consultarse en el Apéndice A.

Recursos humanos y materiales

Recursos humanos

La intervención será conducida por un/a psicólogo/a general sanitario/a con formación específica en salud mental perinatal y en Terapia Interpersonal, responsable de la planificación, conducción y seguimiento del programa TIP-Parto. Sus funciones incluyen la facilitación del proceso

grupal, el mantenimiento de un clima emocional seguro, la aplicación de los contenidos del programa y la detección temprana de posibles indicadores de riesgo clínico, activando cuando proceda los circuitos de derivación correspondientes. De forma complementaria, se contempla la colaboración puntual con profesionales del ámbito obstétrico (principalmente matronas), limitada a tareas de difusión, derivación y coordinación asistencial, sin participación directa en las sesiones de intervención.

Recursos materiales

El desarrollo del programa requiere una sala que garantice privacidad, comodidad y disposición circular del grupo, favoreciendo el contacto visual entre participantes. Se emplearán materiales estructurados y de bajo coste: manual del programa TIP-Parto (véase Apéndice A), material psicoeducativo visual, cuadernos individuales de trabajo y recursos audiovisuales breves utilizados de forma puntual. Asimismo, se utilizará la plataforma *Qualtrics* para la administración de los cuestionarios y la recogida de datos, garantizando la confidencialidad, el tratamiento anonimizado de la información y el cumplimiento de la normativa vigente en protección de datos.

Cronograma y temporalización de las sesiones

La intervención TIP-Parto se desarrolla a lo largo de ocho sesiones grupales semanales, con una duración de noventa minutos por sesión, en formato preferentemente presencial. Cada uno de los grupos participantes estará compuesto por seis mujeres primigestas, tamaño que permite un equilibrio adecuado entre participación activa, contención emocional y trabajo interpersonal en un entorno seguro. El programa sigue una secuencia temporal progresiva diseñada para acompañar el proceso emocional de las participantes desde la identificación inicial del miedo al parto y la ambivalencia emocional hasta la consolidación de recursos personales e interpersonales de cara al nacimiento.

Cada sesión mantiene una estructura común que favorece la cohesión grupal y la integración progresiva de los contenidos:

1. **Apertura** (10-15 min): acogida y conexión con la sesión anterior.
2. **Trabajo central** (60 min): desarrollo de las actividades específicas de la sesión.
3. **Cierre** (10-15 min): integración de lo trabajado y propuesta de tareas breves entre sesiones.

La **Tabla 2** presenta una síntesis de la temporalización y de los contenidos principales de cada una de las sesiones del programa.

Tabla 2

Temporalización y contenido de las sesiones

Sesión	Foco terapéutico	Componentes de intervención	Procesos psicológicos activados
1	Encuadre y cohesión grupal	Presentación del programa, normas grupales, exploración inicial del miedo al parto	Seguridad interpersonal, apertura emocional
2	Comprensión del miedo al parto	Diferenciación emoción-pensamiento-sensación corporal, clarificación emocional	Conciencia emocional, regulación inicial
3	Red de apoyo interpersonal	Mapeo de apoyo social y necesidades emocionales	Activación del apoyo social percibido
4	Comunicación interpersonal	Entrenamiento en expresión de necesidades y role-playing	Habilidades comunicativas, validación interpersonal
5	Transición al rol materno	Exploración de ambivalencia emocional y cambios identitarios	Integración identitaria, aceptación emocional
6	Autoeficacia ante el parto	Identificación de recursos personales y experiencias de afrontamiento	Autoeficacia percibida, sensación de control
7	Integración y anticipación	Anticipación emocional del parto y planificación flexible	Regulación emocional, afrontamiento adaptativo
8	Consolidación y cierre	Revisión de aprendizajes, refuerzo de recursos y cierre grupal	Integración narrativa, mantenimiento del cambio

Nota. El programa se desarrolla en formato grupal reducido (n = 6) mediante ocho sesiones semanales de 90 minutos.

A continuación se expone el **desarrollo completo de las ocho sesiones**.

Nota sobre el lenguaje empleado: Con el fin de facilitar la lectura y mantener la coherencia estilística del texto, a partir de este punto se utilizará el término “la terapeuta” para referirse a la persona responsable de la conducción del programa, sin que ello implique exclusión de género ni limitación profesional.

Sesión 1. Creación del marco grupal y exploración inicial

Duración total: 90 minutos.

Técnicas nucleares: encuadre estructurado en TIP grupal y validación emocional inicial.

La primera sesión tiene como finalidad establecer un marco relacional seguro que permita iniciar el trabajo preventivo sobre el MP desde la identificación emocional básica y no desde la evitación. Este inicio resulta especialmente relevante porque el OE-1 plantea reducir progresivamente el miedo mediante su reconocimiento explícito, y el OE-2 requiere comenzar a validar emociones ambivalentes sin forzar profundidad prematura.

Apertura (10-15 minutos)

La sesión comienza con la acogida formal del grupo en una sala dispuesta en círculo, favoreciendo el contacto visual entre participantes. La terapeuta presenta su rol y explicita las normas de funcionamiento: confidencialidad, voluntariedad en la participación, respeto por los ritmos individuales y ausencia de juicios o consejos entre participantes. Este encuadre no cumple solo una función organizativa, sino que reduce incertidumbre y crea una base mínima de seguridad interpersonal para que las participantes puedan empezar a nombrar emociones vinculadas al parto. Una vez establecidos los acuerdos, se inicia un primer momento estructurado de conexión grupal con la consigna: *“Con una palabra o una frase corta, ¿cómo estás viviendo el embarazo esta semana?”*. Cada participante dispone de 30-45 segundos. La terapeuta regula el tiempo, modela brevedad y contiene posibles extensiones narrativas. Este intercambio inicial permite observar indicadores

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

tempranos relevantes: disposición a participar, nivel de activación emocional y posibles tendencias a la evitación.

Trabajo central (60 minutos)

1. **Presentación del programa** (10 minutos) → La terapeuta expone la duración, los objetivos y la estructura del programa, subrayando su carácter preventivo. Se aclara que el grupo no sustituye un tratamiento individual y que, si emergieran indicadores de riesgo clínico, se activarán los circuitos asistenciales correspondientes. Esta delimitación favorece expectativas realistas y acota el alcance de la intervención.
2. **Exploración inicial del MP** (30 minutos) → Se distribuye el cuaderno individual de trabajo. La terapeuta da la siguiente instrucción literal: *“Durante los próximos 5 minutos, escribe de forma privada qué emociones, pensamientos o imágenes aparecen cuando imaginas el momento del parto. No es necesario escribir frases largas. Puedes usar palabras sueltas”*. Durante la escritura, la terapeuta mantiene silencio activo y observa el clima emocional del grupo. Finalizado el tiempo, se abre un espacio de puesta en común voluntaria con la consigna: *“Si lo deseas, puedes compartir alguna palabra o idea que haya aparecido”*.

La escritura individual precede a la puesta en común para facilitar un primer contacto emocional sin exposición inmediata. En el intercambio, la terapeuta se centra en reflejar y validar, evitando interpretaciones o confrontación cognitiva. Subraya coincidencias entre participantes para favorecer normalización, y observa indicadores de progreso coherentes con los objetivos del programa: capacidad de nombrar al menos una emoción concreta, disminución de expresiones globales imprecisas y participación verbal mínima sostenida. Si aparece activación elevada, interviene con regulación breve y concreta, manteniendo el ritmo grupal sin profundizar en contenidos complejos.

3. **Normalización grupal estructurada** (20 minutos) → La terapeuta sintetiza los temas

emergentes y formula una devolución integradora: *“El miedo puede tener muchas formas.*

Identificarlo no lo aumenta; nos permite empezar a entenderlo”. Esta intervención refuerza el

OE-1 desde una aproximación gradual y no confrontativa, consolidando la primera

experiencia de validación interpersonal del proceso grupal.

Cierre (10-15 minutos)

La terapeuta realiza una síntesis breve de los temas comunes y del valor de haber iniciado la identificación emocional. Se realiza una ronda final con la consigna: *“Con una palabra, ¿cómo te vas hoy del grupo?”*. Cada intervención dura un máximo de 30 segundos. La terapeuta regula el tiempo y evita la apertura de nuevos contenidos. Se introduce la tarea entre sesiones: registrar dos situaciones relacionadas con el parto, anotando situación, emoción principal y sensación corporal asociada. Se especifica que el registro debe ser descriptivo, no analítico. La sesión finaliza recordando fecha y hora del siguiente encuentro y marcando verbalmente el cierre formal.

Este primer acercamiento permite iniciar un proceso de reconocimiento emocional compartido. A partir de esta base, la siguiente sesión profundizará en la comprensión del miedo al parto, diferenciando sus componentes emocionales, cognitivos y corporales.

Indicadores observables de progreso en esta sesión: (a) capacidad de nombrar al menos una emoción concreta vinculada al parto, (b) participación verbal mínima sostenida (aunque sea breve) en la puesta en común, (c) disminución de respuestas globales imprecisas (*“mal”, “fatal”*) a favor de descripciones más específicas.

Sesión 2. Comprensión emocional del miedo al parto

Duración total: 90 minutos.

Técnicas nucleares: clarificación emocional estructurada (TIP) y diferenciación

emoción-pensamiento-sensación corporal.

La segunda sesión profundiza en el trabajo iniciado sobre el MP, avanzando desde su identificación global hacia una comprensión más precisa de sus componentes emocionales, cognitivos y corporales. Este paso es coherente con el OE-1 (reducción progresiva del miedo mediante reconocimiento explícito) y con el OE-2 (integración emocional más diferenciada y menos evitativa). Tras haber nombrado el miedo en la sesión anterior, el momento grupal permite introducir una técnica de clarificación que reduzca la confusión emocional sin confrontar directamente creencias o expectativas anticipatorias.

Apertura (10-15 minutos)

La sesión comienza retomando el clima de seguridad establecido. La terapeuta recuerda brevemente la estructura del trabajo y propone la ronda inicial con la consigna: *“En una frase corta, ¿cómo ha sido tu semana cuando aparecía el pensamiento sobre el parto?”*. Cada participante dispone de 30-45 segundos. Se regula el tiempo y observa la calidad del lenguaje emocional (etiquetas específicas frente a formulaciones globales como *“mal”, “fatal”* o *“no quiero pensar”*). A continuación, se revisa la tarea de registro emocional. La terapeuta pregunta: *“¿Qué habéis descubierto al anotar situación, emoción y sensación corporal?”*. Se invita a compartir observaciones breves, sin análisis extensos. Este momento orienta el trabajo central al detectar avances en precisión emocional o confusión persistente entre pensamiento y emoción.

Trabajo central (60 minutos)

1. **Introducción aplicada a la diferenciación emocional (10 minutos)** → La terapeuta introduce el objetivo de la sesión de forma concreta: *“Hoy vamos a aprender a separar mejor qué es*

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

emoción, qué es pensamiento y qué ocurre en el cuerpo cuando aparece el miedo al parto”.

Se explica brevemente que cuando la experiencia se vive como un bloque indiferenciado, la intensidad emocional puede amplificarse. La diferenciación reduce la vivencia global e indiferenciada del miedo, facilitando su regulación progresiva. Se mantiene un lenguaje operativo y aplicado, sin exposición teórica extensa.

2. **Ejercicio estructurado de clarificación emocional** (25 minutos) → Se entrega una hoja estructurada con tres columnas emoción-pensamiento-sensación corporal (véase material de intervención en Apéndice A). La consigna literal es: *“Piensa en una situación reciente en la que hayas sentido preocupación por el parto. Durante cinco minutos, identifica qué emoción concreta apareció, qué pensamiento la acompañaba y qué notaste en el cuerpo”*. Durante el ejercicio, la terapeuta mantiene silencio activo y observa signos de bloqueo, evitación o activación elevada. Finalizada la escritura, se abre un intercambio guiado. La terapeuta formula preguntas de clarificación propias de la intervención interpersonal: *“Cuando dices ‘no voy a poder’, ¿eso es emoción o pensamiento?”*; *“¿Qué emoción aparece debajo de ese pensamiento?”*; *“¿Dónde lo notas físicamente?”*.

La intervención no busca reestructurar ni cuestionar la veracidad del pensamiento, sino **afinar la diferenciación**. Si alguna participante muestra dificultad para identificar una emoción concreta, la terapeuta ofrece opciones cerradas (*“¿Se parece más a miedo, tristeza o enfado?”*), facilitando acceso sin presión. Si se detecta activación elevada, se introduce regulación breve (30-60 segundos) antes de continuar, preservando la estabilidad grupal.

3. **Validación y síntesis estructurada** (15 minutos) → La terapeuta recoge patrones comunes (p. ej., pensamientos anticipatorios de pérdida de control asociados a tensión corporal) y formula una devolución integradora: *“Diferenciar no elimina el miedo, pero lo hace más manejable”*. En esta fase pueden observarse indicadores de progreso: uso de etiquetas

emocionales más precisas, disminución de expresiones globales catastrofistas y mayor conciencia de correlatos corporales.

4. **Integración aplicada breve** (10 minutos) → Si el grupo mantiene estabilidad emocional, la terapeuta invita a matizar un pensamiento identificado para hacerlo más específico y concreto (p. ej., de *“Todo va a salir mal”* a *“Me preocupa no saber cómo reaccionaré al dolor”*). El objetivo no es un cambio cognitivo profundo, sino reducir la generalización extrema y favorecer sensación de manejabilidad.

Cierre (10-15 minutos)

La terapeuta sintetiza los aprendizajes principales (diferenciación emoción / pensamiento / cuerpo, identificación de patrones personales y primer paso hacia regulación progresiva). Se realiza la ronda final con la consigna: *“En una palabra, ¿qué te llevas hoy de este ejercicio?”*. Cada intervención dura un máximo de 30 segundos. Se introduce la tarea entre sesiones: registrar dos situaciones relacionadas con el parto utilizando las tres columnas trabajadas. Se aclara que el objetivo es observación precisa, no modificación. La sesión concluye recordando fecha y hora del siguiente encuentro y marcando verbalmente el cierre formal.

Tras comenzar a diferenciar emociones, pensamientos y sensaciones corporales asociadas al miedo al parto, el proceso grupal permite ampliar el foco hacia el contexto interpersonal en el que estas experiencias se viven. La siguiente sesión abordará el papel del apoyo social durante el embarazo y su influencia en la vivencia emocional del parto.

Indicadores observables de progreso en esta sesión: (a) uso más frecuente de etiquetas emocionales específicas (p. ej., *“miedo”*, *“inquietud”*) frente a categorías difusas, (b) capacidad de diferenciar al menos un pensamiento de una emoción durante la puesta en común, (c) mayor identificación de correlatos corporales (p. ej., tensión, nudo, respiración) asociados al MP.

Sesión 3. Apoyo social y red de vínculos

Duración total: 90 minutos.

Técnicas nucleares: análisis interpersonal focalizado (TIP) y mapeo estructurado de red de apoyo.

La tercera sesión amplía el foco desde la experiencia emocional individual hacia el contexto interpersonal en el que dicha experiencia se regula o se intensifica. Tras identificar y diferenciar el MP en sesiones previas, resulta pertinente explorar cómo la red de apoyo influye en su vivencia. Este movimiento se alinea con el OE-3 (fortalecimiento del apoyo social percibido) y contribuye de manera indirecta al OE-1 al intervenir sobre moduladores relacionales del miedo.

Apertura (10-15 minutos)

La sesión comienza retomando brevemente el trabajo anterior. La terapeuta introduce el nuevo foco señalando que la vivencia del embarazo no depende solo de lo interno, sino también de las relaciones significativas que acompañan el proceso. Se realiza la ronda inicial con la consigna: *“En una frase corta, ¿qué has observado esta semana cuando aparecía el miedo al parto?”*. Cada intervención dura 30-45 segundos. La terapeuta regula el tiempo y observa si emergen referencias espontáneas a apoyo o a soledad. Se revisa brevemente la tarea entre sesiones. Si alguna participante menciona que hablar con alguien redujo el malestar o que evitar pedir apoyo intensificó la preocupación, la terapeuta lo señala como ejemplo de la influencia interpersonal.

Trabajo central (60 minutos)

1. **Introducción al foco interpersonal (10 minutos)** → La terapeuta enmarca el objetivo de la sesión con claridad: *“Hoy vamos a mirar qué ocurre alrededor cuando aparece el MP: quién está disponible, cómo se percibe ese apoyo y qué hacemos con nuestras necesidades emocionales”*. Se aclara que el propósito no es juzgar relaciones ni analizar conflictos

profundos, sino comprender cómo se vive el apoyo en el momento actual del embarazo, manteniendo el foco en la experiencia presente.

2. **Mapeo estructurado de la red de apoyo** (25 minutos) → Se entrega una hoja con un esquema circular concéntrico. En el centro, cada participante escribe su nombre; en los círculos sucesivos coloca a personas significativas según el apoyo emocional percibido durante el embarazo. La consigna literal es: *“Durante los próximos diez minutos, coloca en este esquema a las personas que forman parte de tu red durante el embarazo. Sitúalas según el apoyo emocional que sientes que recibes actualmente”*. La terapeuta especifica que el criterio es la percepción subjetiva de apoyo, no la proximidad física ni el rol social. Durante el ejercicio, observa posibles indicadores clínicos relevantes, como vacíos en la red, dudas reiteradas al ubicar figuras, discrepancias entre apoyo esperado y percibido o tendencia a justificar y/o proteger a terceros.

En la puesta en común, guía con preguntas estructuradas: *“¿Qué te llama la atención al ver tu esquema?”*; *“¿Hay alguien que pensabas que estaría más cerca?”*; *“¿Hay apoyos que no estás utilizando?”*. Si aparece crítica intensa hacia una figura, redirige a la vivencia personal: *“¿Cómo influye eso en cómo estás viviendo el embarazo?”*. Se mantiene el foco en experiencia subjetiva, no en interpretar la conducta de terceros.

3. **Identificación de necesidades emocionales** (15 minutos) → Tras explorar el esquema, la terapeuta plantea: *“Si tuvieras que elegir una necesidad emocional concreta en este momento del embarazo, ¿cuál sería?”*. Se concede un breve espacio individual antes de compartir. En la puesta en común, ayuda a transformar formulaciones difusas (*“necesito más apoyo”*) en expresiones concretas (*“necesito que me escuchen sin minimizar”*, *“necesito que no cambien de tema cuando hablo del parto”*).

4. **Activación interpersonal inicial** (10 minutos) → Cada participante identifica una necesidad emocional concreta y una persona potencial con quien podría compartirla. No es necesario ejecutar la acción de inmediato; el objetivo es abrir la posibilidad de que pueda ocurrir. La terapeuta modela una formulación sencilla y directa, anticipando el trabajo práctico que se realizará en la sesión siguiente. Si alguna participante refiere no contar con figuras significativas de apoyo, la terapeuta valida y señala el grupo como espacio parcial de sostén, manteniendo una postura contenida y realista.

Cierre (10-15 minutos)

La terapeuta sintetiza los aprendizajes principales (el apoyo modula la intensidad del miedo; identificar necesidades es el primer paso para utilizarlas; la percepción de apoyo puede ampliarse al hacerla explícita): *“No se trata de tener el apoyo perfecto, sino de empezar a verlo con mayor claridad”*. Y se realiza la ronda final con la consigna: *“En una palabra, ¿cómo te vas hoy respecto a tus apoyos?”*. Cada intervención dura un máximo de 30 segundos. Se propone la tarea entre sesiones (véase material en Apéndice A): elegir una necesidad emocional concreta e intentar expresarla de manera sencilla a una persona identificada; si no se lleva a cabo, observar qué lo dificulta. La sesión concluye recordando fecha y hora del siguiente encuentro y marcando verbalmente el cierre formal.

La identificación de la red de apoyo y de las necesidades emocionales asociadas constituye el primer paso para poder utilizar ese apoyo de forma efectiva. En la siguiente sesión, el trabajo se centrará en cómo expresar estas necesidades de forma clara y ajustada en las relaciones significativas.

Indicadores observables de progreso en esta sesión: (a) identificación de al menos una figura de apoyo percibido; (b) formulación de una necesidad emocional concreta; (c) verbalización de una posible acción interpersonal.

Sesión 4. Comunicación interpersonal y expresión de necesidades

Duración total: 90 minutos.

Técnicas nucleares: entrenamiento en habilidades interpersonales desde TIP grupal y role-playing estructurado con regulación emocional guiada.

La cuarta sesión da continuidad al trabajo sobre red de apoyo y necesidades emocionales, centrando el entrenamiento en cómo expresar dichas necesidades de forma clara, ajustada y emocionalmente segura. Este avance responde al OE-3 (activación del apoyo social) y contribuye indirectamente al OE-1 al reducir la vivencia de aislamiento asociada al MP.

Al introducir ejercicios experienciales, la terapeuta cuida de forma específica el ritmo, la voluntariedad y los límites de exposición.

