



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2014/2015

Convocatoria Junio

Modalidad: Trabajo de carácter profesional

Título: Propuesta de un Programa de Parentalidad Positiva desde la Gestación.

Autor: Katina Ilieva Kovacheva

Tutora: Raquel Costa Ferrer

Elche a 05 de Junio de 2015

Índice

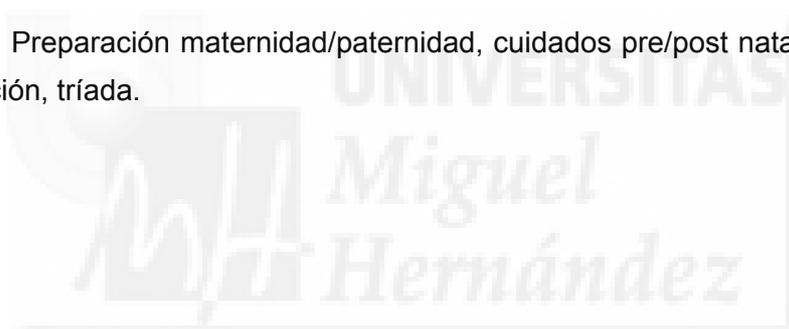
| | |
|--------------------------------------|----|
| 1. Resumen | 3 |
| 2. Marco teórico | 4 |
| 3. Objetivos de la intervención..... | 12 |
| 4. Método | 13 |
| 4.1. Participantes..... | 13 |
| 4.2. Variables e instrumentos..... | 13 |
| 4.3. Procedimiento..... | 16 |
| 4.4. Metodología aplicada..... | 18 |
| 4.5. Tipo de diseño y estudio..... | 18 |
| 4.6. Análisis de datos..... | 19 |
| 5. Discusión y Conclusiones | 19 |
| 6. Referencias bibliográficas..... | 20 |
| | |
| Tabla 1 | 5 |
| Tabla 2 | 9 |
| Tabla 3 | 12 |
| Tabla 4 | 15 |
| Tabla 5 | 16 |
| Tabla 6 | 17 |
| | |
| Anexo A | 26 |
| Anexo B..... | 31 |
| Anexo C..... | 36 |
| Anexo D..... | 40 |

Resumen

En este trabajo se ha realizado una revisión de estudios que determinan los factores claves del rol parental y sobre la parentalidad positiva como el enfoque que mejor se ajusta a la actualidad. También se explica la importancia del desarrollo intrauterino y las interacciones materno-filiales, incluyendo los efectos de las influencias ambientales en el desarrollo fetal y el impacto del proceso de la gestación en los padres.

Este trayecto ha conducido al desarrollo de un programa de Parentalidad Positiva desde la Gestación de prevención primaria, con acceso universal y con un modelo académico destinado a las madres y padres primerizos que se encuentren en el periodo gestacional. Su programación y desarrollo están basados en programas con evidencia empírica en los beneficios de sus resultados. Se propone realizar una investigación con un diseño cuasiexperimental longitudinal para comprobar si el programa es efectivo para facilitar el ejercicio positivo del rol parental y potenciar el desarrollo del niño/a desde su gestación.

Palabras clave: Preparación maternidad/paternidad, cuidados pre/post natales, parentalidad positiva, gestación, tríada.



2. Marco teórico

Ser padres es una tarea compleja que requiere de habilidades específicas para enfrentarse a los desafíos (Torío, Peña & Rodríguez, 2008), este camino comienza cuando dos personas deciden tener un hijo, perdurando toda la vida (Capano & Ubach, 2013). El paso de ser pareja a familia supone un cambio drástico en la vida de los padres y en sus prioridades (González, 2007), requiriendo atención las necesidades de los hijos, paralelamente a las propias (Sallés & Ger, 2011). La familia es la unidad básica fundamental de nuestra sociedad, promotora del desarrollo del individuo, siendo considerada el agente más influyente en la construcción de la personalidad, el proceso de socialización y, en parte, responsable de la estabilidad emocional de sus integrantes (Gervilla, 2008; Flaquer, 1998). Entre sus funciones están asegurar la supervivencia y el crecimiento sano de los hijos a nivel físico, socioafectivo y cognitivo, asegurando la adaptación al medio (Barudy & Dantagnan, 2005; Bringiotti, 2005; Palacios & Rodrigo, 1998), pero el adecuado desarrollo de estas funciones, en ocasiones requieren apoyo y/o formación (Martín, Márquez & Rodrigo, 2009).

Según Barudy (2010) se puede distinguir entre la parentalidad biológica, que hace referencia a la procreación y la parentalidad social, capacidades para cuidar, proteger, educar y socializar los hijos. Ésta se adquiere por la experiencia personal y la relación con los padres en la infancia y es lo que se denomina competencias parentales, que incluyen las capacidades parentales o recursos cognitivos, emotivos y conductuales (capacidad de vincularse o apego y empatía) y las habilidades parentales o plasticidad de los padres para responder adecuadamente según la etapa evolutiva (modelos de crianza y habilidad para participar en redes sociales e utilizar recursos comunitarios). El estilo parental democrático (afecto, control y exigencia de madurez) es el más adecuado independientemente del tipo de cultura o población (Steinberg, Blatt-Einsengart & Cauffman, 2006). Sin embargo, se ha sustituido el concepto por parentalidad positiva (Rodrigo, Márquez & Martín, 2010), definido como “el conjunto de conductas parentales que procuran el bienestar de los niños y su desarrollo integral (...) que proporciona reconocimiento personal y pautas educativas e incluye el establecimiento de límites”(p.2) (Consejo de Europa, Comité de Ministros, 2006).

Para un crecimiento sano y en un entorno adecuado, se deben de llevar a cabo acciones de sensibilización, aprendizaje y entrenamiento a los padres en la educación de sus hijos, para influenciar positivamente en las competencias parentales, requiriendo la actuación e implicación de ambos padres en la educación de sus hijos (Sallés & Ger, 2011; Martín, Márquez & Rodrigo, 2009; Martínez & Becedóniz, 2009). La finalidad de estos programas es mejorar el conocimiento de los padres sobre las características evolutivas de sus hijos, desarrollar estrategias sobre estilos educativos positivos y aprender a afrontar las

dificultades y conflictos cotidianos del seno familiar, con especial énfasis en la prevención del castigo físico (Martínez y Becedóniz, 2009). Las limitaciones de estos programas son, principalmente, su metodología participativa lo cual genera poca disponibilidad, la escasa participación de los padres varones y de las familias sin situaciones de riesgo social, las cuales también necesitan asesoramiento y apoyo educativo (Martínez & Pérez, 2004). Los padres que participan en este tipo de entrenamiento destacan la importancia del mismo para el buen desempeño de su rol, valorándolo como una experiencia beneficiosa y/o productiva (González, Capano, Scafarelli & Guerra, 2012).

Tabla 1. *Programas de Parentalidad Positiva*

| Programa | Técnica | Resultados GE:GC |
|--|--|---|
| <p>Crecer Felices en Familia: Un Programa de Apoyo Psicoeducativo para Promover el Desarrollo Infantil (Álvarez, 2014)</p> | <p>Desarrollo del vínculo afectivo, etapas evolutivas, regular el comportamiento infantil, la escuela y la educación.</p> | <p>Aumenta satisfacción parental y las actitudes parentales, disminuye estrés parental, mejora conocimiento evolutivo y la detección correcta de necesidades infantiles.</p> |
| <p>Programa-Guía para el desarrollo de competencias emocionales, educativas y parentales (Martínez, Álvarez & Pérez, 2010)</p> | <p>Etapas evolutivas, necesidad de atención, respeto, afecto y reconocimiento, autoestima y asertividad, comunicación asertiva, resolución de problemas y disciplina: límites, normas y consecuencias.</p> | <p>Mayor sentimiento de competencia parental, mayor autoestima y asertividad y percepción de apoyo social.</p> |
| <p>Programa Triple P de Parentalidad Positiva (Wiggins, Sofronoff & Sanders, 2009)</p> | <p>Causas de problemas de conducta, estrategias para manejar problemas de conducta y alentar comportamiento positivo, promover la autoeficacia, estrategias de comunicación y parentalidad compartida.</p> | <p>Mejor relación padres-hijo, mejor vínculo, reducción problemas de conducta, mayor confianza en el rol parental, reducción prácticas de crianza disfuncionales, mayor regulación emocional y mejor resolución de problemas.</p> |

Para lograr una intervención potencialmente preventiva es importante actuar desde la gestación, debido a que el ambiente intrauterino influye sobre el posterior desarrollo (Freitas, 2011). En la madre y en el vínculo materno-filial, influyen factores interpersonales y ambientales, como la relación con la pareja, el apoyo social, el estrés, la concepción del bebé (Maldonado-Durán, Saucedo-García & Lartigue, 2008; Klaus & Kennell, 1982) y las propias hormonas del embarazo. Es un momento de gran neuroplasticidad, con cambios cerebrales a nivel neuroquímico, morfológico y funcional que preparan para la crianza, favoreciendo los procesos de apego. Se generan nuevas neuronas en el hipocampo y el bulbo olfatorio, facilitando la transición de la conducta materna desde el parto (Kim et al.,

2010) y sensibilizando para responder a las demandas de su hijo, resultándole placentero y satisfactorio (Olza, Marín & Gil, 2012). En cuanto su salud mental se ha relacionado niveles altos de ansiedad y síntomas psicopatológicos durante el embarazo, con fatiga y peor calidad de vida, problemas de sueño y síntomas depresivos. La fatiga, además, es un predictor de cesárea y del desarrollo de depresión post-parto. La presencia de náuseas se asocia con ansiedad, falta de comunicación con la pareja, no aceptación del embarazo, escasa información sobre el mismo y el cuidado de los hijos, depresión, insomnio y disfunción social. Las preocupaciones respecto al parto, a tener un hijo enfermo y por la propia imagen se vinculan con ansiedad y alteraciones en el estado de ánimo (Maldonado-Durán, Saucedo-García, Lartigue & Karacosta, 2000). Otras variables psicológicas como estrés, depresión, baja autoestima o ansiedad correlacionan con partos más prolongados y mayor percepción de dolor en el parto (Coo, Milgrom & Trinder, 2014). La experiencia positiva del parto se relaciona con la posibilidad de toma de decisiones, la sensación de control, la información recibida, el apoyo de la pareja y del personal sanitario (Marín, et al., 2008). Una investigación sobre la relación entre los síntomas depresivos, la inteligencia emocional percibida y el afrontamiento, en embarazadas, encontró que la atención excesiva a las emociones incrementaba los síntomas depresivos de resignación y autculpa. En cambio, el aumento de claridad y reparación emocional los disminuyó, promoviendo el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas (Beltrán & Ortiz, 2011).

En otro estudio se observó que las sesiones prenatales matrimoniales enfocadas a la resolución de conflictos, mejoraban la expresión de emociones y la búsqueda de apoyo, y aumentaban la sensibilidad (capacidad de interactuar según las señales del bebé oportunamente), principalmente en la madre (Cerezo, Trenado & Pons-Salvador, 2006). Aumentar el apoyo social, la autoestima de la madre (Armengol, Chamarro & García-Dié, 2007), la autoeficacia y el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas (Peñacoba-Puente, Carmona-Monge, Marín-Morales & Naber, 2013) parecen correlacionar de manera positiva con el estado emocional, promoviendo una mejor salud y calidad de vida percibida (Guarino, Borrás & Scremín, 2012). La autoeficacia percibida es una variable primordial en el embarazo, ya que el sentimiento de competencia sobre el manejo fomenta el uso de estrategias activas de afrontamiento frente al estrés, como la planificación, la toma de decisiones o la interpretación positiva de la situación. Es un predictor del grado de satisfacción vital y del estado depresivo, debido a que se asocia positivamente con vigor y activación, y negativamente con tensión y cansancio, por la activación autonómica y secreción de catecolaminas plasmáticas (Rueda, Pérez-García & Bermúdez-Moreno, 2012). Complementariamente, la práctica de la relajación progresiva con visualización durante el embarazo reduce eficazmente los estados de ansiedad, favoreciendo el bienestar y emocionalidad positiva de la madre, promoviendo el vínculo con el bebé y, siendo un factor

protector que previene estados emocionales negativos (Nereu, Neves & Casado, 2013; Bjorn, Neves & Casado, 2013).

