



**Universidad
Europea MADRID**

TRABAJO FIN DE GRADO

**Las técnicas de visualización guiada y realidad virtual como
estrategias de optimización de la preparación al parto en mujeres
gestantes españolas: una aproximación desde
la metodología mixta**

Autora: Elena Fernández González

Tutor: Enrique Gallego Granero

Grado en Psicología

**Facultad de Ciencias Biomédicas y Salud
Universidad Europea de Madrid**

Número de palabras: 7911

Agradecimientos

A Enrique Gallego, Paula Sánchez y Andrea Leknes, por conformar un equipo investigador comprometido, riguroso y humano, que hizo de este proyecto una enriquecedora e inspiradora experiencia de aprendizaje.

A Gestaverso, por su colaboración activa en este proyecto, facilitando el acceso a la tecnología de realidad virtual y apostando por la investigación como motor de cambio en la atención perinatal.

A cada una de las mujeres gestantes participantes y sus parejas, por su generosidad y confianza, y por permitirnos conocer de primera mano sus vivencias en un momento tan íntimo y significativo.

Tabla de contenido

1. Introducción.....	9
1.1 El proceso de embarazo y la salud mental perinatal.....	9
1.2 Las facetas del <i>mindfulness</i> en el embarazo.....	12
1.3 La inclusión de nuevas estrategias psicoeducativas en la preparación al parto: la visualización guiada y la realidad virtual.....	16
1.4 Objetivos e hipótesis del estudio.....	19
1.4.1 <i>Objetivo general</i>	19
1.4.2 <i>Objetivos específicos</i>	19
1.4.3 <i>Formulación de hipótesis</i>	20
2. Metodología.....	21
2.1 Diseño.....	21
2.2 Participantes.....	22
2.3 Instrumentos.....	22
2.3.1 <i>Formulario sociodemográfico</i>	23
2.3.2 <i>Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ)</i>	23
2.3.3 <i>Focus group</i>	23
2.4 Procedimiento.....	24
2.5 Análisis de datos.....	26
3. Resultados.....	28
3.1 Variables sociodemográficas.....	28
3.2 Resultados cuantitativos.....	29
3.2.1 <i>Supuesto de normalidad</i>	29

	4
3.2.2 Comparación de muestras relacionadas.....	29
3.2.3 Diferencias entre grupos.....	32
3.3 Resultados cualitativos.....	34
3.3.1 Estudio de frecuencias y codificación.....	34
3.3.2 Asignación temática y análisis de co-ocurrencias.....	37
4. Discusión.....	43
4.1 Limitaciones y futuras líneas de investigación.....	45
4.2 Conclusiones.....	48
5. Referencias bibliográficas.....	50
6. Anexos.....	62
6.1 Anexo 1.....	62
6.2 Anexo 2.....	64
6.3 Anexo 3.....	68
6.4 Anexo 4.....	69
6.5 Anexo 5.....	74
6.6 Anexo 6.....	77
6.7 Anexo 7.....	80
6.8 Anexo 8.....	84
6.9 Anexo 9.....	90

Índice de tablas

Tabla 1. Definiciones de <i>mindfulness</i>	13
Tabla 2. Intervenciones terapéuticas basadas o que incluyen principios de <i>mindfulness</i>	14
Tabla 3. Las facetas del <i>mindfulness</i>	16
Tabla 4. Características sociodemográficas de la muestra.....	28
Tabla 5. Contraste de normalidad (Shapiro-Wilk).....	29
Tabla 6. Resumen y comparación de las puntuaciones resultantes pre y post intervención para cada uno de los grupos.....	30
Tabla 7. Comparación entre los grupos de los incrementos en las puntuaciones globales y subescalas tras la intervención.....	33
Tabla 8. Resumen de los códigos con mayor enraizamiento en el análisis.....	36
Tabla 9. <i>Verbatims</i> asociados a los códigos de la temática ‘Facetas de <i>mindfulness</i> ’.....	69
Tabla 10. <i>Verbatims</i> asociados a los códigos de la temática ‘Aprendizaje experiencial’.....	74
Tabla 11. <i>Verbatims</i> asociados a los códigos de la temática ‘Beneficios de las prácticas’.....	77
Tabla 12. <i>Verbatims</i> asociados a los códigos de la temática ‘Acompañamiento y orientación’	80
Tabla 13. <i>Verbatims</i> asociados a los códigos de la temática ‘Atención psicológica perinatal’	84
Tabla 14. <i>Verbatims</i> asociados a los códigos de la temática ‘La pareja en el embarazo’.....	90

Índice de figuras

Figura 1. Esquema del procedimiento experimental.....	25
Figura 2. Resumen de las fases del proceso de análisis temático inductivo con ATLAS.ti.....	27
Figura 3. Cambios pre-postintervención en la puntuación total FFMQ para cada participante de la condición experimental RV.....	31
Figura 4. Cambios pre-postintervención en la puntuación total FFMQ para cada participante de la condición experimental VG.....	31
Figura 5. Incrementos en las puntuaciones medias de la subescala ‘Observar’ tras la práctica de VG y la faceta ‘Describir’ tras la exposición a RV.....	32
Figura 6. Representación de los conceptos que aparecieron con mayor frecuencia en los <i>focus group</i>	34
Figura 7. Resumen de las temáticas identificadas en el análisis cualitativo.....	37
Figura 8. Diagrama de Sankey de co-ocurrencias de códigos y temáticas en el análisis cualitativo.....	41
Figura 9. Red semántica representativa de las co-ocurrencias y relaciones entre códigos y temáticas del análisis cualitativo.....	42

Resumen

El proceso de embarazo es considerado uno de los momentos más significativos y relevantes de la vida de las mujeres que deciden ser madres. Durante este periodo de especial vulnerabilidad, las mujeres experimentan numerosidad de cambios pudiendo llegar a verse afectada su salud física y emocional. Las intervenciones psicoeducativas perinatales y diferentes modelos de entrenamiento de las habilidades de *mindfulness* han demostrado ser eficaces en la prevención e intervención de dolencias de salud mental. Recientemente, han emergido programas que incorporan, a la preparación al parto, prácticas de entrenamiento experiencial, como la realidad virtual y visualización guiada, para optimizar sus resultados. El objetivo principal del estudio era evaluar la influencia de una práctica de visualización guiada y una exposición a realidad virtual en las medidas de las facetas de *mindfulness* de una muestra de mujeres embarazadas. Con dicha finalidad, se implementó una metodología mixta donde los datos cualitativos sirvieron de complemento y optimización, en criterios de validez interna, a los resultados estadísticos proporcionando una exploración integral del objeto de estudio. Los resultados cuantitativos alcanzados sugieren un efecto positivo de las prácticas en las habilidades de *mindfulness* de la muestra; y el análisis de las percepciones de las participantes permitió dar sentido al discurso compartido identificando cinco temáticas significativas e interrelacionadas. Como conclusiones, se señalan los beneficios de ambas prácticas en la promoción de la atención plena, capacitación informativa, tranquilidad, seguridad y control.

Palabras clave: Realidad virtual; Visualización guiada, Preparación al parto,
Entrenamiento experiencial; *Mix methods*.

Abstract

The pregnancy process is considered one of the most significant and relevant moments in the lives of women who decide to become mothers. During this period of special vulnerability, women experience numerous changes that may affect their physical and emotional health. Perinatal psychoeducational interventions and different models of mindfulness skills training have been shown to be effective in the prevention and intervention of mental health conditions. Recently, programmes have emerged that incorporate experiential training practices, such as virtual reality and guided visualisation, into childbirth preparation to optimise its outcomes. The main objective of this study was to assess the influence of guided imagery practice and virtual reality exposure on measures of mindfulness facets in a sample of pregnant women. To this end, a mixed methodology was implemented where qualitative data complemented and optimised the statistical results in terms of internal validity, providing a comprehensive exploration of the object of study. The quantitative results suggest a positive effect of the practices on the mindfulness skills of the sample; and the analysis of the participants' perceptions allowed us to make sense of the shared narrative by identifying five significant and interrelated themes. In conclusion, the benefits of both practices in promoting mindfulness, information empowerment, calmness, safety and control were noted.

Keywords: Virtual reality; Guided visualization, Childbirth preparation,
Experiential training; Mix methods.

1. Introducción

La presente investigación se centra en la exploración de la influencia de las técnicas de visualización guiada y realidad virtual en la optimización de la preparación al parto de una muestra de mujeres embarazadas en el segundo o tercer trimestre de gestación. Con la intención de ofrecer una visión global y enriquecedora de sus posibles eficacias, se ha optado por una metodología mixta y la exposición de la muestra a una práctica experiencial que permita obtener nuevas evidencias en relación con la promoción del bienestar psicoperinatal.

A continuación, se procede a introducir los constructos teóricos que dan sustento y forma a este estudio.

1.1 El proceso de embarazo y la salud mental perinatal

El proceso de embarazo es considerado uno de los eventos más significativos y, a la vez, más estresantes de la vida de las mujeres que deciden ser madres (Hajesmaeel-Gohari et al., 2021). Se trata de una etapa de especial vulnerabilidad donde estas experimentan una numerosidad de cambios a nivel físico, mental, social e incluso cultural con la adquisición de nuevos roles acordes a la consecuente situación de maternidad (Andriani et al., 2021; Hoekzema et al., 2020). Esta sucesión de alteraciones se produce de manera progresiva y concatenada alcanzando, durante el tercer trimestre de embarazo, un incremento de cambios psicológicos de carácter complejo debido al avanzado estado de gestación. El tercer trimestre se entiende como un periodo de “espera y alerta” (Andriani et al., 2021, p.78) y es que, a partir de los siete meses de embarazo y, a medida que se acerca el momento del parto, la salud mental perinatal de las mujeres puede verse afectada.