Apertura (10-15 minutos)

Se retoma la tarea propuesta en la sesión anterior con la consigna: *“¿Alguien quiere compartir cómo fue intentar expresar esa necesidad durante la semana?”*. Cada intervención se limita a un minuto. La terapeuta regula el tiempo e identifica si la petición se realizó, no se intentó o generó malestar. En todos los casos, valida el proceso y no el resultado. Si aparece autocrítica, reformula hacia aprendizaje: *“Más allá de cómo salió, ¿qué aprendiste sobre lo que te gustaría expresar?”*. A continuación, introduce el foco del día: *“Hoy vamos a practicar cómo expresar necesidades emocionales con mayor claridad y seguridad”*.

Trabajo central (60 minutos)

1. **Psicoeducación sobre estilos de comunicación (10 minutos)** → La terapeuta presenta de forma breve tres formas habituales de comunicación (inhibida, agresiva y asertiva) con ejemplos del embarazo: *“Cuando sentimos miedo o preocupación, no solo importa lo que sentimos, sino también cómo lo expresamos”*. Se evita la exposición teórica extensa y se

favorece la toma de conciencia sin juicio, evitando clasificar las formas de comunicación como correctas o incorrectas. Por último, se pregunta: “¿En cuál os reconocéis más cuando habláis de vuestros miedos sobre el parto?”, facilitando la toma de conciencia sin juicio.

2. **Modelado de una formulación operativa** (10 minutos) → La terapeuta modela una frase completa y funcional: “*Cuando me dices que no me preocupe por el parto, me siento poco escuchada. Me ayudaría que simplemente me escucharas sin minimizarlo*”. Después explicita la estructura operativa: situación concreta, emoción en primera persona y necesidad específica. Se subraya que el objetivo no es la perfección formal, sino una claridad suficiente para que el mensaje sea comprensible y emocionalmente honesto.
3. **Role-playing estructurado con regulación** (30 minutos) → La terapeuta establece normas explícitas: participación voluntaria, escenas breves (2-3 minutos), posibilidad de detener el ejercicio y foco en practicar una habilidad, evitando escenas altamente conflictivas.

Cada práctica sigue la misma secuencia: una participante describe la situación, elige a una compañera para representar a la figura significativa, ensaya la formulación y la terapeuta puede pausar si detecta activación o bloqueo. Durante la práctica, interviene activamente identificando posibles tendencias a justificar o atacar, clarificando formulaciones difusas o ambiguas, redirigiendo al uso de la primera persona y modulando la intensidad emocional si aparece escalada. Si la intervención deriva hacia un plano excesivamente cognitivo, la terapeuta redirige hacia la experiencia emocional, y orienta la crítica hacia la expresión de la necesidad.

Si aparecen signos de activación elevada, se detiene el ejercicio y se introduce una regulación breve guiada (60-90 segundos) centrada en respiración lenta y anclaje sensorial (contacto de los pies con el suelo, respaldo de la silla). No se profundiza en contenidos altamente activadores; se retorna a la habilidad trabajada.

Tras cada ensayo, se realiza un feedback en tres pasos: lo que funcionó, una mejora concreta y cómo se sintió la participante, reduciendo la sensación de exposición evaluativa y favoreciendo el aprendizaje progresivo.

Cierre (10-15 minutos)

La terapeuta sintetiza los aprendizajes principales: expresar necesidades no garantiza la respuesta deseada, pero aumenta la probabilidad de recibir apoyo; la claridad reduce malentendidos; y la práctica disminuye la anticipación negativa. Se realiza una ronda final: *“En una frase breve, ¿qué te llevas hoy sobre cómo comunicar tus necesidades?”*. Cada intervención se limita a 30 segundos.

Se propone como tarea entre sesiones (véase material en Apéndice A) practicar al menos una formulación siguiendo la estructura situación-emoción-necesidad; si no se realiza, registrar qué lo dificultó y qué emoción apareció. La sesión concluye recordando la fecha y hora del siguiente encuentro y anticipando el foco de la sesión 5 (transición al rol materno).

Una vez iniciada la práctica de habilidades comunicativas orientadas a solicitar apoyo, el proceso del programa permite ampliar la mirada hacia la dimensión identitaria del embarazo. La siguiente sesión se centrará en explorar los cambios asociados a la transición al rol materno y las emociones ambivalentes que pueden acompañarla.

Indicadores observables de progreso en esta sesión: (a) uso de formulaciones en primera persona siguiendo la estructura situación–emoción–necesidad; (b) reducción de mensajes globales o acusatorios a favor de peticiones específicas; (c) participación en role-playing (activa o como observadora implicada).

Sesión 5. Transición al rol materno

Duración total: 90 minutos.

Técnicas nucleares: exploración de transición de rol (TIP) y reflexión guiada pérdidas-ganancias con validación emocional estructurada.

La quinta sesión se orienta a la exploración de los cambios identitarios asociados a la maternidad. Tras haber trabajado miedo, diferenciación emocional y apoyo interpersonal, el proceso grupal permite ahora ampliar el foco hacia la dimensión del rol materno. Esta sesión se alinea principalmente con el OE-2 (integración de emociones ambivalentes) y contribuye indirectamente al OE-4 al favorecer una adaptación emocional más flexible ante la transición vital.

Apertura (10-15 minutos)

La sesión comienza retomando brevemente la experiencia de aplicar las habilidades comunicativas trabajadas previamente. La terapeuta formula la consigna: *“En una frase corta, ¿qué ha cambiado esta semana en cómo te estás viendo a ti misma en el embarazo?”* Cada intervención se limita a 30-45 segundos. La terapeuta regula el tiempo y observa si emergen referencias espontáneas a cambios identitarios, pérdidas percibidas o expectativas idealizadas. A continuación, introduce el foco de la sesión: *“Hoy vamos a mirar el embarazo no solo desde el miedo al parto, sino desde los cambios que implica en vuestra identidad.”* Se subraya que no se trata de resolver nada, sino de comprender el proceso.

Trabajo central (60 minutos)

1. **Introducción a la transición de rol (10 minutos)** → La terapeuta explica que convertirse en madre implica transformaciones progresivas en la identidad personal, relacional y vital: *“No se trata solo de añadir algo nuevo, sino también de reorganizar aspectos previos de la identidad”*. Se enfatiza que dichas transformaciones pueden incluir emociones ambivalentes

(por ejemplo, ilusión, miedo, duda o sensación de pérdida) sin que ello implique falta de deseo o compromiso. Esta intervención se introduce en este momento del proceso grupal porque ya existe suficiente cohesión para abordar contenidos más profundos sin riesgo de retraimiento generalizado.

2. **Ejercicio estructurado de pérdidas y ganancias** (25 minutos) → Se distribuye una hoja dividida en dos columnas: *“Aspectos que siento que cambian o dejo atrás”* y *“Aspectos que siento que incorporo o gano”*. La consigna literal es: *“Durante diez minutos, escribe libremente qué aspectos de tu vida, identidad o forma de ser sientes que están cambiando con el embarazo. No busques equilibrio. Solo observa”*. Durante la escritura, la terapeuta mantiene silencio activo y observa posibles dificultades para identificar pérdidas, minimización de los cambios, activación emocional ante determinados contenidos, ambivalencia, tendencia a compararse con otras participantes o bloqueo.

Si aparece bloqueo, puede facilitar el acceso mediante ejemplos o reformulaciones:

“A veces puede ser algo como sentir que pierdes tiempo para ti o espontaneidad... ¿resuena algo de esto?”. Si emerge activación emocional, introduce contención breve y validación:

“Tiene sentido que esto remueva... podemos ir poco a poco”. Si aparece culpa o autoexigencia, reformula hacia normalización de la experiencia.

En la puesta en común voluntaria, la terapeuta interviene validando ambivalencias:

“Que aparezcan emociones mezcladas no significa que algo vaya mal, sino que estás atravesando un proceso de cambio importante”; y evitando comparaciones entre

participantes. Si alguna intervención deriva hacia autoexigencia, la terapeuta reformula hacia aceptación emocional.

3. **Construcción de narrativa flexible** (15 minutos) → A partir de los contenidos compartidos, se formulan preguntas abiertas orientadas a flexibilizar narrativas rígidas: *“¿Qué parte de tu*

identidad permanece?”; “¿Qué cualidades tuyas siguen presentes en esta nueva etapa?”. No se imponen interpretaciones; se acompaña la elaboración. El objetivo no es construir una narrativa positiva forzada, sino ampliar la perspectiva y reducir visiones rígidas o dicotómicas.

4. **Regulación y ritmo** (10 minutos) → Si emergen emociones intensas, la terapeuta puede introducir indicaciones como: *“Paramos un momento... nota el cuerpo, respira... seguimos cuando te sientas preparada”*. Se evita profundizar en conflictos identitarios complejos que excedan el marco preventivo del programa.

Cierre (10-15 minutos)

La terapeuta sintetiza que la transición al rol materno no implica perder quién se era previamente, sino integrar progresivamente aspectos de la identidad en una nueva etapa. Se realiza la ronda final con la consigna: *“En una palabra, ¿cómo te vas hoy respecto a tu proceso de cambio?”*. Cada intervención se limita a 30 segundos. Y se propone como tarea entre sesiones escribir una breve carta a la *“yo futura madre”*, describiendo qué valores o cualidades personales desea conservar en esta transición. Se aclara que el objetivo no es escribir algo *“bonito”*, sino conectar con lo propio de forma auténtica. La sesión concluye recordando fecha y hora del siguiente encuentro. La exploración de los cambios identitarios asociados a la maternidad permite comprender el embarazo como un proceso de transformación progresiva. A partir de esta comprensión, la siguiente sesión se orientará a fortalecer la percepción de autoeficacia y de capacidad personal para afrontar el parto.

Indicadores observables de progreso en esta sesión: (a) verbalización de emociones ambivalentes sin autocrítica inmediata; (b) identificación de al menos un cambio y un elemento identitario que permanece; (c) disminución del lenguaje rígido (p. ej., *“todo/nada”*, *“debería”*); (d) mayor flexibilidad en la narrativa personal; (e) participación emocional (no solo cognitiva) en la sesión.

Sesión 6. Autoeficacia y sentido de control

Duración total: 90 minutos

Técnicas nucleares: evocación guiada de experiencias de afrontamiento y refuerzo estructurado de autoeficacia.

La sexta sesión se centra en el fortalecimiento de la autoeficacia y del sentido de control ante el parto. Este trabajo se alinea principalmente con el OE-1 (reducción del MP) y con el OE-4 (prevención de malestar posterior), al activar mecanismos de competencia percibida que modulan la ansiedad anticipatoria.

Apertura (10-15 minutos)

La sesión comienza conectando con el trabajo previo sobre la transición identitaria. La terapeuta retoma brevemente la tarea de la carta a la “yo futura madre”, facilitando la continuidad del proceso sin forzar la exposición. A continuación, se introduce la consigna: *“¿Qué cualidad tuya (p. ej., paciencia, resistencia, capacidad de pedir ayuda) te gustaría que estuviera presente en el momento del parto?”*.

Cada intervención dura un máximo de 45 segundos. La terapeuta observa si emergen atributos de competencia o, por el contrario, expresiones de incapacidad anticipada. Si emergen expresiones de incapacidad anticipada (p. ej., *“no sé si podré”*), se reformula hacia evidencia previa: *“¿Qué parte de ti ha demostrado algo parecido en otros momentos?”*

Trabajo central (60 minutos)

1. **Identificación estructurada de experiencias de afrontamiento (25 minutos)** → La terapeuta plantea: *“Piensa en una situación difícil que hayas afrontado en el pasado. No tiene que estar relacionada con el embarazo”*. Durante cinco minutos, cada participante escribe la situación, qué hizo para afrontarla y qué cualidades personales utilizó. Durante la puesta en común, la

terapeuta realiza una reconstrucción activa de recursos, ayudando a hacer explícitas capacidades implícitas mediante intervenciones concretas: *“Ahí tomaste decisiones incluso con miedo”, “Ahí pediste ayuda cuando lo necesitabas”, “Ahí sostuviste algo difícil durante un tiempo”*.

Se evita reforzar desde lo general o grandilocuente (*“eres muy fuerte”*) y se centra en lo observable y específico. Posteriormente, se establece un puente progresivo con el parto: *“Eso que hiciste ahí... ¿en qué forma podría aparecer también en el parto?”*.

2. **Conexión corporal con sensación de competencia** (15 minutos) → Se orienta la atención hacia la postura corporal, la respiración y la sensación interna de estabilidad o sostén; y se introduce un ejercicio breve de evocación guiada: recordar la situación superada y observar qué ocurre en el cuerpo cuando se conecta con esa experiencia de eficacia.

La terapeuta mantiene un tono calmado y ofrece la posibilidad de mantener los ojos abiertos si alguien se siente incómoda. Si aparece activación elevada, se puede intervenir: *“Paramos un momento... vuelve a notar los pies en el suelo... respira... seguimos cuando te sientas preparada”*.

3. **Integración aplicada** (20 minutos) → La terapeuta formula preguntas de puente: *“¿Qué de esa experiencia podría estar presente en el parto?”; “¿Qué recursos ya tienes disponibles?”*. Se evita transmitir una idea de control absoluto y se refuerza una narrativa de capacidad progresiva y realista: *“No se trata de saber exactamente qué pasará, sino de confiar en que podrás responder a lo que ocurra”*.

Si aparecen formulaciones dicotómicas (*“o puedo o no puedo”*), se matizan hacia alternativas más ajustadas: *“puedo intentarlo”, “puedo apoyarme”, “puedo ir paso a paso”*.

Cierre (10-15 minutos)

La terapeuta sintetiza que la autoeficacia no implica ausencia de miedo, sino confianza suficiente para afrontarlo: *“No se trata de sentirte completamente preparada, sino de empezar a confiar en que podrás responder a lo que ocurra”*. Se realiza la ronda final: *“En una frase breve, ¿qué recurso personal reconoces hoy en ti?”*.

Se propone como tarea registrar durante la semana situaciones cotidianas en las que aparezca sensación de competencia o control adaptativo, poniendo atención a pequeñas evidencias de capacidad en lo cotidiano, no solo a situaciones relevantes o excepcionales. La sesión concluye recordando fecha y hora del siguiente encuentro.

Tras identificar recursos personales y experiencias previas de afrontamiento, el grupo dispone de una base más sólida para integrar estos recursos en la anticipación del parto. La siguiente sesión permitirá vincular los aprendizajes del programa con la representación emocional del momento del nacimiento.

Indicadores observables de progreso en esta sesión: (a) identificación explícita de al menos una cualidad personal vinculada a afrontamiento, (b) reformulación de expresiones de incapacidad en términos más específicos y manejables, (c) aumento del lenguaje de competencia (*“puedo intentar”, “ya he hecho antes”*).

Sesión 7. Integración y anticipación del parto

Duración total: 90 minutos.

Técnicas nucleares: anticipación guiada centrada en recursos y planificación emocional flexible.

La séptima sesión se orienta a integrar los aprendizajes del programa y trabajar la anticipación emocional del parto desde una perspectiva realista y flexible. Esta sesión consolida el trabajo de OE-1 y OE-4, vinculando miedo y recursos en una narrativa más integrada.

Apertura (10-15 minutos)

La terapeuta propone: *“Si comparas cómo imaginabas el parto en la primera sesión y cómo lo imaginas ahora, ¿qué ha cambiado?”*. Las intervenciones se limitan a 45 segundos. Se observa evolución en el lenguaje utilizado. Si alguna participante mantiene una visión rígida o temerosa, la facilitadora valida sin confrontar y amplía la perspectiva: *“Tiene sentido que eso siga estando... y también podemos ver qué ha cambiado alrededor de ese miedo”*.

Trabajo central (60 minutos)

1. **Anticipación guiada flexible (30 minutos)** → La terapeuta invita a imaginar el momento del parto poniendo el foco en recursos personales e interpersonales previamente trabajados. No se detallan escenarios médicos ni se fomenta control exhaustivo de variables externas.

Durante la guía, la terapeuta orienta la anticipación hacia elementos concretos: recursos personales: *“¿Qué recurso personal reconoces en ese momento?”*; apoyo interpersonal: *“¿Quién podría estar contigo o acompañarte de alguna forma?”*; conexión corporal: *“¿Qué parte de ti podría sostenerte ahí?”*. Se evita construir escenarios rígidos o altamente detallados, así como fomentar control total de la situación. Se enfatiza permitir la coexistencia de miedo y capacidad.

Si emergen contenidos altamente activadores, se redirige hacia lo regulado y disponible: *“¿Qué te ayudó dentro de esa escena, aunque fuera un poco?”*. Posteriormente, se abre un espacio de intercambio voluntario centrado en recursos identificados, no en detalles activadores.

2. **Exploración de miedos residuales** (20 minutos) → La terapeuta ayuda a establecer puentes explícitos entre miedo y recurso mediante ejemplos:

- a. miedo a perder el control → recurso de respiración o apoyo;
- b. miedo al dolor → capacidad previa de sostener malestar;
- c. miedo a estar sola → red de apoyo identificado.

Se evita eliminar el miedo o tranquilizar en exceso; el foco se mantiene en su integración funcional, favoreciendo la sensación de “puedo sostener esto”: *“Tiene sentido que ese miedo esté... ¿Qué parte de lo que ya has trabajado podría ayudarte ahí?”*

3. **Síntesis integradora** (10 minutos) → Se recogen patrones comunes y formula una devolución estructurada: *“El miedo no desaparece del todo, pero ya no está solo. Ahora aparece acompañado de recursos, apoyo y mayor comprensión”*.

Cierre (10-15 minutos)

Se propone elaborar un “plan emocional personal” (véase Apéndice A), orientado a recordar recursos y apoyos disponibles, no como guión rígido. Se orienta a incluir: uno o dos recursos personales, un apoyo interpersonal disponible, y recordatorios útiles para momentos difíciles (p. ej., *“puedo ir momento a momento”*). Se enfatiza que no se trata de un guión rígido, sino de un recordatorio flexible de recursos disponibles (incertidumbre ≠ incapacidad).

En la ronda final se utiliza la consigna: *“Con una palabra, ¿cómo te sitúas hoy ante el parto?”*.

Se recuerda la fecha de la próxima y última sesión.

La integración de recursos personales e interpersonales permite construir una anticipación del parto más flexible y realista. La última sesión del programa estará dedicada a consolidar estos aprendizajes y a realizar un cierre progresivo del proceso grupal.

Indicadores observables de progreso en esta sesión: (a) vinculación explícita entre miedo residual y recurso disponible, (b) uso de lenguaje menos catastrofista en la anticipación, (c) mayor coherencia narrativa entre identidad, apoyo y autoeficacia.

Sesión 8. Cierre y consolidación

Duración total: 90 minutos

Técnicas nucleares: revisión narrativa estructurada y ritual de cierre contenido.

La última sesión se dedica a consolidar los cambios y facilitar un cierre progresivo del proceso grupal. Se alinea transversalmente con todos los objetivos del programa.

Apertura (10-15 minutos)

La terapeuta reconoce explícitamente el final del proceso y valida la posible aparición de emociones diversas (satisfacción, dudas, cierta tristeza), normalizando la ambivalencia propia del cierre. A continuación, propone una ronda inicial: *“Si tuvieras que describir tu recorrido en una frase, ¿cuál sería?”*. Si alguna participante presenta dificultad para responder, se facilita el acceso con reformulaciones: *“Puede ser algo sencillo... cómo llegaste y cómo te vas hoy”*.

Trabajo central (60 minutos)

1. **Revisión estructurada del proceso** (30 minutos) → Se revisan brevemente las principales áreas trabajadas: miedo al parto, diferenciación emocional, apoyo social, identidad y autoeficacia. La terapeuta guía la revisión mediante preguntas concretas y operativas:
 - a. *“¿Qué ha cambiado en tu forma de pensar o hablar del parto?”*
 - b. *“¿Qué has entendido mejor sobre lo que sientes?”*
 - c. *“¿Qué apoyo identificas hoy que antes no veías?”*
 - d. *“¿Qué parte de ti sientes más presente ahora?”*

Se prioriza lo concreto y observable, evitando respuestas abstractas. Si aparecen generalizaciones, se reconduce: *“¿Puedes poner un ejemplo concreto?”*. Si alguna participante minimiza su proceso, se facilita contraste: *“¿Qué habría sido diferente para ti si no hubieras estado en el grupo?”*

2. **Refuerzo de integración** (20 minutos) → Se refuerza la internalización de los recursos, destacando que no dependen del grupo: *“Eso que has hecho aquí, ya es tuyo”; “No es algo que te dé el grupo, es algo que has podido activar”*. Y se formulan preguntas de integración: *“¿Qué recurso sientes más tuyo ahora mismo?”; “¿Qué te ayudaría a recordarlo en un momento difícil?”*.
3. **Preparación de despedida** (10 minutos) → La terapeuta anticipa el cierre emocional del grupo y valida posibles reacciones: sensación de pérdida del espacio, miedo a continuar sin el grupo o ambivalencia ante el final. Se introducen frases de sostén: *“Cerrar no es perder lo que habéis construido”*. Si alguna participante evita el cierre (minimiza, bromea o se distancia), se puede nombrar de forma contenida: *“A veces, cuando algo ha sido importante, cuesta despedirse”*.

