

Inclusión social, salud mental y bienestar emocional

PERSPECTIVAS ACADÉMICAS
E INTERVENTIVAS

Coordinación:

Esteban Agullo-Tomás
Jose Antonio Llosa Fernández
Sara Menéndez-Espina
Sofía Moreno Gutiérrez
Beatriz Oliveros Fernández
Pablo Puente Baldomar
María Luz Rivero-Díaz
Elena Rúa Arruñada
Loreto Ventosa Varona

EUROPEAN ANTI POVERTY NETWORK



ASTURIAS

RED EUROPEA DE LUCHA CONTRA
LA POBREZA Y LA EXCLUSIÓN



Inclusión social, salud mental y bienestar emocional

PERSPECTIVAS ACADÉMICAS
E INTERVENTIVAS

Inclusión social, salud mental y bienestar emocional: perspectivas académicas e inter-ventivas.

ISBN: **978-84-09-51497-7**

Depósito Legal: **AS 01556-2023**

Publica y edita:

EAPN – AS [Red Europea de Lucha Contra la Pobreza y la Exclusión Social en Asturias]

C/ José López Ocaña, nº 5. Entresuelo A — 33401, Avilés [Asturias]

Editoras/es [Comisión de estudios y análisis de EAPN Asturias]

Agullo-Tomás, Esteban

Llosa Fernández, Jose Antonio

Menéndez-Espina, Sara

Moreno Gutiérrez, Sofía

Oliveros Fernández, Beatriz

Puente Baldomar, Pablo

Rivero-Díaz, María Luz

Rúa Arruñada, Elena

Ventosa Varona, Loreto

La cita de la contraportada pertenece a la Organización Panamericana de la Salud.

Diseño y maquetación: **Juaco Amado**



Financiación: Esta publicación cuenta con el apoyo económico de la **Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias**.



Licencia Creative Commons 4.0

Los textos publicados en este libro están sujetos a una licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional de Creative Commons desde marzo 2014 [anteriormente Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada]. Puede copiarlos, distribuirlos, comunicarlos públicamente y hacer obras derivadas siempre que reconozca los créditos de las obras (autoría, nombre del libro, institución editora) de la manera especificada por los autores o editores. La licencia completa se puede consultar en <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

© 2023. Los derechos de autor de los capítulos de este libro corresponden a sus respectivos autores.

© 2020. Los derechos de autor de la presente edición corresponden a EAPN-AS.

ÍNDICE

ÍNDICE

Prólogo	10
Elena Rúa Arruñada, presidenta de EAPN Asturias	
Parte 1: Bienestar, diversidad, educación y salud mental	13
■ BER[DE]CINE – DIARIOS DE RODAJE: Programa de creación audiovisual para personas con diversidad funcional	14
María Sol Álvarez Yenes ¹ y María Valvidares Suárez ²	
¹ Asociación Cultural BERDE [berde@berde.org]	
² Profesora contratada doctora de Derecho Constitucional, Universidad de Oviedo. Co-directora del Máster en protección jurídica de las personas y los grupos vulnerables [valvidaresmaria@uniovi.es]	
■ Espacios de calma en Galicia	21
Lorena Boga García ¹	
¹ Fundación Ayuda en Acción [lboga@ayudaenaccion.org]	
■ Mujer y Adicción: un Análisis de las Necesidades Específicas de Intervención	28
Verónica Concha González ¹ , M ^a Dolores Méndez Méndez ² , Paloma Aranguren Rico ³ , Noelia Martínez Menéndez ⁴ y Patricia Guerra Mora ⁵	
¹ Servicio de Salud del Principado de Asturias [veronica.concha@sespa.es]	
² Servicio de Salud del Principado de Asturias [mdolores.mendez@sespa.es]	
³ Servicio de Salud del Principado de Asturias [paloma.aranguren@sespa.es]	
⁴ Servicio Madrileño de Salud [nmmenendez@salud.madrid.org]	
⁵ Servicio de Salud del Principado de Asturias [patricia.guerra@sespa.es]	
■ Una propuesta de intervención existencial grupal para personas con trastorno mental grave	36
Luis Jesús Díaz Gutiérrez ¹ , Noelia Pablos Ballesteros ² , Laura Cano de Lera ³ y Paloma Aranguren Rico ⁴	
¹ Servicio de Salud del Principado de Asturias [luisjesus.diaz@sespa.es]	
² Servicio de Salud del Principado de Asturias [noelia.pablos@sespa.es]	
³ Servicio de Salud del Principado de Asturias [lauracanolera1@gmail.com]	
⁴ Servicio de Salud del Principado de Asturias [paloma.aranguren@sespa.es]	
■ Efectos de la pandemia en población con trastornos de salud mental preexistentes	43
Enrique Iglesias Martínez ¹	
¹ Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo [iglesiasenrique@uniovi.es]	

■ **Salud mental y empobrecimiento en el contexto COVID-19: análisis de una muestra representativa de población en España** 52

Beatriz Oliveros Fernández¹, Esteban Agulló-Tomás², José Antonio Llosa Fernández³, Sara Menéndez-Espina⁴ y María Luz Rivero-Díaz⁵

¹ Profesora Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo [oliverosbeatriz@uniovi.es]

² Profesor Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo [estomas@uniovi.es]