Entre la sintomatología más común durante el embarazo encontramos la depresión, la ansiedad, la preocupación excesiva, la incertidumbre y los altos niveles de estrés (Chaves et al., 2023). Se estima que, aproximadamente, una de cada cinco mujeres desarrolla un

trastorno mental durante el embarazo y/o en el año posterior al parto (National Childbirth Trust, 2017). En España, la prevalencia de síntomas moderados y severos de depresión antenatal oscila alrededor del 21,4% en el tercer trimestre de gestación (Míguez & Vázquez, 2021). Según la Alianza Hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia (Conecta Perinatal, 2023) este tipo de salud mental se encuentra “directamente relacionada con el bienestar y la armonía/equilibrio psíquico y somático necesario para el óptimo desarrollo personal, mental y social, desde la época preconcepcional hasta la postnatal” (p.6), pudiendo influir de manera significativa en la salud física materno-fetal con problemáticas como la hipertensión, la ansiedad o el miedo al parto (Furtado, et al., 2019; Veringa et al., 2016). Esto hace de las patologías de salud mental durante el embarazo un problema de salud pública y otorga protagonismo a los servicios psicoperinatales en la atención clínica pre y postnatal.

En 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS, en adelante) hizo un llamamiento a la acción a los organismos clínicos para garantizar una experiencia maternal positiva en todas las mujeres. La OMS (2019) instó, así, a todos los países a involucrarse en acciones preventivas y de intervención que satisfagan las expectativas, creencias personales y circunstancias socioculturales de las mujeres, lo que implicaría conocer y evaluar los posibles síntomas psicológicos y promover el bienestar de cada una de las embarazadas. La prevención general, el diagnóstico y la intervención temprana (Rodríguez-Muñoz et al., 2023) se tornan indispensables en este sentido ya que, a pesar de la continuada atención médica que las mujeres embarazadas reciben durante el proceso, gran porcentaje de los problemas psicológicos que se desencadenan durante esta etapa permanecen infra diagnosticados y, en consecuencia, tratados (Chaves et al., 2023). El estigma asociado a dolencias como la

depresión, la carencia de conocimiento al respecto, y la ausencia de fuentes de información son factores que afectan a esta falta de reconocimiento (Grissette et al., 2018).

Frente a esta incertidumbre se hacen aconsejables las intervenciones psicoeducativas durante el periodo perinatal (Kuljanac et al., 2023). Actuaciones como programas preventivos y de preparación al parto orientados a ajustar las expectativas de las mujeres respecto al proceso de embarazo, parto y futura maternidad, capaces no sólo de ofrecer información útil y realista a las usuarias, sino de crear un espacio de acompañamiento y seguridad que, en última instancia, favorezca la adquisición de confianza frente al momento del parto (Rodríguez-Muñoz et al., 2023).

Los programas de preparación al parto han incluido, tradicionalmente, numerosidad de técnicas y estrategias de regulación emocional, manejo del estrés y afrontamiento del dolor asociado a este momento (Hauck et al., 2016). Diferentes modelos de entrenamiento de las habilidades de *mindfulness* han demostrado ser eficaces en la reducción de los síntomas de ansiedad, depresión y estrés percibido durante el embarazo (Gómez-Sánchez et al., 2020), así como en la promoción de la relajación y el manejo de los estados emocionales adversos o el miedo materno durante el alumbramiento (Paricio, 2022). Más recientemente, han emergido estrategias de preparación al parto que incorporan las evidencias de las intervenciones en *mindfulness* (Duncan & Bardacke, 2010) a prácticas como la visualización guiada (Zemla et al., 2023) y hacen uso de la realidad virtual (Hajesmaeel-Gohari et al., 2021) para ofrecer a las mujeres un entrenamiento experiencial (Kolb, 2014) y optimizar sus resultados. Este estudio busca explorar la influencia de estas últimas estrategias en las facetas del *mindfulness* cuyos valores ya han demostrado estar correlacionados positivamente con la promoción de la salud física y mental (Mennitto et al., 2021).

1.2 Las facetas del *mindfulness* en el embarazo

El *mindfulness* no es un concepto moderno. Inspirado en la filosofía oriental, este recoge y aplica las enseñanzas budistas basándose en los tres pilares fundamentales descritos por Buda: la Impermanencia, el Cambio constante del Yo y la Presencia de sufrimiento e insatisfacción (Bernhard, 2014). La técnica de meditación *vipassana*, procedente de la tradición budista *Theravada* (Sánchez & Castro, 2016), es la base de desarrollo del *mindfulness* o atención plena, en su traducción al castellano. La eclosión de las terapias de tercera generación a finales del siglo pasado favorecieron la creación de un ambiente propicio a la implementación de las técnicas relacionadas con la atención plena en la intervención psicológica (Hayes et al., 2005). Las primeras publicaciones al respecto se remontan a los años 70, produciéndose un exponencial crecimiento a partir de la década de 1990 (Vásquez-Dextre, 2016) con un interés científico más allá de la psicoterapia, para incluir a la investigación clínica, neurofisiológica e incluso educativa, al perfilarse el *mindfulness* como poderosa herramienta docente (Simón, 2010).

La palabra *mindfulness* es la traducción al inglés del término *sati* que implica conciencia, atención y recuerdo (Siegel et al., 2009). Se trata de un concepto multidimensional que abarca las características de constructo, rasgo, práctica y proceso psicológico habiendo demostrado estar asociado a la promoción de menores niveles de ansiedad, depresión y mayor bienestar general (Oñate & Calvete, 2018). Las definiciones propuestas respecto a este concepto son diversas. El *mindfulness* se ha descrito como una conciencia no evaluativa y centrada en el presente, que surge como resultado de enfocar de manera intencionada la atención en los distintos sentimientos y pensamientos que se producen a cada momento (Williams et al., 2007).

A continuación (*vid.* Tabla 1) se resumen las principales y más aceptadas definiciones de *mindfulness* siendo la propuesta por Bishop et al. (2004) la definición operativa del constructo.

Tabla 1

Definiciones de mindfulness

Definiciones	Autor y año
Mantener la propia conciencia en contacto con la realidad presente.	Hanh, 1976
Prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar.	Kabat-Zinn, 1994
Forma de autorregulación de la atención sostenida en la experiencia inmediata, permitiendo un mayor reconocimiento de los acontecimientos mentales en el momento presente, adoptando una actitud particular de curiosidad, apertura y aceptación hacia esa experiencia.	Bishop et al., 2004
Conciencia de la experiencia presente con aceptación.	Germer et al., 2005
Tendencia a ser consciente de la propia experiencia interna en un contexto de aceptación y ausencia de juicio.	Cardaciotto, 2005

Nota. Adaptado de Vásquez-Dextre (2016) y Sánchez & Castro (2016).

La práctica del *mindfulness* permite mantener viva la propia conciencia en las experiencias del momento presente para aceptarlas sin agregar sufrimiento a causa de juicios o significados sobreañadidos, lo que brinda la oportunidad de trabajar de manera consciente sobre los desafíos de la vida como el dolor y la pérdida (Paricio, 2022). Kabat-Zinn fue el precursor de la introducción del *mindfulness* en la medicina y psicología oriental (García, 2021). Mediante la creación de un enfoque terapéutico orientado a la disminución del estrés a través del *mindfulness* (MBSR, en adelante) dio paso a la integración de esta práctica en

distintos modelos y orientaciones de intervención clínica (Vásquez-Dextre, 2016), como la atención al embarazo y parto con la Educación para el Parto y la Crianza Basada en *Mindfulness* (vid. Tabla 2).

Tabla 2

Intervenciones terapéuticas basadas o que incluyen principios de mindfulness

Terapias	Enfoque y contenido
Psicoterapia gestáltica	Creada por Perls. Mindfulness para lograr el aquí y ahora. Dinámicas grupales, psicodrama y silla vacía.
Terapia Conductual Dialéctica (TCD)	Creada por Linehan. Mindfulness como módulo de entrenamiento en habilidades en TLP. Entrenamiento en habilidades, terapia individual y familiar.
Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	Creada por Hayes. Mindfulness para trabajar la fusión cognitiva. Basada en la Teoría de los Marcos Relacionales.
Terapia Breve Relacional (BRT)	Creada por Safran y Muran. Mindfulness para el afrontamiento de rupturas de alianza terapéutica.
Reducción de Estrés Basada en Mindfulness (MBSR)	Creada por Kabat-Zinn. Práctica de ejercicios que devienen del Zen. Orientado a enfermedades crónicas con altos niveles de estrés.
Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT)	Creada por Segal, Williams y Teasdale. Orientado al tratamiento de recaídas depresivas. Combinación de técnicas de MBSR con técnicas cognitivas.
Educación para el Parto y la Crianza Basada en Mindfulness (MBCP)	Creada por Nancy Bardacke. Adaptación del MBSR al tratamiento del estrés causado por los desafíos del embarazo, parto y maternidad.

Nota. Adaptado de Vásquez-Dextre (2016) y Duncan & Bardacke (2010).

La práctica de estos programas basados en *mindfulness* ofrece a las mujeres, en el contexto de la atención perinatal, la experiencia de un embarazo y parto más consciente y de mayor calidad, lo que favorece al aumento de su autoeficacia, regulación y gestión emocional (García, 2021), así como, la disminución de complicaciones médicas (p.e. hipertensión, diabetes) y síntomas ansiosos y depresivos (Mennitto et al., 2021).

Desde un punto de vista metodológico, la rápida expansión de las intervenciones basadas en *mindfulness* se ha visto acompañada del desarrollo de diferentes cuestionarios de evaluación de sus rasgos (Oñate & Calvete, 2018). Baer et al. (2006) diseñaron el *Five-Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ, en adelante) partiendo de la consideración del *mindfulness* como un conjunto de habilidades que pueden ser aprendidas y practicadas para la reducción de ciertos síntomas psicológicos y la promoción del bienestar físico y mental. El FFMQ se desarrolló a partir del análisis factorial exploratorio de los ítems de diversos cuestionarios para evaluar la atención plena ya existentes, lo que sugirió una estructura de cinco factores o facetas (*vid.* Tabla 3). Este cuestionario ha demostrado correlacionar negativamente con medidas como el estrés (Baer et al., 2006) y ha confirmado ser sensible a los cambios en las facetas de *mindfulness* (Cebolla et al., 2012) de individuos expuestos a intervenciones basadas en la relajación y conciencia plena (de Bruin et al., 2012; Oñate & Calvete, 2018).