Cierre (10-15 minutos)

Se propone un ritual de cierre sencillo y contenido con la consigna: *“Di en una frase breve qué recurso reconoces hoy en ti y qué te quieres llevar contigo”*. Seguidamente, recoge los aprendizajes clave: el miedo puede seguir presente, pero cambia la forma de relacionarse con él; los recursos no aparecen de repente, se reconocen y se activan; el apoyo no es solo externo, también se construye internamente; el proceso no termina aquí, continúa fuera del grupo. La terapeuta agradece explícitamente la participación y marca el final del proceso: *“No os vais como llegasteis. Cada una se va con algo propio, y eso es lo importante”*. Se evita reabrir contenidos nuevos, respetando la función de cierre.

Indicadores observables de progreso en esta sesión: (a) capacidad de identificar cambios concretos respecto a la sesión 1, (b) verbalización de al menos un recurso interno consolidado, (c) despedida grupal sin evitación abrupta del vínculo.

La Tabla 3 sintetiza la correspondencia entre los objetivos específicos de la intervención (OE-1 a OE-4), las sesiones en las que se abordan de forma prioritaria y los principales procesos activados. Su finalidad es visualizar la coherencia funcional entre objetivos, contenidos y mecanismos de cambio, facilitando la evaluación del programa y su replicabilidad en contextos clínicos reales.

Tabla 3

Alineación entre objetivos específicos y componentes del programa TIP-Parto

Objetivo específico	Sesiones implicadas	Contenidos y actividades principales	Procesos activados
OE-1. Reducir el miedo al parto	1, 2, 6 y 7	Exploración emocional del miedo, clarificación emoción - pensamiento - cuerpo, identificación de recursos personales y anticipación emocional del parto	↓ evitación emocional; ↑ control percibido; ↑ autoeficacia
OE-2. Favorecer la integración de emociones ambivalentes	2 y 5	Expresión emocional guiada, validación grupal, exploración de ambivalencia y trabajo sobre transición al rol materno	↑ regulación emocional; ↓ autocrítica; ↑ integración identitaria
OE-3. Fortalecer el apoyo social y las habilidades interpersonales	3, 4 y 8	Mapeo de red de apoyo, identificación de necesidades emocionales, entrenamiento en comunicación interpersonal y cierre grupal	↑ apoyo social percibido; ↑ conexión interpersonal; ↑ expresión de necesidades
OE-4. Prevenir la progresión del malestar emocional perinatal	5, 6, 7 y 8	Trabajo sobre transición vital, refuerzo de autoeficacia, anticipación realista del parto y consolidación de recursos	↑ adaptación emocional; ↑ afrontamiento; ↓ vulnerabilidad psicológica

Nota. La intervención actúa de forma transversal sobre los objetivos específicos, activando procesos emocionales e interpersonales que contribuyen a la reducción del miedo al parto y a una adaptación emocional más saludable durante la gestación.

Criterios de fidelidad de implementación y adaptaciones permitidas

Con el fin de garantizar la coherencia clínica y la replicabilidad del programa TIP-Parto en contextos sanitarios reales, se establecen una serie de criterios de fidelidad de implementación que delimitan los elementos esenciales del programa y las adaptaciones permitidas durante su aplicación.

Se consideran elementos nucleares no modificables del programa: el carácter preventivo de la intervención, el formato grupal reducido, la secuencia de ocho sesiones semanales de 90 minutos, la estructura común de cada sesión (apertura, trabajo central y cierre), el foco en los cuatro ejes de trabajo definidos (MP, ambivalencia emocional, apoyo social y autoeficacia), así como el uso de técnicas interpersonales coherentes con el modelo TIP. Del mismo modo, se consideran esenciales la presencia de tareas breves entre sesiones, la función activa de la terapeuta en la regulación del clima emocional del grupo y la atención específica a los ritmos individuales de participación.

Por otra parte, podrán realizarse adaptaciones menores siempre que no alteren la lógica clínica del programa ni sus objetivos preventivos. Entre ellas se incluyen la reformulación verbal de ejemplos o consignas para ajustarlas al contexto sociocultural de las participantes, la selección de materiales visuales complementarios, la modificación de algunos ejercicios escritos por formatos equivalentes de reflexión oral o individual, y la adaptación excepcional del formato presencial a modalidad online estructurada cuando existan limitaciones de acceso justificadas. Estas adaptaciones deberán preservar, en todo caso, la secuencia del programa, la duración de las sesiones y el contenido funcional de las técnicas empleadas.

Asimismo, la implementación del programa requiere que la terapeuta disponga de formación específica en salud mental perinatal y en TIP, así como competencia para la conducción de grupos y para la detección temprana de indicadores de riesgo clínico. En este sentido, la fidelidad de implementación no depende únicamente del seguimiento de las actividades previstas, sino también

del mantenimiento de una actitud clínica consistente con el modelo: validación emocional, regulación del ritmo grupal, claridad en el encuadre y capacidad de intervención contenida ante situaciones de activación emocional.

En conjunto, estos criterios permiten asegurar que el programa TIP-Parto conserve su coherencia estructural y clínica al tiempo que posibilita una aplicación flexible y realista en distintos dispositivos hospitalarios o comunitarios del contexto español.

Los materiales específicos de apoyo a la implementación (fichas de trabajo, plantillas de registro y recursos visuales de sesión) se presentan en el Apéndice A, con el fin de facilitar la aplicación práctica del programa sin sustituir la información contenida en este apartado.

Conclusión, limitaciones y líneas futuras de investigación

El presente trabajo ha tenido como objetivo desarrollar una propuesta de intervención psicológica preventiva orientada a abordar el miedo al parto desde una perspectiva emocional e interpersonal. A partir de la revisión de la literatura científica sobre salud mental perinatal, miedo al parto y transición a la maternidad, se ha puesto de relieve que esta experiencia no puede comprenderse únicamente como una reacción individual ante el parto, sino como un fenómeno complejo en el que confluyen factores emocionales, relacionales e identitarios propios del embarazo. Desde esta perspectiva, el miedo al parto puede interpretarse no sólo como una respuesta ansiosa anticipatoria, sino también como una expresión emocional vinculada al proceso de reorganización psicológica que acompaña a la transición hacia el rol materno.

Sobre esta base teórica y clínica se ha diseñado el programa TIP-Parto, una intervención grupal estructurada basada en los principios de la Terapia Interpersonal, orientada a facilitar la comprensión emocional del miedo al parto, fortalecer el apoyo social percibido y promover el desarrollo de recursos personales que permitan afrontar el nacimiento desde una posición de mayor seguridad emocional y percepción de control. Este enfoque propone desplazar parcialmente el foco desde la mera reducción sintomática hacia la comprensión del miedo dentro de un proceso adaptativo más amplio, en el que intervienen variables como la percepción de apoyo social, la autoeficacia y la integración emocional del nuevo rol materno.

La evidencia científica sugiere que el miedo al parto constituye una experiencia relativamente frecuente durante la gestación y que, cuando alcanza niveles elevados, puede asociarse a mayor malestar psicológico, incremento de síntomas ansiosos y depresivos, así como a una vivencia más negativa del proceso de nacimiento (Nilsson et al., 2018). En esta línea, diversos estudios han señalado que las intervenciones psicológicas orientadas a mejorar la regulación emocional, fortalecer el apoyo social y aumentar la percepción de control pueden contribuir a

reducir este miedo y favorecer una adaptación psicológica más saludable durante el embarazo (Fenwick et al., 2015). En coherencia con estos hallazgos, el programa TIP-Parto se plantea como una propuesta alineada con la evidencia disponible, al intervenir no únicamente sobre la intensidad del miedo, sino también sobre los procesos emocionales e interpersonales que contribuyen a su mantenimiento.

Este planteamiento resulta consistente con los principios de la Terapia Interpersonal, que conceptualiza el malestar psicológico en relación con el contexto relacional y con las transiciones vitales significativas (Weissman et al., 2017). En el caso del embarazo, la transición al rol materno constituye un momento particularmente relevante desde el punto de vista psicológico, ya que implica reorganizaciones emocionales, relacionales e identitarias que pueden intensificar tanto la vulnerabilidad emocional como las oportunidades de crecimiento personal. Desde esta perspectiva, abordar el miedo al parto implica también comprenderlo dentro de un proceso más amplio de adaptación a la maternidad.

Una de las principales fortalezas del presente trabajo reside en la adaptación de los principios de la Terapia Interpersonal al ámbito de la salud mental perinatal y, específicamente, a la prevención del miedo al parto. Aunque la TIP ha demostrado eficacia en el tratamiento de distintos trastornos emocionales, incluyendo la depresión perinatal (Tessema et al., 2025), su aplicación preventiva durante el embarazo ha sido menos explorada en la literatura científica. En este sentido, TIP-Parto pretende contribuir a este campo mediante una propuesta fundamentada en un modelo interpersonal con apoyo empírico, articulada en un formato grupal breve y estructurado y con potencial de aplicación en contextos clínicos reales. El diseño en ocho sesiones, el uso de materiales de bajo coste y la descripción detallada de la intervención favorecen además su viabilidad y replicabilidad en dispositivos de atención perinatal.

Otra fortaleza relevante del programa es su formato grupal. La evidencia científica sugiere que las intervenciones grupales durante el embarazo pueden favorecer la normalización de experiencias emocionales, reducir el sentimiento de aislamiento y promover la construcción de redes de apoyo entre iguales (Stein et al., 2014). En el caso del miedo al parto, compartir experiencias con otras mujeres que atraviesan procesos similares puede contribuir a disminuir la percepción de singularidad del miedo y facilitar una elaboración emocional más flexible. De este modo, el grupo se configura no sólo como un espacio terapéutico, sino también como un contexto interpersonal que favorece la validación emocional y el apoyo mutuo.

Además de su posible eficacia clínica, el programa incorpora un enfoque de ciencia de la implementación mediante el modelo RE-AIM, lo que permite evaluar no sólo los efectos psicológicos de la intervención, sino también su viabilidad, aceptabilidad y potencial de transferencia a contextos sanitarios reales. Este enfoque resulta especialmente relevante en el ámbito de la salud mental perinatal, donde la implementación de programas preventivos breves y estructurados constituye uno de los principales retos para la práctica clínica.

No obstante, el presente trabajo presenta diversas limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, se trata de una propuesta de intervención teórico-aplicada que, aunque se fundamenta en la literatura científica existente, no ha sido todavía evaluada empíricamente. Por tanto, la eficacia del programa TIP-Parto para reducir el miedo al parto deberá ser comprobada mediante estudios futuros que analicen sus efectos en muestras clínicas reales. En segundo lugar, el programa se dirige específicamente a mujeres primigestas, lo que limita la generalización de sus resultados a otros perfiles de mujeres embarazadas, como aquellas con experiencias previas de parto o con antecedentes obstétricos complejos. Es posible que en estos casos las necesidades psicológicas difieran y requieran adaptaciones específicas del programa.

Otra limitación se relaciona con el propio formato grupal de la intervención. Aunque este formato presenta ventajas relevantes desde el punto de vista terapéutico y preventivo, también puede implicar ciertas dificultades prácticas, como la coordinación de horarios, la variabilidad en el nivel de participación entre las integrantes del grupo o la posible presencia de diferencias significativas en la intensidad del miedo al parto entre participantes. En este sentido, la terapeuta deberá mantener una actitud clínica flexible que permita ajustar el ritmo de las sesiones y adaptar la intervención a las necesidades del grupo.

Asimismo, el programa se centra principalmente en los procesos emocionales e interpersonales asociados al miedo al parto, sin abordar de forma directa aspectos médicos u obstétricos del proceso de nacimiento. Aunque esta decisión responde al objetivo psicológico del programa, futuras intervenciones podrían explorar modelos integrados que combinen el trabajo psicológico con contenidos psicoeducativos impartidos por profesionales del ámbito obstétrico, favoreciendo una aproximación interdisciplinar a la atención perinatal.

En relación con las futuras líneas de investigación, sería especialmente relevante evaluar la eficacia del programa TIP-Parto mediante estudios controlados que permitan analizar su impacto en variables como el miedo al parto, la ansiedad prenatal, la percepción de autoeficacia y la experiencia subjetiva del parto. Asimismo, resultaría interesante explorar la posible influencia de la intervención en variables obstétricas, como la preferencia por determinados tipos de parto o el grado de satisfacción con la experiencia del nacimiento. Otra línea futura de investigación podría centrarse en la adaptación del programa a diferentes contextos culturales y sanitarios, así como en el análisis de su implementación en distintos dispositivos asistenciales, como centros de atención primaria, servicios hospitalarios de obstetricia o programas comunitarios de apoyo a la maternidad. Del mismo modo, futuras investigaciones podrían explorar la posibilidad de adaptar el programa a formatos

híbridos o digitales que permitan ampliar el acceso a mujeres embarazadas que, por razones geográficas o logísticas, no puedan participar en intervenciones presenciales.

En conjunto, TIP-Parto representa una propuesta de intervención preventiva orientada a abordar el miedo al parto desde una perspectiva psicológica e interpersonal. Al situar el foco no únicamente en el miedo como síntoma, sino en los procesos emocionales, relacionales e identitarios que lo sostienen, el programa pretende contribuir al desarrollo de modelos preventivos que favorezcan una experiencia de embarazo y parto más integrada y emocionalmente saludable.

En definitiva, abordar el miedo al parto desde una perspectiva psicológica preventiva implica reconocer que el embarazo constituye no sólo un proceso biológico, sino también una transición emocional y relacional de gran relevancia. Integrar intervenciones psicológicas breves y basadas en evidencia dentro de los servicios de atención perinatal podría contribuir a mejorar la experiencia subjetiva del embarazo y del nacimiento, así como a prevenir dificultades emocionales posteriores. En este sentido, el programa TIP-Parto representa una propuesta alineada con los actuales modelos de atención perinatal centrados en la salud mental materna, abriendo nuevas posibilidades para el desarrollo de intervenciones preventivas accesibles, clínicamente fundamentadas y potencialmente transferibles a la práctica asistencial.

Referencias

- Aftab, N. (s. f.). Social Media Use During Pregnancy: Risks and Benefits for Women's Health. *Cureus*, 17(8), e90410. <https://doi.org/10.7759/cureus.90410>
- Alizadeh-Dibazari, Z., Abdolalipour, S., & Mirghafourvand, M. (2023). The effect of prenatal education on fear of childbirth, pain intensity during labour and childbirth experience: A scoping review using systematic approach and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 541. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05867-0>
- Alizadeh-Dibazari, Z., Maghalian, M., & Mirghafourvand, M. (2025). The relationship between perceived social support and fear of childbirth in pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychology*, 13(1), 709. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03047-7>
- Ammaniti, M., & Gallese, V. (2014). *The birth of intersubjectivity: Psychodynamics, neurobiology, and the self* (pp. xix, 236). W. W. Norton & Company.
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46(6), 1121-1134. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002706>
- Beattie, K. D. (2020). Choosing motherhood? An empirical phenomenological inquiry into the experience of maternal ambivalence. *ProQuest LLC*.
- Benton, M., Wittkowski, A., Edge, D., Reid, H. E., Quigley, T., Sheikh, Z., & Smith, D. M. (2024). Best practice recommendations for the integration of trauma-informed approaches in maternal mental health care within the context of perinatal trauma and loss: A systematic review of current guidance. *Midwifery*, 131, 103949. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103949>
- Borham-Puyal, M., & Martín, J. M. M. (2024). ¿Buenas o malas?: La maternidad a debate en la literatura del cambio de siglo. *Océánide*, 17, 51-57. <https://doi.org/10.37668/oceanide.v17i.137>
- Bright, K. S., Charrois, E. M., Mughal, M. K., Wajid, A., McNeil, D., Stuart, S., Hayden, K. A., &

- Kingston, D. (2019). Interpersonal psychotherapy for perinatal women: A systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Reviews*, 8, 248.
<https://doi.org/10.1186/s13643-019-1158-6>
- Bright, K. S., Charrois, E. M., Mughal, M. K., Wajid, A., McNeil, D., Stuart, S., Hayden, K. A., & Kingston, D. (2020). Interpersonal Psychotherapy to Reduce Psychological Distress in Perinatal Women: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8421. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228421>
- Carter, M., Russolillo, A., Ou, C., Zusman, E. Z., Hall, W. A., Cheung, I. W., & Jenkins, E. (2025). Models and key elements of integrated perinatal mental health care: A scoping review. *PLOS Mental Health*, 2(3), e0000164. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000164>
- Cuellar-Flores, I., Alvarez-Cienfuegos Cercas, L., Arias Rubio, S., Cordero, E., Díaz De Neira, M., Fernández, A., Lanza Raggiotti, E., Serrano-Villar, M., Madrigal, A., Hernanz Vaquero, A., Velayos Jiménez, L., Torrents M.Sc., E. G., Eimil Ortiz, B., Pérez, L., Jiménez, M., Jordán, C., & Dieguez Porres, M. (2024). Clinical Psychology and Perinatal Mental Health Programs in hospitals in the Community of Madrid: Description and recommendations of Good Practices. *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers*, 45(2), 108-115.
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3039>
- Cunqueiro, M. J., Comeche, M. I., & Docampo, D. (2009). Childbirth Self-Efficacy Inventory: Psychometric testing of the Spanish version. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2710-2718. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05161.x>
- Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: A qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26(3), 357-366.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.006>
- Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Wigert, H., Hessman, E., Sjöblom, H., & Sparud-Lundin, C. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of

- childbirth: A systematic review. *Women and Birth*, 32(2), 99-111.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.004>
- Dossett, E. C., Stuebe, A., Dillion, T., & Tabb, K. M. (2024). Perinatal Mental Health: The Need For Broader Understanding And Policies That Meet The Challenges. *Health Affairs (Project Hope)*, 43(4), 462-469. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2023.01455>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Fenwick, J., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., Sneddon, A., Scuffham, P. A., & Ryding, E. L. (2015). Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 284. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0721-y>
- Feyissa, G. T., Pouget, E. R., Kitila, S. B., Terfa, Y. B., & Wong, T. (2025). Integrating Mental Health Services Into Perinatal Care: Challenges and Opportunities. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 18, 4317-4339. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S536732>
- Franco, N. B. (2026). Maternidad(es) en los cuentos de Carmen Martín Gaité: Pluralidad, subversión y ambivalencia. *Cuadernos de Investigación Filológica*. <https://doi.org/10.18172/cif.7064>
- Gedo, G. (2022). "ERAN DOS FLORES": LAS PARADOJAS Y LAS AMBIVALENCIAS DE LA MATERNIDAD EN LA PLAZA DEL DIAMANTE. *ConSecuencias*, 3(1), 51-70.
<https://doi.org/10.6017/cs.v3i1.15931>
- Glasgow, R. E., Harden, S. M., Gaglio, B., Rabin, B., Smith, M. L., Porter, G. C., Ory, M. G., & Estabrooks, P. A. (2019). RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. *Frontiers in Public Health*, 7.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00064>
- Grote, N. K., Swartz, H. A., Geibel, S. L., Zuckoff, A., Houck, P. R., & Frank, E. (2009). A randomized

controlled trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 60(3), 313-321.

<https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.3.313>

Guide for Integration of Perinatal Mental Health in Maternal and Child Health Services (1st ed).

(2022). World Health Organization.

Haines, H. M., Rubertsson, C., Pallant, J. F., & Hildingsson, I. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 55. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-55>

Hankin, B. L., Demers, C. H., Hennessey, E.-M. P., Perzow, S. E. D., Curran, M. C., Gallop, R. J., Hoffman, M. C., & Davis, E. P. (2023). Effect of Brief Interpersonal Therapy on Depression During Pregnancy. *JAMA Psychiatry*, 80(6), 539-547.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.0702>

Harden, S. M., Galaviz, K. I., & Estabrooks, P. A. (2024). Expanding methods to address RE-AIM metrics in hybrid effectiveness-implementation studies. *Implementation Science Communications*, 5(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s43058-024-00646-0>

Harrison, J. M. (2024). Integrating Mental Health In Perinatal Care: Perspectives Of Interprofessional Clinicians. *Health Affairs*, 43(4), 540-547. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2023.01427>

Herbert, D., Young, K., Pietrusińska, M., & MacBeth, A. (2022). The mental health impact of perinatal loss: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 297, 118-129. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.026>

Hofberg, K., & Brockington, I. (2000). Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth: A series of 26 cases. *British Journal of Psychiatry*, 176(1), 83-85. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.1.83>

Holtrop, J. S., Estabrooks, P. A., Gaglio, B., Harden, S. M., Kessler, R. S., King, D. K., Kwan, B. M., Ory, M. G., Rabin, B. A., Shelton, R. C., & Glasgow, R. E. (2021). Understanding and applying the RE-AIM framework: Clarifications and resources. *Journal of Clinical and Translational Science*,

5(1), e126. <https://doi.org/10.1017/cts.2021.789>

Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: A review of progress and challenges.