En relación al padre recientes estudios indican la existencia de cambios cerebrales (Atzil, Hendler, Zagoory-Sharon, Winetraub, & Feldman, 2012). Por un lado, disminuye el nivel de testosterona, relacionándose con mayor interés y ternura hacia el niño y, por otro, aumenta el cortisol, para estar alerta durante el parto y mostrar mayor atención hacia el neonato, y la prolactina que induce una conducta más sensible hacia el bebé. En estas conductas influyen las experiencias previas del padre, la cultura y la percepción del rol paternal (Storey, Walsh, Quinton & Wynne-Edwards, 2000). Durante la gestación y los primeros 6 meses después del parto también aumentan los niveles de oxitocina, relacionada con conductas parentales estimulantes, como el contacto propioceptivo, la estimulación táctil y la presentación de objetos (Gordon, Zagoory-Sharon, Leckman & Feldman, 2010). Muchos padres viven la noticia del embarazo con ansiedad por su propia madurez y temor al futuro, además se pueden sentir confusos con respecto su papel en la gestación. Los primerizos tienen mayor índice de ansiedad y depresión entre los cuatro y ocho meses del embarazo, y este índice es mayor a menor satisfacción matrimonial. El estrés puede crear consecuencias negativas en los sentimientos hacia el bebé y suele ser causado por preocupaciones económicas, miedo ante el papel de protector, los cambios en la relación matrimonial y la falta de información sobre crianza, rol paterno y cambios en la sexualidad. Durante el parto se pueden observar síntomas gastrointestinales, dolores y cambios conductuales, pero su presencia en el nacimiento estimula el apego, especialmente cuando hay contacto físico desde el primer momento (Maldonado-Durán & Lecannelier, 2008). En la etapa postnatal promueve la capacidad de autorregulación emocional y la habilidad de establecer relaciones interpersonales del niño mediante el juego de naturaleza física (Parke, 2004). El padre es tan sensible como la madre, con cambios fisiológicos semejantes, en respuesta al estrés del niño. Su capacidad para interactuar positivamente con la pareja y el hijo predicen un mejor desarrollo emocional del menor, y su ausencia correlaciona con un nivel crónicamente más elevado de cortisol en los niños (Bower, 2003), con temprana actividad sexual y embarazos en la adolescencia en las niñas (Fleming, Corter, Stallings & Steiner, 2002).

La vida extrauterina está influenciada por el ambiente gestacional, en el período prenatal se originan trastornos neurológicos y comportamentales, como dificultades de lectoescritura, problemas cognitivos, depresión, y mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia, epilepsia y autismo (Gaviria, 2006). En el periodo intrauterino el bebé está sumergido en un "recipiente emocional". La ansiedad materna durante el embarazo es un factor de riesgo, promoviendo cambios epigenéticos y en el desarrollo del niño. Durante el primer trimestre de embarazo está relacionada con mayor riesgo de aborto espontáneo, alteraciones congénitas, bajo peso, parto prematuro y menor reactividad de la frecuencia fetal, favoreciendo la conducta inhibida en la infancia. En el segundo trimestre se relaciona con menor puntuación en

desarrollo mental y motor a los ocho meses de vida. En el tercer trimestre correlaciona con trastornos de la conducta y problemas emocionales en la primera infancia. La elevada ansiedad en la semana 18 se asocia con problemas de lateralidad y a la semana 32 es un predictor de hiperactividad y déficit de atención. En la adolescencia muestran mayor impulsividad, menor cociente intelectual, velocidad de procesamiento, densidad de materia gris y perímetro craneal (Maldonado-Durán, Saucedo-García, Lartigue & Karacosta, 2000; Dunkel, 2011). Estos efectos son independientes del estado emocional de la madre tras el parto y de la experiencia del niño (Romero & Pallás, 2012). Otro estudio evaluó a bebés dos o tres días tras el nacimiento, evitando efectos ambientales, concluyó que los niveles moderados de ansiedad en el embarazo eran un factor de riesgo de problemas de desarrollo y de comportamiento, por el contrario, madres con estabilidad emocional predisponían a una mayor autorregulación y mejor interacción con los padres. Estos datos apoyan la hipótesis biológica que postula que la ansiedad materna interfiere en el desarrollo normal del sistema nervioso central del bebé (Hernández-Martínez, Arija, Balaguer, Cavallé & Canals, 2008). Los estudios concluyen que estas alteraciones son consecuencia de los efectos de la ansiedad sobre el desarrollo del sistema nervioso fetal, las alteraciones en el funcionamiento del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (Dunkel, 2011) y el estado de metilación del gen NR3C1 en el niño (Hompeš et al., 2014). Cuando la inestabilidad emocional en la madre es combinada con síntomas de depresión, se relaciona con un menor peso del neonato (Laresgoiti, 2013). Las alteraciones en el estado emocional de la madre tienen un impacto negativo sobre el niño mostrando llanto excesivo, problemas de sueño, conductuales (hiperactividad y agresión), irritabilidad, y ansiedad postraumática en los casos de violencia doméstica (Maldonado-Durán et al., 2000).

Con el propósito de prevenir consecuencias antes mencionadas la OMS recomienda educar a los futuros padres en estimulación prenatal (EPN). La EPN son un conjunto de procesos y acciones dirigidos a fomentar el desarrollo de la persona globalmente desde la concepción hasta el nacimiento; mediante técnicas e instrumentos “estimulantes” (táctiles, motores, visuales y auditivos) dirigidos al feto, a través de la madre, que estimulan su sistema nervioso generando beneficio físico y mental. Entre los beneficios observados están: menor grado de ansiedad en la madre, respuesta adecuada ante las contracciones uterinas, disminución de las complicaciones, reducción de tiempo en el parto, menor uso de fármacos, mejor recuperación, lactancia exitosa y mejor vínculo afectivo. Las parejas perciben estas intervenciones como una experiencia motivadora y satisfactoria, especialmente el padre quién se convierte en un verdadero soporte emocional y técnico (Morales, García, Agurto & Benavente, 2014). Estos programas deben integrarse junto con otros aspectos relevantes para el desarrollo del niño, como la alimentación, el ejercicio, el sueño y la lactancia.

Tabla 2. *Programas de Estimulación Prenatal*

| Autor | Técnica | Resultados GE:GC |
|---|--|--|
| Beatriz Manrique (Manrique, et al., 1998) | Relajación, ejercicios corporales y de respiración y técnicas de estimulación auditiva y táctil. | Mayor capacidad de seguimiento visual, mejor control cefálico, movimiento y tono muscular. Madres más confiadas y activas en el parto, mayor éxito en lactancia, vínculo más intenso con el bebé y mayor estabilidad familiar. |
| Rosa Plaza y Manuel Alonso (Lafuente, et al., 1997) | Método Firststart estimula el sentido auditivo en la gestación enriqueciendo la red neuronal encargada de la captación sonora. | Mejor desarrollo a nivel lingüístico, en la motricidad fina y gruesa, en la coordinación somato-sensorial y en logros cognitivos. |
| Rene Van de Carr (Carr y Lehrer, 1998) | Ejercicios de comunicación auditivos y táctiles por condicionamiento y contingencia. | Mayor puntuación en el test Apgar, en la circunferencia de la cabeza, el desarrollo de los dientes, el comienzo del lenguaje y la prolongación de la lactancia. Madres más contentas y satisfechas con el embarazo y el nacimiento, con mayor percepción de capacidad para interpretar las señales de su bebé, mayor confianza en la satisfacción de sus necesidades y una percepción más positiva de los avances de su hijo. Facilita el vínculo afectivo entre la triada y mejora la comunicación en el ambiente familiar. |

Practicar ejercicio físico moderado durante el embarazo se relaciona con mejor aptitud cardiovascular, menos quejas musculoesqueléticas, mejora de la salud mental y reducción del riesgo de diabetes gestacional y preeclampsia. El objetivo debe ser aumentar la percepción de autoeficacia, la cual es asociada con una mayor práctica de ejercicio. Además las gestantes expuestas a mensajes de eficacia muestran mayor confianza para programar sus ejercicios semanales. La autoeficacia tiene una relación directa con la intención, que es el determinante más proximal del comportamiento (Gaston, Cramp & Prapavessis, 2012). La gestación y la lactancia requieren de incrementos energéticos y nutricionales. Tratar este tema desde más ámbitos incrementa la probabilidad de cumplir con las recomendaciones, mediante la persuasión verbal y la planificación, ya que la autoeficacia es también un predicador de la intención para realizar conductas en torno a una alimentación saludable (Schwarzer & Fuchs, 1999).

En el parto el recién nacido tiene altos niveles cerebrales de catecolaminas y oxitocina, las contracciones uterinas facilitan su aprendizaje olfatorio y ese olor le ayuda a iniciar la lactancia. Las neurohormonas producen un estado de alerta tranquila en las primeras dos horas, dejado con la madre piel con piel experimentará una intensa sensación amorosa, mirará y escuchará fijamente a la madre y este primer contacto quedará grabado en varias áreas de su cerebro. Es el momento oportuno para que se inicie de manera espontánea el amamantamiento y así dar lugar a la sincronía materno-filial, que persistirá durante el resto de la lactancia materna. Además si el contacto se da inmediatamente tras el parto ajustará la

coordinación materno-filial. Las mujeres que lactan tienen mayor bienestar y menor ansiedad, interactúan de manera más positiva, cariñosa y sensible con sus bebés, que las que utilizan la lactancia artificial. Además mantienen más altos los niveles de oxitocina favoreciendo la sincronía en la tríada, con un efecto duradero en el desarrollo cerebral del lactante. Entre los 2, 4 y 6 años predice la autorregulación y a los 13 la capacidad de empatía. La separación durante las primeras dos horas correlaciona con peor interacción madre-bebe el primer año de vida, pudiendo conllevar a una alteración de la respuesta al estrés o ansiedad en la edad adulta (Olza, Marín & Gil, 2012). La leche humana es la mejor alimentación que puede recibir el recién nacido, existen numerosos estudios que corroboran los beneficios en el desarrollo físico y emocional del bebé (Romero & Pallás, 2012). La educación maternal incrementa la tasa de mujeres que inician la lactancia (Dyson, et al., 2008).

Al nacer el ser humano está dotado de un programa genético personal y de una gran capacidad de aprendizaje, sin embargo está indefenso y requiere la satisfacción de necesidades de índole biológica, emocional, cognitiva y social. La falta de estimulación en esta etapa puede tener graves consecuencias (Cánovas & Sahuquillo, 2011). Desde el último trimestre hasta los 18-24 meses de vida se produce el crecimiento en tamaño, la creación de nuevas neuronas, la conectividad entre ellas y la mielinización en función de la estimulación recibida, ejerciendo efectos en su posterior comportamiento, respuestas al entorno y plasticidad cerebral (Romero & Pallás, 2012). La maduración del cerebro está influenciada por la nutrición y el afecto, siendo el apego una necesidad básica para el correcto desarrollo del bebé (Cyrulnik, 2007). Las últimas investigaciones apuntan a que existe relación entre desarrollo cerebral, emociones y desarrollo de la mente (Barudy, 2010; Siegel, D. 2011; Damasio, A.R. 2005; 2011). La capacidad de proteger, acoger, cuidar y calmar a los hijos influye directamente en su desarrollo cerebral, emocional, cognitivo e interpersonal. Cuando la figura paterna proporciona escucha activa, apoyo incondicional y orientación básica induce tranquilidad y calma al menor, relajando su sistema nervioso, comportamental y cognitivo. Además gestos como el abrazo profundizan en el apego y el vínculo (Loizaga, 2011). Comparando niños criados en un orfanato los primeros tres años de su vida con niños en el entorno familiar se observaron diferencias en la concentración de oxitocina y vasopresina. Ambos péptidos promueven la regulación de las emociones, especialmente ante situaciones de estrés y sociabilidad. La oxitocina inhibe la actividad del sistema nervioso simpático, y del núcleo amigdalino cerebral, disminuyendo la sensación de temor ante estímulos que evocan miedo o ansiedad (Maldonado, Lecannelier & Lartigue, 2008). Los progenitores con altos niveles de estrés o malestar psicológico, infelicidad, ansiedad y problemas percibidos con los demás o uno mismo muestran un mayor riesgo de actuar con sus hijos de manera inapropiada (Pons-Salvador, Cerezo & Bernabé, 2005), con