Tabla 3*Las facetas del mindfulness*

Observar	Percepción de los estímulos, las emociones, los pensamientos y las sensaciones corporales implicando el reconocimiento sensorial de aquello que pueda pasar desapercibido durante un estado normalizado o un foco atencional cotidianizado.
Describir	Codificación cognitiva y descriptiva de la experiencia vinculada al proceso de atención plena, otorgando nombre a la expresión de lo observado.
Actuar con conciencia	Actuación consciente de los elementos implícitos en la conducta, de manera profundamente concentrada.
No enjuiciamiento de la experiencia	Tratamiento objetivo y en ausencia de juicio de los estímulos percibidos, otorgándoles contexto en el espacio y tiempo, y describiéndolos desde la neutralidad situada dentro la situación específica en la que se han sucedido.
No reactividad	Ausencia de reacción, durante un lapso de tiempo, al estímulo percibido, asumiéndolo tal y como se da y se siente, sin rechazarlo y/o justificarlo.

Nota. Adaptado de Baer et al. (2006) y Quintana (2016).

1.3 La inclusión de nuevas estrategias psicoeducativas en la preparación al parto: la visualización guiada y la realidad virtual

Como se ha mencionado con anterioridad, existen diversas técnicas no farmacológicas (Smith et al., 2020) capaces de promover la disminución del estrés y la ansiedad durante el embarazo. Las técnicas de relajación se entienden como métodos eficaces para disminuir la activación corporal, mental y emocional, y aumentar las competencias de autorregulación

subyacentes (Toussaint et al., 2021), al encontrarse las respuestas de relajación inversamente relacionadas con el malestar.

La visualización guiada (VG, en adelante) o *guided imagery*, como técnica cognitiva, implica la visualización mental para crear un estado de relajación y promover el bienestar (Anamagh et al., 2024). Mediante la involucración de la imaginación como capacidad humana innata de evocar y utilizar los sentidos (Furtado et al., 2019), la VG

implica una guía instructiva externa que permite la generación interna de imágenes, y se define como el proceso mental que emplea los sentidos de la vista, el oído, el olfato y el gusto (Zemla et al., 2023 p.2).

Su uso ha sido recomendado como terapia complementaria a los tratamientos analgésicos tradicionales (Kwekkeboom et al., 1998) y ha demostrado ser eficaz en la disminución de los niveles de estrés y el alivio del dolor (Jallo et al., 2013) donde se incluye el asociado a la experiencia de parto. Mediante la práctica de la VG no solo se evocan experiencias sensoriales, sino también respuestas conductuales y fisiológicas capaces de promover una disminución de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial (Furtado et al., 2019). El compromiso sensorial y contextual son elementos clave de esta técnica (Toussaint et al., 2021) al ayudar a los participantes a obtener un mayor detalle perceptivo de las imágenes generadas y, en consecuencia, una representación mental más realista y unos resultados más efectivos.

La VG orientada a la atención perinatal permite alejar la mente de las embarazadas de los miedos irracionales, las emociones desagradables y las preocupaciones excesivas guiando la imaginación de lugares donde pueda sentirse relajada y segura (Alp et al., 2024). Del

mismo modo, favorece la preparación al parto mediante la evocación de escenarios similares a los esperables (Anamagh et al., 2024) y su exposición previa a los mismos, sus posibles idiosincrasias o dificultades asociadas. Diferentes estudios han demostrado la eficacia de la VG en la reducción del estrés maternal en embarazos de alto riesgo (Jallo et al., 2013), la disminución de las náuseas (Shakiba et al., 2019), de la ansiedad y el malestar durante el embarazo (Furtado et al., 2019); y la promoción del bienestar fisiológico con mejoras en los niveles de tensión arterial de las mujeres embarazadas (Azimian et al., 2017).

Por otra parte, la realidad virtual (RV, en adelante) permite a sus usuarios, mediante la simulación del mundo real, comunicarse con un entorno similar pero artificial (Hajesmaeel-Gohari et al., 2021). Su uso en el ámbito perinatal ha demostrado ser eficaz para el tratamiento del dolor (Cowles et al., 2019), la ansiedad (Estrella-Juarez et al., 2023; Noben et al., 2019) y la promoción de la actividad física durante el embarazo (Setiawan et al., 2019), además de los beneficios asociados a la adquisición de información y reducción de la incertidumbre respecto a las circunstancias anejas al parto.

Las imágenes guiadas y los escenarios de realidad virtual ofrecen un enfoque experiencial distinto a la atención plena o las prácticas de *mindfulness* por separado. La VG implica la participación activa de la imaginación más allá del solo cultivo de la conciencia en el momento presente y puede resultar útil para aquellas situaciones de elevada intensidad emocional, como el momento del parto (Zemla et al., 2023), donde las mujeres pueden beneficiarse de prácticas más estructuradas. Ambas prácticas son, sin embargo, eficaces en la mejora del control de la atención (Eysenck et al., 2007) y, por tanto, pueden participar en la promoción de las medidas de las facetas de *mindfulness* mediante la inclusión de imágenes positivas que favorecen la conciencia emocional y perceptiva.

El presente estudio pretende colaborar en el estudio de esta última premisa para conocer la posible eficacia de estrategias psicoeducativas experienciales, como la VG y la RV, en la optimización de la preparación al parto de las mujeres embarazadas desde el entrenamiento de la atención o conciencia plena.

1.4 Objetivos e hipótesis del estudio

1.4.1 Objetivo general

Evaluar la influencia de una práctica de visualización guiada y una exposición a realidad virtual, como estrategias psicoeducativas de preparación al parto, en las medidas de las facetas de *mindfulness* de una muestra de mujeres embarazadas.

1.4.2 Objetivos específicos

- a. Realizar una búsqueda bibliográfica exhaustiva sobre la VG y RV como estrategias psicoeducativas eficaces en la preparación al parto.
- b. Recoger medidas previas de las facetas de *mindfulness* en una muestra de mujeres embarazadas.
- c. Exponer a la muestra a una práctica de VG o una experiencia de RV representativas de momentos cruciales del proceso de parto.
- d. Explorar y comparar la existencia de cambios significativos en las medidas de las facetas de *mindfulness* de los grupos tras la realización de la práctica de VG y la exposición a RV.
- e. Complementar los resultados estadísticos con el estudio de las experiencias individuales de la muestra a través de un análisis temático inductivo de lo compartido en dos *focus group* posteriores a la VG y la RV.

1.4.3 Formulación de hipótesis

Las hipótesis sobre las que se sustenta el estudio son las siguientes:

Hi1. Se espera que la práctica de VG y la exposición a RV promuevan cambios significativos en las medidas de las facetas de *mindfulness* de las participantes.

Hi2. Se espera que las percepciones de la muestra compartidas en los *focus group* posteriores a las prácticas complementen los resultados estadísticos ofreciendo valoraciones positivas de la VG y RV como estrategias psicoeducativas eficaces en la preparación al parto, la gestión del estrés y el entrenamiento de las habilidades de *mindfulness*.

2. Metodología

Con la intención de abordar el objeto de estudio desde una perspectiva integradora (Sampieri & Mendoza, 2018) se optó por una metodología mixta o *mix methods* siguiendo una estrategia de triangulación concurrente¹ (Creswell & Creswell, 2017). De este modo, la metodología cualitativa sirvió de complemento a los resultados estadísticos en la evaluación de la influencia de la VG y RV en la preparación al parto, optimizando, a su vez, la validez interna pre-post intervención de la evaluación de las habilidades de *mindfulness* siguiendo las recomendaciones respecto al uso de metodología mixta en este tipo de intervenciones de Sauer et al. (2013).

2.1 Diseño

Para el presente estudio se empleó un diseño cuasiexperimental preprueba-posprueba en dos grupos no equivalentes² para examinar el efecto de la VG y la RV en las medidas de las facetas de *mindfulness*, acompañado de un análisis cualitativo de naturaleza exploratoria de las impresiones de las participantes posteriores a cada una de las prácticas.

La preparación al parto a través de VG o RV fue definida como la variable independiente, y las medidas de las facetas de *mindfulness* de las participantes se determinaron como las variables dependientes del estudio. De este modo, siguiendo lo hipotetizado, se esperaba observar cambios significativos en las medidas de *mindfulness* de

¹El enfoque de triangulación concurrente es un modelo mixto donde el investigador recoge en la misma fase del estudio datos cuantitativos y cualitativos para, posteriormente, comparar las dos bases de datos y determinar la existencia de alguna convergencia, diferencia o combinación. La utilización de ambos métodos sirve como medio para compensar los puntos débiles inherentes a un método con los puntos fuertes del otro (Creswell & Creswell, 2017)

²El diseño cuasi-experimental preprueba-posprueba en dos grupos no equivalentes consiste en la aplicación simultánea de una preprueba a dos grupos, frente a los que se carece de total seguridad respecto a su equivalencia inicial, para con posterioridad administrar la condición experimental y, también simultáneamente, una posprueba que permita observar el efecto de la variable independiente sobre la dependiente (Sampieri & Mendoza, 2018).

cada una de las participantes tras la puesta en práctica de la VG o RV, así como, diferencias en la amplitud de la modificación de las medidas según el tipo de entrenamiento empleado.