World Psychiatry, 19(3), 313-327. <https://doi.org/10.1002/wps.20769>

Huang, Y., Zhong, Y., Chen, Q., Zhou, J., Fu, B., Deng, Y., Tu, X., & Wu, Y. (2024). A comparison of childbirth self-efficacy, fear of childbirth, and labor pain intensity between primiparas and multiparas during the latent phase of labor: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 400. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06571-3>

Hwang, W. Y., Choi, S. 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>

Johnson, J. E., Wiltsey-Stirman, S., Sikorskii, A., Miller, T., King, A., Blume, J. L., Pham, X., Moore Simas, T. A., Poleshuck, E., Weinberg, R., & Zlotnick, C. (2018). Protocol for the ROSE sustainment (ROSES) study, a sequential multiple assignment randomized trial to determine the minimum necessary intervention to maintain a postpartum depression prevention program in prenatal clinics serving low-income women. *Implementation Science*, 13(1), 115.

<https://doi.org/10.1186/s13012-018-0807-9>

Kwan, B. M., McGinnes, H. L., Ory, M. G., Estabrooks, P. A., Waxmonsky, J. A., & Glasgow, R. E. (2019).

RE-AIM in the Real World: Use of the RE-AIM Framework for Program Planning and Evaluation in Clinical and Community Settings. *Frontiers in Public Health*, 7.

<https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00345>

Landeta, O., & Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la escala multidimensional de apoyo social percibido. *Ansiedad estrés*, 173-182.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-19252>

Leonidaki, V., Lemma, A., & Hobbs, I. (2020). The active ingredients of dynamic interpersonal therapy (DIT): An exploration of clients' experiences. En *The Social and Interpersonal Origins of*

Depression Today. Routledge.

Liu, D. Y., Perry, N. S., Demers, C. H., Hyer, J. S., Alamo, A., Vuksanovich, P., Dube, N., Flanagan, E. R., Gallop, R. J., Rhoades, G. K., & Davis, E. P. (2025). Virtual versus in-person ROSE program (La Luz) as universal prevention for perinatal depression: Protocol for a randomized controlled trial in a safety net hospital. *Contemporary Clinical Trials*, 155, 107988.

<https://doi.org/10.1016/j.cct.2025.107988>

Loezar Hernández, M. (2023). Maternidades actuales, vulnerabilidad y la respuesta del sistema sanitario desde una perspectiva de género [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universitat de Lleida]. En *Maternidades actuales, vulnerabilidad y la respuesta del sistema sanitario desde una perspectiva de género*.

<https://observatorio-cientifico.ua.es/documentos/67c8a7665742ed20c62b15f2>

López-Toribio, M., Bravo, P., & Llupià, A. (2021). Exploring women's experiences of participation in shared decision-making during childbirth: A qualitative study at a reference hospital in Spain. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 631. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04070-3>

Manolova, G., Waqas, A., Chowdhary, N., Salisbury, T. T., & Dua, T. (2023). Integrating perinatal mental healthcare into maternal and perinatal services in low and middle income countries. *BMJ*, e073343. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-073343>

Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (2004). Interpersonal psychotherapy: Principles and applications. *World Psychiatry*, 3(3), 136-139.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1414693/>

Martín-Sánchez, M. B., Martínez-Borba, V., Catalá, P., Osma, J., Peñacoba-Puente, C., & Suso-Ribera, C. (2022). Development and psychometric properties of the maternal ambivalence scale in spanish women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 625.

<https://doi.org/10.1186/s12884-022-04956-w>

Mathijssen, J. J. P., Dirks, E., & van Bakel, H. J. A. (2024). Transition to Motherhood: Adverse

- Childhood Experiences, and Support from Partner, Family and Friends. *Maternal and Child Health Journal*, 28(7), 1242-1249. <https://doi.org/10.1007/s10995-024-03922-6>
- Mazzoni, S. E., O'Reilly Treter, M., Hyer, J., Peña, R., & Rhoades, G. K. (2023). Impact of Prenatal Group Healthy Relationship Education on Postpartum Contraception. *Women's Health Reports*, 4(1), 148-153. <https://doi.org/10.1089/whr.2022.0104>
- McNab, S., Fisher, J., Honikman, S., Muvhu, L., Levine, R., Chorwe-Sungani, G., Bar-Zeev, S., Hailegebriel, T. D., Yusuf, I., Chowdhary, N., Rahman, A., Bolton, P., Mershon, C.-H., Bormet, M., Henry-Ernest, D., Portela, A., & Stalls, S. (2022). Comment: Silent burden no more: a global call to action to prioritize perinatal mental health. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 308. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04645-8>
- 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>
- Muñoz, R. F., Beardslee, W. R., & Leykin, Y. (2012). Major depression can be prevented. *The American Psychologist*, 67(4), 285-295. <https://doi.org/10.1037/a0027666>
- Navarro, C., Pérez-Cortés, F., Vallejo-Correa, V., Navarro, C., Pérez-Cortés, F., & Vallejo-Correa, V. (2025). Representaciones de parejas sobre su primogénito y su rol parental durante la transición a la parentalidad. *Terapia psicológica*, 43(2), 281-301. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082025000200281>
- Nelson, A. M. (2003). Transition to Motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32(4), 465-477. <https://doi.org/10.1177/0884217503255199>
- Nikpour, M., Alijanpoor, M., Behmanesh, F., Omrani, A., Yahyavi, F., Karimnezhad Sorkhi, F., Haghighi Kenari, T., Hajian, K., Mohsenzadeh Ledari, F., & Faramarzi, M. (2025). Comparing Fear of Childbirth and Labor Pain Intensity among Primiparous and Multiparous Women: A Cross-Sectional Study. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 13(4), 5085-5093.

<https://doi.org/10.22038/jmrh.2024.75434.2219>

- Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Sparud-Lundin, C., Wigert, H., & Begley, C. (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1659-7>
- O'Brien, J., Gregg, L., & Wittkowski, A. (2024). "Finding my voice again" - women's experiences of psychological therapy in perinatal secondary care settings: A qualitative study. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1240855>
- Ortega Cejas, C. (2024). Adaptación al castellano y validación del cuestionario W-DEQ de miedo al parto en población española [Ph.D. Thesis, Universitat de Barcelona]. En *TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)*. <https://www.tdx.cat/handle/10803/690540>
- Pérez, Y. R., & Ávila, L. A. (2026). *La maternidad en duda: La influencia de los estereotipos y la culpa en la ambivalencia de las mujeres jóvenes Questioning Motherhood: The Influence of Stereotypes and Guilt on Ambivalence among Young Women*.
- Perrykkad, K., O'Neill, R., & Jamadar, S. D. (2024). Sense of self in first-time pregnancy. *Npj Women's Health*, 2(1), 12. <https://doi.org/10.1038/s44294-024-00018-y>
- Ponce, C. M. P., Ávila, M. R. de, & Castillo, S. G. (2026). Entre la sobrecarga y el afecto: Significados del rol materno en mujeres madres en contextos de vulnerabilidad social. *Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias*, 3(1), 1075-1094. <https://doi.org/10.71112/5ew6fy50>
- Räsänen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R., & Heinonen, S. (2013). Fear of childbirth predicts postpartum depression: A population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open*, 3(11), e004047. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004047>
- Rodríguez-Muñoz, M. F., Motrico, E., Miguez, M. C., Chaves, C., Suso-Ribera, C., Duque, A., García-Salinas, M., Caparrós-González, R. A., Martín-Agudiez, N., Kovacheva, K., García-López,

- H. S., Vazquez-Batan, P., Peñacoba, C., Osma, J., Rodríguez-Muñoz, M. F., Motrico, E., Miguez, M. C., Chaves, C., Suso-Ribera, C., ... Osma, J. (2023). La depresión perinatal en el contexto español: Informe de consenso del Consejo General de Psicología de España. *Clínica y Salud*, 34(2), 51-63. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a15>
- Sanjari, S., Chaman, R., Salehin, S., Goli, S., & Keramat, A. (2021). Update on the Global Prevalence of Severe Fear of Childbirth in Low-Risk Pregnant Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 10(1), 3-10. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2022.02>
- Servin-Barthet, C., Martínez-García, M., Pretus, C., Paternina-Die, M., Soler, A., Khymenets, O., Pozo, Ó. J., Leuner, B., Vilarroya, O., & Carmona, S. (2023). The transition to motherhood: Linking hormones, brain and behaviour. *Nature Reviews. Neuroscience*, 24(10), 605-619. <https://doi.org/10.1038/s41583-023-00733-6>
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference* (pp. xxi, 623). Houghton, Mifflin and Company.
- Shakarami, A., Mirghafourvand, M., Abdolalipour, S., Jafarabadi, M. A., & Iravani, M. (2021). Comparison of fear, anxiety and self-efficacy of childbirth among primiparous and multiparous women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 642. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04114-8>
- Sockol, L. E. (2018). A systematic review and meta-analysis of interpersonal psychotherapy for perinatal women. *Journal of Affective Disorders*, 232, 316-328. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.018>
- Soto Balbuena, C., Rodríguez Muñoz, M. de la F., & Le, H.-N. (2020). *Validation of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in Spanish Pregnant Women*. <https://hdl.handle.net/20.500.14468/24979>
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M., &

- Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), 1800-1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)
- Storksén, H. T., Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(2), 237-242. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01323.x>
- Stuart, S., Brock, R. L., Ramsdell, E., Arndt, S., & O'Hara, M. W. (2023). Collaborative decision making improves interpersonal psychotherapy efficiency: A randomized clinical trial with postpartum women. *Journal of Affective Disorders Reports*, 14, 100636. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100636>
- Tan, H. J. R. (2020). An Illustration of Interpersonal Psychotherapy for Perinatal Depression. *Case Reports in Psychiatry*, 2020, 8820849. <https://doi.org/10.1155/2020/8820849>
- Tessema, M., Abera, M., & Birhanu, Z. (2025). Antenatal group-based psychoeducation to improve postpartum depression literacy in primary health care institutions in Ethiopia: A cluster randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 16. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1548356>
- Udenigwe, O., Okonofua, F. E., Ntoimo, L. F. C., Imongan, W., Igboin, B., & Yaya, S. (2021). Perspectives of policymakers and health providers on barriers and facilitators to skilled pregnancy care: Findings from a qualitative study in rural Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03493-8>
- Valenzuela Araujo, L., Gómez Rodríguez, G. A., Valdez Montero, C., & Apodaca Armenta, R. E. (2025). Intervenciones no farmacológicas eficaces para la depresión perinatal asociada a mujeres embarazadas: Una revisión integrativa. *Salud Uninorte*, 41(3), 1001-1023. <https://doi.org/10.14482/sun.41.03.896.414>
- Webb, R., Uddin, N., Ford, E., Easter, A., Shakespeare, J., Roberts, N., Alderdice, F., Coates, R., Hogg, S., Cheyne, H., Ayers, S., & MATRIx study team. (2021). Barriers and facilitators to

implementing perinatal mental health care in health and social care settings: A systematic review. *The Lancet. Psychiatry*, 8(6), 521-534.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30467-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30467-3)

Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2017). What Is IPT? En M. M. Weissman, J. C.

Markowitz, G. L. Klerman, M. M. Weissman, J. C. Markowitz, & G. L. Klerman (Eds.), *The*

Guide to Interpersonal Psychotherapy: Updated and Expanded Edition (p. 0). Oxford

University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190662592.003.0003>

Williamson, T., Wagstaff, D. L., Goodwin, J., & Smith, N. (2023). Mothering Ideology: A Qualitative

Exploration of Mothers' Perceptions of Navigating Motherhood Pressures and Partner

Relationships. *Sex Roles*, 88(1-2), 101-117. <https://doi.org/10.1007/s11199-022-01345-7>

Zlotnick, C., Tzilos, G., Miller, I., Seifer, R., & Stout, R. (2016). Randomized controlled trial to prevent

postpartum depression in mothers on public assistance. *Journal of Affective Disorders*, 189,

263-268. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.059>

Apéndices

Apéndice A

Manual de intervención TIP-Parto

Con el objetivo de facilitar la comprensión operativa del programa de intervención y favorecer su posible replicabilidad en contextos clínicos reales, se incluye a continuación el manual del programa TIP-Parto.

Este manual recoge de forma estructurada los principales elementos prácticos de la intervención, incluyendo la descripción general del programa, la estructura de las sesiones, ejemplos de ejercicios utilizados durante el proceso grupal y orientaciones básicas para su implementación. Su finalidad es ofrecer una guía práctica que permita trasladar el modelo de intervención desarrollado en este trabajo a dispositivos de atención perinatal, manteniendo los principios clínicos y la lógica terapéutica descritos en el programa.

El material presentado tiene carácter complementario al desarrollo teórico y metodológico expuesto en el cuerpo del trabajo, y pretende ilustrar de manera aplicada cómo se traducen los contenidos de la intervención en herramientas concretas de trabajo con las participantes.

El manual no sustituye la formación clínica necesaria para la aplicación de intervenciones psicológicas en salud mental perinatal, pero ofrece una base estructurada que puede facilitar la implementación del programa en contextos profesionales.

TIP-PARTO

RAQUEL MULA FORTE

**Trabajo Fin de Máster en
Psicología General Sanitaria
tutorizada por CARLOS SUSO**

Universidad Europea de Canarias
Curso académico 2025-2026



**Manual de intervención
grupal preventiva basada
en Terapia Interpersonal
para mujeres primigestas
con miedo al parto**

Versión 1.0

ÍNDICE

01 Descripción del programa

- 1.1. Objetivos del programa
- 1.2. Principios de la intervención TIP-Parto
- 1.3. El rol del terapeuta

02 Instrucciones de uso del manual

- 2.1. Protocolo ante indicadores de riesgo
- 2.2. Registro clínico

03 Cribado e inclusión de participantes

- 3.1. Criterios de selección
- 3.2. Entrevista inicial
- 3.3. Evaluación inicial
- 3.4. Decisión clínica

04 Formación del grupo

- 4.1 Normas de funcionamiento del grupo
- 4.2. Protocolo de abandono

05 Estructura del programa

06 Desarrollo del programa

- Sesión 1. Creación del marco grupal y exploración inicial
- Sesión 2. Comprensión del miedo al parto
- Sesión 3. Apoyo social y red de vínculos
- Sesión 4. Apoyo social y red relacional
- Sesión 5. Comunicación y necesidades
- Sesión 6. Autoeficacia y percepción de control
- Sesión 7. Integración del rol materno
- Sesión 8. Cierre y consolidación

07 Evaluación y seguimiento del programa

08 Manejo de dificultades en sesión grupal

09 Materiales terapéuticos

1. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El programa TIP-Parto es una intervención psicológica grupal de carácter preventivo dirigida a mujeres primigestas que presentan miedo al parto. Parte de una idea sencilla pero profunda: el embarazo no es solo un proceso físico, sino también una transición emocional y relacional que puede generar incertidumbre, ambivalencia y, en muchos casos, miedo.

Desde esta perspectiva, el miedo al parto no se aborda únicamente como un síntoma que debe reducirse, sino como una experiencia emocional con significado, vinculada a la forma en que cada mujer vive su proceso de cambio hacia la maternidad. TIP-Parto propone, por tanto, comprender este miedo dentro de un contexto más amplio, en el que influyen variables como la percepción de apoyo social, la autoeficacia y la integración del nuevo rol materno.

El programa se fundamenta en los principios de la Terapia Interpersonal (TIP), un modelo que entiende el malestar psicológico en relación con los vínculos y las transiciones vitales significativas. Aplicado al contexto perinatal, este enfoque permite trabajar el miedo al parto desde una dimensión interpersonal, favoreciendo la expresión emocional, la validación de la experiencia y el fortalecimiento de las relaciones de apoyo.



TIP-Parto se desarrolla en formato grupal a lo largo de ocho sesiones semanales de 90 minutos. Este formato no solo permite estructurar el proceso terapéutico, sino que constituye en sí mismo un elemento de intervención, al facilitar la conexión entre mujeres que atraviesan experiencias similares. El grupo se convierte así en un espacio seguro donde compartir, normalizar y elaborar emociones, reduciendo el aislamiento y promoviendo el apoyo mutuo.

A lo largo del programa, se combinan elementos psicoeducativos, técnicas de regulación emocional y dinámicas interpersonales orientadas a favorecer una vivencia más consciente, integrada y flexible del embarazo y del parto. El objetivo no es eliminar el miedo, sino transformarlo en una experiencia comprensible y manejable, desde una mayor sensación de seguridad emocional y percepción de control.

En conjunto, TIP-Parto constituye una propuesta de intervención breve, estructurada y potencialmente aplicable en contextos clínicos reales, especialmente en dispositivos de atención perinatal y salud mental. Su diseño busca no solo reducir el malestar asociado al miedo al parto, sino también promover recursos psicológicos que faciliten una adaptación más saludable al proceso de maternidad.



1.1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

OBJETIVO GENERAL

El programa TIP-Parto tiene como objetivo principal la reducción del miedo al parto en mujeres primigestas mediante una intervención grupal basada en la Terapia Interpersonal (TIP), y el fortalecimiento de sus recursos emocionales y relacionales durante la gestación.

Desde un enfoque de prevención indicada, la intervención se orienta a abordar de forma temprana el malestar emocional asociado al embarazo, favoreciendo una mayor sensación de control, autoeficacia y apoyo social en el proceso de transición a la maternidad.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Reducir el miedo al parto

Favorecer la comprensión emocional del proceso de parto y disminuir la ansiedad anticipatoria, promoviendo una mayor sensación de control y autoeficacia.

2. Integrar emocionalmente la maternidad

Explorar y validar las emociones ambivalentes asociadas al embarazo, facilitando una vivencia del rol materno más flexible, coherente y ajustada.

3. Fortalecer el apoyo social y las habilidades interpersonales

Potenciar la comunicación, la expresión emocional y la conexión con otras mujeres, favoreciendo la percepción de apoyo y la sensación de pertenencia.

4. Prevenir el malestar emocional postparto

Promover estrategias interpersonales adaptativas que reduzcan el riesgo de desarrollo o intensificación de sintomatología ansiosa o depresiva tras el parto.

5. Evaluar la viabilidad y aplicabilidad del programa

Analizar la aceptabilidad, utilidad y potencial de implementación del programa en contextos clínicos reales.

1.2. PRINCIPIOS DE LA INTERVENCIÓN TIP-PARTO

La intervención TIP-Parto se fundamenta en los principios teóricos y clínicos de la Terapia Interpersonal, adaptados al contexto específico del embarazo como etapa de transición vital. Estos principios orientan tanto la estructura del programa como la actitud terapéutica, garantizando una intervención coherente, focalizada y centrada en los procesos emocionales e interpersonales implicados en el miedo al parto.

1. CENTRALIDAD DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES



La TIP parte de la premisa de que el malestar emocional se encuentra estrechamente vinculado a las relaciones significativas. En el contexto perinatal, las dinámicas de **pareja, familia y entorno social** adquieren un papel clave en la vivencia del embarazo. La intervención se orienta a explorar, comprender y mejorar estos vínculos como vía principal de cambio terapéutico.

2. EMBARAZO COMO TRANSICIÓN VITAL



El embarazo se conceptualiza como una **transición evolutiva que implica cambios** emocionales, relacionales e identitarios. Desde este enfoque, el miedo al parto y la ambivalencia emocional no se abordan como signos de patología, sino como experiencias comprensibles dentro de este proceso de adaptación.

3. FOCALIZACIÓN EN EL AQUÍ Y AHORA



La intervención se centra en las **experiencias actuales** de las participantes, especialmente en sus vivencias emocionales presentes y en sus relaciones interpersonales. Este enfoque permite trabajar de forma directa sobre los factores que mantienen el malestar, facilitando cambios concretos y aplicables a su realidad cotidiana.

4. EXPRESIÓN Y VALIDACIÓN EMOCIONAL

Se promueve un espacio terapéutico seguro en el que las participantes puedan **expresar y elaborar sus emociones sin juicio**. La validación emocional actúa como un elemento clave para reducir la autocrítica, normalizar la ambivalencia y favorecer una mayor integración emocional del proceso de maternidad.



5. FORTALECIMIENTO DEL APOYO SOCIAL PERCIBIDO

El apoyo social percibido constituye uno de los principales factores protectores en salud mental perinatal. La intervención potencia tanto la identificación como la **activación de redes de apoyo**, así como el desarrollo de habilidades para solicitar ayuda y compartir necesidades de forma eficaz.



6. DESARROLLO DE HABILIDADES INTERPERSONALES

El programa incorpora el entrenamiento en habilidades como la **comunicación asertiva, la expresión de necesidades, el establecimiento de límites y la resolución de conflictos**. Estas competencias permiten mejorar la calidad de las relaciones y reducir el impacto del malestar emocional.



7. ROL ACTIVO DE LA PARTICIPANTE

La intervención se basa en un **modelo colaborativo** en el que las participantes adoptan un papel activo en su proceso. Se fomenta la reflexión, la toma de conciencia y la aplicación práctica de los aprendizajes en su vida diaria.