mayores niveles de ira y agresividad (Springer, 2001). La evidencia muestra una relación positiva entre percepción de control con salud física y bienestar emocional, y una correlación negativa con ansiedad y preocupación. Se observa que los sujetos con sentimientos de competencia para actuar ante los problemas tienen mayor implicación con el entorno, perciben más apoyo social y más recursos personales para afrontar situaciones (Rueda, Pérez-García & Bermúdez-Moreno, 2012). Fomentar la resiliencia en los padres, les facilita apoyar a sus hijos y enseñarles a superar situaciones difíciles; y potenciar la plasticidad estructural les permite adaptarse a los cambios de las necesidades de sus hijos, detectar problemas, generar soluciones y promover la competencia resolutive de los niños (Barudy & Dantagnana, 2010; Cánovas & Sahuquillo, 2011). Un elemento central de la resiliencia es la autoestima, que es un indicador clave de salud mental, calidad de vida, bienestar e incluso necesario para la felicidad. De lo contrario la autoestima débil es asociada a síntomas depresivos, desajuste emocional, impulsividad, celos y conductas de riesgo, y la autoestima exagerada con agresividad y conductas violentas (Vargas & Oros, 2011). Un gran número de investigaciones empíricas afirman que la familia es determinante en la génesis de la autoestima. En un estudio de Espinoza y Balcazar (2002) encontraron que los niños en un ambiente favorecedor mostraban una autoestima más elevada que en niños maltratados. Entre las características que más contribuyen y favorecen su desarrollo está la aceptación, el apoyo incondicional, la comunicación, especialmente el contenido emocional de las conversaciones y un estilo de disciplina equilibrado en control y aceptación. O como lo definen Barudy y Dantagnan (2005) “lo que los padres, sienten, piensan y hacen por sus hijos y la forma en que lo comunican impacta en la manera en que los hijos se conciben a sí mismos” (p.87).

La parentalidad positiva se basa en la comunicación no verbal y los gestos, son las emociones que acompañan las palabras las que marcan el estilo parental e influyen en la sensación de protección. Por ello desde la formación se trata de promover cambios a nivel cognitivo, emocional y comportamental en los padres (Máiquez et al., 2000), para facilitar que creen vínculos afectivos cálidos, un entorno estructurado que proporcione sentimiento de seguridad en los niños, habilidades para proporcionar la estimulación y apoyo adecuados, capacidad de comprensión y reconocimiento, una educación sin violencia y aptitudes para capacitar a sus hijos a que se sientan competentes y capaces de producir cambios (Capano & Ubach, 2013).

Este tipo de programas contribuyen a que los padres se sientan más competentes para generar capital social y educar a sus hijos como ciudadanos responsables, respetuosos con las normas y demandas sociales, y cooperativos para el desarrollo social (Sallés & Ger, 2011; Martínez & Becedóniz, 2009).

3. Objetivos de la intervención

Pregunta problema

¿Es efectivo el Programa de Parentalidad Positiva desde la Gestación para facilitar el ejercicio positivo del rol parental y potenciar el desarrollo del niño/a desde su gestación?

Objetivo general

Analizar la efectividad de un Programa de Parentalidad Positiva desde la Gestación para facilitar el ejercicio positivo del rol parental y potenciar el desarrollo del niño/a desde su gestación.

Objetivos específicos

Analizar la efectividad de un Programa de Parentalidad Positiva desde la Gestación para:

- Aumentar la sensibilidad paternal y la creación del vínculo afectivo.
- Fomentar la capacidad de resiliencia y la generación de estrategias de afrontamiento positivas.
- Aumentar la autoeficacia percibida en el ejercicio del rol parental.
- Generar factores protectores y disminuir los de riesgo frente el desarrollo de psicopatologías en la tríada.
- Fortalecer el vínculo afectivo entre la pareja.
- Adquirir competencias parentales adecuadas.
- Fomentar un embarazo saludable.
- Promover un desarrollo óptimo del niño/a a nivel cognitivo, físico, emocional y social.

Tabla 3. *Objetivos del programa de Parentalidad Positiva desde la Gestación*

| Objetivo general | Objetivos específicos | Objetivos operativos (Anexo A y B) |
|---|--|------------------------------------|
| | Aumentar la sensibilidad paternal y la creación del vínculo afectivo | Sesión 2, 3, 4, 5, 7, 9 y 10 |
| | Fomentar la capacidad de resiliencia y la generación de estrategias de afrontamiento positivas | Sesión 2, 4 y 10 |
| Facilitar el ejercicio positivo del rol parental y así potenciar el desarrollo del niño/a desde su gestación. | Aumentar la autoeficacia percibida en el ejercicio del rol parental | Sesión 1, 2, 5, 6, 7, 9 y 10 |
| | Generar factores protectores y disminuir los de riesgo frente el desarrollo de psicopatologías | Sesión 1, 3, 4, 5, 7, 8 y 9 |
| | Fortalecer la relación matrimonial | Sesión 1, 4, 5, 6, 9 y 10 |
| | Adquirir competencias parentales adecuadas | Sesión 2, 4, 5, 7, 8 y 9 |
| | Fomentar un embarazo saludable | Sesión 1, 2, 3 y 5 |
| | Promover un desarrollo óptimo del niño a nivel cognitivo, físico, emocional y social. | Sesión 1, 3, 5, 6, 7, 8 y 9 |

Hipótesis

Los padres que participen en este programa:

- Obtendrían mayor sensibilidad paternal y vínculo afectivo con el niño.
- Mostrarían mayor capacidad de resiliencia y capacidad de generar estrategias de afrontamiento positivas.
- Percibirían mayor autoeficacia en el ejercicio del rol parental.
- Generarían factores protectores y disminuirán los de riesgo frente el desarrollo de psicopatologías en la tríada.
- Fortalecerían el vínculo afectivo entre ellos.
- Adquirirían competencias parentales adecuadas.
- Fomentarían un embarazo saludable.
- Promoverían un desarrollo óptimo del niño/a a nivel cognitivo, físico, emocional y social.

4. Método

4.1. Participantes

En este estudio de investigación se tomará una muestra de 20 parejas primíparas, y se dividirá en dos grupos, uno control y otro experimental, cada grupo estará formado por 10 parejas. Los criterios de exclusión de los participantes son los siguientes:

Serán excluidas todas aquellas personas menores de 18 años y que ya tienen hijos/as. También aquellas parejas que superen el quinto mes de gestación.

4.2. Variables e instrumentos

Variables independientes:

- GC vs GE

Variables dependientes:

- *Competencias parentales:* se empleará el Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores (CUIDA) para medir la capacidad de los padres para atender y cuidar adecuadamente a sus hijos (los coeficientes alpha de Cronbach obtenidos en sus escalas oscilan entre $\alpha = 0.56 - 0.86$; Bermejo, et al., 2006). Está compuesto por 189 ítems con cuatro posibles respuestas (1 en desacuerdo, 4 de acuerdo) obteniéndose 14 escalas (Altruismo, Apertura, Asertividad, Autoestima, Capacidad de resolver problemas, Empatía, Equilibrio emocional, Independencia, Flexibilidad, Reflexividad, Sociabilidad, Tolerancia a la frustración, Capacidad de establecer vínculos afectivos y Capacidad de resolución del duelo), y 4 puntuaciones de segundo orden (Cuidado responsable, Cuidado afectivo, Sensibilidad hacia los demás y Agresividad).
- *Desarrollo del niño:* se aplicará la Escala del Desarrollo Merrill Palmer-R ($\alpha = 0.78 - 0.97$) (Roid & Sampers, 2004) para conocer el desarrollo global del niño. Esta prueba permite

evaluar a niños desde el primer mes hasta los 6 años y 6 meses en las cinco principales áreas del desarrollo: cognición, lenguaje y comunicación, motricidad y conducta socioemocional. Las respuestas son de tipo Likert o dicotómicas.

- *Sensibilidad paternal*: se evaluará con el Índice experimental de relación niño-adulto (CARE-Index; $\alpha = 0.70 - 0.84$) diseñado por Crittenden (2001), que permite conocer la calidad de la interacción adulto-niño, desde el nacimiento hasta los dos años. Es un instrumento observacional que evalúa la sensibilidad paternal, para clasificar al adulto como sensible, controlador o indiferente, en función de su grado de sensibilidad y al niño como cooperativo, difícil, pasivo o complaciente, según su tipo de respuesta e implicación en el juego con el adulto.
- *Resiliencia*: se medirá con la versión española de la escala Resilience Scale (RS; $\alpha = 0.75-0.86$), compuesta por 25 ítem con respuesta de tipo Likert de 7 puntos (1 estoy en desacuerdo, 7 estoy en acuerdo) que evalúan la competencia personal y la aceptación de sí mismo y de la vida. A mayor puntuación mayor resiliencia (Heilemann, Lee & Kury, 2003).
- *Embarazo saludable*: se utilizará la versión castellana del Prenatal Self-Evaluation Questionnaire (PSQ) para valorar los aspectos psicosociales de la embarazada ($\alpha = 0.561 - 0.912$). Está compuesta por 84 ítems, compuestos por una escala tipo Likert de 4 puntos (1 nunca, 4 mucho), divididos en 7 dimensiones: Aceptación del embarazo; Identificación con el rol materno; Calidad de la relación con la madre; Calidad de la relación con la pareja; Preparación al parto; Miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto; y Preocupación por el bienestar propio y del bebé; (Armengol, Chamarro & García-Dié, 2007).
- *Relación matrimonial*: se aplicará el Índice de Satisfacción Matrimonial ($\alpha = 0.96$), desarrollada por Hudson (1992). Es un autoinforme compuesto por 25 ítems que evalúan aspectos generales de la relación de pareja como relaciones sexuales, manifestaciones de afecto o interés, comunicación, tiempo libre o tareas caseras. Tiene 5 opciones de respuesta (de rara vez o nunca a muchas veces o siempre).
- *Autoeficacia parental percibida*: se utilizará el Parental Sense of Competence (PSoC; $\alpha = 0.75 - 0.76$) (Johnston & Mash, 1989) que permite evaluar el sentimiento de competencia parental mediante 16 ítems con 6 opciones de respuesta (1 totalmente en desacuerdo, 6 totalmente de acuerdo). A mayor puntuación, percepción más positiva.
- *Psicopatologías*: se utilizará la validación española del General Health Questionnaire (GHQ-28; $\alpha = 0.86$; Lobo, Pérez-Echeverría & Artal, 1986) para comprobar la generación de factores protectores y la disminución de los factores de riesgo durante el embarazo, en ambos progenitores. Contiene 28 ítems formados por cuatro subescalas: síntomas somáticos; ansiedad e insomnio; disfunción social; y depresión. Todas las respuestas son de tipo Likert con 4 opciones de respuesta e informan de la presencia de la sintomatología en las tres últimas semanas.

- Estrategias de afrontamiento: se empleará la adaptación española de Coping Orientation to Problems Experienced (COPE; $\alpha = 0.50 - 0.90$; Crespo & Cruzado, 1997) para conocer las estrategias que utilizan los padres ante el estrés. Está compuesto por 28 ítems de tipo Likert con 4 opciones de respuesta (1 no hice eso en absoluto, 4 hice esto mucho). Diferencia entre afrontamiento centrado en el problema, formada por las subescalas afrontamiento activo, planificación y búsqueda de apoyo social (instrumental); afrontamiento centrado en la emoción, cuyas subescalas son búsqueda de apoyo social (emocional), reinterpretación positiva, aceptación, negación y religión; y evitación, compuesto por desahogo de las emociones, desconexión conductual y desconexión mental.
- *Vínculo afectivo*: se emplearán dos instrumentos, primero la Escala de Apego Materno Fetal (MFAS; $\alpha = 0.80$; Cranley, 1981) a la madre durante la gestación, formado por 24 ítems con escala de tipo Likert de cinco puntos que evalúan 5 subescalas (diferenciación del feto, interacción con el feto, atribución de características al feto, darse a sí misma y asunción del rol maternal). Y al año la Situación Extraña desarrolla por Ainsworth et al. (1978) para conocer la calidad del apego del bebé. Se llevan a cabo 8 episodios de 3 minutos en los cuales se manipula la presencia o ausencia de la figura de apego y de la presencia y extensión de una amenaza percibida por el niño. Estas series se realizarán en una sala de espejos y se grabarán para su posterior análisis.