2.2 Participantes

La muestra estuvo compuesta por mujeres mayores de 18 años embarazadas en el segundo o tercer trimestre de gestación. El proceso seguido para la selección de las participantes fue un muestreo no probabilístico de conveniencia de acuerdo a un criterio de voluntariedad, donde se accedió a la muestra gracias a la colaboración con la empresa Gestaverso especializada en la preparación al parto a través de simulación inmersiva con RV, la cual se encargó de difundir el proyecto a través de sus redes sociales.

Como único criterio de inclusión se determinó el estado de embarazo en el segundo o tercer trimestre. Y como criterios de exclusión se incluyeron la incapacidad para gestar, encontrarse en el primer trimestre de gestación y presentar déficits sensoriales que dificultaran la exposición a RV o VG.

La muestra fue distribuida por los profesionales de Gestaverso en dos grupos diferenciados por su exposición a VG o RV. Debido a la falta de control sobre la distribución muestral por parte de los investigadores, se optó por la definición del diseño como cuasiexperimental.

2.3 Instrumentos

La medición de las variables del estudio se llevó a cabo a través del cuestionario FFMQ acompañado de la recogida previa de datos sociodemográficos de las participantes y el desarrollo de dos *focus group* posteriores a las prácticas de VG o RV.

2.3.1 Formulario sociodemográfico

Se diseñó un breve formulario (*vid.* Anexo 1) orientado a abordar y recoger las variables sociodemográficas y características descriptivas de las participantes en referencia al género, edad, nivel educativo, estado de gestación en semanas y el número de embarazos y/o partos anteriores, entre otras. Con la intención de explorar la posible influencia de, por ejemplo, la vivencia previa respecto al proceso de parto sobre la experiencia asociada a las prácticas.

2.3.2 Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

La adaptación española del cuestionario FFMQ (Baer et al., 2006) propuesta por Cebolla et al. (2012) fue utilizada para evaluar las medidas de las facetas de *mindfulness* de las participantes (*vid.* Anexo 2). Compuesta por un total de 39 ítems, la escala se diseñó para medir la tendencia general a la atención plena en la vida diaria. Las respuestas se valoran en una escala Likert de 5 puntos que va de 1 (Nunca o muy raramente verdad) a 5 (Muy a menudo o siempre verdad), por lo que puntuaciones más altas indican mayor capacidad de conciencia plena. El FFMQ ha demostrado tener una buena consistencia interna para sus cinco subescalas, con coeficientes Alfa de Cronbach de entre 0.75 y 0.91 (Baer et al., 2006), y alcanzando, su adaptación española, un coeficiente alfa de 0.88 para la puntuación total del cuestionario (Cebolla et al., 2012).

2.3.3 Focus group

Tras las prácticas, se implementó la técnica de recolección de datos cualitativa conocida como *focus group* donde se reunió a las participantes y sus parejas para conocer sus impresiones, experiencias y emociones asociadas a las experiencias de VG y RV.

Los grupos de discusión se definen como reuniones grupales de tamaño pequeño o mediano -se recomienda de tres a diez personas- en las que las participantes conversan en profundidad en torno a uno o varios temas bajo un ambiente relajado e informal y la conducción de un dinamizador y especialista en dinámicas grupales (Sampieri et al., 2014). El centro de atención es la narrativa colectiva (Ellis, 2008), siendo la unidad de análisis el grupo y los significados contruidos colectivamente a través de la discusión acerca de los temas propuestos en una guía temática semiestructurada (*vid.* Anexo 3).

En este caso, se desarrollaron dos *focus group* homogéneos entre sí y heterogéneos en su composición. Se reunieron, en primer lugar, a 6 mujeres junto a sus 6 parejas distinguidas en dos condiciones según su exposición a RV o VG, y, en segundo lugar, a 4 mujeres junto a sus 4 parejas distinguidas por los mismos términos que las anteriores. Obteniendo, así, dos grupos distintos en número pero equivalentes en condiciones experimentales y características de sus componentes -participantes y acompañantes-.

2.4 Procedimiento

Las dinámicas tuvieron lugar el 31 de enero y 7 de marzo de 2025 en la sede de la empresa Gestaverso situada en la localidad de Alcobendas, Madrid. Para la realización de cada una de las prácticas se citaron a seis mujeres, viéndose, finalmente, reducido el tamaño muestral a cuatro mujeres durante la segunda práctica al no acudir dos de las mujeres citadas. Las participantes, acompañadas de sus parejas, fueron citadas secuencialmente de manera que la muestra quedara dividida, en función de la condición experimental -exposición a VG o RV-, en dos grupos equitativos.

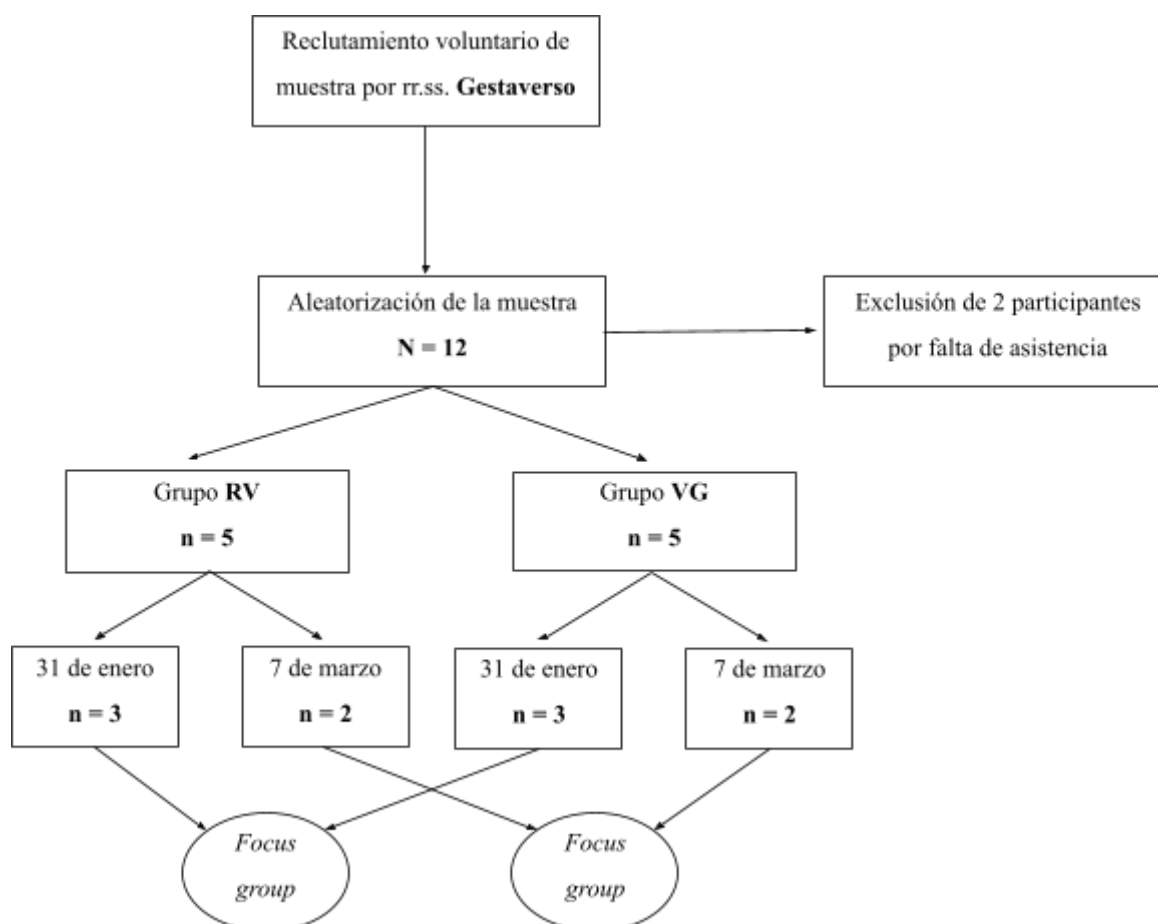
Previamente a la realización de cada práctica se entregó a las participantes el consentimiento informado del estudio, así como, los diferentes cuestionarios diseñados para

la medición de las variables planteadas. Ambas metodologías representaron la misma situación de preparación al parto. La RV fue dinamizada por los profesionales de Gestaverso y la VG fue dirigida por uno de los investigadores del proyecto. Las mujeres fueron expuestas o guiadas por momentos cruciales del proceso de parto como es el inicio del proceso y consecuentes contracciones, la llegada al centro médico, la inyección de la epidural y el momento de expulsión o alumbramiento.

Una vez finalizadas las exposiciones, se recogieron las medidas postintervención y se procedió a la recogida de datos cualitativos mediante el desarrollo de los *focus group* compuestos por las participantes y sus parejas los cuales fueron grabados en audio con consentimiento previo y expreso.

Figura 1

Esquema del procedimiento experimental



2.5 Análisis de datos

En lo que respecta al análisis cuantitativo, las características sociodemográficas de los participantes y sus puntuaciones en el cuestionario FFMQ se resumieron mediante frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y ordinales, y con medias y desviaciones estándar para las variables continuas. Asimismo, las comparaciones de los datos sociodemográficos entre los grupos se realizaron con prueba t de Student para muestras independientes o la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para las variables continuas, y la prueba Chi-cuadrado para las categóricas.

Tras el estudio de la normalidad de los resultados con la prueba Shapiro-Wilk y, observándose una distribución normal de cada una de las puntuaciones de atención plena de los grupos ($p > .05$), se optó por la utilización de pruebas paramétricas. En cada grupo se compararon las puntuaciones de las medidas de *mindfulness* pre-post intervención con la prueba t para muestras relacionadas. Para evaluar las diferencias pre-post prueba entre grupos se utilizó la prueba t para muestras independientes. Los cambios en las medidas por grupo se ilustraron con gráficos de barras de error con medias e intervalos de confianza del 95%. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico JASP.