8. ENFOQUE PREVENTIVO Y BREVE

TIP-Parto se enmarca dentro de la prevención indicada, interviniendo de forma temprana ante la presencia de malestar leve o factores de riesgo. Su carácter estructurado y limitado en el tiempo permite una **intervención eficaz, accesible y transferible** a contextos clínicos reales.



1.3. EL ROL DEL TERAPEUTA



El terapeuta en el programa TIP-Parto adopta un rol activo, estructurador y emocionalmente contenido, coherente con los principios de la Terapia Interpersonal en formato grupal. Su función principal no es dirigir el contenido de las participantes, sino facilitar un contexto relacional seguro que permita la exploración emocional progresiva y la integración de los aprendizajes.

Desde esta perspectiva, el terapeuta actúa como guía del proceso, regulando el ritmo, delimitando los objetivos de cada sesión y sosteniendo el encuadre, al tiempo que promueve la participación activa del grupo y la validación emocional entre las integrantes.

FUNCIONES PRINCIPALES

ESTRUCTURACIÓN Y ENCUADRE DEL PROCESO

El terapeuta organiza cada sesión siguiendo la estructura establecida (inicio, desarrollo y cierre), asegurando la coherencia del proceso y la progresión terapéutica. Define los límites del espacio grupal, regula los tiempos de intervención y evita la apertura de contenidos que excedan el foco preventivo del programa.



FACILITACIÓN DE LA EXPRESIÓN EMOCIONAL

Promueve la identificación y verbalización de emociones vinculadas al miedo al parto, utilizando preguntas de clarificación propias de la Terapia Interpersonal:

- “¿Qué emoción aparece en ese momento?”
- “¿Cómo lo estás viviendo tú?”

Evita interpretaciones prematuras o confrontaciones directas, priorizando la comprensión progresiva frente al cambio inmediato.



REGULACIÓN DEL CLIMA GRUPAL

El terapeuta observa de forma continua el nivel de activación emocional del grupo, introduciendo intervenciones de regulación cuando es necesario (pausas, respiración guiada, ralentización del ritmo). Su objetivo es mantener un nivel de activación tolerable y funcional, que permita el trabajo sin desbordamiento.



FOMENTO DEL APOYO INTERPERSONAL

Facilita la interacción entre participantes, promoviendo la validación emocional y el reconocimiento mutuo. Refuerza los intercambios espontáneos de apoyo, sin forzarlos, favoreciendo que el grupo funcione como un contexto relacional significativo.



MODELADO DE COMUNICACIÓN

Actúa como modelo de comunicación clara, respetuosa y emocionalmente ajustada. En sesiones centradas en habilidades interpersonales, ofrece ejemplos concretos y ayuda a reformular mensajes para hacerlos más específicos y en primera persona.



MANTENIMIENTO DEL FOCO TERAPÉUTICO

El terapeuta reconduce intervenciones que se desvían del objetivo de la sesión, evitando la dispersión o la profundización en contenidos que requieran un abordaje clínico individual. Mantiene el equilibrio entre flexibilidad y estructura.



ACTITUD TERAPÉUTICA



El terapeuta mantiene una actitud caracterizada por:

- **Neutralidad activa (sin juicio, sin posicionamiento directivo)**
- **Empatía y validación emocional**
- **Contención y regulación del ritmo**
- **Claridad y concreción en las intervenciones**

Se evita adoptar un rol excesivamente directivo o salvador, favoreciendo que las participantes construyan sus propios significados y recursos.

LÍMITES DEL ROL TERAPÉUTICO

El terapeuta mantiene una delimitación clara del encuadre preventivo del programa:

- No realiza intervenciones propias de terapia individual intensivo
- No aborda en profundidad psicopatología grave
- Deriva a recursos especializados cuando detecta indicadores de riesgo

Asimismo, evita generar dependencia del grupo o del propio terapeuta, promoviendo la autonomía progresiva de las participantes.

Y CIERRE DEL PROCESO TERAPÉUTICO

En la última sesión, el terapeuta asume un papel activo en la elaboración del cierre, nombrando explícitamente el final del proceso, validando las emociones asociadas y facilitando la integración de los aprendizajes.

El objetivo es que las participantes finalicen el programa con una sensación de continuidad interna, no de pérdida del sostén.

2. INSTRUCCIONES DE USO DEL MANUAL TIP-PARTO

El presente manual ha sido diseñado como una guía práctica para la implementación del programa TIP-Parto. Su objetivo es facilitar la aplicación estructurada de la intervención, ofreciendo indicaciones claras sobre qué hacer, cómo hacerlo y en qué momento del proceso.

El manual está organizado de forma secuencial, siguiendo el orden real de aplicación del programa: desde el proceso de cribado e inclusión de participantes hasta el desarrollo de las sesiones y la evaluación final. Se recomienda seguir esta secuencia sin alterar el orden de los apartados.

Cada sesión incluye los elementos necesarios para su aplicación: objetivos clínicos, estructura temporal, consignas orientativas, materiales de trabajo, tareas entre sesiones e indicadores observables de progreso. Las consignas propuestas pueden adaptarse al estilo personal del terapeuta, siempre que se mantenga el foco clínico de la intervención.

Los materiales incluidos en el manual están diseñados para su uso directo con las participantes. Se recomienda su preparación previa antes del inicio de cada sesión.

El programa TIP-Parto tiene carácter preventivo y no sustituye la intervención psicológica individual en casos de mayor gravedad. Ante la detección de indicadores de riesgo clínico significativo, se deberá valorar la derivación a recursos especializados.



2.1. PROTOCOLO ANTE INDICADORES DE RIESGO

Si durante el programa se detectan indicadores de riesgo clínico (p. ej., sintomatología depresiva grave, ansiedad intensa o ideación suicida), **el terapeuta deberá:**



1. **Valorar la situación en un espacio individual breve**
2. **Interrumpir la participación en el grupo si es necesario**
3. **Derivar a recursos especializados**
4. **Registrar la incidencia**

El programa no sustituye la intervención clínica individual en casos de mayor gravedad.

2.2. REGISTRO CLÍNICO

Se recomienda mantener un registro estructurado que incluya:

- **Asistencia por sesión**
- **Observaciones clínicas relevantes**
- **Incidencias durante el proceso**
- **Evolución general del grupo**



Este registro facilita la continuidad asistencial y la evaluación del programa.



Hoja de registro clínico del proceso grupal



Observar con claridad es **parte del cuidado**"



DATOS GENERALES

Sesión nº: _____

• Duración: _____

Fecha: _____ / _____ / _____

• Nº de asistentes: _____ / _____



ASISTENCIA

Participantes presentes: _____

Ausencias relevantes (si las hay): _____



OBSERVACIONES CLÍNICAS RELEVANTES

- (Lenguaje emocional, nivel de participación, cambios observados...)



PROCESOS GRUPALES

- (Clima grupal, apoyo entre participantes, dinámicas emergentes...)



CONTENIDOS CLAVE DE LA SESIÓN

- (Qué se ha trabajado y cómo ha sido recibido)



INDICADORES DE PROGRESO OBSERVADOS

- ☐ Identificación emocional más clara
- ☐ Expresión de necesidades
- ☐ Uso de recursos personales
- ☐ Activación de apoyo interpersonal
- ☐ Mayor flexibilidad cognitiva
- ☐ Otros: _____



INTERVENCIONES REALIZADAS

- (Regulación, validación, reformulación, redirección...)



ORIENTACIÓN PARA PRÓXIMA SESIÓN

- (Ajustes, focos clínicos, necesidades detectadas)



NOTAS DEL/LA TERAPEUTA

- (Espacio libre)



RECUERDA...

- Este registro no es para hacerlo 'perfecto', sino **útil y claro**
- Prioriza lo observable y relevante clínicamente
- Menos es más (sí, aquí también) 😊

3. CRIBADO Y SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

3.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN

La intervención se dirige a mujeres primigestas entre las semanas 14 y 27 de gestación que presenten miedo al parto, ambivalencia emocional y ansiedad en niveles leves o moderados.

Este grupo constituye una población de especial vulnerabilidad psicológica, dado que el primer embarazo implica una mayor incertidumbre emocional, un proceso de transición identitaria más intenso y la ausencia de experiencias previas que funcionen como referencia adaptativa.

El segundo trimestre de gestación se considera un periodo óptimo para la intervención preventiva, ya que el malestar emocional comienza a consolidarse, pero aún existe margen temporal suficiente para trabajar los factores psicológicos y relacionales implicados antes del parto, reduciendo el riesgo de cronificación del malestar.

VALORACIÓN INICIAL

La adecuación al programa se valorará mediante una entrevista inicial de cribado, con el objetivo de garantizar el ajuste entre las necesidades de la participante y las características de la intervención.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Para la participación en el programa, se establecen los siguientes criterios:

1. Mujeres mayores de edad embarazadas en su primer embarazo (primigestas).
2. Encontrarse en el segundo trimestre de gestación (entre las semanas 14–27).
3. Presencia de miedo al parto leve o moderado (W-DEQ-A = 66-84).
4. Ansiedad leve o moderada (GAD-7 $\geq$ 5).
5. Niveles significativos de ambivalencia materna (Maternal Ambivalence Scale, MAS $\geq$ 33,19; M = 26,48; DT = 6,71).
6. Comprensión adecuada del idioma en el que se desarrolla la intervención.
7. Compromiso con la asistencia a las sesiones grupales.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Quedan excluidas del programa aquellas mujeres que presenten:

1. trastorno depresivo mayor en fase activa, ansiedad grave o trastorno de estrés postraumático que requiera tratamiento psicológico especializado;
2. ideación suicida actual o riesgo clínico significativo;
3. complicaciones obstétricas de alto riesgo que limiten la participación segura en sesiones grupales;
4. participación simultánea en tratamiento psicológico individual con objetivos similares;
5. consumo activo de sustancias psicoactivas o antecedentes recientes de abuso;
6. barreras idiomáticas que dificultan la participación adecuada;
7. no aceptación del consentimiento informado o del uso anonimizado de los datos.



3.2. ENTREVISTA INICIAL

La entrevista inicial tiene una duración aproximada de 20-30 minutos y persigue tres objetivos:

1. **valorar la adecuación al programa**
2. **detectar posibles criterios de exclusión**
3. **introducir el encuadre de la intervención**

GUIÓN ORIENTATIVO DE LA ENTREVISTA

Inicio (acogida y breve encuadre)

- “Antes de empezar, me gustaría conocer un poco cómo estás viviendo este momento del embarazo y qué te ha traído hasta aquí”
- “¿Qué te ha llevado a interesarte por este programa en este momento?”

Exploración del miedo al parto

- “Cuando piensas en el momento del parto, ¿qué es lo primero que se te viene a la cabeza?”
- “Si tuvieras que ponerle una imagen o una escena a ese momento, ¿cómo sería?”
- “¿Qué es lo que más te preocupa exactamente?”
- “¿Hay algo que te dé especialmente miedo: el dolor, perder el control, que algo no vaya bien...?”
- “Cuando aparece ese pensamiento, ¿qué notas en ti?”
- “¿Qué sueles hacer cuando te viene ese miedo?”

Estado emocional actual

- En general, ¿cómo estás viviendo el embarazo a nivel emocional?
- “¿Hay momentos del día o situaciones en las que ese malestar aparece más?”
- “¿Sientes que esto te está afectando en tu día a día, o lo llevas más o menos bien?”

Apoyo social

- “Cuando te sientes así, ¿con quién sueles compartirlo?”
- “¿Cómo te responden cuando hablas de esto?”
- “¿Sientes que te ayuda, o a veces no termina de encajar lo que recibes?”
- “¿Hay cosas que te gustaría decir o pedir, pero no sueles expresar?”

Expectativas

- “¿Qué te gustaría que cambiara después de participar en el programa?”
- “Si este programa te ayudara, ¿en qué lo notarías?”
- “¿Qué sería para ti una buena experiencia en este proceso?”

OBSERVAMOS

claridad vs ambivalencia ·
demanda propia vs externa ·

EVALUAMOS

contenido del miedo ·
nivel de activación ·
evitación vs afrontamiento ·
diferenciación emocional ·

OBSERVAMOS

intensidad ·
interferencia ·
estabilidad emocional ·

OBSERVAMOS

percepción de apoyo ·
calidad del vínculo ·
necesidades no expresadas ·

EVALUAMOS

expectativas realistas ·
implicación ·
capacidad de insight ·

3.3. EVALUACIÓN INICIAL

La evaluación inicial tiene como objetivo confirmar la adecuación de la participante al programa y establecer una línea base del malestar emocional.

Se recomienda administrar los instrumentos tras la entrevista inicial.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y CRITERIOS DE INTERPRETACIÓN

Se emplearán los siguientes instrumentos para la evaluación inicial, junto con sus criterios orientativos de interpretación:



W-DEQ-A (Wijma Delivery Expectancy Questionnaire)

- Evaluación del miedo al parto
- Puntuaciones entre 66–84 indican miedo leve o moderado



GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7)

- Evaluación de sintomatología ansiosa
- Puntuaciones ≥ 5 indican ansiedad leve o moderada



MAS (Maternal Ambivalence Scale)

- Evaluación de ambivalencia materna
- Puntuaciones $\geq 33,19$ indican niveles significativos de ambivalencia

PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN

- Explicar brevemente el objetivo de los cuestionarios
- Garantizar confidencialidad
- Resolver dudas sin influir en las respuestas
- Revisar que estén completos antes de su análisis

Estos criterios tienen carácter orientativo y deben interpretarse de forma integrada junto con la entrevista clínica.



3.4. DECISIÓN CLÍNICA

La decisión clínica se basa en la integración de la entrevista clínica, la evaluación inicial y la observación del funcionamiento emocional e interpersonal.

CHECKLIST PARA DECISIÓN CLÍNICA

Participante: _____ Fecha: _____
Terapeuta: _____

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ☐ W-DEQ-A (66–84) → miedo al parto leve/moderado
- ☐ GAD-7 $\geq$ 5 → ansiedad leve/moderada
- ☐ MAS $\geq$ 33,19 → ambivalencia materna significativa
- ☐ Capacidad de regulación emocional básica
- ☐ Puede hablar del parto sin desbordamiento
- ☐ Identificación emocional mínima (aunque sea básica)
- ☐ Disposición para participar en grupo
- ☐ Puede escuchar y sostener la experiencia de otras
- ☐ Ausencia de indicadores de riesgo clínico elevado

INDICADORES DE DERIVACIÓN

- ☐ Miedo al parto intenso o incapacitante
- ☐ Ansiedad elevada con desregulación
- ☐ Evitación extrema o bloqueo
- ☐ Activación emocional difícil de contener
- ☐ Ideación autolesiva o sintomatología grave
- ☐ Dificultades para el trabajo grupal
- ☐ Necesidad de intervención individual prioritaria

DECISIÓN CLÍNICA FINAL

- ☐ Incluir en programa
- ☐ Derivar a recurso especializado

4. FORMACIÓN DEL GRUPO

El programa TIP-Parto se desarrolla en formato grupal, por lo que la adecuada configuración del grupo resulta fundamental para garantizar la cohesión, la seguridad emocional y el aprovechamiento terapéutico.

Se recomienda:

- Número de participantes: entre seis y ocho mujeres
- Momento gestacional homogéneo: entre semanas 14–27
- Nivel de malestar similar: miedo al parto leve o moderado
- Ausencia de casos con alta desregulación emocional

Grupos demasiado heterogéneos pueden dificultar la cohesión y el ritmo del trabajo.



Antes de iniciar el programa, la terapeuta deberá definir:

CALENDARIO

- 8 sesiones semanales consecutivas
- Duración: 90 minutos por sesión

ESPACIO

- Ambiente cálido, íntimo y seguro
- Sillas en círculo (sin mesas de por medio)
- Sin interrupciones externas

MATERIAL NECESARIO

- Cuaderno individual para cada participante
- Fichas de trabajo impresas
- Bolígrafos
- Reloj o temporizador visible (para control del tiempo)

PREPARACIÓN PREVIA DEL TERAPEUTA

Antes del inicio del grupo, se recomienda que la terapeuta:

- Revise la información clínica de las participantes
- Anticipe posibles dificultades (evitación, ansiedad, baja participación)
- Prepare el material de la sesión 1
- Tenga claros: objetivos de cada sesión, tiempos, consignas clave...

La claridad interna del terapeuta facilita la seguridad del grupo.



4.1. NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO

Al inicio del programa se establecerán normas básicas que favorezcan un clima seguro:

Confidencialidad de la información compartida

Respeto de los turnos de palabra

Participación voluntaria (no obligatoria)

No juzgar ni dar consejos directivos a otras participantes

Puntualidad y compromiso con la asistencia

El terapeuta recordará estas normas cuando sea necesario para mantener el encuadre.

4.2. PROTOCOLO DE ABANDONO

En caso de abandono del programa, se contemplan las siguientes actuaciones:

01

Contacto breve de seguimiento, con el objetivo de explorar los motivos de la interrupción

02

Valoración del estado emocional actual

03

Registro del abandono como indicador de proceso

Si se detecta malestar clínico relevante, se recomendará derivación a atención psicológica individual.

Se evitará cualquier presión para la continuidad, respetando la decisión de la participante.

5. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El programa TIP-Parto se estructura en una secuencia terapéutica progresiva que acompaña la evolución emocional de las participantes a lo largo del embarazo. A través de un formato grupal estructurado, la intervención transita desde la creación de un contexto seguro hasta la integración de los aprendizajes, facilitando un abordaje gradual del miedo al parto y de los procesos emocionales e interpersonales asociados.

5.1. ORGANIZACIÓN EN FASES

El programa se organiza en tres fases diferenciadas que reflejan la progresión terapéutica de la intervención:

FASE INICIAL



Orientada a la creación de un clima de seguridad grupal y al establecimiento del encuadre terapéutico. En esta fase se promueve una primera aproximación al miedo al parto, facilitando su identificación y comprensión inicial en un contexto de validación emocional. Incluye las sesiones:

- **Sesión 1.** Introducción y encuadre
- **Sesión 2.** Comprensión del miedo al parto

FASE INTERPERSONAL



Centrada en el trabajo emocional y relacional, favoreciendo la identificación emocional, la expresión de necesidades y el fortalecimiento del apoyo social percibido. Se abordan los patrones interpersonales relevantes durante el embarazo, promoviendo una mayor comprensión del malestar en su contexto relacional. Incluye las sesiones:

- **Sesión 3.** Identificación emocional
- **Sesión 4.** Apoyo social y red relacional
- **Sesión 5.** Comunicación y necesidades

FASE DE INTEGRACIÓN



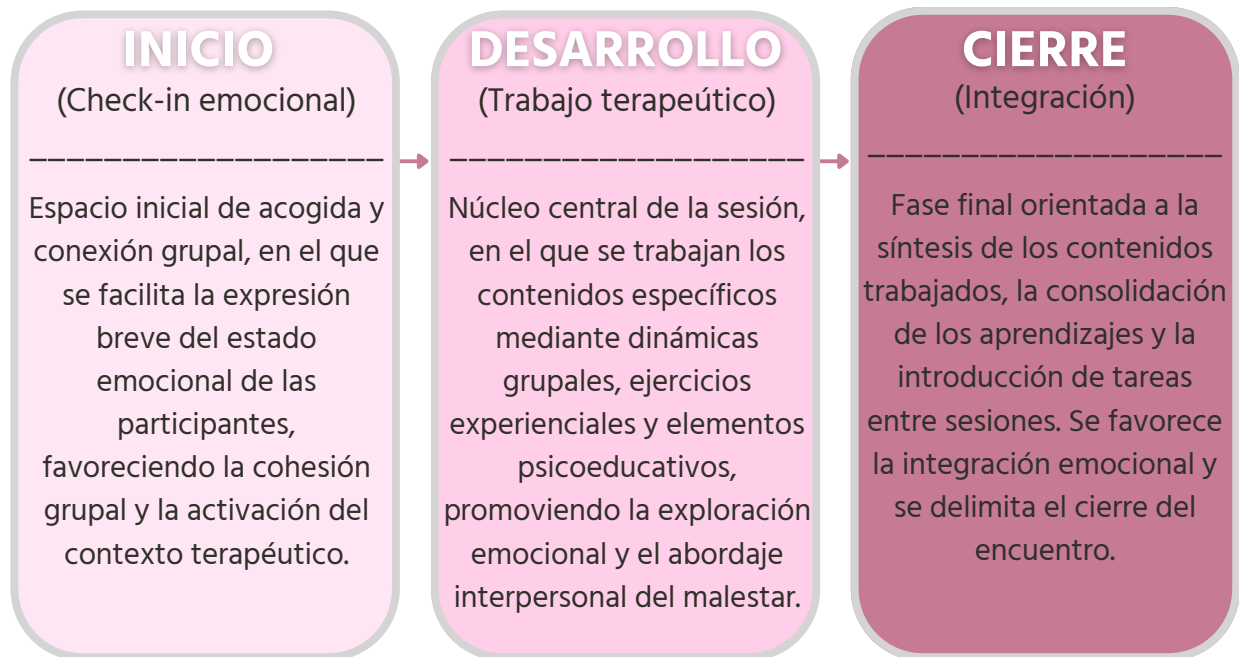
Dirigida a la consolidación de recursos personales, el fortalecimiento de la percepción de autoeficacia y la integración del rol materno. Se facilita la elaboración de los aprendizajes adquiridos y su aplicación al afrontamiento del parto y la transición a la maternidad. Incluye las sesiones:

- **Sesión 6.** Autoeficacia y percepción de control
- **Sesión 7.** Integración del rol materno
- **Sesión 8.** Cierre y consolidación

5.2. ESTRUCTURA INTERNA DE LAS SESIONES

Todas las sesiones del programa siguen una estructura interna común que proporciona coherencia, previsibilidad y seguridad a las participantes, facilitando la organización del trabajo terapéutico y promoviendo la participación activa en el grupo.