³ Coordinador del Grado de Educación Social en la Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo [joseallosa@facultadpadreosso.es]

⁴ Profesora Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo [menendezsara@uniovi.es]

⁵ Doctoranda, Universidad de Oviedo [mariluzriverodiaz@gmail.com]

■ **Psicoterapia Grupal para la Intervención sobre el Estigma en Personas Diagnosticadas de Trastorno Mental Grave** 59

Cristina Pedrosa Duque¹, Paula Rancaño Vázquez¹, Mónica Díaz Méndez¹, María Dolores Méndez Méndez¹, Patricia Guerra Mora¹ y Cristina del Canto Jiménez²

¹Servicio de Salud de Principado de Asturias [cristina.pedrosa@sespa.es / paula.rancano@sespa.es / monica.diazm@sespa.es / mdolores.mendez@sespa.es / patricia.guerra@sespa.es]

² Servicio de Salud de las Islas Baleares [cristina.delcanto@ssib.es]

■ **Transitando hacia el bienestar psicológico. “Co-descubriendo caminos para superar las violencias con mujeres migrantes víctimas de trata y explotación sexual”** 68

Jose Manuel Suárez¹, Alicia Márquez¹, Sílvia Pereira¹ y Lucía Sánchez¹

¹ Fundación de Solidaridad Amaranta [jose.suarez@fundacionamaranta.org / alicia.marquez@fundacionamaranta.org / silvia.pereira@fundacionamaranta.org / lucia.sanchez@fundacionamaranta]

Parte 2: Empleo y salud mental 79

■ **Las condiciones laborales como determinantes del síndrome de burnout: Cuando el problema no está en el trabajador** 80

Pablo Álvarez Murias¹ y Esteban Agulló Tomás²

¹ Universitat Oberta de Catalunya [uomuriaspablo@gmail.com]

² Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo [estomas@uniovi.es]

■ **Determinantes del empleo en el suicidio: una mirada desde las expectativas e incertidumbres** 92

José Antonio Llosa¹, Esteban Agulló-Tomás², Sara Menéndez-Espina³, Beatriz Oliveros-Fernández⁴ y María Luz Rivero-Díaz⁵

¹ Coordinador del Grado de Educación Social en la Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo [joseallosa@facultadpadreosso.es]

² Profesor Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo [estomas@uniovi.es]

³ Profesora Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo [menendezsara@uniovi.es]

⁴ Profesora Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo [oliverosbeatriz@uniovi.es]

⁵ Doctoranda, Universidad de Oviedo [mariluzriverodiaz@gmail.com]

■ **Hostilidad, trabajo decente y estrategias de ocultación: determinantes sociales de salud mental en personas empleadas LGTBI+** 104

María Luz Rivero-Díaz¹, Esteban Agulló-Tomás², Jose Antonio Llosa³ y Sara Menéndez-Espina⁴

¹ Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo [mariluzriverodiaz@gmail.com]

² Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo [estomas@uniovi.es]

³ Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo [joseallosa@facultadpadreosso.es]

⁴ Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo [menendezsara@uniovi.es]

Parte 3: Prevención y promoción de la salud mental 113

■ **La Burbuja de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria: Factores que la Construyen y Ayudan a su Permanencia** 114

Paloma Aranguren Rico¹, Laura Cano de Lera², Luis Jesús Díaz Gutiérrez³, Noelia Pablos Ballesteros³ y Verónica Concha González⁴

¹ Servicio de Salud del Principado de Asturias [paloma.aranguren@sespa.es]

² Servicio de Salud del Principado de Asturias [lauracanodelera1@gmail.com]

³ Servicio de Salud del Principado de Asturias [luisjesus.diaz@sespa.es]

⁴ Servicio de Salud del Principado de Asturias [veronica.concha@sespa.es]

■ **Suicidio en población vulnerable: factores de riesgo y protección** 122

Andrea Berros Vallina¹ y María Luz Rivero-Díaz²

¹ Teléfono de la Esperanza [andreaberros@gmail.com]

² Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo [mariluzriverodiaz@gmail.com]

■ **El aislamiento social en las personas con Trastorno Mental Grave** 131

Laura Cano de Lera¹, Noelia Pablos Ballesteros², Paloma Aranguren Rico³ y Luis Jesús Díaz Gutiérrez⁴

¹ Servicio de Salud del Principado de Asturias [lauracanodeleral@gmail.com]

² Servicio de Salud del Principado de Asturias [noelia.pablos@sespa.es]

³ Servicio de Salud del Principado de Asturias [paloma.aranguren@sespa.es]

⁴ Servicio de Salud del Principado de Asturias [luisjesus.diaz@sespa.es]

■ **Mitos sobre la Crianza que Influyen Negativamente en el Desarrollo** 137

Patricia Guerra Mora¹, María Dolores Méndez Méndez², Cristina Pedrosa Duque³, Noelia Martínez Menéndez⁴ y Verónica Concha González⁵

¹ Servicio de Salud del Principado de Asturias [patryguerra@hotmail.com]

² Servicio de Salud del Principado de Asturias [mdolores.mendez@sespa.es]

³ Servicio de Salud del Principado de Asturias [cristina.pedrosa@sespa.es]

⁴ Servicio Madrileño de Salud [nmmenendez@salud.madrid.org]