Tabla 4. *Instrumento de evaluación de las variables implicadas y momento de aplicación*

| Dimensión | Instrumento | Sesión |
|-----------------------------------|---|---------------|
| Competencias parentales | CUIDA | pre y post |
| Desarrollo el niño | Escala del Desarrollo Merrill Palmer | post |
| Sensibilidad paternal | Índice experimental de relación niño-adulto | post |
| Vínculo afectivo | Maternal-Foetal Attachment Scale (MFAS) | seguimiento 2 |
| | Situación extraña de Ainsworth | al año |
| Resiliencia | Resilience Scale (RS) | pre y post |
| Estrategias de afrontamiento | Coping Orientation to Problems Experienced | pre y post |
| Autoeficacia percibida | Parental Sense of Competence | pre y post |
| Psicopatologías | General Health Questionnaire | pre y post |
| Satisfacción relación matrimonial | Índice de Satisfacción Matrimonial | pre y post |
| Embarazo saludable | (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire) | seguimiento 1 |

4.3. Procedimiento

Fase 1= Planificación

Para desarrollar este estudio de investigación, se irá hospital de San Juan de Alicante, donde nuestro contacto es la jefa de matronas. En primer lugar se realizará una reunión, donde será presentado el programa de intervención. Una vez aprobado por el consejo hospitalario, se presentará el estudio, abalado por la Universidad Miguel Hernández de Elche, junto con el hospital, a la Generalitat Valenciana para obtener los permisos necesarios. Tras obtener los permisos y elaborar el desarrollo del programa, será propuesto por la matrona a todas las personas que cumplen el perfil de participantes hasta obtener el número de muestra necesario. Se efectuará una reunión informativa, y se solicitará que rellenen el consentimiento informado. Posteriormente se llevará a cabo el programa, según el horario planificado, por el mismo equipo de investigación y la colaboración externa de un profesional del ámbito de la nutrición y el deporte que impartirá el módulo correspondiente.

Tabla 5. Sesiones del programa de Parentalidad Positiva desde la Gestación

| Módulo | Nº | Nombre sesión | Contenido |
|---|----|--|--|
| Estimulación prenatal (en el Anexo A se detallan las 5 sesiones) | 1 | Hábitos saludables durante el embarazo | Necesidades nutritivas y de ejercicio durante el embarazo, el sueño y los correlatos fisiológicos y emocionales. |
| | 2 | Inteligencia emocional | Emociones y cerebro, impacto de los pensamientos palabras, modelo 4 ramas, neuronas espejo y empatía, la relajación y el sesgo positivo. El método Firststart. |
| | 3 | Técnica de relajación con visualización | La relajación progresiva con visualización durante el embarazo, practica y beneficios. |
| | 4 | Comunicación en la pareja y sexualidad | Palabras y cerebro, asertividad, escucha activa, resolución de problemas y negociación. El amor, como mantenerlo y la sexualidad en el entorno familiar. Ejercicios de comunicación de Rene Van de Carr. |
| | 5 | El primer més y la lactancia | Apego, capacidades del recién nacido, la lactancia y como iniciarla y porque, la llegada a casa, como jugar y llevar hábitos de sueño positivos desde el inicio. |
| Parentalidad Positiva (en el Anexo B se detallan las 5 sesiones) | 6 | Etapas evolutivas y necesidades del niño | Principales hitos de 0-3 años, ejercicios de estimulación del desarrollo infantil mediante el juego en los primeros 4 meses. |
| | 7 | Aprendizaje y educación | Cerebro, aprendizaje y estado emocional, el condicionamiento, la conducta operante y la contingencia conductual. Fomento de la autonomía y estrategias. |
| | 8 | Comunicación con el niño y desarrollo de su IE | Inteligencia y emociones en niños, gestión de sus emociones, fomento de la autoestima y resiliencia y la curiosidad. |
| | 9 | Creecer jugando | Motivación, el juego, la espontaneidad y las habilidades sociales. Actividades de estimulación desde el 4 mes hasta los 3 años. |
| | 10 | Gestión del tiempo y la vida en familia | Tiempo, cada miembro y la familia, autoconocimeinto, procrastinación, reducción de estrés, gestión del tiempo y comunicación. |

Fase 2 = Experimental

Se reunirá al grupo experimental para presentar el programa, contenidos y objetivos y se realizará la primera evaluación. El programa constará de 10 sesiones repartidas entre el mes de junio a marzo. A su vez se divide en dos partes, por un lado 5 sesiones de Educación prenatal y por otro 5 sesiones de Parentalidad Positiva, tras el parto. Su programación y desarrollo está basado en programas ya desarrollados con evidencia empírica de los beneficios de sus resultados. La duración de cada sesión será de 2:30 horas, cada 15 días. Después de las 5 sesiones de Educación prenatal y antes de las 5 de Parentalidad Positiva, se organizarán tres sesiones de seguimiento de manera individual con cada pareja, para conocer su progreso, resolver dudas y fomentar el seguimiento de la estimulación prenatal y de los hábitos saludables. Al terminar las 10 sesiones, se realizará el postest individualmente. Este procedimiento se aplicará de nuevo al año.

Grupo control: este grupo no recibirá el programa, se le evaluará al inicio, durante y a la finalización del procedimiento, en las sesiones de evaluación a la vez del grupo experimental.

Grupo experimental: este grupo recibirá el programa bimensualmente. Las evaluaciones que se efectúen a los dos grupos, serán sesiones independientes con respecto a las del Programa de Parentalidad Positiva.

Tabla 6. *Cronograma del Programa de Parentalidad Positiva desde la Gestación*

| Sesiones | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Abril |
|----------------------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-------|---------|-------|-------|-------|
| 0. Evaluación pre | 01.06 | | | | | | | | | | |
| 1 | 03.06 | | | | | | | | | | |
| 2 | 15.06 | | | | | | | | | | |
| 3 | | 01.07 | | | | | | | | | |
| 4 | | 15.07 | | | | | | | | | |
| 5 | | | 01.08 | | | | | | | | |
| Seguimiento | | | | 01.09 | 01.10 | 01.12 | | | | | |
| 6 | | | | | | | 15.12 | | | | |
| 7 | | | | | | | | 01.01 | | | |
| 8 | | | | | | | | 15.01 | | | |
| 9 | | | | | | | | | 01.02 | | |
| 10 | | | | | | | | | 15.02 | | |
| 11. Evaluación post | | | | | | | | | | 01.05 | |
| 12. Evaluación final | | | | | | | | | | | 01.05 |

4.4. Metodología aplicada

Hay diversas metodologías para adquirir las competencias parentales, las cuales se implantan según el tipo de intervención. Este programa se puede clasificar de prevención primaria, con acceso universal y con un modelo académico destinado a los padres primerizos que se encuentren en el periodo gestacional. Con ello se trata de suplir las limitaciones encontradas en otros programas. Con acceso universal nos referimos a que está dirigido a todos los padres independientemente de su situación social (Martin, 2005). El propósito de la prevención primaria es prevenir los problemas de desarrollo y las pautas educativas inadecuadas (Martín-Quintana, Máiquez, Byrne, Rodríguez & Rodríguez, 2009). En cuanto al modelo de tipo académico adoptado se basa en la adquisición de conocimientos sobre el desarrollo y la educación de los hijos, centrando la información en lo que “debe ser”, ejemplificándolos adecuadamente, conectando con anteriores experiencias, potenciando las habilidades de cada participante mediante dinámicas y desarrollo de herramientas que faciliten las tareas. No se espera un cambio de actitud y comportamental como padres, ya que aún no lo han sido, pero si la adquisición de los conocimientos teóricos necesarios y el desarrollo de las aptitudes requeridas y flexibilidad cognitiva (Máiquez, Rodrigo, Capote & Vermaes, 2000). Se imparte de manera grupal para que las parejas puedan compartir sus miedos, contrastar sus experiencias y apoyarse mutuamente en la adquisición de las estrategias educativas (Martínez, 2008). A su vez facilitar el aprendizaje de conductas eficaces, el autoconocimiento y fomento de la confianza, la expresión emocional y las habilidades sociales (Paulí, 2005). La metodología de aprendizaje consistirá en exposición teórica, motivación hacia la integración social, el aprendizaje, el conocimiento de diversas herramientas, y prácticas, mediante juegos, trabajos en grupo, casos prácticos, trabajo en pareja y actividades para casa. Se usarán muchos ejemplos para facilitar la visualización y la comprensión del contenido teórico. Los foros son una gran fuente de información y accesible, en la que se pueden ver las inquietudes, dudas y casos reales de padres primerizos, por lo que se realizará una búsqueda previa para recoger ejemplos.

4.5. Tipo de diseño y estudio

En este estudio de investigación se emplea un diseño cuasiexperimental longitudinal, ya que se han seleccionado de manera no aleatoria dos grupos al azar, uno experimental y otro control, para analizar la relación de causalidad entre las variables y poder contrastar las hipótesis planteadas, sin embargo no hay aleatorización entre los sujetos. Se trata de un estudio longitudinal, ya que repetiremos las medidas de evaluación en diferentes momentos de forma prospectiva, más concretamente al inicio, a la finalización del estudio y al año de su finalización.

4.6. Análisis de datos

Para analizar los datos obtenidos del estudio de investigación se utilizará el SPSS 22. Se calcularán los estadísticos descriptivos de las variables y las medidas de dispersión. Al tener una muestra pequeña para hacer la comparación entre GC y GE se utilizará la T de Student con un nivel de confianza del 95%. También se aplicará el ANOVA de medidas repetidas con variables intra “momento” (de 3 niveles, pre-post) y las variables ínter “grupo” (control vs experimental).

5. Discusión y conclusiones

Ser padre es algo que se aprende sobre la marcha, como cualquier rol de la vida, requiere de práctica, pero la preparación y la adquisición previa de algunas habilidades y destrezas puede facilitar este camino e incluso enriquecerlo y convertirlo en una experiencia satisfactoria. Es una tarea compleja y de gran connotación para la sociedad para la cual no se forma, sin embargo muchas familias requieren de ese apoyo y asesoramiento. Hay muchas recomendaciones con respecto la parentalidad positiva, ya que parece ser el enfoque que mejores resultados obtiene.

Como conclusión de los estudios descritos se puede afirmar que el bebe intrauterino es un agente activo en el proceso de la gestación y el parto, que las actitudes y sentimientos de la madre, traducidos en cambios fisiológicos y metabólicos, predisponen la personalidad del niño y que cuanto más adecuada es la estimulación prenatal mayor será la adaptación del bebé al ambiente desde el momento del parto y tendrá más posibilidad de desarrollar su pleno potencial.

El parto prematuro (PTB) y el bajo peso al nacer (BPN), son los principales problemas de salud, representan entre el 8-12% en todo el mundo (Goldenberg, Culhane, Iams & Romero, 2008). Los estudios de las correlaciones de factores psicológicos en estas dos causas se ha observado que la ansiedad es predictor de PTB y la depresión y tensión de BPN (Dunkel, 2011). Teniendo en cuenta el impacto de la salud mental se considera fundamental que el psicólogo forme parte del equipo interdisciplinario. Así que lo se pretende además con este programa es complementar las consultas con el ginecólogo, la matrona y las clases de psicoprofilaxis obstétrica. No se trata de sustituirlos, sino de lograr una intervención multidisciplinaria, con una perspectiva integradora, biopsicosocial e individualizada que permita atender a las diferentes dimensiones que rodean a la tríada (padre-madre-bebe).