Cada sesión se organiza en tres momentos diferenciados:



5.3. SECUENCIA TERAPÉUTICA DEL PROGRAMA

A lo largo de las sesiones, el programa sigue una secuencia terapéutica progresiva que permite un **abordaje gradual del miedo al parto, ajustado al momento emocional de las participantes.**

En las primeras sesiones, el foco se sitúa en la creación de un clima de seguridad y en la comprensión del malestar, facilitando la identificación del miedo al parto y su normalización dentro del grupo. Posteriormente, la intervención se centra en los procesos emocionales e interpersonales, promoviendo la identificación emocional, la expresión de necesidades y el fortalecimiento de las redes de apoyo. Finalmente, el programa se orienta a la integración de los aprendizajes, el desarrollo de recursos personales y el fortalecimiento de la percepción de control ante el parto, favoreciendo una transición más adaptativa hacia la maternidad.

Esta secuencia permite avanzar desde una posición inicial de incertidumbre o malestar hacia una mayor comprensión, regulación emocional y sensación de autoeficacia.

6. DESARROLLO PASO A PASO DEL PROGRAMA

A continuación, se presenta la guía detallada de las ocho sesiones que componen el programa, incluyendo los objetivos específicos, contenidos, dinámicas terapéuticas y tareas entre sesiones correspondientes a cada una de ellas.

SESIÓN 1. CREACIÓN DEL MARCO GRUPAL Y EXPLORACIÓN INICIAL

Duración total: 90 minutos.

Técnicas nucleares: encuadre estructurado en TIP grupal y validación emocional inicial.

Objetivo clínico: Establecer un marco relacional seguro y comenzar la identificación emocional básica del miedo al parto, reduciendo evitación y favoreciendo la participación inicial.

Material necesario

- Sala en círculo (sin mesas)
- Reloj o temporizador
- Bolígrafos
- Cuaderno individual para cada participante
- Ficha 1. Registro inicial del miedo al parto
- Ficha 2. Registro semanal

Guión del terapeuta (inicio de la sesión)

“Bienvenidas. Este es un espacio pensado para que podáis hablar de lo que estáis viviendo durante el embarazo, especialmente en relación con el parto, sin juicios y sin tener que hacerlo perfecto.

No se trata de eliminar lo que sentís, sino de empezar a entenderlo mejor y poder manejarlo poco a poco.

Cada una irá a su ritmo. Participar es voluntario, pero escuchar también es una forma de participar”



APERTURA (10-15 MINUTOS)

La sesión comienza con la acogida formal del grupo en una sala dispuesta en círculo, favoreciendo el contacto visual entre participantes. El/la terapeuta presenta su rol y explicita las normas de funcionamiento: confidencialidad, voluntariedad en la participación, respeto por los ritmos individuales y ausencia de juicios o consejos entre participantes.

Este encuadre no cumple únicamente una función organizativa, sino que reduce la incertidumbre inicial y establece una base mínima de seguridad interpersonal, condición necesaria para facilitar la expresión emocional en fases tempranas del proceso terapéutico.

Una vez establecidos los acuerdos, se inicia un primer momento estructurado de conexión grupal con la consigna: **“Con una palabra o una frase corta, ¿cómo estás viviendo el embarazo esta semana?”**. Cada participante dispone de 30-45 segundos.

El/la terapeuta regula el tiempo, modela brevedad y contiene posibles extensiones narrativas.

Este intercambio inicial permite observar indicadores tempranos relevantes: disposición a participar, nivel de activación emocional y posibles tendencias a la evitación, lenguaje emocional, etc.

Manejo clínico:

- Si alguien no quiere hablar → validar y pasar
- Si alguien se extiende → contener suavemente
- Evitar profundizar en esta fase

TRABAJO CENTRAL (60 MINUTOS)

Presentación del programa (10 minutos)

Se exponen la duración, los objetivos y la estructura del programa, enfatizando su **carácter preventivo**. Se aclara que la intervención no sustituye un tratamiento individual y que, ante la aparición de indicadores de riesgo clínico, se activarán los recursos asistenciales correspondientes.

1

Esta delimitación favorece expectativas realistas, aumenta la sensación de seguridad y define con claridad el alcance del proceso terapéutico.

Guión

“Este programa tiene una duración de 8 sesiones. Vamos a trabajar el miedo al parto desde un enfoque emocional y práctico”

“No sustituye a una terapia individual si hiciera falta, pero sí puede ayudar a entender mejor lo que estáis sintiendo”

2

Exploración inicial del miedo al parto (30 minutos)

Se distribuye el cuaderno individual de trabajo y se propone la siguiente consigna, relativa a la Ficha 1: **“Durante los próximos 5 minutos, escribe libremente y de forma privada qué emociones, pensamientos, imágenes y/o sensaciones en el cuerpo aparecen cuando imaginas el momento del parto. Puedes usar palabras, frases o ideas sueltas”**

Durante la escritura, el/la terapeuta mantiene un silencio activo y observa el clima emocional del grupo.

¿Qué observar?

Bloqueo, evitación, sobreactivación, nivel de concreción emocional...



Manejo clínico

- Si hay activación → pausar + contención breve
- Si hay dificultad → ofrecer opciones: “¿Se parece más a miedo, incertidumbre o tensión?”

Finalizado el tiempo, se abre un espacio de puesta en común voluntaria: **“Si lo deseas, puedes compartir alguna palabra o idea que haya aparecido”**

La escritura previa facilita el contacto emocional sin exposición inmediata. En la puesta en común, se prioriza la validación y el reflejo emocional, evitando interpretaciones o confrontaciones. Se subrayan coincidencias para favorecer la normalización y se contienen posibles niveles elevados de activación mediante intervenciones breves, manteniendo el ritmo grupal sin profundizar en contenidos complejos.

3

Normalización grupal estructurada (20 minutos)

El/la terapeuta realiza una síntesis de los contenidos emergentes y ofrece una devolución integradora: **“El miedo puede tener muchas formas. Identificarlo no lo aumenta; nos permite empezar a entenderlo”**

Esta intervención refuerza el abordaje progresivo del miedo (OE-1) y consolida la primera experiencia de validación interpersonal dentro del grupo, reduciendo la sensación de rareza y aumentando la validación interpersonal.



CIERRE (10-15 MINUTOS)

Se realiza una síntesis breve de la sesión, destacando el valor de haber iniciado la identificación emocional. A continuación, se propone una ronda final:

“Con una palabra, ¿cómo te vas hoy del grupo?”

Cada participante dispone de un máximo de 30 segundos. Se regula el tiempo, se evita la apertura de nuevos contenidos o la profundización en el trauma, se contiene sin interpretar y no se fuerza la participación.

Por último, se introduce la **tarea entre sesiones (Ficha 2)**: registrar dos situaciones relacionadas con el parto, anotando situación, emoción principal y sensación corporal asociada, con un enfoque descriptivo (no analítico): **“No hace falta analizar, no buscamos cambiar nada todavía, solo empezar a observar con más claridad”**

La sesión finaliza recordando la fecha del siguiente encuentro y se propone la siguiente consigna de transición a la sesión 2: **“En la siguiente sesión vamos a profundizar en lo que aparece cuando surge el miedo, diferenciando mejor emociones, pensamientos y sensaciones”**

Nombre:

Fecha:

Situación	Emoción principal	Sensación corporal

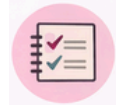
INDICADORES OBSERVABLES DE PROGRESO



1. Capacidad de nombrar al menos una emoción



2. Participación verbal mínima



3. Reducción de respuestas globales

SESIÓN 2. COMPRENSIÓN EMOCIONAL DEL MIEDO AL PARTO

Duración total: 90 minutos.

Técnicas nucleares: clarificación emocional estructurada (TIP) y diferenciación emoción–pensamiento–sensación corporal.

Objetivo clínico: Favorecer la diferenciación entre emoción, pensamiento y sensación corporal asociadas al miedo al parto, reduciendo la confusión emocional y aumentando la comprensión de la experiencia interna.

Material necesario:

- Sala en círculo (sin mesas)
- Reloj o temporizador
- Bolígrafos
- Cuaderno individual para cada participante
- Ficha 3. Diferenciación emoción–pensamiento–sensación corporal

Guión inicial del terapeuta:

“La semana pasada empezamos a poner palabras al miedo al parto. Hoy vamos a dar un paso más: entender mejor qué ocurre cuando aparece”

“Muchas veces todo se mezcla, lo que sentimos, lo que pensamos y lo que pasa en el cuerpo, y eso hace que el miedo se sienta más intenso”

“Hoy vamos a empezar a separarlo un poco, no para cambiarlo, sino para entenderlo mejor”

APERTURA (10-15 MINUTOS)

La sesión comienza retomando el clima de seguridad establecido. El/la terapeuta recuerda brevemente la estructura de la sesión y propone la ronda inicial con la consigna: **“En una frase corta, ¿cómo ha sido tu semana cuando aparecía el pensamiento sobre el parto?”**

Cada participante dispone de 30-45 segundos. Se regula el tiempo, se modela brevedad y se observa la calidad del lenguaje emocional (uso de etiquetas específicas frente a formulaciones globales como “mal”, “fatal” o “no quiero pensar”).



A continuación, se revisa la tarea de registro emocional. El/la terapeuta introduce la pregunta: **“¿Qué habéis descubierto al anotar situación, emoción y sensación corporal?”**

Se invita a compartir observaciones breves, evitando análisis extensos. Este momento permite detectar indicadores clínicamente relevantes, como avances en la diferenciación emocional, nivel de activación emocional al compartir, persistencia de confusión entre pensamiento y emoción o tendencia a la evitación.

Manejo clínico

- Si alguien no quiere hablar → validar y no forzar
- Si aparece discurso muy cognitivo → redirigir suavemente a emoción
- Si alguien se extiende → contener con amabilidad
- Evitar profundizar en exceso en esta fase

TRABAJO CENTRAL (60 MINUTOS)

Introducción aplicada a la diferenciación emocional (10 minutos)

El/la terapeuta introduce el objetivo de la sesión de forma concreta y operativa:

“Hoy vamos a aprender a diferenciar mejor qué es emoción, qué es pensamiento y qué ocurre en el cuerpo cuando aparece el miedo al parto. Cuando todo aparece mezclado, el miedo suele sentirse más intenso. Separarlo no elimina lo que sentimos, pero ayuda a entenderlo mejor y a manejarlo poco a poco”

Así, se explica brevemente que cuando la experiencia se percibe como un bloque indiferenciado, la intensidad emocional puede amplificarse. Se utiliza un lenguaje accesible y aplicado, evitando desarrollos teóricos extensos y manteniendo el foco en la utilidad práctica de la diferenciación.

Ejercicio estructurado de clarificación emocional (25 minutos)

Se entrega entrega la ficha 3:

Nombre:

Fecha:

Situación	Emoción	Pensamiento	Sensación corporal

Consigna: **“Piensa en una situación reciente en la que hayas sentido preocupación por el parto. Durante unos minutos, identifica qué emoción concreta apareció, qué pensamiento la acompañaba y qué notaste en el cuerpo. No hace falta hacerlo perfecto. Solo observa.”**

Durante el ejercicio, el/la terapeuta mantiene un silencio activo y observa posibles indicadores de bloqueo, evitación o activación elevada. Finalizada la escritura, se abre un espacio de intercambio guiado utilizando preguntas de clarificación propias del enfoque interpersonal:

- **“Cuando dices ‘no voy a poder’, ¿eso es emoción o pensamiento?”**
- **“¿Qué emoción aparece debajo de ese pensamiento?”**
- **“¿Dónde lo notas físicamente?”**

La intervención se orienta a afinar la diferenciación, no a cuestionar ni reestructurar los contenidos cognitivos. Si una participante presenta dificultad para identificar emociones, se ofrecen alternativas cerradas (p. ej., “¿Se parece más a miedo, tristeza o enfado?”), facilitando el acceso sin aumentar la presión.

En caso de detectar activación elevada, se introduce una breve intervención de regulación (30-60 segundos), priorizando la estabilidad emocional del grupo y el mantenimiento del ritmo de la sesión.

3

Validación y síntesis estructurada (15 minutos)

La facilitadora recoge patrones comunes emergentes (por ejemplo, pensamientos anticipatorios de pérdida de control asociados a activación corporal) y ofrece una devolución integradora: **"Diferenciar no elimina el miedo, pero lo hace más comprensible y manejable"**

Esta fase refuerza la normalización de la experiencia y consolida los primeros avances en diferenciación emocional.

4

Introducción aplicada breve (10 minutos)

Si el nivel de activación grupal lo permite, el/la terapeuta propone una reformulación breve de algunos pensamientos identificados, orientada a reducir su globalidad:

- De: **"Todo va a salir mal"**
- A: **"Me preocupa no saber cómo reaccionaré al dolor"**

El objetivo no es generar cambio cognitivo profundo, sino aumentar la concreción y la manejabilidad de la experiencia: **"No buscamos cambiar lo que pensáis, sino hacerlo más concreto para que resulte más manejable."**

CIERRE (10-15 MINUTOS)

El/la terapeuta sintetiza los aprendizajes principales: Diferenciar emoción, pensamiento y sensación corporal; Identificar patrones personales asociados al miedo; Y aumentar la claridad emocional como primer paso hacia la regulación: **"Hoy no hemos intentado cambiar lo que sentís, sino entenderlo mejor. Y muchas veces, solo con entenderlo un poco más, ya empieza a sentirse diferente"**. Y propone la ronda final: **"En una palabra, ¿qué te llevas hoy de este ejercicio?"**

Cada participante dispone de un máximo de 30 segundos. Se regula el tiempo y se evita la apertura de nuevos contenidos.

Por último, se introduce la **tarea entre sesiones**: Se mantiene la misma tarea de la sesión anterior, pero con un nuevo foco clínico: **"Esta semana vamos a seguir con el registro, pero intentando diferenciar mejor qué es emoción, qué es pensamiento y qué ocurre en el cuerpo"** (Importante: no es una tarea nueva, es una profundización de la anterior, coherente con TIP y evita sobrecarga)

La sesión finaliza recordando la fecha del siguiente encuentro y proponiendo la siguiente consigna: **"Hoy hemos mirado qué pasa dentro cuando aparece el miedo. En la siguiente sesión vamos a ampliar el foco y mirar qué pasa alrededor... Con quién hablamos, qué apoyo sentimos y cómo influye eso en cómo vivimos este momento. Porque no solo importa lo que sentimos, sino también con quién lo vivimos"**

INDICADORES OBSERVABLES DE PROGRESO



1. Uso más frecuente de etiquetas emocionales específicas



2. Capacidad de diferenciar al menos un pensamiento de una emoción



3. Identificación de sensaciones corporales asociadas al miedo

SESIÓN 3. APOYO SOCIAL Y RED DE VÍNCULOS

Duración total: 90 minutos.

Técnicas nucleares: análisis interpersonal focalizado (TIP) y mapeo estructurado de red de apoyo.

Objetivo clínico: Explorar la red de apoyo percibida durante el embarazo, identificar necesidades emocionales concretas y favorecer la activación inicial del apoyo interpersonal como modulador del miedo al parto.

Material necesario

- Sala en círculo (sin mesas)
- Reloj o temporizador
- Bolígrafos
- Cuaderno individual
- Ficha 4. Mapa de red de apoyo

Guión inicial del terapeuta

"Hasta ahora hemos estado mirando lo que pasa dentro cuando aparece el miedo. Hoy vamos a dar un paso más y mirar qué pasa alrededor... Porque muchas veces lo que sentimos también depende de cómo estamos acompañadas."



APERTURA (10-15 MINUTOS)

La sesión comienza retomando brevemente el trabajo previo, conectando la diferenciación emocional con el nuevo foco interpersonal. El/la terapeuta propone la ronda inicial con la consigna: **"En una frase corta, ¿qué has observado esta semana cuando aparecía el miedo al parto?"**

Cada participante dispone de 30-45 segundos. Se regula el tiempo y observa si emergen referencias espontáneas a apoyo, acompañamiento, vivencias de soledad, minimización del impacto interpersonal, dificultad para identificar figuras de apoyo, etc. A continuación, se revisa brevemente la tarea entre sesiones, señalando momentos donde el apoyo haya modulado la experiencia emocional.

Manejo clínico

- Si alguien no conecta con el tema → "¿alguien estuvo contigo en ese momento?"
- Si aparece evitación → validar y no forzar
- Mantener foco en experiencia, no en análisis

TRABAJO CENTRAL (60 MINUTOS)

1

Introducción al foco interpersonal (10 minutos)

El/la terapeuta enmarca el objetivo de la sesión de forma clara y operativa: **“Hoy vamos a observar qué ocurre alrededor cuando aparece el miedo: quién está disponible, cómo sentimos ese apoyo y qué hacemos con lo que necesitamos”**

Se aclara que el objetivo no es juzgar relaciones ni analizar conflictos en profundidad, sino comprender la experiencia actual de apoyo durante el embarazo, manteniendo el foco en el presente.

2

Mapeo estructurado de la red de apoyo (25 minutos)

Se entrega la ficha 4 con el esquema circular concéntrico y, en el centro, cada participante escribe su nombre (junto al YO); en los círculos sucesivos sitúa a las personas significativas en función del apoyo emocional percibido.

Consigna: **“Coloca en este esquema a las personas que forman parte de tu red durante el embarazo, situándolas según el apoyo emocional que sientes que recibes ahora mismo”**

El/la terapeuta aclara que el criterio es la percepción subjetiva de apoyo, no la proximidad física ni el rol esperado. Durante el ejercicio, se observan: vacíos en la red; dudas reiteradas al ubicar figuras; discrepancias entre rol esperado y apoyo percibido; tendencia a justificar y/o proteger a otros; etc.

En la puesta en común, se guía mediante preguntas focalizadas:

- **“¿Qué te llama la atención al ver tu mapa?”**
- **“¿Hay alguien que pensabas que estaría más cerca?”**
- **“¿Hay apoyos que están pero no estás utilizando?”**

Si emerge crítica hacia terceros, se redirige hacia la vivencia personal: **“¿Cómo influye eso en cómo estás viviendo este momento?”**

Ante posibles bloqueos, se facilita el acceso mediante ejemplos o reformulaciones: **“A veces puede ser algo como necesitar más apoyo, más escucha o sentirte más acompañada... ¿resuena algo de esto contigo?”**

Si aparece activación emocional, se prioriza la contención breve y la validación: **“Tiene sentido que esto te remueva, podemos ir poco a poco”**

En todo momento, se evita el análisis profundo de relaciones complejas, manteniendo el foco en la experiencia emocional presente.

Identificación de necesidades emocionales (15 minutos)

A partir del mapa, el/la terapeuta introduce el siguiente nivel de trabajo: **“Si tuvieras que poner en palabras qué necesitas emocionalmente en este momento, ¿qué sería?”**

3

Se ofrece un breve espacio individual antes de compartir. Durante la puesta en común, se ayuda a concretar las formulaciones, transformando expresiones globales en necesidades específicas:

- De: **“necesito más apoyo”**
- A: **“necesito que me escuchen sin minimizar” y/o “necesito poder hablar del parto sin que cambien de tema”**

Este paso es clave para pasar de una vivencia difusa a una experiencia comunicable y utilizable en lo interpersonal.

Activación interpersonal inicial (10 minutos)

Cada participante identifica: **una necesidad emocional concreta y una figura potencial de su red con quien podría compartirla.**

4

Se subraya que no es necesario ejecutar la acción de inmediato; el objetivo es generar conciencia y posibilidad de acción: **“No hace falta que lo hagáis ya. Solo estamos abriendo la posibilidad de que esto pueda pasar”**

En los casos donde se detecta ausencia de figuras de apoyo significativas, se valida la experiencia y sitúa el grupo como un espacio parcial de sostén, manteniendo una postura contenida, sin sobrerreparar.

CIERRE (10-15 MINUTOS)

El/la terapeuta sintetiza los aprendizajes principales: el apoyo interpersonal modula la intensidad del miedo; identificar necesidades es el primer paso para poder expresarlas; y hacer explícita la red puede ampliar la percepción de apoyo. Y añade: **“No se trata de tener el apoyo perfecto, sino de empezar a verlo con más claridad”**

Seguidamente se propone la ronda final: **“En una palabra, ¿cómo te vas hoy respecto a tus apoyos?”**

Cada intervención dura un máximo de 30 segundos. Se regula el tiempo y se evita la apertura de nuevos contenidos.