⁵ Servicio de Salud del Principado de Asturias [veronica.concha@sespa.es]

■ **Diseño de un grupo de apoyo para abordar la culpa en la primera maternidad: una propuesta socio-psicológica** 147

Cristina Quinones¹

¹ Faculty of Business and Law, The Open University, UK [cristina.quinones@open.ac.uk]

■ **Saludmentalubrismo. La conciencia de cuerdisimo como base para la transformación en salud mental** 157

Tomás Corominas¹

¹ Hierbabuena. Asociación para la salud mental [tolocoro@gmail.com]

■ **Malestar Psicológico y Conductas de Autolesión en la Adolescencia. 163**
Análisis de Motivos, Factores de Riesgo y Protección

María Dolores Méndez Méndez¹, Verónica Concha González¹, Cristina Pedrosa Duque¹, Carlamarina Rodríguez Pereira¹ y Patricia Guerra Mora¹

¹ Servicio de Salud del Principado de Asturias [mdolores.mendez@sespa.es / crisrina.pedrosa@sespa.es / carlamarina.rodriguez@sespa.es / veronica.concha@sespa.es / patricia.guerra@sespa.es]

■ **Propuesta de intervención grupal en la etapa perinatal: 172**
descripción de un programa piloto

Noelia Pablos Ballesteros¹, Miryan Martínez Jiménez² y Margarita Martínez Alonso³

¹ Hospital Valle del Nalón [noelia.pablos@sespa.es]

² Hospital Universitario Central de Asturias [miryan.martinez@sespa.es]

³ Hospital Universitario Central de Asturias [margarita.martineza@sespa.es]

Diseño de un grupo de apoyo para abordar la culpa en la primera maternidad: una propuesta socio-psicológica

Cristina Quinones¹

¹ Faculty of Business and Law, The Open University, UK (cristina.quinones@open.ac.uk)

Resumen

La primera maternidad es una etapa de profundos cambios y de reconfiguración de la propia identidad. Estos procesos se llevan a cabo en interacción con un contexto cultural donde la ideología dominante de “buena madre” reproduce y refleja la división de género existente en el orden social. La necesidad de información y modelos ante los retos que plantea la primera maternidad, unida a una exposición al mandato cultural de buena madre, generan el caldo de cultivo necesario para la aparición de la culpa.

Se planteó un grupo de apoyo liderado por profesional que además de proporcionar herramientas de regulación emocional individual, generara un espacio para la reflexión sobre el impacto de los discursos dominantes y proporcionara un espacio seguro para el cuestionamiento y generación de alternativas. La intervención tuvo lugar a lo largo de 4 semanas, con 14 mujeres cuyos hijos tenían de 0 a 3 años.

Los aspectos más valorados fueron la validación y pertenencia; el apoyo entre iguales; y el empoderamiento del grupo para cuestionar mandatos culturales y confiar en sus juicios. Se propone la repetición del estudio y se especula sobre el valor del formato dentro del infra-financiado sistema público de salud.

Introducción

La primera maternidad es una etapa de gran incertidumbre y cambios a nivel físico, social y psicológico (Stern & Bruschweiler-Stern, 1998). El postparto es de manera general un periodo de elevada vulnerabilidad psicológica; alrededor del 80% de mujeres experimentan síntomas ansiógeno-depresivos durante las primeras semanas tras el parto, y al menos 1 de cada 5 mujeres sufre depresión posparto (Infosalus, 2017; Ortigosa et al., 2022). De todos modos se cree que estas cifras no representan la magnitud y la complejidad de la salud mental desde el nacimiento hasta el primer año de vida del bebé, ya que muchas de estas dificultades no se detectan oficialmente (Bauer et al., 2016).

La llegada de la primera hija o hijo supone además una reformulación de la propia identidad (Moffet, 2018), lo que Stern y Bruschweiler-Stern denominan el desarrollo de la “mentalidad de madre” (1998, p.28). El desarrollo de la identidad maternal para Faircloth consiste en “los procesos narrativos en las que se involucra la madre en el proceso de hacerse a sí misma como tal durante la crianza de sus hijas (2009, p.15). Desde el constructivismo social, el posicionamiento epistemológico dominante en el estudio sis-

temático de la maternidad, se entiende que estos procesos identitarios tienen lugar en interacción con un contexto en el que siguen vigentes construcciones problemáticas de género que atribuyen a la mujer la responsabilidad principal de los cuidados [Fox, 1998]. En este sentido, la feminista americana Adrienne Rich [1986] distingue entre maternidad como actividad o experiencia, y maternidad como institución social. La autora destaca cómo esta última promueve maneras de matinar que reproducen y reflejan la división de género existente en el orden social, que afectan negativamente a la salud mental y limitan la participación de las madres en la esfera pública [Green, 2019; Henderson et al., 2016; Rich, 1986].