Durante el embarazo se producen cambios neuroendocrinos, el estrés o la depresión pueden afectar la regulación del sistema inmune, produciendo complicaciones en el embarazo o en la programación metabólica del feto. Los recursos educativos que promueven hábitos saludables, gestión del estrés y promoción de grupos de apoyo social podrían impactar de manera positiva en la sociedad (Laresgoiti, 2013). Sin embargo se ha

estudiado la utilidad de las intervenciones de apoyo social y no parecen cumplir los objetivos, lo cual se debe a la falta de capacidad de utilizar ese apoyo. Fomentar la Inteligencia Emocional de la mujer embarazada promueve el uso adecuado del apoyo social y reduce la probabilidad de sufrir depresión post-parto, trastorno que afecta a una de cada cinco mujeres (Rode, 2013).

De esto concluimos la necesidad de crear un programa de parentalidad positiva desde la gestación con el objetivo de que los padres tomen el control de sus situaciones y obtengan los conocimientos necesarios para afrontar con éxito la mayor aventura de sus vidas.

6. Referencias Bibliográficas

- Ainsworth, M. D. & Bell, S.M. (1970). Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña. En J. Delval (Eds.), *Lecturas de psicología del niño*, (Vol. 1). Madrid: Alianza.
- Álvarez, L. M. (diciembre, 2014). Programa: "Crecer felices en familia". V *Jornadas sobre Parentalidad Positiva*. Madrid.
- Armengol, A. R., Chamarro, L. A. & García-Dié, M. MT. (2007). Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal. *Anales de psicología*, 23 (1), 25-32.
- Atzil, S., Hendler, T., Zagoory-Sharon, O., Winetraub, Y. & Feldman, R. (2012). Synchrony and specificity in the maternal and the paternal brain: Relations to oxytocin and vasopressin. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51 (8), 798-811.
- Barudy, J. (2010). Los desafíos de la adopción: el impacto de los contextos de malos tratos en el desarrollo del cerebro infantil. En F. Loizaga (Eds.), *Adopción hoy, nuevos desafíos, nuevas estrategias*. Bilbao: Mensajero.
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Barudy, J. & Dantagnana, M. (2010). Los desafíos invisibles de ser madre o padre. *Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa.
- Bermejo, F. A., Estévez, I., García, M.I., García-Rubio, E., Lapastora, M., Letamendía, P.,... Velázquez de Castro, F. (2006). CUIDA, Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores. Madrid: Tea Ediciones.
- Crittenden, P. M. (2001). *Care Index: Coding Manual*. Miami, FL: Family Relations Institute.
- Beltrán, J. BE. & Ortiz, A. R. (2011). Síntomas depresivos, inteligencia emocional percibida y formas de afrontamiento en mujeres embarazadas. *Ansiedad y Estrés*, 17 (2-3), 255-264.
- Bjorn, N. MB., Neves, J. S. & Casado, M. MI. (2013). Estrategias de relajación durante el período de gestación. *Beneficios para la salud. Clínica y Salud*, 24 (2), 77-83.
- Bower, B. (2003). Absent dads linked to early sex by daughters. *Science News* 164 (3), 35-6.

- Bringiotti, M. (2005). Las familias en situación de riesgo en los casos de violencia familiar y maltrato infantil. *Texto y contexto - Enfermagem*, 14, 78-85.
- Cánovas, L. P. & Sahuquillo, M. PM. (2011). El Desarrollo De Competencias Parentales Como Factor De Resiliencia. *XII Congreso internacional de Teoría de la Educación*. Universidad de Barcelona.
- Capano, A. & Ubach, A. (2013). Estilos parentales, Parentalidad Positiva y formación de padres. *Ciencias Psicológicas*, 7 (1), 83-95.
- Carr, F. R. & Lehrer, M. (1998). Prenatal university: Commitment to fetal-family bonding and the strengthening of the family unit as an educational institution. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 12 (3), 119-134.
- Cerezo, MA., Trenado, RM. & Pons-Salvador, G. (2006). Interacción temprana madre-hijo y factores que afectan negativamente a la parentalidad. *Psicothema*, 18 (3), 544-550.
- Consejo de Europa, Comité de Ministros (13 de diciembre de 2006). *Recomendación Rec (2006) 19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad*. Recuperado el 08 de Agosto de 2014, en <http://www.msps.es/politicaSocial/familiasInfancia/docs/recomendacion.pdf>
- Coo, S., Milgrom, J. & Trinder, J. (2014). Mood and objective and subjective measures of sleep during late pregnancy and the postpartum period. *Behavioral Sleep Medicine*, 12 (4), 317-330.
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30, (5), 281-284.
- Crespo, M. & Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (92), 797-830.
- Cyrułnik, B. (2007), *De cuerpo y alma. Neuronas y afectos: la conquista del bienestar*. Barcelona: Gedisa.
- Damasio, A. (2005). *En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Crítica.
- Damasio, A. (2011). *Y el cerebro creó al hombre*. Barcelona: Círculo de Lectores.
- Dunkel, S. C. (2011). Psychological Science on Pregnancy: Stress Processes, Biopsychosocial Models, and Emerging Research Issues. *The Annual Review of Psychology*, 62, 531-58.
- Dyson, L., McCormick, F. & Renfrew, M. J. (2008). Intervenciones para promover el inicio de la lactancia materna. *La biblioteca Cochrane Plus*, 4. Recuperado el 12 de Febrero de 2015, en <http://www.update-software.com>.
- Espinoza, A. & Bacazar, P. (2002). Autoconcepto y autoestima en niños maltratados y en niños con familias intactas. *Psicología.com*, 6, 1.
- Flaquer, L. (1998). *El destino de la familia*. Barcelona: Ariel.

- Freitas, A. J. (2011). The Performance Of Nursing In The Guidance Of Pregnant: The Influences Of Emotional Feelings In The Life Of Mother Fetus. *Revista de Pesquisa. Cuidado y fundamentos online*, 3 (1), 1686-1691.
- Fleming, A. S., Corter, C., Stallings, J. & Steiner, M. (2002). Testosterone and prolactin are associated with emotional response to infant cries in new fathers. *Horm Behav*, 42, 399-413.
- Gaviria, A. SL. (2006). Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 35 (2), 210-224.
- Gaston, A., Cramp, A. & Prapavessis, H. (2012). Enhancing self-efficacy and exercise readiness in pregnant women. *Psychology of Sport and Exercise*, 13, 550-557.
- Gervilla, A. (2008). *Familia y Educación Familiar; Conceptos clave, situación actual y valores*. Madrid: Narcea.
- González, T. ML., Capano, A., Scafarelli, L. & Guerra, A. (2012). Presentación de una Propuesta de Formación de Padres y Madres de Familia. *Psico* 3 (3), 408-416.
- González, T., M. del L. (2007). El reto de las familias en los procesos de educación en valores democráticos. En Buxarrais. M. y Zeledón, M. (Coords.), *Las familias y la educación en valores democráticos. Retos y perspectivas actuales* (pp.159-183) Barcelona: Claret.
- Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D. & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 371, 75-84.
- Gordon, I., Zagoory-Sharon, O., Leckman, J. F. & Feldman, R. (2010). Oxytocin and the Development of Parenting in Humans. *Biological Psychiatry*, 68 (4), 377-382.
- Guarino, L., Borrás, S. & Scremín, F. (2012). Diferencias individuales como predictor de la salud y calidad de vida percibida en embarazadas. *Pensamiento Psicológico*, 10 (2), 135-148.
- Heilemann, M. V., Lee, K. & Kury, F. S. (2003). Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 11, 61-72.
- Hernández-Martínez, C., Arija, V., Balaguer, Cavallé, P. & Canals, J. (2008). Do the emotional states of pregnant women affect neonatal behaviour? *Early Human Development*, 84, 745-750.
- Hompes, T., Izzi, B., Gellens, E., Morreels, M., Fieuws, S., Pexsters, A.,... Claes, S. (2014). Corrigendum to "Investigating the influence of maternal cortisol and emotional state during pregnancy on the DNA methylation status of the glucocorticoid receptor gene (NR3C1) promoter region in cord blood". *Journal of Psychiatric Research*, 56 (1), 165-167.
- Hudson, W.W. (1992). *The WALMYR Assessment Scales Scoring Manual*. Tempe: WALMYR Publishing.
- Johnston, C. & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 18 (2), 167-175.

- Kim, P., Leckman, J. F., Mayes, L. C., Feldman, R., Wang, X. & Swain, J. E. (2010). The plasticity of human maternal brain: Longitudinal changes in brain anatomy during the early postpartum period. *Behavioral Neuroscience*, 124 (5), 695-700.
- Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1982). *Parent infant bonding*. St Louis: CD Mosby.
- Lafuente, M.J., Grifol, J., Segarra, J., Soriano, J., Gorba, M.A. & Montesinos, A. (1997). Effects of the Firststart method of prenatal stimulation on psychomotor development: the first six months. *Pre and Perinatal Psychology Journal*, 11 (3), 151-162.
- Laresgoiti, S. E. (2013). Effect of Stress, Emotional Lability, and Depression on the Development of Pregnancy Complications. *College of Social and Behavioral Sciences*. Minnesota, Walden University.
- Lobo, A., Pérez-Echevarria, M. J. & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- Loizaga, L. F. (2011). Parentalidad Positiva. Las bases de la construcción de la persona. *Educación Social*, 49, 70-88.
- Máiquez, M. L., Rodrigo, M. J., Capote, C., & Vermaes, I. (2000). *Aprender en la vida Cotidiana. Un programa experiencial para padres*. Madrid: Visor.
- Maldonado-Durán, M. & Lecannelier, F. (2008). El padre en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum*, 22 (2), 145-154.
- Maldonado-Durán, M., Lecannelier., F. & Lartigue, T. (2008). Aspectos evolutivos de la relación madre-bebe. *Perinatol Reprod Hum*, 22 (1), 15-25.
- Maldonado-Durán, M., Saucedo-García, JM. & Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatol Reprod Hum*, 22 (1), 5-14.
- Maldonado-Durán, JM., Saucedo-García, JM., Lartigue, T. & Karacostas V. (2000). El porqué y el cómo de la salud mental el bebé. La Salud Mental del Bebe. *Nuevas Evidencias, Salud Mental* , 25 (6), 59-67.
- Manrique, B., Contasti, M., Alvarado, MA., Zypman, M., Palma, N., Ierrobino, MT.,... Carini, D. (1998). A controlled experiment in prenatal enrichment with 684 families in Caracas, Venezuela: results to age six. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 12 (3-4), 209-234.
- Marín, M. D., Bullones, R. MA., Carmona, M. FJ., Carretero, A. MI., Moreno, M. MA. & Peñacoba, P. C. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Nure Investigación*, 37, 1-15.
- Martín, J. C. (2005). *Evaluación del programa de apoyo personal y familiar para familias en situación de riesgo psicosocial*. Universidad de La Laguna: Tesis doctoral no publicada.
- Martín, J.C., Máiquez, M.L. & Rodrigo, M.J. (2009), "La educación parental". *Intervención Psicosocial*, 18, (2), 121-133.