Para el análisis cualitativo se realizó un análisis temático inductivo de las transcripciones de los *focus group* examinando sistemáticamente los datos no numéricos para comprender sus significados, frecuencias y patrones con el software de análisis ATLAS.ti (Penalva et al., 2015). El proceso de análisis siguió las fases recomendadas por el manual del usuario del propio ATLAS.ti validadas por los autores Soratto et al. (2020).

Figura 2

Resumen de las fases del proceso de análisis temático inductivo con ATLAS.ti

Fases del análisis temático inductivo	
<i>Citación y codificación</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajo sistemático con el conjunto de datos y selección de segmentos relevantes para la pregunta de investigación. 2. Estudio de frecuencias y codificación abierta y exploratoria.
<i>Asignación temática</i>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Análisis de co-ocurrencias entre códigos y agregación de códigos en temas potenciales. 4. Refinamiento de las temáticas siguiendo un proceso iterativo que permita abarcar la complejidad del objeto de estudio.
<i>Interpretación y representación gráfica</i>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Estudio de las relaciones entre temáticas. 6. Representación de los resultados en gráficos de visualización.

Nota. Adaptado de Soratto et al. (2020).

3. Resultados

3.1 Variables sociodemográficas

La Tabla 4 describe las características sociodemográficas y descriptivas de la muestra. Todas las participantes eran de nacionalidad española, el 80% tenía entre 30 y 40 años, y todas se encontraban en situación de empleabilidad. La media de la semana de gestación fue similar en ambos grupos situándose en torno a la semana 31, y el 40% de las participantes eran primíparas. Las diferencias entre los grupos no fueron significativas en ninguna de las características consideradas.

Tabla 4

Características sociodemográficas de la muestra

		Total muestra (N = 10)	Grupo RV (n = 5)	Grupo VG (n = 5)	p
<i>Características sociodemográficas</i>					
Género	Mujer	10 (100%)	5 (100%)	5 (100%)	-
Edad	Entre 25 y 30 años	1 (10%)	1 (20%)	-	0.504
	Entre 30 y 35 años	4 (40%)	2 (40%)	2 (40%)	
	Entre 35 y 40 años	4 (40%)	2 (40%)	2 (40%)	
	Entre 40 y 45 años	1 (10%)	-	1 (20%)	
Nacionalidad	Española	10 (100%)	5 (100%)	5 (100%)	-
Nivel de estudios	Intermedio	2 (20%)	1 (20%)	1 (20%)	1
	Superior	8 (80%)	4 (80%)	4 (80%)	
Situación laboral	Trabajadora en activo	10 (100%)	5 (100%)	5 (100%)	-
<i>Aspectos relacionados con el embarazo</i>					
Situación maternidad	En pareja	10 (100%)	5 (100%)	5 (100%)	-
Semana de embarazo	Media (DE)	31.3 (5.122)	31 (6.442)	31.6 (4.159)	0.865
Nº de embarazos y/o partos	0	4 (40%)	3 (60%)	1 (20%)	0.204
	1	5 (50%)	2 (40%)	3 (60%)	
	4 o más	1 (10%)	-	1 (20%)	
Ansiedad perinatal	1	2 (20%)	-	2 (40%)	0.308
	2	3 (30%)	2 (40%)	1 (20%)	
	3	2 (20%)	1 (20%)	1 (20%)	
	4	3 (30%)	2 (40%)	1 (20%)	

3.2 Resultados cuantitativos

3.2.1 Supuesto de normalidad

No se obtuvieron valores significativos ($p < .05$) en el contraste de normalidad con la prueba Shapiro-Wilk para ninguna de las puntuaciones totales de atención plena pre y postintervención de los dos grupos, lo que indica una distribución normal de los datos (Tabla 5). Las puntuaciones asociadas a cada una de las subescalas siguieron esta misma distribución normal.

Tabla 5

Contraste de normalidad (Shapiro-Wilk)

		Estadístico	<i>p</i>
Puntuación total FFMQ Preintervención	RV	0.925	0.566
	VG	0.900	0.411
Puntuación total FFMQ Postintervención	RV	0.895	0.382
	VG	0.880	0.309

Nota. Los resultados significativos sugieren una desviación respecto a la normalidad.

3.2.2 Comparación de muestras relacionadas

La Tabla 6 expone los resultados pre-postintervención obtenidos en la medida general de atención plena y sus subescalas para cada grupo. En el grupo de RV, la puntuación media preintervención en *mindfulness* (FFMQ) fue 119,2 (*DE*: 21,476), la cual mejoró a 125,8 (*DE*: 19,254) tras la práctica, $t(4) = -1.760$, $p = .077$, $d = -0.787$.

En el caso del grupo de VG, la puntuación media preintervención en *mindfulness* (FFMQ) fue 124 (*DE*: 16,140), mejorando significativamente a 131 (*DE*: 18,868) tras la exposición. La prueba t para muestras apareadas mostró, en este caso, una significancia del aumento de la puntuación sugiriendo, a su vez, una naturaleza importante del efecto, $t(4) = -2.248$, $p = .044$, $d = -1.005$.

La amplitud de los cambios observados tras la intervención en los dos grupos se situó en torno a los siete puntos de media en la puntuación total del cuestionario alcanzando, el 80% de las participantes, una mejora en la puntuación general de atención plena o *mindfulness*.

Tabla 6

Resumen y comparación de las puntuaciones resultantes pre y post intervención para cada uno de los grupos

	Preintervención	Postintervención	Incremento	Valor <i>t</i>	<i>p</i>
FFMQ	M (DE)	M (DE)			
RV	119.2 (21.476)	125.8 (19.254)	6.6	- 1.760	0.077
VG	124 (16.140)	131 (18.868)	7	- 2.248	0.044
<i>Observar</i>					
RV	23.2 (5.070)	24.2 (5.762)	1	- 0.953	0.197
VG	20.6 (5.941)	24.8 (4.266)	4.2	- 3.772	0.010
<i>Describir</i>					
RV	24.2 (7.362)	27.2 (6.301)	3	- 3.162	0.017
VG	29 (4.528)	32.8 (7.294)	3.8	- 2.079	0.053
<i>Actuar con conciencia</i>					
RV	27 (11.511)	26 (9.618)	- 1	0.520	0.685
VG	21.8 (7.014)	21.4 (8.050)	- 0.4	0.535	0.689
<i>No enjuiciar</i>					
RV	25.4 (7.668)	27.4 (8.877)	2	- 1.907	0.065
VG	28.8 (9.910)	28.4 (11.887)	- 0.4	0.204	0.576
<i>No reactividad</i>					
RV	19.4 (4.393)	21 (5.00)	1.6	- 1.281	0.135
VG	23.8 (3.194)	23.6 (3.578)	- 0.2	0.408	0.648

Nota. Contraste *t* de Student para muestras relacionadas. Para todos los contrastes, la hipótesis alternativa especifica que la puntuación preintervención es menor que la puntuación postintervención.

Las Figuras 3 y 4 ilustran los resultados en la escala general de *mindfulness* para las condiciones experimentales de RV y VG, respectivamente. En ambas figuras se observa un aumento en la mediana de las puntuaciones postintervención, evidenciado por el desplazamiento hacia arriba del diagrama de cajas. Asimismo, la distribución de las medidas postintervención presenta una mayor concentración de valores, como se aprecia en el gráfico de violín, lo que sugiere un efecto positivo de las prácticas.

Figura 3

Cambios pre-postintervención en la puntuación total FFMQ para cada participante de la condición experimental RV

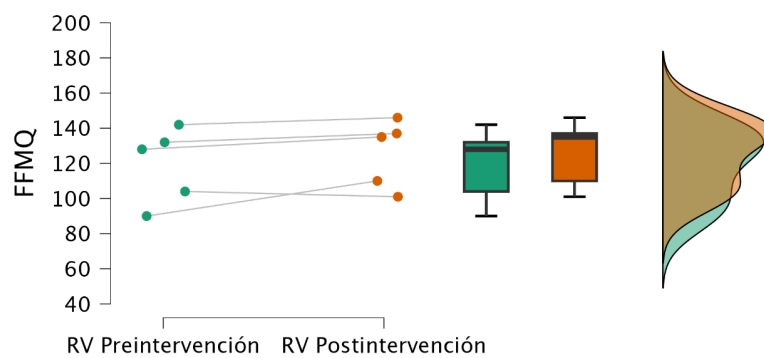
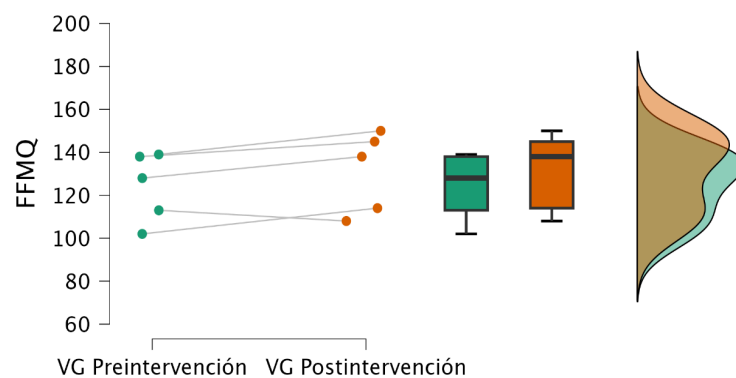