La culpa “maternal” [mum guilt] es un elemento omnipresente en los estudios sistemáticos del multidisciplinar campo de conocimiento de maternidad, tanto que parece un elemento consustancial a la experiencia de matinar [Shutherland, 2010; Collins, 2019]. A nivel psicológico, la culpa es una emoción que surge de una autovaloración acerca de una acción (u omisión) que transgrede las normas válidas de convivencia que hemos interiorizado [Echeburúa et al., 2001]. Actúa a modo de alarma interna motivando a la toma de responsabilidad y a la acción, evitando situaciones que la generan o motivando reparación para reducir el malestar. En principio su función es adaptativa, el problema se plantea cuando se experimenta con excesiva frecuencia, intensidad o duración. Esta fustigación es más probable cuando los principios éticos mediante los que juzgamos nuestros actos son excesivamente exigentes. Dado que la formación de este compás moral se sitúa dentro de un contexto cultural concreto, es importante analizar lo que dicha cultura entiende y promueve como “buena madre” y así analizar en qué medida estos mandatos contribuyen a la omnipresencia de la culpa en la maternidad [Laney et al., 2015].

Relación entre el discurso dominante de maternidad y la culpa maternal

El legado de Foucault acerca del discurso en el orden social ha servido de base para el análisis crítico y el cuestionamiento de los mandatos culturales en el estudio interdisciplinar de la maternidad. Para Foucault el “discurso” denota un sistema social históricamente contingente que produce significado y que se materializa en determinadas prácticas sociales que a su vez refuerzan dicho discurso [Foucault, 1981]. Es una manera de organizar las relaciones sociales mediante la aceptación colectiva de su lógica, y se manifiesta en la manera en que usamos el lenguaje y símbolos culturales como imágenes, o textos. Los discursos se producen por los efectos de poder dentro del orden social, en este caso, un sistema de poder que legitima unas realidades y unas formas de conocimiento frente a otras, pero estos efectos no son directamente observables, sino que se dan a priori, y por tanto son más difíciles de desmontar. Aplicado a la maternidad, el sistema generador del discurso sería el sistema patriarcal que produce una división por género donde entre otras cosas las mujeres son las responsables principales de los cuidados [Newman & Nelson, 2021].

Hays [1996] caracteriza el discurso dominante como “maternidad intensiva”, una madre que está totalmente centrada en la crianza y es la principal responsable del cuidado infantil, que se encarga de que los niños tengan una dieta equilibrada, tengan actividades educativas estimulantes y sean felices. Este modelo refleja la vigencia de la herencia de maternidad entrelazada con feminidad y como identidad primaria de la mujer. De acuerdo con la autora, existen diferentes maneras de matinar, pero la que se socialmente se identifica con la “buena madre” es la maternidad intensiva.

A pesar de tener más de tres décadas, la ideología de la maternidad intensiva sigue dominando el imaginario colectivo de la buena madre y es apreciable a través de diferentes manifestaciones culturales como anuncios, películas y las redes sociales. Así, en un estudio longitudinal sobre la representación de maternidad en Instagram y Twitter a través de los mensajes del día de la madre se confirma cómo se refuerzan nociones normativas de “buena madre”, priorizando cuidados y sacrificio [Capdevilla et al., 2022]. En otro estudio, los autores se sorprendieron por la aceptación del mandato de buena madre en interacciones de Instagram [Astudillo-Mendoza & Cifuentes-Zunino, 2022]. Incluso espacios online dedicados a criticar la carga doméstica excesiva de las mujeres, parecían reforzar dichos discursos de manera indirecta [Lupton et al., 2016].

Desde la teoría de la auto-discrepancia se entiende que la culpa surge cuando existe una discrepancia entre nuestro *self real* y el que hemos interiorizado como *self ideal* (Higgins, 1987). La construcción e interiorización de nuestro *self ideal* tiene lugar en intercambio dinámico con nuestro contexto y desde los estudios de maternidad se destaca cómo la presión para cumplir con estos estándares culturales de maternidad es abrumadora, casi inescapable y dirigida por poderosas fuerzas sociales [Liss et al., 2013; Newman & Nelson, 2021; Henderson et al., 2016].

El elevado grado de involucración en el cuidado de los hijos supone en la sociedad actual una incompatibilidad manifiesta con la expectativa de la incorporación de la mujer al mercado laboral. Lejos de adaptarse a la realidad actual del doble mandato “público/privado” de las mujeres, el discurso dominante de la maternidad intensiva sigue vigente y encuentra en la culpa una herramienta necesaria para regular la experiencia de maternar. De esta manera, las madres que trabajan fuera tratan de compensar el “tiempo perdido” con sus hijos para aliviar el sentimiento de culpa; mientras que las que no trabajan fuera sientan culpa precisamente por no cumplir con ese doble mandato [Ennis, 2014; Solé & Parella, 2004]. En un estudio transcultural sobre la experiencia de culpa en la maternidad se constató cómo el no pasar suficiente tiempo con los niños así como las horas que pasaban en el trabajo fuera de casa eran los principales motivos de culpa [Collins, 2021]. La carga mental que suponen los ideales de maternidad intensiva afecta negativamente a la salud mental, incluso cuando las madres se resisten y rechazan esos ideales [Henderson et al., 2016].