- Martín-Quintana, J.C., Máiquez, C. M.L., Rodrigo L. M.J., Byrne S., Rodríguez R.B. & Rodríguez, S.G. (2009). Programas de Educación Parental. *Intervención Psicosocial*, 18 (2), 121-133.
- Martínez, G. RA. (febrero, 2008). Parentalidad positiva: Educación emocional y en valores desde el ámbito familiar. *Jornada sobre "familia, escuela y sociedad: el reto de la convivencia"*. Madrid.
- Martínez, G. RA., Álvarez, B. L. & Pérez, H. MH. (2010). Programa-Guía para el desarrollo de competencias emocionales, educativas y parentelas. *Papeles Salmantinos de Educación*, 14, 63-88.
- Martínez, G. RA. & Pérez, H. H. (2004). Evaluación e intervención educativa en el campo familiar. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 15 (1), 89-104.
- Martínez, G. RA. & Becedóniz, V. CM. (2009). Orientación educativa para la vida familiar como medida de apoyo para el desempeño de la parentalidad positiva. *Intervención Psicosocial*, 18, (2), 97-112.
- Morales, S., García, Y., Agurto, M. & Benavente, A. (2014). La psicoprofilaxis obstétrica y la estimulación prenatal en diferentes regiones del Perú. *Horiz Med* 14 (1), 42-48.
- Nereu, B. MB., Neves J. S. & Casado, M. MI. (2013). Estrategias de relajación durante el período de gestación. Beneficios para la salud. *Clínica y Salud*, 24, 77-83.
- Olza, F. I., Marín, G. MA. & Gil, S. A. (2012). *Neurobiología del parto. En Maternidad y Salud: ciencia, conciencia y experiencia* (pp. 13-30). Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad: informes, estudios e investigación.
- Palacios, J. & Rodrigo, M. (1999). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial.
- Parke, R. D. (2004). Fathers, families and the future: a plethora of plausible predictions. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50, 456-70.
- Paulí, C. A. (2005). La conducción de grupos en educación para la salud. *Matronas Prof*, 6 (1), 23-29.
- Peñacobla-Puente, C., Carmona-Monge, F.J., Marín-Morales D. & Naber, K. (2013). Coping Strategies of Spanish Pregnant Women and Their Impact on Anxiety and Depression. *Research in Nursing & Health*, 36, 54-64.
- Pons-Salvador, G., Cerezo, M.A. & Bernabé, G. (2005). Cambio y estabilidad en los factores que afectan negativamente a la parentalidad. *Psicothema*, 17 (1), 31-36.
- Rode, J. (2013). *The Protective Effects of Social Support on Postpartum Depression: Does Emotional Intelligence Matter?* (tesis doctoral). University of Cincinnati, Cincinnati, Ohio.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L. & Martín, J. C. (2010). *Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias. Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales*. Madrid: FEMP.
- Roid, G. H. & Sampers, J. (2004). *Merrill-Palmer-Revised, Scales of Development*. Wood Dale, IL: Stoelting Co. Adaptación española: Escalas de desarrollo Merrill-Palmer revisadas. Madrid: TEA Ediciones.

- Romero, CA. & Pallás, CR. (2012). Funciones básicas de los seres vivos, relación, nutrición y reproducción. En *Maternidad y Salud: ciencia, conciencia y experiencia* (pp. 37-62). Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad: informes, estudios e investigación.
- Rueda, B., Pérez-García, A. & Bermúdez-Moreno, J. (2012). La salud emocional desde la perspectiva de la competencia percibida. *Acción Psicológica*, 2 (1), 41-49.
- Sallés, D. C. & Ger, C. S. (2011). Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación. *Educación social: Revista de intervención socioeducativa*, 49, 25-47.
- Schwarzer, R. & Fuchs, R. (1999). Modificación de las conductas de riesgo y adopción de conductas saludables: el rol de las creencias de auto-eficacia. En A, Bandura (Eds.), *Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la Sociedad actual* (pp. 223-244). España: Desclée De Brouwer.
- Siegel, D. J. (2011). *La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11, 1-19.
- Steinberg, L., Blatt-Einsengart, I. & Cauffman, E. (2006). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful homes: A replication in a sample of serious juvenile offenders. *Journal of Research on Adolescence*, 16, 47-58.
- Storey, A. E., Walsh, C. J., Quinton, R. L. & Wynne-Edwards, D. E. (2000). Hormonal correlates of paternal responsiveness in new and expectant fathers. *Evol Hum Behav*, 21, 79-95.
- Torío, L. S., Peña, C. JV. & Rodríguez, M. MC. (2008). Estilos Educativos Parentales. Revisión Bibliográfica y Reformulación Teórica. *Teoría Educativa*, 20, 151-178.
- Vargas, R. J. & Oros, S. L. (2011). Parentalidad y autoestima de los hijos: Una revisión sobre la importancia del fortalecimiento familiar para el desarrollo infantil positivo. *Apuntes Universitarios*, 1 (1), 155-171.
- Wiggins, T. L., Sofronoff, K. & Sanders, M. R. (2009). Pathways Triple P-Positive Parenting Program: Effects on Parent-Child Relationships and Child Behavior Problems. *Family Process*, 48 (4), 517-530.

SESIÓN 1: HÁBITOS SALUDABLES DURANTE EL EMBARAZO

Objetivo específico

Potenciar un desarrollo óptimo del bebé, fomentar la implicación compartida de la pareja, aumentar la autoeficacia percibida y generar factores protectores frente psicopatologías.

Objetivo operacional

Adquirir conceptos básicos sobre hábitos saludables en el embarazo (alimentación, ejercicio, y sueño) y su influencia en el desarrollo cognitivo, emocional y social del bebé.

Contenidos

Nutrición, salud y alimentación. ¿Qué son los nutrientes? Concepto de metabolismo y necesidades energéticas. Necesidades nutritivas en el embarazo y la lactancia. Recomendaciones de dieta. El ejercicio físico como una necesidad básica. Beneficios del ejercicio físico en el embarazo. Recomendaciones de tipo de deporte y duración, y demostración de algunos ejercicios. La naturaleza del sueño, la regulación del sueño y la vigilia durante el embarazo y del feto, los correlatos fisiológicos, cognitivos y emocionales, e higiene del sueño.

Metodología

- Breve exposición teórica sobre la nutrición y entrega del diario nutritivo.
- Trabajo en equipo, cada pareja elabora el menú de una semana, se presenta un día al grupo y se pone en común ventajas e inconvenientes de los alimentos seleccionados.
- Breve exposición teórica del ejercicio físico y entrega del cuestionario *PAR-Q&YOU*, para que lo complementen y conocer la cantidad de ejercicio que pueden hacer, y del registro de cumplimiento.
- Clasificación de los participantes por el nivel de actividad física que practican y planificación en grupo de las actividades que van a realizar.
- Breve exposición teórica del sueño y entrega de los pasos a seguir ante los problemas de sueño.

Recursos y materiales

Pizarra, proyector, presentación, ordenador, altavoces, fichas para elaborar el menú semanal y el plan de acción de la practica de deporte, diario nutritivo, cuestionario *PAR-Q&YOU*, registro de cumplimiento de actividad física y ficha, pasos a seguir ante los problemas de sueño.

Temporización

| Actividad | Tiempo |
|---|-----------------|
| Bienvenida y presentación de los contenidos de la sesión | 5 min |
| Exposición teórica nutrición | 20 min |
| Actividad por pareja y presentación en grupo | 35 min |
| Exposición teórica ejercicio durante el embarazo | 20 min |
| Cuestionario <i>PAR-Q&YOU</i> | 5 min |
| Formación en grupos y puesta en marcha actividad | 25 min |
| Exposición teórica sueño | 30 min |
| Repaso tareas de casa, resolver dudas de cumplimiento y compromiso grupal | 10 min |
| Total | 2h 30min |

SESIÓN 2: INTELIGENCIA EMOCIONAL

Objetivo específico

Potenciar la regulación emocional, potenciar un embarazo saludable, aumentar la sensibilidad paternal, fomentar autoeficacia percibida, potenciar la capacidad de resiliencia y la generación de estrategias de afrontamiento positivas.

Objetivo operacional

Entrenar y potenciar la inteligencia emocional, diseñar un plan de mejora y recoger recursos prácticos.

Contenidos

Inteligencia y emociones, Inteligencia emocional definición y beneficios en la salud propia y en las personas que nos rodean, IE y cerebro, el impacto de los pensamientos, palabras y pensamientos en el organismo, Modelo 4 ramas (Percepción y expresión emocional, Facilitación emocional, Comprensión emocional y Regulación emocional), Neuronas espejo y empatía, la relajación como herramienta de trabajo y la Secuencia de Tranquilización instantánea (STI), y el sesgo positivo.

Metodología

- Complementar primera parte de un cuestionario sobre IE (anexo X).
- Breve exposición teórica
- Visualización de dos videos y resolución de preguntas al respecto en grupo de hombres y mujeres.
- Complementar segunda parte del cuestionario de IE.
- Explicación de la tarea de casa para la IE (sesgo positivo y negativo).
- Breve explicación del método Firststart y cómo ponerlo en practica en casa.
- Tormenta de ideas: pensar en grupo cuando y como utilizar este método.
- Entrega del diario “En familia”, donde la pareja anota experiencias y el tipo y cantidad de interacción con el bebé.

Recursos y materiales

Pizarra, proyector, presentación, ordenador, altavoces, cuestionario IE, videos y diario “En familia”.

Temporización

| Actividad | Tiempo |
|--|-----------------|
| Breve comentario en grupo sobre las tareas de la semana anterior | 15 min |
| Presentación del contenido de la sesión | 5 min |
| Cumplimiento de la 1ª parte del cuestionario de IE | 5 min |
| Exposición teórica de la IE | 40 min |
| Visualización videos y actividad en grupo | 20 min |
| Cumplimiento de la 2ª parte del cuestionario de IE | 10 min |
| Explicación tareas para casa de IE | 15 min |
| Explicación del Método Firststart | 20 min |
| Tormenta de ideas | 10 min |
| Entrega diario “En familia” y compromiso grupal | 10 min |
| Total | 2h 30min |

SESIÓN 3: TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Objetivo general

Lograr un desarrollo óptimo del bebé, potenciar el vínculo afectivo, generar factores protectores frente psicopatologías y potenciar un embarazo saludable.

Objetivos específicos

Dominar la relajación progresiva de Jacobson con visualización y usarla como técnica de relajación, estimulación perinatal y gestión emocional.

Contenidos

Beneficios de la relajación. ¿Que es la Relajación Progresiva y para que sirve? ¿Qué es la visualización y cómo se hace? Su papel durante la gestación. Explicación de la postura y la técnica de inspiración y espiración. Puesta en practica con visualización.

Metodología

- Breve exposición teórica.
- Entrenamiento en la técnica de relajación progresiva con visualización.
- Exposición de la aplicación de móvil de Relajación Progresiva UMH de Carlos Javier Van-der Hofstadt Roman.
- Preguntas abiertas al grupo sobre su uso.
- Explicación anotación en diario y compromiso grupal.

Recursos y materiales

Pizarra, proyector, presentación, ordenador, altavoces y colchonetas.

Temporización

| Actividad | Tiempo |
|--|-----------------|
| Breve comentario en grupo sobre las tareas anteriores | 20 min |
| Presentación del contenido de la sesión | 5 min |
| Exposición teórica de la relajación | 20 min |
| Entrenamiento en la técnica de relajación progresiva | 25 min |
| Entrenamiento en visualización | 15 min |
| Entrenamiento de la técnica de relajación progresiva con visualización | 25 min |
| Exposición de la aplicación de móvil de la relajación progresiva | 15 min |
| Entrega y explicación de la anotación en el diario "En familia" | 10 min |
| Resolución de dudas y compromiso grupal | 15 min |
| Total | 2h 30min |

SESIÓN 4: COMUNICACIÓN EN LA PAREJA Y SEXUALIDAD

Objetivo general

Potenciar el vínculo afectivo en la triada, potenciar la capacidad de resiliencia, generar las estrategias positivas de afrontamiento, aumentar los factores protectores frente psicopatologías y promover la implicación compartida de los padres.

Objetivos específicos

Aumentar la capacidad comunicativa eficaz, y ofrecer estrategias para aumentar el vínculo en la pareja.

Contenidos

La fuerza de las palabras en el cerebro del oyente, la asertividad, la empatía, la escucha activa, resolución de problemas y la negociación. ¿Qué es el amor? ¿Cómo sabemos que estamos enamorados? ¿Como mantener el amor? Técnicas de intercambio de reforzadores, la sexualidad en el embarazo y en el entorno familiar.

Metodología

- Breve exposición teórica sobre la comunicación.
- Rol-playing del tipo de comunicación, con situaciones comunes de pareja.
- Dinámica en pareja: cada pareja tendrá un problema y tendrá que resolverlo con los pasos enseñados.
- Breve exposición teórica sobre el amor y la sexualidad
- Modelo de cuenta bancaria de Gottman, en pareja hacer una caja de deseos.
- Explicación de los los ejercicios de comunicación de Rene Van de Carr.
- Preguntas abiertas al grupo sobre su uso.
- Explicación de la anotación en el diario

Recursos y materiales

Pizarra, proyector, presentación, ordenador, altavoces y videos, fichas de trabajo, cajas y guía de los los ejercicios de comunicación de Rene Van de Carr.