Por último, se introduce la **tarea entre sesiones (Ficha 5)**: elegir una necesidad emocional concreta e intentar expresarla de forma sencilla a una persona identificada; o, si no se realiza, observar qué lo dificulta.

La sesión finaliza recordando la fecha del siguiente encuentro y se propone la siguiente consigna: **“Hoy hemos visto qué necesitamos y de quién... En la siguiente sesión trabajaremos algo clave: cómo expresar eso que necesitamos de forma clara y que pueda llegar al otro”**

FICHA 5. COMUNICACIÓN DE NECESIDADES

Elige una necesidad emocional concreta e intenta expresarla de forma sencilla a una persona de tu red de apoyo.

Una necesidad emocional concreta:

Ej.: necesito que me escuchen sin dar soluciones

Persona a la que se lo voy a decir:

Si no lo hago / Si me resulta difícil:

-
-
-
-



TIP: Si sientes que no encuentras el momento puedes decir:

“¿Te parece bien si luego hablamos de esto?”



INDICADORES OBSERVABLES DE PROGRESO



1. Identificación de al menos una figura de apoyo percibido



2. Formulación de una necesidad emocional concreta



3. Verbalización de una posible acción interpersonal

SESIÓN 4. COMUNICACIÓN INTERPERSONAL Y EXPRESIÓN DE NECESIDADES

Duración total: 90 minutos.

Técnicas nucleares: entrenamiento en habilidades interpersonales desde TIP grupal y role-playing estructurado con regulación emocional guiada.

Objetivo clínico: Entrenar la expresión clara, concreta y emocionalmente segura de necesidades interpersonales, reduciendo la evitación comunicativa y aumentando la probabilidad de recibir apoyo.

Material necesario:

- Sala en círculo (sin mesas)
- Reloj o temporizador
- Bolígrafos
- Cuaderno individual para cada participante
- Ficha 6. Comunicación de necesidades
- Tarjeta visual con estructura:
Situación – Emoción – Necesidad

Guión inicial del terapeuta:

“Hoy vamos a dar un paso más. No solo entender lo que sentimos, sino empezar a expresarlo de forma clara. No se trata de hacerlo perfecto, sino de probar nuevas formas de comunicar lo que necesitamos. Podéis participar a vuestro ritmo. También se puede observar, y eso ya es parte del proceso.”

APERTURA (10-15 MINUTOS)

Se retoma la tarea propuesta en la sesión anterior con la consigna: **“¿Alguien quiere compartir cómo fue intentar expresar esa necesidad durante la semana?”**

Cada intervención se limita a un minuto. Se regula el tiempo y distingue entre: **intentos realizados, evitación de la conducta y experiencias con malestar asociado.**

En todos los casos, se valida el proceso, no el resultado. Ante posibles respuestas autocríticas, el/la terapeuta reformula hacia aprendizaje: **“Más allá de cómo salió, ¿qué te has dado cuenta de lo que necesitas o de lo que te cuesta expresar?”**

Este encuadre reduce la autoevaluación negativa y mantiene el foco en el proceso interpersonal, observando la evitación conductual, la autocrítica, la dificultad para concretar necesidades y/o el miedo a la reacción del otro.

A continuación, introduce el objetivo de la sesión: **“Hoy vamos a practicar cómo expresar necesidades emocionales de forma más clara y segura”**



TRABAJO CENTRAL (60 MINUTOS)

Introducción a estilos de comunicación (10 minutos)

El/la terapeuta presenta de forma breve tres estilos habituales de comunicación, utilizando ejemplos contextualizados, evitando una exposición teórica extensa y promoviendo la autoidentificación: **“Cuando sentimos miedo o preocupación, no solo importa lo que sentimos, sino también cómo lo expresamos. Hay tres formas de hacerlo: inhibido, agresivo y asertivo. Os voy a poner algunos ejemplos muy concretos relacionados con el embarazo y el parto. Escuchadlos y pensad con cuál os identificáis más.”**

Estilo inhibido (no expresa la necesidad):

- **“Prefiero no decir nada para no preocupar a los demás”**
- **“No quiero darle vueltas al tema del parto, mejor lo dejo”**

Estilo agresivo (expresa desde la tensión o el reproche):

- **“Es que nadie me entiende, siempre minimizáis lo que siento”**
- **“Claro, como tú no vas a parir, te da igual”**

Estilo asertivo (expresa con claridad y conexión emocional):

- **“Cuando hablamos del parto y cambias de tema, me siento poco escuchada. Me ayudaría que me dejaras hablar de esto con calma”**
- **“Me está dando miedo pensar en el parto. Necesito poder compartirlo sin que me tranquilicen rápido”**

Se favorece la toma de conciencia sin juicio, integrando ejemplos reales del grupo si han emergido previamente.

Modelado de una formulación operativa (10 minutos)

El/la terapeuta explica: **“Os voy a enseñar una forma sencilla de expresar lo que necesitamos”**. Y a continuación, modela una formulación completa, clara y funcional: **“Cuando me dices que no me preocupe por el parto, me siento poco escuchada. Me ayudaría que simplemente me escucharas sin minimizarlo”**

A continuación, explicita la estructura operativa:

- **situación concreta;**
- **emoción en primera persona;**
- **necesidad específica.**

Finalmente se subraya que el objetivo no es la perfección formal, sino la claridad suficiente para ser comprendida y emocionalmente honesta

3

Role-playing estructurado con regulación (30 minutos)

El/la terapeuta establece normas claras antes de comenzar:

- participación voluntaria
- escenas breves (2–3 minutos)
- posibilidad de detener el ejercicio en cualquier momento
- foco en practicar una habilidad concreta, evitando escenas altamente conflictivas

Cada práctica sigue una secuencia estructurada:

1. La participante describe brevemente la situación
2. Elige a una compañera para representar a la figura significativa
3. Ensaya la formulación
4. El/la terapeuta proporciona un feedback estructurado (qué ha funcionado, mejora concreta y cómo se ha sentido)

Durante la práctica, el/la terapeuta observa (identificando la tendencia a justificar o atacar) e interviene, si es necesario, clarificando las formulaciones difusas o ambiguas; redirigiendo al uso de la primera persona; modulando la intensidad emocional si aparece escalada; modelando si hay bloqueo; si se va a lo cognitivo, volviendo a la emoción; redirigiendo la crítica hacia la necesidad; etc.

Si se detecta activación elevada, detiene el ejercicio e introduce una regulación breve (60-90 segundos) basada en respiración lenta y/o anclaje corporal (pies en el suelo, contacto con la silla) → **“Paramos un momento. Nota los pies en el suelo, respira lento... seguimos cuando estés lista.”**

CIERRE (10-15 MINUTOS)

El/la terapeuta sintetiza los aprendizajes principales:

- **expresar necesidades no garantiza la respuesta deseada, pero aumenta la probabilidad de recibir apoyo**
- **la claridad reduce malentendidos**
- **la práctica disminuye la anticipación negativa**

Se propone la ronda final: **“En una frase breve, ¿qué te llevas hoy sobre cómo comunicar tus necesidades?”**

Cada intervención se limita a 30 segundos. Se regula el tiempo y se evita la apertura de nuevos contenidos.

Por último, se introduce la **tarea entre sesiones**: practicar al menos una formulación siguiendo la estructura situación–emoción–necesidad o, si no se realiza, registrar qué lo dificultó y qué emoción apareció.

La sesión concluye recordando la fecha y hora del siguiente encuentro y anticipando el foco de la siguiente sesión: **“En la siguiente sesión vamos a mirar cómo estos cambios impactan en cómo te ves a ti misma en este momento de transición”.**

INDICADORES OBSERVABLES DE PROGRESO



1. Uso de estructura situación-emoción-necesidad



2. Menos mensajes globales o acusatorios



3. Participación en roleplay (activa u observadora implicada)

FICHA 6: PRACTICA DE EXPRESIÓN EMOCIONAL



Objetivo: Trasladar lo trabajado a **contexto real**

Claves:

- una necesidad concreta
- una persona concreta
- observar si no se realiza

1. UNA NECESIDAD CONCRETA

Ej.: Me sentiría **más tranquila** si me escuchara **sin intentar** resolver el problema.



2. UNA PERSONA CONCRETA

Ej.: Quiero compartir esta **necesidad** con mi pareja.



3. SI NO LO CONSIGO...

Observa si **te resulta difícil** y qué te frena o qué emoción aparece.



¿Cómo lo he vivido?

Describe brevemente cómo te sentiste y qué aprendizajes sacas de la experiencia (si has conseguido expresarlo bien), si no, fíjate en las dificultades y emociones).



SESIÓN 5. TRANSICIÓN AL ROL MATERNO

Duración total: 90 minutos.

Técnicas nucleares: exploración de transición de rol (TIP) y reflexión guiada pérdidas-ganancias con validación emocional estructurada.

Objetivo clínico: Explorar la transición al rol materno como proceso de cambio identitario, favoreciendo la integración de emociones ambivalentes y la construcción de una narrativa personal más flexible y no dicotómica.

Material necesario:

- Sala en círculo (sin mesas)
- Reloj o temporizador
- Bolígrafos
- Cuaderno individual para cada participante
- Ficha 7. Pérdidas y ganancias en la transición al rol materno

Guión inicial del terapeuta:

"Hasta ahora hemos estado viendo qué sentimos, cómo se mueve ese miedo y cómo expresarlo fuera. Hoy vamos a dar un paso más... mirar qué está cambiando dentro. Porque el embarazo no solo implica prepararse para el parto... también implica cambios en quién somos. Y en ese proceso pueden aparecer emociones mezcladas, incluso contradictorias... y eso es completamente esperable."

APERTURA (10-15 MINUTOS)

La sesión comienza retomando brevemente la experiencia de aplicar las habilidades comunicativas trabajadas, facilitando la continuidad del proceso. Seguidamente, el/la terapeuta introduce la ronda inicial: **"En una frase corta, ¿qué ha cambiado esta semana en cómo te estás viendo a ti misma en el embarazo?"**

Cada participante dispone de 30-45 segundos.
Se regula el tiempo y se observa la aparición de:

- **cambios en la autoimagen**
- **referencias a pérdidas percibidas**
- **expectativas idealizadas sobre la maternidad**
- **lenguaje rígido o autoexigente**

A continuación, introduce el foco de la sesión: **"Hoy vamos a mirar el embarazo no solo desde el miedo al parto, sino desde los cambios que implica en quién sois"**

Se explicita que el objetivo no es resolver ni tomar decisiones, sino comprender el proceso de cambio desde una perspectiva emocional.



TRABAJO CENTRAL (60 MINUTOS)

Introducción a la transición de rol (10 minutos)

1 El/la terapeuta enmarca la sesión señalando que convertirse en madre implica transformaciones en distintos niveles: **personal, relacional y vital**. Se enfatiza que dichas transformaciones pueden ir acompañadas de ambivalencia emocional, normalizando la coexistencia de ilusión, miedo, duda o pérdida: **“Convertirse en madre no es solo añadir algo nuevo... también implica reorganizar lo que ya estaba. Y en ese proceso pueden convivir ilusión, miedo, dudas o incluso sensación de pérdida.”**

Se evita la sobreexplicación teórica, manteniendo un lenguaje cercano y aplicado. Este contenido se introduce en este momento del proceso grupal, cuando ya existe suficiente cohesión para sostener una mayor profundidad emocional sin generar retraimiento.

El/la terapeuta observará si hay cambios en la autoimagen, idealización del embarazo, aparición de culpa o autoexigencia (“debería estar feliz”) y/o lenguaje rígido o dicotómico, con el fin de mantener foco en experiencia, no en juicio

- Si hay idealización → “¿Hay algo que también te esté costando o removiendo?”
- Si aparece autoexigencia → “Tiene sentido que no todo sea lineal”

Ejercicio estructurado de pérdidas y ganancias (25 minutos)

Se entrega una hoja dividida en dos columnas:

1. **“Aspectos que siento que cambian o dejo atrás”**
2. **“Aspectos que siento que incorporo o gano”**

Consigna: **“Durante diez minutos, escribe libremente qué aspectos de tu vida, identidad o forma de ser sientes que están cambiando con el embarazo. No busques equilibrio. Solo observa”**

2 Durante la escritura, se mantiene un silencio activo, observando: Dificultad para identificar pérdidas, minimización de lo que cambia, activación emocional ante ciertos contenidos, aparición de ambivalencia, tendencia a compararse con otras participantes, culpa, bloqueos, evitación, etc.

- Si hay bloqueo: **“A veces puede ser algo como sentir que pierdes tiempo para ti, libertad o espontaneidad... ¿resuena algo de esto?”**
- Si aparece activación: **“Tiene sentido que esto remueva... vamos poco a poco”**
- Si hay culpa: **“Que aparezcan dudas o pérdidas no significa que estés viviendo mal el embarazo”**
- Si aparece comparación: redirigir → **“Esto va de tu proceso, no de hacerlo mejor o peor que nadie”**
- Evitar análisis profundo → **sostener experiencia**

En la puesta en común voluntaria, la intervención se centra en: validar la ambivalencia, normalizar la coexistencia de emociones y evitar comparaciones entre participantes: **“Que aparezcan emociones mezcladas no significa que algo vaya mal... significa que estás atravesando un cambio importante”**

FICHA 7. PÉRDIDAS Y GANANCIAS EN LA TRANSICIÓN AL ROL MATERNO



No todo lo que cambia se pierde

Aspectos que siento
que cambian o dejo atrás

Aspectos que siento
que incorporo o gano



Construcción de una narrativa identitaria flexible (15 minutos)

A partir de los contenidos emergentes, el/la terapeuta orienta el trabajo hacia la flexibilización de narrativas rígidas mediante preguntas abiertas:

- “¿Qué parte de ti permanece en este proceso?”
- “¿Qué cualidades tuyas siguen presentes ahora?”
- “¿Qué sigue siendo tú, aunque todo esté cambiando?”

3

El objetivo no es construir una narrativa positiva forzada, sino ampliar la perspectiva y reducir visiones dicotómicas del tipo “todo cambia / todo se pierde”.

Se mantiene una postura acompañante, sin imponer interpretaciones.

4

Regulación emocional y ajuste del ritmo (10 minutos)

Dado el potencial activador del contenido, el/la terapeuta vigila la aparición de señales de sobrecarga emocional, de modo que si emergen emociones intensas introduce pausas breves y/o guía anclajes corporales simples (respiración, contacto con la silla, pies en el suelo): **“Paramos un momento... nota el cuerpo, respira... seguimos cuando te sientas preparada.”**

Se evita profundizar en conflictos identitarios complejos que excedan el marco preventivo del programa, manteniendo el equilibrio entre exploración y contención.

CIERRE (10-15 MINUTOS)

El/la terapeuta sintetiza los aprendizajes principales: la transición al rol materno no implica una sustitución total de la identidad previa; el proceso implica una integración progresiva; y la ambivalencia forma parte de la adaptación, no de la disfunción: **“Hoy no hemos venido a resolver nada, sino a entender mejor el proceso que estás viviendo. Porque no se trata de perder quién eras... sino de integrar quién estás siendo”**. A continuación, propone la ronda final: **“En una palabra, ¿cómo te vas hoy respecto a tu proceso de cambio?”**

Cada participante dispone de un máximo de 30 segundos. Se regula el tiempo y se evita la apertura de nuevos contenidos.

Por último, se introduce la **tarea entre sesiones**: escribir una breve carta a la “yo futura madre”, incluyendo valores importantes, cualidades propias o aspectos personales que se desean conservar. Se aclara que el objetivo no es escribir algo “bonito”, sino conectar con lo propio, algo auténtico.

La sesión concluye recordando la fecha del siguiente encuentro y proponiendo la siguiente consigna: **“Hoy hemos empezado a entender los cambios que estás viviendo. En la siguiente sesión vamos a trabajar algo clave: cómo sentirte más capaz de afrontar lo que viene”**

INDICADORES OBSERVABLES DE PROGRESO



1. Verbalización de emociones ambivalentes sin autocritica inmediata



2. identificación de al menos un cambio y un elemento que permanece



3. Reducción del lenguaje rígido (“Todo/Nada”, “Debería”)



4. Mayor flexibilidad en la narrativa personal



5. Participación emocional no solo cognitiva

💖 TAREA ENTRE SESIONES 💖



✨ No se trata de escribir algo bonito,
sino algo **auténtico**.



Ej.: mi tiempo para mí, mi creatividad,
mi forma de ver la vida...

Ej.: mi empatía, mi fortaleza, mi sentido del humor...

Ej.: la honestidad, la conexión, la libertad, el amor propio...

Escribe tu carta aquí. Di lo que necesites decirte. Puedes empezar así:
 "Quiero que recuerdes que..."

A soft, pastel illustration of a woman with long brown hair, wearing a light yellow sweater and purple pants, sitting cross-legged on a light pink surface. She is holding a pen and writing in a small white notebook. To her left is a small green vase with pink flowers and a small white cup with a red heart. The background is a light pink wall with horizontal lines.

Está escrita desde tu verdad, para tu futuro. ❤️

Fecha: ____ / ____ / ____

SESIÓN 6. AUTOEFICACIA Y SENTIDO DE CONTROL

Duración total: 90 minutos.

Técnicas nucleares: evocación guiada de experiencias de afrontamiento y refuerzo estructurado de autoeficacia.

Objetivo clínico: Fortalecer la autoeficacia percibida y la sensación de capacidad de afrontamiento ante el parto, a través de la identificación, activación e integración de recursos personales previamente utilizados en situaciones difíciles.

Material necesario:

- Sala en círculo (sin mesas)
- Reloj o temporizador
- Bolígrafos
- Cuaderno individual para cada participante
- Ficha 8. Carta a la “yo futura madre” completada por las participantes

Guión inicial del terapeuta:

“Hasta ahora hemos ido entendiendo mejor lo que sentís y lo que está cambiando en vosotras. Hoy vamos a dar un paso importante: empezar a reconocer con más claridad de qué sois capaces. Porque muchas veces el miedo no aparece solo por lo que va a pasar, sino por la duda de si seré capaz de afrontarlo. Hoy no vamos a intentar eliminar el miedo, sino mirar algo distinto: qué recursos ya existen en vosotras, aunque a veces pasen desapercibidos. No se trata de hacerlo perfecto, sino de empezar a confiar un poco más en vuestra forma de responder a lo difícil.”



APERTURA (10-15 MINUTOS)

La sesión comienza conectando con la sesión anterior: **“La semana pasada empezamos a mirar qué cambia en quién sois”**. Además, el/la terapeuta revisa brevemente la tarea de la sesión anterior (carta a la “yo futura madre”), facilitando la conexión con el trabajo identitario previo, sin forzar la exposición.

A continuación, se introduce la ronda inicial: **“¿Qué cualidad tuya te gustaría que estuviera presente en el momento del parto?”**

Cada intervención dura 30-45 segundos. Se regula el tiempo y se observan atributos de competencia (ej.: paciencia, fortaleza) y expresiones de incapacidad anticipada (ej.: “no sé si podré”). Si aparecen estas últimas, se reformula lo siguiente: “¿Qué parte de ti ha demostrado algo parecido en otros momentos?”

Seguidamente se introduce el foco de la sesión: **“Hoy vamos a mirar qué recursos ya tenéis para afrontar algo difícil, aunque a veces no lo parezca.”**

TRABAJO CENTRAL (60 MINUTOS)

Identificación de experiencias de afrontamiento (25 minutos)

El/la terapeuta plantea: **"Piensa en una situación difícil que hayas afrontado en el pasado. No tiene que estar relacionada con el embarazo"**

Durante cinco minutos, cada participante escribe: **la situación, qué hizo para afrontarla y qué cualidades personales utilizó.**

1

Durante la puesta en común, se realiza una reconstrucción activa de recursos, ayudando a hacer explícitas capacidades implícitas:

- **"Ahí tomaste decisiones incluso con miedo"**
- **"Ahí pediste ayuda cuando lo necesitabas"**
- **"Ahí sostuviste algo difícil durante tiempo"**

Se evita reforzar desde lo grandilocuente ("eres muy fuerte") y se centra en lo observable y concreto. Se establece un puente progresivo con el parto: **"Eso que hiciste ahí... ¿en qué forma podría aparecer también en el parto?"**

Conexión corporal con sensación de competencia (15 minutos)

Se introduce un ejercicio breve de evocación guiada: **"Vuelve por un momento a esa situación que superaste. Observa qué ocurre en tu cuerpo cuando conectas con esa experiencia"**

2

En este punto, el/la terapeuta utiliza un tono calmado, ofreciendo alternativas: ojos abiertos o cerrados, posibilidad de salir del ejercicio en cualquier momento, etc. Y se orienta la atención hacia la postura corporal, la respiración y/o la sensación interna de sostén o estabilidad.