Una dimensión fundamenta del discurso de buena madre actual tiene que ver con el conocimiento y manejo del riesgo, lo que algunos han llamado “maternidad de control total de riesgo” [Lee et al., 2010]. De acuerdo con Beck [1999] y Giddens [1991] vivimos en una sociedad del riesgo, con ansiedad acerca del futuro y obsesionada con colonizarlo. Para ello la información experta es la clave, las personas a las que confiamos por su formación y experiencia el análisis y cálculo de los riesgos y las fórmulas para mitigarlos. Así, se extiende la ilusión de que todos los riesgos pueden ser perfectamente calculados y prevenidos con las herramientas adecuadas. Por ende, si enfermamos, ya no es exclusivamente mala suerte o genética sino una cuestión de mala gestión del riesgo, algo y por tanto en nuestras manos [Beck, 2000]. En este sentido, la buena madre en esta sociedad de control de riesgo sería la que se encuentra inmersa en una búsqueda y prevención constante de riesgo independientemente de si este es pequeño o probable o el coste para su propia salud en el proceso [Lee et al., 2010; Sjöberg, 2019]. En una sociedad en la que el acceso a la información y expertos vía redes es accesible 24/7, parece inevitable que cuando surjan dificultades en el proceso, se alimente el sentimiento de culpa vía riesgos no calculados o prevenidos. Esto será más saliente en situaciones vitales como la primera maternidad, donde se unen un elevado grado de incertidumbre, desconocimiento y responsabilidad.

Objetivos de la intervención

La fundamentación teórica de este estudio se basa en una conceptualización de la culpa a dos niveles; psicológico (como señal de alarma sobre acciones u omisiones que transgreden normas interiorizadas), y sociológico, como emoción difícil de escapar en un contexto de maternidad dominado por el discurso de la maternidad intensiva. El objetivo de esta intervención era el de desarrollar un programa de contenidos que reflejara estos dos niveles en un formato de grupo de apoyo. Los grupos de apoyo a la maternidad dirigidos por profesionales y/ o por pares parece reducir el aislamiento social y son fuentes de validación y empoderamiento para las mujeres, aspectos críticos en el deterioro de la salud mental durante el periodo postnatal (Yamashita et al., 2022).

A nivel individual, la culpa maternal se relaciona con una autocrítica excesiva. El abordaje terapéutico de tercera generación basado en la compasión y mindfulness parece ser un tratamiento efectivo para ello (Gilbert, 2006; Warren et al., 2016). Así, se emplearon herramientas validadas de cuestionamiento de creencias y difusión de pensamiento, así como técnicas de autocompasión basadas en la atención plena.

El objetivo de este nivel fue:

- a. Practicar herramientas de cuestionamiento de creencias irracionales, difusión del pensamiento y de regulación emocional basadas en la práctica del estado calmo y compasivo.

A nivel social, se entiende que el aislamiento y la fuerza de los mandatos culturales imposibles contribuyen a que las madres interioricen como fallos individuales lo que a menudo son respuestas normales. En este nivel, los objetivos fueron:

- a. Reflexionar sobre las condiciones individuales y sociales que explican la vulnerabilidad de madres primerizas ante el reto de la maternidad.
- b. Adquirir una mayor concienciación sobre el impacto de los discursos dominantes de maternidad que interiorizamos como estándares para juzgar nuestros actos.
- c. Analizar las maneras en las que estos mandatos se filtran por diferentes medios y examinar cómo afectan nuestro bienestar y necesidad de consejo experto..
- d. Proveer un espacio seguro para conectar entre iguales, validar nuestra experiencia, y reconocer el valor de estos espacios para la resistencia ante mandatos imposibles y para el desarrollo de maternidad de acuerdo con nuestros valores y posibilidades.

En resumen, se pretendía facilitar un grupo de apoyo a la maternidad que invitara a la reflexión socio-psicológica sobre el origen e impacto de la culpa en su propia maternidad y desde esta concienciación, empoderara a las mujeres hacia una maternidad más adaptada a sus propias circunstancias y valores.

Método

Participantes y procedimiento

El grupo diana se trataba de madres primerizas con hijos de hasta 3 años de vida. La iniciativa se ofreció de manera gratuita como parte del servicio pro bono que realiza el equipo de Psicología Online de una empresa donde colabora la autora. Ella fue la encargada de

proponer la iniciativa, llevar a cabo el diseño, la intervención y la evaluación. El equipo administrativo de la clínica fue el encargado de promocionar la actividad y reunir las participantes así como de recoger todos los aspectos relacionados con la protección de datos y el consentimiento. La participación de la autora consistía en la dinamización del grupo (debates, participación), la introducción y explicación de contenidos, así como la explicación de herramientas y resolución de dudas.

Formato

La duración del grupo de apoyo fue de cuatro semanas consecutivas, con sesiones de entre 90 y 120 minutos vía la plataforma zoom durante el mes de marzo del 2022. Se animaba a las participantes a realizar actividades individuales entre sesiones de aproximadamente diez minutos al día. Dadas las características de las participantes, si así lo necesitaban o deseaban, las mujeres podían estar con sus hijas o hijos, si bien se solicitaba que silenciaran sus micros en los momentos en que no estuvieran participando en el diálogo.

Las sesiones incluían una breve introducción teórica de contenidos para iniciar el diálogo, y un componente experiencial que llevaba a espacios de debate, actividades experienciales grupales y en algunos casos individuales. Cada semana tenía una temática si bien esta se fue adaptando a las necesidades e intereses del grupo:

1. Culpa a nivel psicológico: qué pasa dentro de mi.
2. Culpa a nivel social: qué papel juega la cultura y el contexto.
3. Resistiendo al mandato de la buena madre: estrategias y alternativas.
4. Revisión de la caja de herramientas de autocuidado desarrolladas y plan de acción para el futuro.