Figura 4

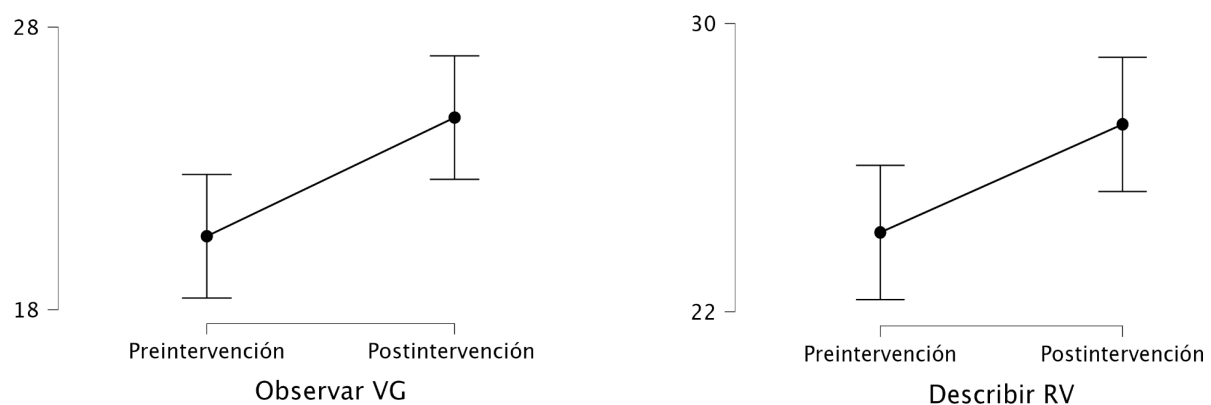
Cambios pre-postintervención en la puntuación total FFMQ para cada participante de la condición experimental VG



Los cambios postintervención en las facetas de *mindfulness* fueron significativos en las subescalas ‘Observar’ ($p = .010$) para la condición de VG y ‘Describir’ ($p = .017$) para la RV (Figura 5). Las participantes expuestas a VG aumentaron sus puntuaciones medias en las subescalas de ‘Observar’ y ‘Describir’ con incrementos elevados y significativos en torno a los cuatro puntos. Los cambios en las subescalas en la condición experimental de RV fueron más generalizados pero de menor intensidad al producirse incrementos alrededor de los dos puntos de media. Ambas condiciones sufrieron un leve descenso no significativo ($p > .05$), en las puntuaciones medias de la subescala ‘Actuar con conciencia’ (Tabla 6).

Figura 5

Incrementos en las puntuaciones medias de la subescala ‘Observar’ tras la práctica de VG y la faceta ‘Describir’ tras la exposición a RV



Nota. La ausencia de solapamiento entre los intervalos de confianza de las puntuaciones pre y postintervención indica una diferencia estadísticamente significativa entre ambas mediciones.

3.2.3 Diferencias entre grupos

El estudio de las diferencias entre grupos se realizó mediante la comparación, con la prueba t de Student para muestras independientes, de los incrementos en las puntuaciones globales y las subescalas o facetas de *mindfulness* en cada uno de los grupos (Tabla 7). La comparación entre grupos no indicó la existencia de diferencias significativas para los

incrementos de las puntuaciones globales ni las distintas subescalas tras las intervenciones de RV y VG.

Tabla 7

Comparación entre los grupos de los incrementos en las puntuaciones globales y subescalas tras la intervención

	Incremento	Diferencia de Medias	Valor <i>t</i>	<i>p</i>
FFMQ	M (DE)			
RV	6.6 (8.385)	- 0.4	- 0.082	0.937
VG	7 (6.964)			
<i>Observar</i>				
RV	1 (2.345)	- 3.2	- 2.092	0.070
VG	4.2 (2.490)			
<i>Describir</i>				
RV	3 (2.121)	- 0.8	- 0.389	0.708
VG	3.8 (4.087)			
<i>Actuar con conciencia</i>				
RV	- 1 (4.301)	- 0.6	- 0.291	0.779
VG	- 0.4 (1.673)			
<i>No enjuiciar</i>				
RV	2 (2.345)	2.4	1.078	0.313
VG	- 0.4 (4.393)			
<i>No reactividad</i>				
RV	1.6 (2.793)	1.8	1.342	0.217
VG	- 0.2 (1.095)			

Nota. Contraste *t* de Student para muestras independientes.

La identificación de los conceptos anteriores y el estudio de sus frecuencias dio paso a la codificación. Se registraron un total de 30 códigos destacando aquellos con mayor enraizamiento, es decir, elevados porcentajes de vinculación a las distintas citas o segmentos seleccionados como relevantes en la transcripción.

La Tabla 8 representa los 10 códigos con mayor enraizamiento ocupando, el primer lugar, el código referente a las facetas de *mindfulness* con un total de 62 citas codificadas. La faceta con mayor enraizamiento fue ‘Actuar con conciencia’ con un total de 44 codificaciones, seguido de las subescalas ‘Observar’ -23 codificaciones- y ‘Describir’ -16 codificaciones-; y coincidiendo, por tanto, con lo reflejado en el análisis de frecuencias de conceptos donde “consciente” fue uno de los términos más repetidos.

Tabla 8

Resumen de los códigos con mayor enraizamiento en el análisis

Códigos	<i>Focus group 31 de enero</i>	<i>Focus group 7 de marzo</i>	Nº total de citas
	Enraizamiento del código	Enraizamiento del código	
Facetas de <i>mindfulness</i>	46''	16''	62''
Aprendizaje experiencial	38''	10''	48''
Información	27''	8''	35''
Seguridad	22''	8''	30''
Beneficios de las prácticas	22''	7''	29''
Acompañamiento y orientación	23''	4''	27''
Miedo	7''	15''	22''
Tranquilidad	15''	6''	21''
Diversidad de experiencias	19''	1''	20''
Acompañamiento emocional	14''	5''	19''
Nº total de citas	233''	80''	313''

Nota. Los símbolos (') indican citas textuales extraídas de los grupos focales. El *focus group* 31 de enero estuvo compuesto por 12 participantes y el *focus group* 7 de marzo por 8 participantes, lo que explica la diferencia en la cantidad de citas.

3.3.2 Asignación temática y análisis de co-ocurrencias

Tras la codificación se procedió al análisis de co-ocurrencias que facilitó la identificación de los temas más relevantes y la asignación de los distintos códigos como subcategorías de dichas temáticas. Estas temáticas fueron resultado de un proceso de identificación de tendencias entre códigos a aparecer conjuntamente en citas y *verbatimims* llegando a conformar un sistema de cinco categorías significativas³ (Figura 7).

Figura 7

Resumen de las temáticas identificadas en el análisis cualitativo

Sistema de temáticas
Facetas de <i>mindfulness</i>
Aprendizaje experiencial
Beneficios de las prácticas
Acompañamiento y orientación
Atención psicológica perinatal
La pareja en el embarazo

Nota. Los colores asociados a cada temática sirven de leyenda en la identificación de sus subcódigos a la hora de interpretar las gráficas resultado del análisis.

Se categorizó e incluyó dentro de la temática ‘Facetas de *mindfulness*’ (*vid.* Anexo 4) a los códigos que incluían referencias a las subescalas de atención plena destacando, por su frecuencia, las verbalizaciones referentes a la faceta ‘Actuar con conciencia’.

³ Teniendo en cuenta la extensión máxima de esta investigación y, a fin de facilitar la comprensión del análisis, se ha diseñado, para cada temática, un anexo donde se recogen los *verbatimims* que acompañan los resultados y que no han podido ser incluidos de manera literal, pero sí han sido utilizados para interpretar y construir el discurso.

Es importante yo creo entender que la información te tiene que servir para que, cuando lleguemos al escenario que sea, si sabemos qué significa ese escenario y cómo actuar ante el mismo, sentirnos más seguras y conscientes de lo que está pasando (Participante 7).

Con esta visualización es como ser un poco más consciente, un poco más carne, de una manera más tangible (Participante 6).

La temática ‘Aprendizaje experiencial’ (vid. Anexo 5) se diseñó para aunar las referencias de las participantes en las que se identificaban las prácticas como estrategias caracterizadas por mostrar el parto en profundidad y como un proceso. Asimismo, se incluyeron *verbatim*s y reflexiones de las participantes donde se enfatizaba la importancia de la adquisición de información como fuente de empoderamiento, y el componente práctico y sensorial de la VG y RV como optimizaciones de la preparación al parto tradicional.

Yo es que creo que cuanta más información tienes te sientes tú que controlas más todo, la situación, te sientes más segura (Participante 3).

No solo el conocer la parte más teórica, si no esta parte práctica que te ayuda emocionalmente, para mí, es lo que falta en el ecosistema (Participante 2).

Bajo la temática de ‘Beneficios de las prácticas’ (vid. Anexo 6) se recogieron las referencias de la muestra a las sensaciones de felicidad y relajación derivadas de la exposición a ambas prácticas, así como, los beneficios asociados a la interiorización del parto como idiosincrático otorgando valor a la diversidad de experiencias posibles y reduciendo los niveles de incertidumbre.

Emoción de decir: "sí, hay otras fases, otras realidades" (Participante 3).

Yo aquí, creo que he dejado algún miedo o incertidumbre (Participante 2).

Las referencias a la temática ‘Acompañamiento y orientación’ (vid. Anexo 7) en los discursos de las participantes se diferenciaron por su pertenencia a los códigos ‘Personal clínico’, ‘Acompañamiento emocional’, ‘Cercanía’, ‘Seguridad’ y ‘Tranquilidad’, identificando los dos últimos términos como consecuencias inmediatas del entrenamiento experiencial. Las mujeres coincidieron en la importancia de la cercanía de los profesionales durante la atención clínica perinatal y se refirieron al acompañamiento no solo desde una perspectiva técnica y/o médica, sino también emocional y psicológica.

En la recta final necesitas ese apoyo, porque tu pareja está ahí en todo momento, sabes que está ahí físicamente, pero la persona que te está acompañando, en este caso, el sanitario hace muchísimo (Participante 4).

Entonces, yo esa cercanía que me estaba faltando en la Seguridad Social o en otros seguimientos, aquí sí que la he sentido a través de herramientas más digitales (Participante 2).

En consonancia con las referencias a las necesidades emocionales perinatales, la temática ‘Atención psicológica perinatal’ (vid. Anexo 8) aunó las alusiones de la muestra a la afectación del bienestar psicológico durante el embarazo destacando el miedo, la incertidumbre y las experiencias de violencia obstétrica y duelo perinatal como factores de riesgo. Enfatizando, a su vez, la necesidad de otorgar mayor reconocimiento a la salud mental durante el embarazo y posparto.