Temporización

| Actividad | Tiempo |
|---|-----------------|
| Breve comentario en grupo sobre las tareas anteriores | 15 min |
| Presentación del contenido de la sesión | 5 min |
| Exposición teórica sobre la comunicación | 20 min |
| Rol-playing de comunicación | 20 min |
| Dinamica en parejas, resolución de problemas | 20 min |
| Exposición teórica sobre el amor y la sexualidad | 20 min |
| Actividad del modelo de cuenta bancaria de Gottman | 10 min |
| Exposición de los ejercicios de comunicación de Rene Van de Carr. | 20 min |
| Explicación de la anotación en el diario | 10 min |
| Resolución de dudas | 10 min |
| Total | 2h 30min |

SESIÓN 5: EL PRIMER MES Y LA LACTANCIA

Objetivo general

Aumentar la sensibilidad paternal y la creación del vínculo afectivo, adquirir competencias parentales, promover la autoeficacia percibida, un desarrollo óptimo del niño, generar los factores protectores frente psicopatologías y promover la implicación compartida de los padres.

Objetivos específicos

Saber como interactuar con el bebe desde el primer momento y conocer conceptos básicos sobre el aprendizaje adecuado de alimentación, sueño y comunicación.

Contenidos

El apego, capacidades del bebé en ese primer momento, el papel de las hormonas en el apego y la lactancia. La producción de la leche materna y sus beneficios. Técnicas para una lactancia sencilla y exitosa. Dificultades con las que nos podemos encontrar. La llegada en casa y como estimular y jugar y comunicaciones ese primer mes, y la educación del sueño.

Metodología

- Breve exposición teórica sobre el apego y técnicas para fomentarlo.
- Breve exposición sobre los beneficios de la lactancia a nivel cognitivo y emocional y apoyos audiovisuales para visualizar la técnica.
- Breve exposición sobre el aprendizaje del sueño, y como jugar y comunicarse con el bebe.
- Actividad: haciendo su primer juguete (construcción de un móvil en blanco y negro)
- Entrega de la guía del desarrollo infantil desde el nacimiento hasta los 6 años de la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, GAT.
- Contar en grupo los pensamientos y emociones experimentados frente el acercamiento del parto.

Recursos y materiales

Pizarra, proyector, presentación, ordenador, altavoces, videos lactancia material para la construcción del móvil y guía del desarrollo infantil.

Temporización

| Actividad | Tiempo |
|--|-----------------|
| Breve comentario en grupo sobre las tareas anteriores | 10 min |
| Presentación del contenido de la sesión | 5 min |
| Exposición teórica sobre el apego | 15 min |
| Exposición teórica de la lactancia | 20 min |
| Visualización de videos de lactancia y resolución de dudas | 15 min |
| Exposición teórica sobre el aprendizaje del sueño | 20 min |
| Exposición teórica sobre como jugar y comunicarse en los primeros meses | 20 min |
| Actividad en pareja: construyendo un móvil | 15 min |
| Compartiendo pensamientos y emociones frente el parto con el grupo | 20 min |
| Entrega de la Guía del desarrollo, resolución de dudas y explicación de los seguimientos | 10 min |
| Total | 2h 30min |

SESIÓN 6: ETAPAS EVOLUTIVAS Y NECESIDADES DEL NIÑO

Objetivo específico

Potenciar un desarrollo óptimo del bebé, aumentar la autoeficacia percibida y adquirir competencias parentales.

Objetivo operacional

Aumentar el conocimiento de los padres sobre las características evolutivas de sus hijos y desarrollar estrategias para ejercer estilos educativos positivos que fomenten el bienestar del niño y su desarrollo integral.

Contenidos

Principales hitos evolutivos en niños de 0 a 3 años, como identificar señales de alerta y ejercicios para estimular el área perceptivo-conductual, el área social, el área comunicativo y la autonomía en los primeros 4 meses.

Metodología

- Breve exposición teórica sobre la etapa sensoriomotora y la preoperacional, los hitos evolutivos y el momento de adquisición en cada área (motora, perceptivo-cognitiva, comunicativa, social y autonomía).
- Explicación de como identificar señales de alerta.
- Actividad grupal, visualización videos para su puesta en practica.
- Exposición de actividades de estimulación para el 2, 3 y 4 mes.
- Actividad: cada pareja elige una actividad y la pone en practica con su bebe y hacen comentarios sobre ello (que estimulan, como lo han hecho, la respuesta del bebe y su preparación para la actividad...)

Recursos y materiales

Pizarra, proyector, presentación, ordenador, altavoces, colchonetas, guías de las actividades de estimulación para los primeros 4 meses y juguetes.

Temporización

| Actividad | Tiempo |
|---|-----------------|
| Bienvenida de la familia, presentación de los nuevos miembros y compartición muy breve con el grupo sobre parto, los primeros momentos, la llegada a casa, instantes especiales o dificultades encontradas... | 30 min |
| Exposición teórica desarrollo infantil de los 0 a 3 años | 40 min |
| Explicación de como observar nuestros bebes | 15 min. |
| Actividad en grupos: Videos de niños con alteraciones y niños sin | 15 min. |
| Explicación de actividades de estimulación | 30 min |
| Entrega de guía de actividades y selección de una | 5 min |
| Presentación ante el grupo de la actividad seleccionada | 20 min |
| Total | 2h 30min |

SESIÓN 7: APRENDIZAJE Y EDUCACIÓN

Objetivo general

Lograr un desarrollo óptimo del bebé, fomentar las competencias parentales y la percepción de autoeficacia, potenciar el vínculo afectivo y generar factores protectores frente psicopatologías.

Objetivos específicos

Comprender la adquisición de los aprendizajes, el funcionamiento de las consecuencias y como manejarlo para el fomento de conductas adaptativas en los niños (autonomía, control de esfínteres, control emocional).

Contenidos

Cerebro y aprendizaje. Estado emocional y el aprendizaje. El condicionamiento, la conducta operante, la contingencia conductual (reforzadores, castigo, extinción). Su uso para fomentar la autonomía (sueño, control de esfínteres y alimentación). Estrategias: tiempo de calma, tiempo fuera, dar instrucciones, consecuencias lógicas, ignorar de manera planificada, gráficos de buena conducta, modelado y moldeamiento.

Metodología

- Breve exposición teórica de la capacidad del aprendizaje del cerebro, y la influencia del estado emocional. Con apoyo visual.
- Exposición breve del condicionamiento (E-R-C), las ventajas e inconvenientes de los refuerzos, castigos y la extinción.
- Aplicación de lo visto en el desarrollo de la autonomía.
- Exposición de algunas estrategias de trabajo.
- Caso practico: en grupos de 5 tienen que seleccionar la mejor estrategia para una conducta determinada y exponerlo ante los demás.

Recursos y materiales

Pizarra, proyector, presentación, ordenador, altavoces, videos y casos prácticos.

Temporización

| Actividad | Tiempo |
|---|-----------------|
| Breve comentario en grupo sobre nuevas experiencias y dudas que han surgido | 10 min |
| Presentación del contenido de la sesión | 5 min |
| Exposición teórica de aprendizaje, emociones y cerebro | 20 min |
| Exposición teórica el condicionamiento y consecuencias | 30 min |
| Explicación del desarrollo de la autonomía | 20 min |
| Exposición estrategias de trabajo | 20 min |
| Formación de grupos y resolución de casos practicos | 15 min |
| Presentación ante el grupo | 20 min |
| Resolución de dudas | 10 min |
| Total | 2h 30min |

SESIÓN 8: COMUNICACIÓN CON EL NIÑO Y DESARROLLO DE SU IE

Objetivo específico

Potenciar la regulación emocional, aumentar el vínculo afectivo y competencias parentales, generar estrategias de afrontamiento positivas y un desarrollo óptimo del niño, y aumentar los factores protectores frente al desarrollo de psicopatologías.

Objetivo operacional

Entrenar y potenciar la inteligencia emocional del niño, su autoestima y capacidad de resiliencia.

Contenidos

El impacto de las palabras en el cerebro del niño. Inteligencia y emociones en los niños. La gestión de las emociones del pequeño y como enseñarle a hacerlo por sí mismo. Como fomentar la autoestima y la resiliencia. El valor adaptativo de la curiosidad.

Metodología

- Exposición teórica sobre el cerebro del niño y lo que requiere para un buen desarrollo.
- Actividad grupal: Ver 4 videos de rabietas a cada grupo se le asigna un caso para que decida la mejor forma de afrontarla.
- Exposición teórica del desarrollo de la inteligencia emocional y ejemplos prácticos para estimularla.
- Entrenamiento en meditación breve para niños.
- Exposición teórica de que es la curiosidad y su valor adaptativo.
- Actividades y recomendaciones para desarrollar la creatividad de los niños.
- Exposición teórica de cómo fomentar la resiliencia en los niños a través del pensamiento positivo.
- Ejemplos de cuentos y actividades para trabajar el optimismo, la persistencia y la tolerancia a la frustración.

Recursos y materiales

Pizarra, proyector, presentación, ordenador, altavoces, casos prácticos, cuentos y actividades.

Temporización

| Actividad | Tiempo |
|--|-----------------|
| Breve comentario en grupo sobre nuevas experiencias y dudas que han surgido | 10 min |
| Presentación del contenido de la sesión | 5 min |
| Explicación teórica sobre el cerebro y la inteligencia emocional en niños | 15 min |
| Actividad grupal, casos prácticos | 20 min |
| Exposición teórica sobre el desarrollo de la IE y como fomentarla | 15 min |
| Entrenamiento en meditación para niños | 20 min |
| Explicación teórica de la curiosidad | 10 min |
| Exposición de actividades y recomendaciones para potenciar la creatividad | 15 min |
| Exposición teórica de la resiliencia y su desarrollo a través del pensamiento positivo | 15 min |
| Ejemplos de cuentos y actividades para el optimismo, la persistencia y tolerancia a la frustración | 15 min |
| Resolución de dudas | 10 min |
| Total | 2h 30min |

SESIÓN 9: CRECER JUGANDO

Objetivo general

Potenciar el vínculo afectivo en la triada, incrementar la autoestima y la autoeficacia percibida, aumentar las competencias parentelas y favorecer un desarrollo óptimo del niño y aumentar los factores protectores frente psicopatologías.

Objetivos específicos

Conocer un gran abanico de juegos, cuentos y actividades que estimulen las diversas áreas de desarrollo. Comprender la importancia de la motivación y como enseñar jugando con las actividades cotidianas.

Contenidos

¿Que es la motivación? El juego, la motivación, el aprendizaje y las contingencias. ¿A que jugamos? La espontaneidad, las habilidades sociales y adquisición de autonomía. Actividades de estimulación del desarrollo infantil mediante el juego desde el 4 mes hasta los 3 años en las distintas áreas de desarrollo (el área perceptivo-conductual, el área social, el área comunicativo y la autonomía).

Metodología

- Breve exposición teórica sobre la motivación, el juego y el aprendizaje.
- Tormenta de ideas: la importancia de trabajar sobre la espontaneidad, las habilidades sociales y la autonomía.
- El parque y las habilidades sociales.
- Las actividades del día al día y la autonomía.
- Actividades de estimulación por meses y en las diferentes áreas, desde los 5 meses a los 3 años.
- Actividad en grupos de 5: dar una situación y decidir la mejor actividad de estimulación y como llevarla a cabo.

Recursos y materiales

Pizarra, proyector, presentación, ordenador, altavoces, videos, fichas de casos prácticos y fichas de actividades de estimulación.

Temporización

| Actividad | Tiempo |
|--|-----------------|
| Breve comentario en grupo sobre nuevas experiencias y dudas que han surgido | 10 min |
| Presentación del contenido de la sesión | 5 min |
| Exposición teórica sobre la motivación, el juego y el aprendizaje | 15 min |
| Tormenta de ideas: ¿Por que fomentar las HHSS, la espontaneidad y la autonomía? | 20 min |
| Explicación teórica sobre parque y las habilidades sociales | 20 min |
| Exposición teórica sobre como aprovechar las actividades del día al día para trabajar la autonomía | 20 min |
| Exposición de actividades de estimulación | 25 min |
| Actividad en grupo: ejemplos de actividades que mejor se ajusten a una situación dada | 25 min |
| Resolución de dudas | 10 min |
| Total | 2h 30min |

SESIÓN 10: GESTIÓN DEL TIEMPO Y LA VIDA EN FAMILIA

Objetivo general

Fomentar el vínculo afectivo entre la tríada, promover la autoeficacia percibida, aumentar la capacidad de resiliencia y la generación de estrategias de afrontamiento positivas.