Al final de cada sesión se preguntaba a las participantes qué se habían llevado ese día. Esto se realizaba de manera verbal y por escrito en el chat de la plataforma zoom. El último día se pidió a las participantes su colaboración en la cumplimentación de una encuesta de evaluación para la satisfacción con el proyecto y sus diferentes elementos implementada en vía *monkey survey*. La encuesta incluía aspectos demográficos como edad, número de hijos y situación laboral. Además, se incluyeron preguntas sobre apoyo social directo e indirecto en la crianza con formato de respuesta *si/no*, ofreciendo la posibilidad para ampliar su respuesta con un espacio adicional. Se incluyeron además ítems tipo Likert para evaluar el grado de utilidad con cada actividad realizada. Finalmente, se utilizó el feedback de cada semana para elaborar un listado de afirmaciones acerca de lo que se llevaban de su participación en las que se pidió a las participantes que señalaran aquellas con las que más identificaban (selección múltiple).

Evaluación y discusión

Un total de 14 mujeres de las 15 que iniciaron el grupo de apoyo lo completaron, si bien 2 de ellas perdieron dos sesiones respectivamente. Un total de 11 mujeres completaron la encuesta de satisfacción. Las mujeres tenían una media de edad de 37 años en un rango de 26 a 42 años. En cuanto a su actividad laboral: 5 mujeres trabajaban, 4 estaban de excedencia o baja por maternidad, 2 mujeres no tenían trabajo. A que a pesar de que la actividad se planteó inicialmente para madres primerizas, un error en el screening administrativo llevó a que se admitieran a 3 las participantes que no eran primerizas. Dado que la autora no fue consciente de esto hasta bien entrada la primera sesión y las participantes tenían hijos en la franja de edad [0-3 años], se siguió adelante con dichas participantes.

Con relación al apoyo social, más de la mitad de las mujeres (6/11) confesaron carecer del apoyo social que les gustaría de amigas, otras madres o compañeras de trabajo. Dos mujeres matizaron que no tenían ningún tipo de apoyo. Con relación al apoyo familiar, sólo 4 de las 11 mujeres tenían acceso a este apoyo. De las que no tenían, la mayoría era por motivos de distancia geográfica, y en un caso no había relación con la familia.

Con relación a la crianza, 7 de las 11 mujeres comparten los cuidados con su pareja, si bien 5 de ellas matizaron que la mayor parte de la carga recaía también sobre ellas.

En cuanto a la satisfacción con los diferentes elementos del programa, el 100% de las participantes encontraron “muy útil” las diferentes actividades planteadas a nivel individual (ej., desarrollo del estado calmo, cuestionamiento de las creencias “debo ser”, innegociables) y social (e.g. ejercicio de la buena madre de ayer y hoy). Con relación a las afirmaciones sobre lo que se llevaban de su participación, las afirmaciones más frecuentemente elegidas fueron:

- “El ver que otras madres estaban en esa situación”. Este ítem se correspondería con la experiencia de validación y pertenencia al grupo de madres.
- “La importancia del espacio para el apoyo mutuo”. Este ítem reflejaría la necesidad de conexión y apoyo mutuo.
- “Protegernos ante la sobrecarga de información y las contradicciones, clarificar nuestros valores y confiar en nuestra sabiduría”. Este ítem reflejaría la concienciación de protección ante mandatos imposibles, así como empoderamiento y legitimización de otras maneras de maternar.

Discusión

El objetivo de esta intervención piloto era el de proporcionar un espacio de apoyo psicosocial para madres primerizas con niños de hasta tres años de edad fundamentado en dos niveles de actuación: individual [psicológico] y colectivo [socio-psicológico]. A nivel individual, la intervención integraba elementos avalados por la evidencia para el abordaje de la autocritica y la culpa. A nivel social, partiendo de una concepción de la maternidad como construcción social y como práctica relacional, se trabajó la identificación del mandato de buena madre en diferentes manifestaciones culturales y el impacto que tiene en nuestro bienestar a través de la culpa. Además, se generó un espacio seguro que utilizando las posibilidades terapéuticas de los grupos de iguales permitió desmontar mitos, compartir experiencias reales y valorar la importancia de la conexión como herramienta fundamental de resistencia y de autocuidado para una maternidad más acorde a nuestros valores y posibilidades.

En la evaluación del piloto las participantes confirman que gran parte de las participantes tienen bajo nivel de apoyo social y familiar, y en su mayoría son las principales responsables de los cuidados. Estas características no parecen exclusivas del grupo, ya que a pesar de una creciente participación de los hombres en los cuidados y educación de os hijos, las mujeres triplican el tiempo invertido (Europa Press, 2019). Estos datos avalan la importancia de un enfoque de género y socio-psicológico que además de ofrecer herramientas individuales, conciencie a las mujeres como colectivo para el cuestionamiento de los mandatos culturales que generan sufrimiento y limitan su desarrollo personal y profesional.