A mí nadie me ha preguntado si yo tenía miedo, cómo me sentía, cómo me enfrentaba al parto (Participante 2).

Es un momento en el que surgen inseguridades, miedos, traumas de la infancia... surge de todo (...) de golpe porque además tienes pues eso, más tiempo, estás de baja, le das mil vueltas y sería muy necesaria esa ayuda (Participante 1).

Por último, la temática ‘La pareja en el embarazo’ (vid. Anexo 9) recogió aquellos *verbatim*s donde la muestra se refería a los cambios producidos en la dinámica relacional a causa de la condición de embarazo y futura maternidad.

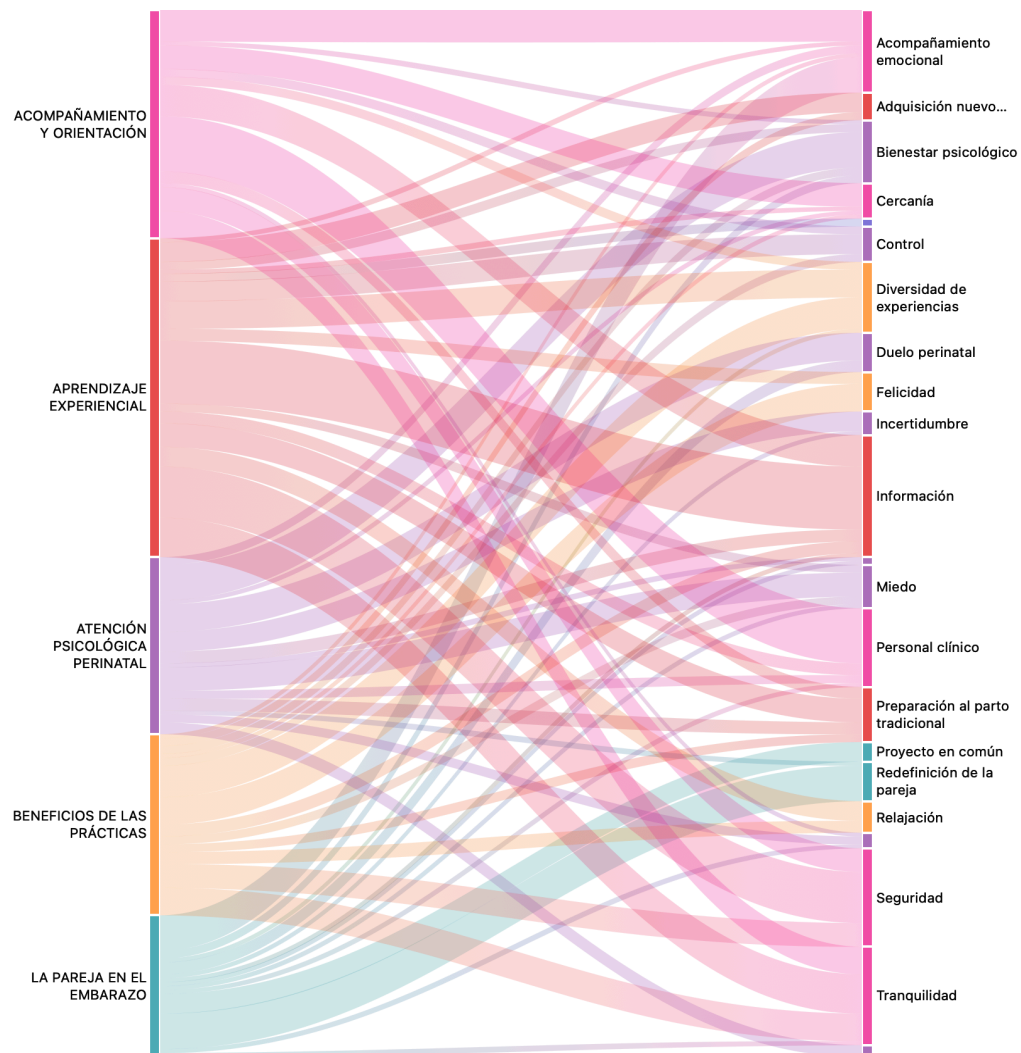
El embarazo redefine la pareja. La ha redefinido en todo (Participante 8).

Yo creo que, por mi parte, al final todo el proceso del embarazo eh por resumirlo en una frase lo que hace es crear más equipo (Pareja Participante 7).

El siguiente diagrama de Sankey (Figura 8) ilustra las relaciones entre algunas de las temáticas principales -a la izquierda- y sus códigos específicos asociados -a la derecha-. La Figura 9 representa, asimismo, el análisis pormenorizado de estas co-ocurrencias evidenciando la existencia de relaciones entre códigos de distintas temáticas y permitiendo formar una red semántica que da sentido al discurso de las participantes y resume las impresiones de estas respecto a la RV y VG como técnicas de entrenamiento experiencial.

Figura 8

Diagrama de Sankey de co-ocurrencias de códigos y temáticas en el análisis cualitativo



Nota. La amplitud de las conexiones representa la frecuencia con la que cada código se relaciona con una temática específica, lo que permite visualizar la distribución e intensidad de las co-ocurrencias.

4. Discusión

El objetivo principal de esta investigación era evaluar la influencia de dos prácticas de visualización guiada y realidad virtual en las facetas de *mindfulness* de una muestra de mujeres embarazadas. El estudio cuantitativo de las puntuaciones pre-post intervención sugiere, en conformidad con los resultados de Duncan y Bardacke (2010), la existencia de un efecto positivo de las prácticas, como estrategias de preparación al parto, en la promoción de las habilidades de *mindfulness* de ambos grupos. Los resultados obtenidos van en la línea con estudios previamente revisados donde la exposición a RV y VG supuso una disminución de los niveles de estrés, dolor y malestar durante el embarazo (Jallo et al., 2013; Furtado et al., 2019; Cowles et al., 2019), así como, colaboró en la promoción del bienestar en circunstancias clínicas mediante la exposición a escenarios similares a los esperables (Hajesmaeel-Gohari et al., 2021; Anamagh et al., 2024).

La dinámica de RV fue valorada por las participantes como una herramienta psicoeducativa de alta eficacia coincidiendo con los beneficios reportados por Hajesmaeel-Gohari et al. (2021) y asociados a la reducción del miedo al parto. Asimismo, las percepciones de la muestra permiten identificar cómo la exposición a escenarios reales y representativos de las distintas fases del proceso, de acuerdo con Noben et al. (2019), promovió las sensaciones de familiaridad con el entorno clínico y el procedimiento médico ofreciendo un punto de partida a la evaluación de la posible incorporación de dinámicas inmersivas de carácter didáctico, y no únicamente relajante o distractor (Hajesmaeel-Gohari et al., 2021; Alp et al., 2024), a los programas de preparación. En consonancia con estos beneficios, las participantes expuestas a la práctica de VG manifestaron una reducción de la ansiedad y un aumento en su sensación de control respecto al proceso de parto asociado a la

visualización de imágenes educativas, resultados que coinciden con los alcanzados por Andriani et al. (2021) y Anamagh et al. (2024).

El análisis pormenorizado de las influencias de cada una de las prácticas por separado, permite hipotetizar la posible optimización de la RV, como herramienta orientada al entrenamiento de las habilidades de *mindfulness*, mediante la incorporación de características propias de la VG. Y es que, en correspondencia con Guardino et al. (2014), el entrenamiento en *mindfulness* podría no ser suficiente en la reducción del estrés percibido durante el embarazo, siendo necesaria la valoración de su combinación con intervenciones y técnicas adicionales. Los resultados alcanzados sugieren una posible complementación donde la VG y su componente sensorial permita potenciar y otorgar significación a los cambios en algunas puntuaciones y habilidades de atención plena, como la faceta ‘Observar’, cuya tendencia de cambio no se mostró significativa ante la exposición única de RV.

Asimismo, mediante la incorporación de los resultados cualitativos a la interpretación de las tendencias estadísticas, se hace posible una comprensión más profunda de los resultados llegando a identificar factores que influyen en posibles discordancias (Barreto & Lezcano, 2023), como la presente en este estudio entre la predominante presencia del término “consciente” en las dinámicas grupales y la ausencia de cambios significativos de la subescala ‘Actuar con conciencia’ del FFMQ, la cual podría ser atribuida a las diferencias semánticas y contextuales en la interpretación del constructo por parte de la muestra.

Desde una perspectiva cualitativa, el uso reiterado del término “consciente” por parte de las mujeres parece estar asociado a una adquisición de conocimiento y toma de conciencia informada del proceso de embarazo y momento del parto tras las intervenciones, lo cual coincide con resultados de investigaciones previas como las llevadas a cabo por Lönnberg et al., (2018) y Kantrowitz-Gordon et al. (2018). Una interpretación que puede no verse

abarcada por la definición operativa del constructo psicométrico ofrecido por el FFMQ (Tabla 3), orientada al enfoque atencional y contemplativo de las conductas, evitando la actuación automática (Baer et al., 2006), pero no desinformada, y que evidencia, en consecuencia, la utilidad de la perspectiva integradora de los *mixed methods* en esta investigación (Creswell & Clark, 2007) recomendada anteriormente por Sauer et al. (2013). Quienes enfatizan la importancia de incluir la perspectiva cualitativa en la evaluación de la influencia de intervenciones específicas en las habilidades de *mindfulness*, al tratarse de un objeto de estudio “integrado en una compleja red de procesos que interactúan entre sí, como los patrones de motivación, los objetivos perseguidos, los rasgos de personalidad” (p.11); y ofreciendo, en consecuencia, gracias a la complementación de ambas metodologías, una exploración en profundidad y lo más rigurosa posible.