Objetivos específicos

Aprender a gestionar de manera eficaz el tiempo teniendo en cuenta las necesidades de los demás miembros de la familia para lograr un mutuo apoyo y una mayor efectividad entre todos.

Contenidos

El tiempo, yo y la familia. Autoconocimiento. La procrastinación. Reducción del estrés. Nutrición, deporte y energía. Que son los ladrones de tiempo y búsqueda de soluciones. Herramientas de gestión eficaz del tiempo y las nuevas tecnologías. Planificación, programación y comunicación.

Metodología

- Breve exposición teórica sobre el tiempo individual y en familia.
- Exposición teórica sobre el autoconocimiento, la procrastinación y el estrés y la relación con la gestión del tiempo.
- Actividad individual: ejercicios de autoconocimiento, lista para conocer las cualidades y debilidades, así poder potenciarlas y mejorarlas.
- Actividad individual: distribución de las prioridades.
- Explicación teórica sobre los ladrones del tiempo y herramientas para la gestión eficaz del tiempo.
- Claves para aprovechar mejor el tiempo
- Actividad en pareja: planificación y programación y empleo de las estrategias de comunicación previamente conocidas para una actividad cotidiana específica.

Recursos y materiales

Pizarra, proyector, presentación, ordenador, altavoces y fichas de las actividades.

Temporización

| Actividad | Tiempo |
|--|-----------------|
| Breve comentario en grupo sobre las tareas anteriores | 10 min |
| Presentación del contenido de la sesión | 5 min |
| Exposición teórica sobre el tiempo y la familia | 15 min |
| Exposición teórica sobre el autoconocimiento, la procrastinación y el estrés | 20 min |
| Actividad individual: autoconociéndome | 10 min |
| Actividad individual: distribuyendo prioridades | 10 min |
| ¿Qué son los ladrones del tiempo y cómo combatirlos? | 25 min |
| Claves para aprovechar mejor el tiempo | 15 min |
| Actividad en pareja: planificación y programación | 30 min |
| Resolución de dudas, explicación evaluación final y despedida | 10 min |
| Total | 2h 30min |

Fecha: _____ Nombre: _____

PRIMERA PARTE

En cada frase debes valorar, en una escala del 1 al 7, la capacidad descrita. Antes de responder, intenta pensar en situaciones reales en las que has tenido que utilizar dicha capacidad.

| Capacidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Identificar los cambios del estímulo fisiológico | | | | | | | |
| 2. Relajarnos en situación de presión | | | | | | | |
| 3. Actuar de modo productivo cuando estamos enfadados | | | | | | | |
| 4. Actuar de modo productivo en situaciones de ansiedad | | | | | | | |
| 5. Tranquilizarnos rápido cuando estamos enfadados | | | | | | | |
| 6. Asociar diferentes indicios físicos con emociones diversas | | | | | | | |
| 7. Usar el diálogo interior para controlar estados emocionales | | | | | | | |
| 8. Comunicar sentimientos de modo eficaz | | | | | | | |
| 9. Pensar en sentimientos negativos sin angustiarnos | | | | | | | |
| 10. Mantener la calma cuando somos el blanco del enfado de otros | | | | | | | |
| 11. Saber cuándo tenemos pensamientos negativos | | | | | | | |
| 12. Saber cuándo nuestro "discurso interior" es positivo. | | | | | | | |
| 13. Saber cuándo empezamos a enfadarnos | | | | | | | |
| 14. Saber cómo interpretamos los acontecimientos | | | | | | | |
| 15. Conocer qué sentimientos utilizamos actualmente | | | | | | | |
| 16. Comunicar con precisión lo que experimentamos | | | | | | | |
| 17. Identificar la información que influye sobre nuestras interpretaciones | | | | | | | |
| 18. Identificar nuestros cambios de humor | | | | | | | |
| 19. Saber cuándo estamos a la defensiva | | | | | | | |
| 20. Calcular el impacto que nuestro comportamiento tiene sobre los demás | | | | | | | |
| 21. Saber cuándo no nos comunicamos con sentido | | | | | | | |
| 22. Ponernos en marcha cuándo lo necesitamos | | | | | | | |
| 23. Recuperarnos rápido después de un contratiempo | | | | | | | |
| 24. Completar tareas a largo plazo dentro del tiempo previsto | | | | | | | |
| 25. Producir energía positiva cuando realizamos un trabajo poco interesante | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 26. Abandonar o cambiar hábitos inútiles | | | | | | | | | |
| 27. Desarrollar pautas de conductas nuevas y más productivas | | | | | | | | | |
| 28. Cumplir con lo que decidimos | | | | | | | | | |
| 29. Resolver conflictos | | | | | | | | | |
| 30. Desarrollar el consenso con los demás | | | | | | | | | |
| 31. Mediar en los conflictos de los demás | | | | | | | | | |
| 32. Utilizar técnicas de comunicación interpersonal eficaces | | | | | | | | | |
| 33. Expresar los sentimientos de un grupo | | | | | | | | | |
| 34. Influir sobre los demás de forma directa o indirecta | | | | | | | | | |
| 35. Fomentar la confianza en los demás | | | | | | | | | |
| 36. Montar grupos de apoyo | | | | | | | | | |
| 37. Hacer que los demás se sientan bien | | | | | | | | | |
| 38. Proporcionar apoyo y consejo a los demás cuando sea necesario | | | | | | | | | |
| 39. Reflejar con precisión los sentimientos de las personas | | | | | | | | | |
| 40. Reconocer la angustia en los demás | | | | | | | | | |
| 41. Ayudar a los demás a controlar sus emociones | | | | | | | | | |
| 42. Mostrar comprensión hacia los demás. | | | | | | | | | |
| 43. Entablar conversaciones íntimas con los demás | | | | | | | | | |
| 44. Ayudar a un grupo a controlar sus emociones | | | | | | | | | |
| 45. Detectar congruencias entre las emociones o sentimientos de los demás y sus conductas. | | | | | | | | | |



SEGUNDA PARTE

Vacía los valores asignados en cada ítem en la tabla siguiente:

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Autoconciencia | 1 | 6 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | |
| Control de las emociones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 7 | 9 | 10 | 13 | 27 | | | |
| Automotivación | 7 | 22 | 23 | 25 | 26 | 27 | 28 | | | | | | |
| Relacionarse bien | 8 | 10 | 16 | 19 | 20 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | | | |
| | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 42 | 43 | 44 | 45 | | | |
| Asesoría emocional | 8 | 10 | 16 | 18 | 34 | 35 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 44 | 45 |

Para cada aptitud coloque los ítems en la casilla que corresponda.

| Capacidad | 4 puntos o menos | Total | 5 puntos o más | Total |
|--------------------------|------------------|-------|----------------|-------|
| Autoconciencia | | | | |
| Control de las emociones | | | | |
| Automotivación | | | | |
| Relacionarse bien | | | | |
| Asesoría emocional | | | | |

Haz una reflexión acerca de los resultados:

Physical Activity Readiness
Questionnaire - PAR-Q
(revisado 2002)

PAR-Q & YOU

(Un Cuestionario para Personas de 15 a 69 años)

La actividad física regular es saludable y sana, y más personas cada día están comenzando a estar más activas. Ser más activo es seguro para la mayoría de las personas. Sin embargo, algunos individuos deben consultar a un médico antes de iniciar un programa de ejercicio o actividad física.

Si usted está planificando participar en programas de ejercicio o de actividad física, lo recomendado es que responda a las siete preguntas descritas más abajo. Si usted tiene entre 15 y 69 años de edad, el cuestionario PAR-Q le indicará si necesita consultar a su médico antes de iniciar un programa de ejercicio o actividad física. Si usted tiene más de 69 años de edad, y no está acostumbrado a estar activo, consulte a su médico.

El sentido común es la principal guía para contestar estas preguntas. Favor de leer las preguntas con cuidado y responder cada una honestamente; Marque SI o NO.

| SI | NO | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. ¿Alguna vez su médico le ha indicado que usted tiene un problema cardiovascular, y que solamente puede llevar a cabo ejercicios o actividad física si lo refiere un médico. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. ¿Sufre de dolores frecuentes en el pecho cuando realiza algún tipo de actividad física? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. ¿En el último mes, le ha dolido el pecho cuando no estaba haciendo actividad física? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. ¿Con frecuencia pierde el equilibrio debido a mareos, o alguna vez ha perdido el conocimiento? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. ¿Tiene problemas en los huesos o articulaciones (por ejemplo, en la espalda, rodillas o cadera) que pudiera agravarse al aumentar la actividad física? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. ¿Al presente, le receta su médico medicamentos (por ejemplo, pastillas de agua) para la presión arterial o problemas con el corazón? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. ¿Existe alguna otra razón por la cual no debería participar en un programa de actividad física? |

Si

usted

contestó

Si a una o más preguntas:

Hable con su médico por teléfono o en persona ANTES de empezar a estar más activo físicamente, o ANTES de tener una evaluación de su aptitud física. Dígame a su médico que realizó este cuestionario y las preguntas que usted respondió que SI.

- Usted puede estar listo para realizar cualquier actividad que desee, siempre y cuando comience lenta y gradualmente. O bien, puede que tenga que restringir su actividad a las que sea más segura para usted. Hable con su médico sobre el tipo de actividades que desea participar y siga su consejo.
- Busque programas en lugares especializados que sean seguros y beneficiosos para usted.

No todas preguntas:

Si usted contestó NO honestamente a todas las preguntas, entonces puede estar razonablemente seguro que puede:

- Comenzar a ser más activo físicamente, pero con un enfoque lento y que se progrese gradualmente. Esta es la manera más segura y fácil.
- Formar parte de una evaluación de la aptitud física; esta es una manera excelente para determinar su aptitud física de base, lo cual le ayuda a planificar la mejor estrategia de vivir activamente. También, es muy recomendable que usted se evalúe la presión arterial. Si su lectura se encuentra sobre 144/94, entonces, hable con su médico antes de ser más activo físicamente.

DEMORE EL INICIO DE SER MÁS ACTIVO:

- Si usted no se siente bien a causa de una enfermedad temporera, tal como un resfriado o fiebre, entonces lo sugerido es esperar hasta que se recupere por completo; o
- Si usted está o puede estar embarazada, hable con su médico antes de comenzar a estar físicamente más activa.

POR FAVOR: Si un cambio en su salud lo obliga a responder SI a cualquiera de las preguntas, es importante que esta situación se le informe a su médico o entrenador personal. Pregunte si debe modificar su plan de ejercicio o actividad física.

Uso Informado de PAR-Q: La Sociedad Canadiense de Fisiología del Ejercicio, y sus agentes, no asumen ninguna responsabilidad legal para las personas que realizan ejercicio o actividad física; en caso de duda después, de completar este cuestionario, consulte primero a su médico.

No se permiten cambios. Se puede fotocopiar el PAR-Q, únicamente si se emplea todo el formulario.

NOTA: Si se requiere administrar el PAR-Q antes que el participante se incorpore a un programa de ejercicio/actividad física, o se someta a pruebas de aptitud física, esta sección se puede utilizar para propósitos administrativos o legales:

"Yo he leído, entendido y completado el cuestionario. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción."

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

FIRMA DEL PARIENTE: _____

TESTIGO: _____

o TUTOR (para participantes menores edad)

NOTA: Este cuestionario es valido hasta un máximo de 12 meses, a partir de la fecha en que se completa. El mismo se invalida si su estado de salud requiere contestar SI en alguna de las siete preguntas.

NOTA. Obtenido de: The Physical Activity Readiness Questionnaire: PAR-Q & YOU, por Canadian Society for Exercise Physiology, 2002. Copyright 2002 por Canadian Society for Exercise Physiology, www.csep.ca/forms. Recuperado de <http://www.csep.ca/cmfiles/publications/parq/par-q.pdf>