Entre las experiencias que resultaron más enriquecedoras las participantes se centraron en todo lo que se refería al grupo de iguales por encima del desarrollo de herramientas individuales. Así, destacaron el valor de sentirse validadas por otras mujeres en su misma posición, la conexión y el apoyo mutuo que surgió de estos encuentros. Estos aspectos son coherentes con los resultados de revisiones sistemáticas sobre la efectividad grupos de apoyo por pares para la maternidad. En estos grupos, se destaca la reducción del aislamiento y el apoyo instrumental y emocional a las mujeres, aspectos fundamentales en la prevención de dificultades de salud mental maternal durante el periodo postnatal (Yamashita et al., 2022). Algunos estudios destacan cómo los grupos facilitados por pares parecen ser más efectivo que los facilitados por profesionales en lo que se refiere a inspirar esperanza y empoderamiento (Reper & Carper, 2011). A pesar de que este grupo se concibió y facilitó por la profesional, el error de screening por el participaron tres madres con experiencia, acabó generando una dinámica similar a la de los grupos terapéuticos por pares, donde existe una representación de personas con las mismas vivencias y diferente grado de experiencia.

Se calcula que hasta un 80% de mujeres sufren síntomas ansioso depresivos tras el parto, y hasta 20% puede llegar a desarrollar depresión postparto. Además, se cree que tanto el estigma como la dificultad de acceso a tratamiento resulta en una infravaloración de las dificultades de salud mental y a un mayor uso de fuentes informales (Bauer et al., 2016). Teniendo en cuenta la limitada oferta de apoyo psicológico en el sistema nacional de salud (Sánchez, 2023; Salvador-Cuilla, 2010), la facilitación profesional de grupos de apoyo podría ser una manera eficiente de llegar a este colectivo. En países como Estados Unidos los grupo de apoyo por pares se utilizan de manera habitual como estrategia de prevención de salud mental y ha jugado un rol fundamental en la transformación hacia un modelo de salud mental comunitaria (Zabaleta Gonzalez et al., 2021).

Otro de los aspectos más celebrados por las participantes fue el de la concienciación acerca de retar mandatos culturales imposibles así como el empoderamiento y legitimización de otras maneras de maternar. En un estudio pionero con madres feministas Green (2019) reveló cómo la concepción de la maternidad como institución era un elemento empoderador para ellas, ya que les permitía reconocer prácticas dañinas para ellas, distanciarse y encontrar maneras de “redefinir la maternidad para ellas y sus familias” (p.89). De manera similar, el intercambio de experiencias en la dinámica horizontal del grupo de iguales permitió que las mujeres reconocieran similitudes o patrones en las situaciones generadoras de culpa, facilitando el distanciamiento y cuestionamiento de las mismas.

Limitaciones

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra el hecho de que el grupo sólo se llevó a cabo una vez y con 14 personas. Además, cabe destacar que la investigadora no es un sujeto neutral en la investigación, ya que, entre otras cosas, cuando llevó a cabo este proyecto su primera hija tenía 1 año, y participaba por tanto de muchas de las realidades que se compartían en el grupo. De todos modos, la fundamentación de este estudio se realiza desde una posición epistemológica constructivista, que a diferencia del posicionamiento positivista, no exige la neutralidad del investigador para legitimar el desarrollo del conocimiento. Desde este modo de trabajar se adopta la reflexividad de la investigadora en los diferentes estadios del proceso para que el lector pueda reconocer cómo han afectado al proceso investigador (Mays & Poppe, 2000).

Conclusiones

Dado el diseño de investigación de este piloto, su aspiración no era la generalización sino la estimulación de ideas y acción en el espacio de apoyo psicosocial a la maternidad práctica. Por un lado se pretendía ofrecer un espacio de apoyo a las mujeres que participaron, y por otro, el desarrollar una iniciativa que ofreciendo herramientas individuales integrara también un elemento de concienciación social para la acción. Un espacio para pequeñas dosis de “micro resistencia” que parece estar asociada con mayor bienestar emocional, y que es tan necesaria en una sociedad que a pesar de los avances sigue en buena medida limitada por las relaciones patriarcales de poder (Green, 2019; Fox, 1996). Entre los próximos pasos sería interesante repetir el piloto con otros grupos para constatar en qué medida los aspectos destacados por el grupo (validación, apoyo y empoderamiento) siguen siendo los elementos claves de estas iniciativas. Además, sería interesante examinar el impacto de diferentes grados de facilitación del profesional en grupos de apoyo por pares. Por último, dada la necesidad y el potencial coste-eficiencia de estas intervenciones, sería conveniente estudiar colaboraciones con el sistema de salud pública que cubra las necesidades en esta área.

Referencias

Astudillo-Mendoza, P., & Cifuentes-Zunino, F. [2022]. Mothering on the web: A feminist analysis of posts and interactions on a Chilean Instagram account on motherhood. *Feminism & Psychology*, 09593535221094251.

Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Lemmi, V., Adelaja, B., & Hogg, S. [2014]. The costs of perinatal mental health problems. *London: Centre for Mental Health and London School of Economics*, 44.

Beck, U. [1999] *World Risk Society*. Cambridge: Polity Press.

Capdevila, R., Dann, C., Lazard, L., Roper, S., & Locke, A. [2022]. # mothersday: Constructions of motherhood and femininity in social media posts. *Feminism & Psychology*, 32(3), 336-356. <https://doi.org/10.1177/09593535221107832>.