Si aparece activación elevada, se interrumpe el ejercicio y se retorna a regulación básica, manteniendo la seguridad del grupo. El objetivo no es intensificar la experiencia, sino anclar corporalmente la sensación de competencia.

Integración aplicada al parto (20 minutos)

El/la terapeuta guía la integración mediante preguntas de puente:

- **"¿Qué de esa experiencia ya forma parte de ti hoy?"**
- **"¿Qué recurso podrías reconocer como disponible en el parto?"**
- **"¿Cómo sería enfrentarlo sabiendo que ya has atravesado cosas difíciles?"**

3

Se evita transmitir una idea de control absoluto y se refuerza una narrativa de capacidad progresiva y realista: **"No se trata de saber exactamente qué pasará, sino de confiar en que podrás responder a lo que ocurra"**

Si aparecen pensamientos dicotómicos ("o puedo o no puedo"), se matizan hacia formulaciones más ajustadas: **"puedo intentarlo"; "puedo apoyarme"; "puedo ir paso a paso"...**

CIERRE (10-15 MINUTOS)

El/la terapeuta sintetiza los aprendizajes principales: la autoeficacia no implica ausencia de miedo, implica confianza suficiente para afrontarlo; y los recursos no se crean desde cero, se reconocen y se activan: **“No se trata de sentirte completamente preparada, sino de empezar a confiar en que podrás responder a lo que ocurra”**. Y se realiza la ronda final: **“En una frase breve, ¿qué recurso personal reconoces hoy en ti?”**

Cada participante dispone de un máximo de 30 segundos. Se regula el tiempo y se evita la apertura de nuevos contenidos.

Por último, se propone como **tarea entre sesiones**: registrar situaciones cotidianas en las que aparezca sensación de competencia o control adaptativo; y poner atención a pequeños logros, no solo a situaciones grandes. Se aclara que el objetivo es detectar evidencia de capacidad en lo cotidiano.

La sesión concluye recordando la fecha del siguiente encuentro y anticipando el foco de la sesión 7 (integración emocional del parto): **“Durante estos días, si te descubres pensando en el parto, prueba a hacerte una pregunta sencilla: ¿qué parte de mí ya sabe cómo sostener algo difícil?”**. Se aclara que no es necesario tener una respuesta clara o inmediata; el objetivo es abrir una mirada distinta, más conectada con la propia capacidad que con la anticipación del miedo.

INDICADORES OBSERVABLES DE PROGRESO



1. Identificación de al menos una cualidad personal de afrontamiento



2. Reformulación de mensajes de incapacidad



3. Incremento del uso del lenguaje de competencia

SESIÓN 7. INTEGRACIÓN Y ANTICIPACIÓN DEL PARTO

Duración total: 90 minutos.

Técnicas nucleares: anticipación guiada centrada en recursos y planificación emocional flexible.

Objetivo clínico: Integrar los aprendizajes del programa y favorecer una anticipación del parto más realista, flexible y regulada, vinculando los miedos residuales con recursos personales e interpersonales disponibles.

Material necesario:

- Sala en círculo (sin mesas)
- Reloj o temporizador
- Bolígrafos
- Cuaderno individual para cada participante
- Ficha 9. Plan emocional para el parto

Guión inicial del terapeuta:

"Hoy vamos a hacer algo importante: mirar hacia delante... pero desde un lugar distinto. No desde el miedo solo, sino desde todo lo que ya habéis ido construyendo aquí. No se trata de imaginar un parto perfecto, sino de empezar a sentir que, pase lo que pase, hay recursos dentro y fuera de vosotras que pueden sosteneros. Podéis participar, observar o parar en cualquier momento. Todo eso también forma parte del proceso."

APERTURA (10-15 MINUTOS)

El/la terapeuta introduce la sesión retomando el recorrido del programa y propone la ronda inicial: **"Si comparas cómo imaginabas el parto en la primera sesión y cómo lo imaginas ahora, ¿qué ha cambiado?"**

Cada participante dispone de 30-45 segundos. Se regula el tiempo y se observa: cambios en el lenguaje (menos catastrofista, más matizado), aparición de recursos o apoyos, y mayor tolerancia a la incertidumbre.

Si alguna participante mantiene una visión muy rígida o temerosa, se valida sin confrontar: **"Tiene sentido que eso siga estando... y también podemos ver qué ha cambiado alrededor de ese miedo"**

Seguidamente, se introduce el foco de la sesión: **"Hoy vamos a integrar todo lo que habéis trabajado para mirar el parto desde un lugar más completo"**



TRABAJO CENTRAL (60 MINUTOS)

Anticipación guiada flexible (30 minutos)

El/la terapeuta introduce el ejercicio: **"Imagina el momento del parto, sin entrar en detalle médicos y observa qué aparece en ti cuando piensas en ese momento"**

Se guía una anticipación breve con foco en

- la presencia de recursos personales (calma, resistencia, capacidad de pedir ayuda): **"¿Qué recurso personal reconoces en ese momento?"**
- el apoyo interpersonal disponible: **"¿Quién podría estar contigo o acompañarte de alguna forma?"**
- la conexión corporal (respiración, postura, sostén): **"¿Qué parte de ti podría sostenerte ahí?"**

1

Se evita detallar aspectos médicos específicos, construir escenarios rígidos, y/o fomentar control total de la situación; y se enfatiza no forzar sensaciones positivas y permitir que convivan miedo y capacidad.

Durante la guía, se introducen pausas y se recuerda: **"Puedes abrir los ojos en cualquier momento o salir del ejercicio si lo necesitas"**. Se evita entrar en detalles altamente activadores, pero si emerge este tipo de contenido se redirige hacia lo regulado y disponible: **"¿Qué te ayudó dentro de esa escena, aunque fuera un poco?"**

Tras la visualización, se abre un espacio de intercambio voluntario centrado en: recursos identificados, sensaciones corporales de mayor manejabilidad, apoyos percibidos y cambios respecto a anticipaciones previas.

Exploración de miedos residuales (20 minutos)

El/la terapeuta introduce: **"Aunque hayan cambiado cosas, es normal que algunos miedos sigan presentes"**

A continuación, se formulan preguntas estructuradas:

- **"¿Qué miedo sigue estando ahí?"**
- **"¿En qué momento aparece más?"**
- **"¿Con qué recurso podrías vincularlo?"**

2

Se ayuda a establecer puentes explícitos miedo-recurso, anticipación-capacidad. Ejemplos: **"Tiene sentido que ese miedo esté... ¿qué parte de lo que ya has trabajado podría ayudarte ahí?"**

- miedo a perder el control → recurso de respiración y apoyo
- miedo al dolor → capacidad previa de sostener malestar
- miedo a estar sola → red identificada

Se evita eliminar el miedo (se trabaja en su integración funcional), tranquilizar en exceso o dar soluciones externas; se favorece vínculo interno, coherencia emocional y/o sensación de "puedo sostener esto".

Síntesis integradora (10 minutos)

El/la terapeuta recoge patrones comunes y formula una devolución estructurada: **"El miedo no desaparece del todo, pero ya no está solo. Ahora aparece acompañado de recursos, apoyo y mayor comprensión"**

3

Se refuerzan tres ideas clave:

- **incertidumbre ≠ incapacidad**
- **miedo ≠ falta de preparación**
- **recursos ≠ control absoluto**

Se promueve una narrativa más flexible: **"No necesitas tener todo bajo control para poder afrontarlo"**

CIERRE (10-15 MINUTOS)

El/la terapeuta sintetiza: la anticipación puede ser flexible, no rígida; el miedo puede estar presente sin bloquear; y los recursos ya existen, se reconocen y se activan.

A continuación se introduce la **tarea entre sesiones** (Ficha 9): elaboración de un plan emocional personal breve, con la consigna: **"Escribe en pocas líneas qué te gustaría recordar en el momento del parto"**

Se orienta a incluir:

- 1-2 recursos personales
- 1 apoyo interpersonal clave disponibles
- recordatorios útiles para momentos difíciles (ej.: "puedo ir momento a momento")

Se enfatiza que no es un guión rígido, sino un recordatorio flexible, y se realiza la ronda final: **"Con una palabra, ¿cómo te sitúas hoy ante el parto?"**

Cada intervención dura un máximo de 30 segundos. Y por último, se valida el proceso recorrido y se anticipa el cierre: **"En la siguiente sesión vamos a recoger todo este trabajo y cerrar el proceso de forma progresiva"**. Se recuerda la fecha del último encuentro y se marca el cierre formal.

INDICADORES OBSERVABLES DE PROGRESO



1. Vinculación explícita entre miedo residual y recurso disponible



2. Disminución del lenguaje catastrofista en la anticipación



3. Mayor coherencia narrativa entre identidad, apoyo y autoeficacia



4. Aumento de la tolerancia a la incertidumbre sin evitación

FICHA 9. PLAN EMOCIONAL PARA EL PARTO



Crea un plan emocional **flexible** que te sirva de apoyo durante tu **parto**. Aquí puedes anotar los **recursos**, **apoyos** y **recordatorios** que te ayudarán a sostener, aunque no salgan las cosas como imaginas hoy.



MIS RECURSOS



¿Qué **cualidades** y recursos personales quieres recordar que ya están en ti?
Ej. *paciencia, capacidad para adaptarme, pedir ayuda...* ♥

MIS APOYOS

¿Quién o qué puede estar contigo de alguna forma para apoyarte?
Ej. *mi pareja, mi comadrona, una amiga, mi respiración...* ♥



RECORDATORIOS ÚTILES

¿Qué **mensajes** o frases quieres recordar en los momentos difíciles?
Ej. *puedo ir paso a paso, puedo apoyarme, puedo confiar en mi cuerpo...*



RECUERDA...

- Este plan es una **guía flexible**, no una lista de **tareas** a cumplir.
- Escríbelo desde **tu verdad** y consérvalo donde puedas verlo fácil cuando lo necesites.



SESIÓN 8. CIERRE Y CONSOLIDACIÓN

Duración total: 90 minutos.

Técnicas nucleares: revisión narrativa estructurada y ritual de cierre contenido.

Objetivo clínico: Consolidar los cambios alcanzados durante el programa, favorecer la integración de los recursos personales e interpersonales y facilitar un cierre emocional progresivo del proceso grupal, reduciendo la evitación del vínculo y promoviendo una despedida elaborada.

Material necesario:

- Sala en círculo (sin mesas)
- Reloj o temporizador
- Bolígrafos
- Cuaderno individual para cada participante
- Ficha 9. Plan emocional para el parto (como apoyo integrador)

Guión inicial del terapeuta:

"Hoy cerramos un proceso importante. No se trata de hacerlo perfecto ni de decir algo especial, sino de poder mirar con un poco de perspectiva lo que habéis vivido aquí.

A lo largo de estas semanas habéis ido construyendo algo: más claridad, más recursos, otra forma de mirar el miedo... Hoy vamos a recoger todo eso y a darle un cierre que tenga sentido para cada una.

También es normal que aparezcan emociones al terminar: satisfacción, dudas, incluso cierta tristeza. Todo eso forma parte del proceso"

APERTURA (10-15 MINUTOS)

El/la terapeuta inicia la sesión introduciendo explícitamente el carácter de cierre de la sesión, reconociendo el recorrido grupal: **"Si tuvieras que describir tu recorrido en este proceso en una frase, ¿cuál sería?"**

Cada participante dispone de 30-45 segundos. Mientras tanto, se observan: la evolución en el lenguaje (menos catastrofista, más matizado), la mayor concreción emocional, la aparición de narrativa de cambio, etc. Si alguna se bloquea: **"Puede ser algo sencillo... cómo llegaste y cómo te vas hoy"**

Se valida cualquier forma de participación (incluida la observación) sin ampliar en exceso y manteniendo el foco en la construcción colectiva del cierre.



TRABAJO CENTRAL (60 MINUTOS)

1 Revisión estructurada del proceso (30 minutos)

El/la terapeuta guía una revisión breve de las áreas trabajadas (miedo al parto, diferenciación emocional, apoyo interpersonal, identidad, autoeficacia), utilizando preguntas concretas y operativas:

- “¿Qué ha cambiado en tu forma de pensar y/o hablar del parto?”
- “¿Qué has entendido mejor sobre lo que sientes?”
- “¿Qué apoyo identificas hoy que antes no veías?”
- “¿Qué parte de ti sientes más presente o qué haces diferente ahora?”

Se prioriza lo concreto y observable, evitando respuestas abstractas o idealizadas. Si aparecen generalizaciones: “¿Puedes poner un ejemplo concreto?” O si alguna participante minimiza su proceso: “¿Qué habría sido diferente para ti si no hubieras estado en el grupo?”

2 Refuerzo de integración de recursos (20 minutos)

Se ayuda a consolidar los recursos como algo interno y disponible, no dependiente del grupo:

- “Eso que has hecho aquí, ya es tuyo”
- “No es algo que te de el grupo, es algo que has podido activar”

Además, se formulan preguntas de integración:

- “¿Qué recurso sabes sientes más tuyo ahora mismo?”
- “¿Qué te ayudaría a recordarlo en un momento difícil?” o “¿en qué momento crees que te puede ayudar fuera de aquí?”

Se refuerza la internalización de herramientas y su continuidad más allá del programa.

3 Preparación de la despedida (10 minutos)

El/la terapeuta anticipa el cierre emocional del grupo: “Antes de terminar, vamos a darnos un espacio para cerrar esto de forma consciente”

Se validan posibles reacciones: sensación de pérdida del espacio; miedo a continuar sin el grupo; ambivalencia ante el final, tristeza... y se proporcionan frases de sostén: “Cerrar no es perder lo que habéis construido”

Y se evita banalizar o acelerar este momento. Si alguna participante evita el cierre (minimiza, bromea o se distancia), el/la terapeuta puede nombrarlo de forma contenida: “A veces cuando algo ha sido importante, cuesta despedirse”

Se sostiene el clima sin intensificar en exceso.

CIERRE (10-15 MINUTOS)

Se propone un ritual de cierre sencillo y contenido, con la consigna: **“Di en una frase breve qué recurso reconoces hoy en ti y que te quieres llevar contigo”**

Cada participante dispone de un máximo de 30 segundos. Se regula el tiempo y se evita la apertura de nuevos contenidos.

Por último, el/la terapeuta recoge los aprendizajes clave:

- **el miedo puede seguir presente, pero cambia la forma de relacionarse con él**
- **los recursos no aparecen de repente, se reconocen y se activan**
- **el apoyo no es solo externo, también se construye internamente**
- **el proceso no termina aquí, se continúa fuera**

Se agradece explícitamente la participación, la implicación y el cuidado del grupo: **“Gracias por el compromiso, la honestidad y el cuidado que habéis aportado al grupo”**. Y se marca verbalmente el cierre: **“No os vais como lleegasteis. Cada una se va con algo propio, y eso es lo importante. Con esto damos por finalizado el programa”**

Se evita reabrir contenidos nuevos, respetando la función de cierre.

INDICADORES OBSERVABLES DE PROGRESO



1. Identificación de cambios concretos respecto a la sesión inicial



2. Verbalización de al menos un recurso interno consolidado



3. Capacidad de despedida sin evitación abrupta del vínculo



4. Uso de lenguaje más flexible y menos catastrofista



7. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA

La evaluación del programa TIP-Parto tiene como objetivo analizar tanto los cambios clínicos en las participantes como la viabilidad y aplicabilidad de la intervención en contextos reales, integrando un enfoque de evaluación de resultados y de implementación.

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

La evaluación se orienta a:

1. Analizar la evolución del miedo al parto a lo largo del programa.
2. Evaluar cambios en ansiedad, ambivalencia materna y autoeficacia percibida.
3. Examinar la aceptación y adherencia al programa.
4. Valorar la viabilidad de implementación en contextos sanitarios reales.

DISEÑO DE LA EVALUACIÓN

Se propone un diseño de evaluación pre-post con seguimiento, que incluye tres momentos de medida:

- T1 (preintervención): antes del inicio del programa.
- T2 (postintervención): al finalizar la sesión 8.
- T3 (seguimiento): seis semanas tras la finalización.

Este diseño permite analizar tanto los cambios inmediatos como la estabilidad de los efectos en el tiempo.

VARIABLES E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Se utilizarán instrumentos validados en población española:

- **Miedo al parto:** Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (W-DEQ-A)
 - **Ansiedad:** Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)
 - **Ambivalencia materna:** Maternal Ambivalence Scale (MAS)
 - **Autoeficacia percibida:** Evaluación mediante escala breve ad hoc o ítems específicos de percepción de control.
-

VARIABLES DEL PROCESO

Además de los resultados clínicos, se incluirán indicadores de proceso:

- **Asistencia a sesiones**
- **Adherencia a tareas entre sesiones**
- **Participación activa en el grupo**
- **Satisfacción percibida con la intervención**

Estos indicadores permiten contextualizar los resultados y detectar posibles barreras en la implementación.

ENFOQUE DE IMPLEMENTACIÓN (MODELO RE-AIM)

El programa incorpora el modelo RE-AIM para evaluar su aplicabilidad en contextos reales:

- **Reach (alcance):** número y perfil de participantes que acceden al programa
- **Effectiveness (efectividad):** cambios en las variables psicológicas evaluadas
- **Adoption (adopción):** grado en que profesionales o centros incorporan el programa
- **Implementation (implementación):** fidelidad al protocolo y viabilidad práctica
- **Maintenance (mantenimiento):** sostenibilidad del programa a medio plazo

Este enfoque permite ir más allá de la eficacia clínica, evaluando la transferencia real a sistemas sanitarios.

SEGUIMIENTO DE PARTICIPANTES

El seguimiento se realiza a las **seis semanas tras la intervención (T3)**, con el objetivo de:

- **Evaluar la estabilidad de los cambios observados**
- **Analizar la persistencia de los recursos adquiridos**
- **Detectar posibles necesidades de apoyo adicional**

En caso de identificarse malestar clínicamente relevante, se recomendará la derivación a recursos especializados.

CONSIDERACIONES ÉTICAS EN LA EVALUACIÓN

La recogida de datos se realizará garantizando:

- **Consentimiento informado previo**
- **Confidencialidad y anonimización de la información**
- **Uso exclusivo de los datos con fines clínicos y/o de investigación**

8. MANEJO DE DIFICULTADES EN SESIÓN GRUPAL



Alta activación emocional

- Detener la dinámica grupal
- Introducir regulación breve (respiración, anclaje corporal)
- Evitar profundización en contenido activador
- Retornar progresivamente al grupo



Silencio prolongado o baja participación

- Respetar el ritmo individual
- Facilitar con preguntas abiertas
- Validar la no participación sin forzarla



Participación dominante

- Regular tiempos de intervención
- Redirigir al grupo ("vamos a escuchar otras voces")
- Mantener clima respetuoso sin confrontación directa



Comparaciones o juicios entre participantes

- Reconducir hacia la experiencia personal
- Reforzar normas de no juicio
- Validar diversidad de vivencias



Diferencias en intensidad del malestar

- Normalizar la variabilidad
- Evitar jerarquización del sufrimiento
- Mantener el foco en la experiencia individual



10. MATERIALES TERAPÉUTICOS

El programa TIP-Parto incluye un conjunto de materiales diseñados para facilitar la aplicación práctica de las técnicas trabajadas en sesión, promover la continuidad del proceso entre encuentros y favorecer la integración progresiva de los aprendizajes.

Los materiales se caracterizan por ser breves, claros y funcionales, evitando la sobrecarga cognitiva y priorizando su utilidad clínica en un contexto preventivo.

01

Cuadernos individuales de las participantes

02

Ejercicios de regulación emocional

1. CUADERNOS INDIVIDUALES DE LAS PARTICIPANTES

Imprimir y encuadernar 20 hojas para cada participante:

Tema de la sesión:

 Reflexiones

.....

.....

.....

 Mis aprendizajes

.....

.....

.....

 Mis emociones

.....

.....

 Tareas para casa

.....

.....

.....

2. EJERCICIOS DE REGULACIÓN EMOCIONAL

Se incluyen ejercicios breves orientados a reducir la activación fisiológica y facilitar el contacto emocional, especialmente en momentos de intensidad durante las sesiones.



Respiración guiada breve

Uso: momentos de activación en sesión o como recurso personal entre sesiones

- **Duración:** 1-2 minutos
- **Objetivo:** disminuir activación fisiológica
- **Indicaciones:**
 - Inhalar lentamente por la nariz (4s)
 - Exhalar por la boca (6s)
 - Mantener atención en el ritmo respiratorio

Anclaje corporal

Uso: bloqueo emocional o sobrecarga

- **Duración:** 1-2 minutos
- **Objetivo:** favorecer sensación de seguridad
- **Indicaciones:**
 - Notar el contacto de los pies con el suelo
 - Apoyar la espalda en la silla
 - Identificar tres puntos de apoyo corporal



Orientación sensorial

Uso: cuando el miedo se vuelve difuso o invasivo

- **Duración:** 1-2 minutos
- **Objetivo:** reducir rumiación anticipatoria
- **Indicaciones:**
 - Nombrar 3 cosas que ves
 - 2 que oyes
 - 1 que sientes en el cuerpo