Collins, C. [2021]. Is maternal guilt a cross-national experience?. *Qualitative Sociology*, 44(1), 1-29.

Echeburúa Odriozola, E., Corral Gargallo, P. D., & Amor, P. J. [2001]. Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y modificación de conducta*, 27 (116), 905-929.

Ennis, L. R. [2014]. *Intensive mothering: The cultural contradictions of modern motherhood*. Demeter Press.

Europa Press [2019, Nov 20]. Un estudio reciente demuestra que disminuye la brecha entre hombres y mujeres en la crianza de los hijos. *Europa Press* <https://www.europapress.es/comunicados/sociedad-00909/noticia-comunicado-estudio-reciente-demuestra-disminuye-brecha-hombres-mujeres-crianza-hijos-20191120183020.html>.

Faircloth, C. [2009]. Mothering as identity-work: long-term breastfeeding and intensive motherhood. *Anthropology News*, 50(2), 15-17.

Foucault, M. [1981]. 1971. The Order of Discourse. *Untying the Text: A Post-structural Reader*, 48-78.

Fox, B. 1998. "Motherhood, changing relationships and the reproduction of gender inequality." In *Redefining Motherhood*. S. Abbey and A. O'Reilly (eds.). Toronto: Second Story Press, pp. 159-74.

Giddens, A. [1991]. *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford university press.

Gilbert, P., & Procter, S. [2006]. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353-379.

Green, F. J. [2019]. Practicing Matricentric Feminist Mothering. *Journal of the Motherhood Initiative for Research and Community Involvement*, 10(1/2). <https://jarm.journals.yorku.ca/index.php/jarm/article/view/40555>.

Hays, S. [1996]. *The cultural contradictions of motherhood*. Yale University Press.

Henderson, A., Harmon, S., & Newman, H. [2016]. The price mothers pay, even when they are not buying it: Mental health consequences of idealized motherhood. *Sex Roles*, 74, 512-526.

Higgins, E. T. [1987]. Self-Discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319>.

Infosalus [2017, April 19]. Depresión postparto, un problema que ha sufrido el 35% de las españolas. *Infosalus*. <https://www.infosalus.com/mujer/noticia-depresion-postparto-problema-sufrido-35-espanolas-20170419171521.html>.

Laney, E. K., Hall, M. E. L., Anderson, T. L., & Willingham, M. M. [2015]. Becoming a mother: The influence of motherhood on women's identity development. *Identity*, 15(2), 126-145.

Lee, E., Macvarish, J., & Bristow, J. [2010]. Risk, health and parenting culture. *Health, risk & society*, 12(4), 293-300.

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

Lupton, D. [2016]. The use and value of digital media for information about pregnancy and early motherhood: a focus group study. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 1-10.

Mays N., & Pope C. [2000]. Qualitative research in health care: assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal*, Vol.320, pp.50-52. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7226.50>.

Moffett, J. [2018]. Adjusting to That New Norm: How and Why Maternity Coaching Can Help with the Transition Back to Work After Maternity Leave'. *International coaching psychology review*, 13(2), 62-76.

Newman, H., & Nelson, K. A. [2021]. Mother needs a bigger "helper": A critique of "wine mom" discourse as conformity to hegemonic intensive motherhood. *Sociology Com-*

pass, 15(4), e12868. Ortigosa, M. A., Narváez, N. M., Floriano, J. C. C., & de la Torre, F. J. M. (2022). Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica. *Enfermería Cuidándote*, 5(3), 19-29. <https://doi.org/10.51326/ec.5.3.2558670>.

Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of mental health*, 20(4), 392-411.

Rich, A. (1986) [1976]. *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. Virago.

Sanchez, A. (2023, Jan 5). España tiene un 67% menos de psicólogos clínicos que las principales potencias europeas. *El economista*. <https://www.eleconomista.es/salud/noticias/12098939/01/23/Espana-tiene-un-67-menos-en-psicologos-clinicos-que-las-principales-potencias-europeas.html>.

Salvador-Carulla, L., Costa-Font, J., Cabases, J., McDaid, D., & Alonso, J. (2010). Evaluating mental health care and policy in Spain. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 13(2), 73.

Sjöberg, M. (2019). *Young mothers' identity work: Life course, risk, and good motherhood* (Doctoral dissertation, Umeå universitet).

Solé, C., & Rubio, S. P. (2004). Nuevas expresiones de la maternidad: las madres con carreras profesionales ¿exitosas?. *RES. Revista Española de Sociología*, (4), 67-92.

Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P.,... & Tronick, E. Z. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 19(3), 300-308.

Sutherland, J. A. (2010). Mothering, guilt and shame. *Sociology Compass*, 4(5), 310-321.

Warren, R., Smeets, E., & Neff, K. (2016). Self-criticism and self-compassion: Risk and resilience: Being compassionate to oneself is associated with emotional resilience and psychological well-being. *Current Psychiatry*, 15(12), 18-28.

Yamashita, A., Isumi, A., & Fujiwara, T. (2022). Online peer support and well-being of mothers and children: Systematic scoping review. *Journal of Epidemiology*, 32(2), 61-68. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20200079>.