4.1 Limitaciones y futuras líneas de investigación

Dado la naturaleza innovadora del estudio y la ausencia de proyectos previos que integren conjuntamente la RV y VG en contextos psicoeducativos perinatales, esta investigación se planteó como una exploración preliminar que conlleva, inherentemente, ciertas limitaciones.

El diseño exploratorio ha limitado la amplitud de la investigación a la identificación de tendencias en la variable de atención o conciencia plena, así como, en cada una de sus subescalas, y al planteamiento de hipótesis iniciales sobre el impacto y calidad de ambas intervenciones en la optimización de la experiencia de preparación al parto de las participantes desde una perspectiva psicoeducativa.

El tamaño reducido de la muestra ($N = 10$) ha limitado el poder estadístico de los análisis cuantitativos resultando en una falta de significancia, observable en algunas tendencias de cambio de los estadísticos evaluados, y limitando la generalización de resultados a nivel poblacional. Un reducido tamaño muestral derivado del difícil acceso a la población objeto de análisis al tratarse, las mujeres embarazadas, de un colectivo con dificultades de accesibilidad y disponibilidad inherentes al estado de gestación. El vulnerable estado físico y emocional de las mujeres, la falta de acceso a medios de difusión del estudio dentro del sistema público sanitario, y la reticencia de algunas gestantes a experimentar con herramientas tecnológicas novedosas en un momento de alta sensibilidad, dificultaron la conformación de una muestra más amplia y representativa.

Asimismo, el restringido acceso a la herramienta de RV, proporcionada por agentes externos al equipo investigador, limitó el control estricto de las variables afectando a la robustez estadística y otorgando al estudio un diseño cuasi-experimental a causa de las limitaciones de accesibilidad tecnológica y control en la selección y distribución muestral. Y es que a pesar de su potencial en contextos clínicos y educativos (Fromm et al., 2021; Asad et al., 2021), la realidad virtual sigue siendo una herramienta de alto coste lo cual acota su implementación a entornos con recursos económicos y tecnológicos adecuados limitando, como en este caso, su aplicación al ámbito clínico privado y respecto a una muestra muy homogénea, lo que, también, afecta a la generalización de los resultados. Asimismo, la colaboración con la entidad externa condicionó el desarrollo del estudio a los tiempos y logística pautados por la misma limitando la posibilidad de emprender una intervención más extendida en el tiempo.

Ante estas limitaciones se hace posible plantear diversas líneas futuras de investigación orientadas a la optimización del estudio. En primer lugar, se plantea la

posibilidad de extender la exploración de la eficacia a una muestra de mayor tamaño promocionando el reclutamiento mediante la colaboración con instituciones y departamentos sanitarios perinatales cuya actuación alcance distintos contextos culturales, socioeconómicos e incluso geográficos con el objetivo de acceder a perfiles diversos. Del mismo modo, se plantea la posibilidad de emprender futuras intervenciones en las que se cuente con mayor control muestral pudiendo añadir un grupo control en la evaluación, y distinguir la distribución de las participantes teniendo en cuenta factores identificados en la literatura científica como relevantes, como la experiencia previa en meditación. (Aguado et al., 2015; Baer et al., 2008).

Por otro lado, la ausencia de un efecto positivo significativo observable de las prácticas evaluadas en las facetas de *mindfulness* ‘No enjuiciar’ y ‘No reactividad’, abre camino al estudio de la incorporación de otras herramientas que complementen la funcionalidad de la RV y VG en estas subescalas.

Todas ellas, líneas de investigación dirigidas a alcanzar la máxima optimización del entrenamiento experiencial orientado a la promoción de las habilidades de *mindfulness*. Un entrenamiento que, desde el fomento del aprendizaje a través de la experiencia (Kolb, 2014), incorpora principios de modelos de aprendizaje clásico -como el constructivismo de Piaget y Vygotsky- y cuyo desarrollo se encuentra, hoy en día, en auge tras mostrarse beneficioso en áreas como la educación (Fromm et al., 2021; Asad et al., 2021), la salud, y la práctica clínica (Nagel et al., 2024), y verse optimizado gracias a la incorporación de herramientas pedagógicas que promueven la inmersión, interacción e imaginación (Alrehaili & Al Osman, 2019), como la realidad virtual.

Por último, se plantea la posibilidad de diseñar una dinámica integradora de los beneficios de ambas técnicas por separado para la creación de un entrenamiento secuencial y extendido a lo largo del periodo de gestación, conforme a las recomendaciones de Srisopa et al. (2021). Lo que, en última instancia, supondría la propuesta de un entrenamiento innovador para la preparación al parto, actualizando las perspectivas tradicionales mediante la incorporación de los beneficios del aprendizaje experiencial, la orientación psicoeducativa y el entrenamiento de la atención plena.

4.2 Conclusiones

Mediante el desarrollo de este proyecto, se ha contribuido al estudio de los servicios psicoperinatales ofreciendo una exploración de su posible optimización a través de la incorporación de metodologías innovadoras y experienciales.

Dado el enfoque mixto de la investigación, los datos obtenidos mediante el análisis cualitativo de los *focus group* han permitido explorar las percepciones y experiencias de la muestra, proporcionando una perspectiva investigadora mixta que va más allá de los resultados estadísticos. Los resultados obtenidos permiten dar por cumplidos, parcialmente, los objetivos planteados -al no observarse tendencias de cambio significativas en todas las facetas de *mindfulness*-, y confirmar las hipótesis formuladas sugiriendo una posible complementación de ambas prácticas, y promoviendo futuros estudios dirigidos al diseño de programas de entrenamiento al parto de carácter integrador.

Contando con una perspectiva de promoción del bienestar físico y emocional de las mujeres, este trabajo ha colaborado en la consecución y cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible números 3 y 5 aprobados por la Asamblea General de las Naciones

Unidas (2015) en el marco de la Agenda 2030. Objetivos orientados a la promoción de la salud física y la igualdad de género, desde la garantía del acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, de la información y educación al respecto, así como, la mejora del uso de la tecnología instrumental para promover el empoderamiento de las mujeres.

La puesta en práctica de estudios como el presente no solo presenta implicaciones individuales. La exploración de la optimización de la atención perinatal mediante la actualización de las orientaciones tradicionales, abre camino a una novedosa línea de investigación en la comunidad científica, donde la promoción del bienestar físico, mental y emocional de las mujeres embarazadas adquiera protagonismo de la mano de la positiva interacción entre la salud mental perinatal y el entrenamiento experiencial.

5. Referencias bibliográficas

- Aguado, J., Luciano, J. V., Cebolla, A., Serrano-Blanco, A., Soler, J., & García-Campayo, J. (2015). Bifactor analysis and construct validity of the five facet mindfulness questionnaire (FFMQ) in non-clinical Spanish samples. *Frontiers in psychology*, 6, 404. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00404>
- Alp, N., Beydağ, K., & Doğan, A. (2024). Effect of the Practice of Guided Imagery on the Perceived Stress Level in High-Risk Pregnancies. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 14, 194-199. <https://doi.org/10.33808/clinexphealthsci.1261380>
- Alrehaili, E., & Al Osman, H. (2019). A virtual reality role-playing serious game for experiential learning. *Interactive Learning Environments*, 30(5), 922-935. <https://doi.org/10.1080/10494820.2019.1703008>
- Anamagh, M., Kouhpayeh, M., Khezri, S., Goli, R., Faraji, N., Anzali, B., Maroofi, H., Eskandari, N., & Ghahremanzad, F. (2024). The effect of Guided imagery on perioperative anxiety in hospitalized adult patients: A systematic review of randomized controlled trials. *Surgery in Practice and Science*, 18. <https://doi.org/10.1016/j.sipas.2024.100255>
- Andriani, Y., Amalia, E., & Primal, D. (2021). Guided Imagery Technique Implementation Reducing Primigravida Pregnancy Anxiety Before Childbirth Delivery. *Journal of Nursing and Health*, 1(2), 75-82. <https://doi.org/10.31539/josing.v1i2.2324>

- Asad, M., Naz, A., Churi, P., & Tahanzadeh, M. (2021). Virtual reality as a pedagogical tool to enhance experiential learning: a systematic literature review. *Education Research International*, 2021(1), 7061623. <https://doi.org/10.1155/2021/7061623>
- Azimian, J., Aipour, M., & Ranjkesh, F. (2017). The effects of progressive muscle relaxation and guided imagery on gestational hypertension. *Complementary Medicine Journal*, 7(2), 1906-1917.
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., ... & Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329-342. <https://doi.org/10.1177/1073191107313003>
- Barreto Ascona, J., & Lezcano Mencia, A. (2023). Análisis y fundamentación de los diseños de investigación: explorando los enfoques cuantitativos, cualitativos y mixtos basados en Creswell & Creswell (2018). *Revista UNIDA Científica*, 7(2), 110–117.
Recuperado a partir de <https://revistacientifica.unida.edu.py/publicaciones/index.php/cientifica/article/view/179>
- Bernhard, T. (2014). *Viaje hacia el despertar*. Ediciones Urano.

Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.

<https://doi.org/10.1093/clipsy/bph077>

de Bruin, E., Topper, M., Muskens, J., Bögels, S., & Kamphuis, J. (2012). Psychometric properties of the Five-Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in a meditating and a non-meditating sample. *Assessment*, 19(2), 187-197.

<https://doi.org/10.1177/1073191112446654>

Cardaciotto, L. (2005). *Assessing mindfulness: The development of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance*. Drexel University.

Cebolla, A., Garcia-Palacios, A., Soler, J., Guillén, V., Baños, R., & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118-126.

<https://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632012000200005>

Chaves, C., Mezei, I., Marchena, C., & Duque, A. (2023). Perinatal Mental Health during the COVID-19 Pandemic: a Longitudinal Study. *Clínica y Salud*, 34(2), 71-78.

<https://doi.org/10.5093/clysa2023a18>

Conecta Perinatal. (2023). *Mejorar el Cuidado de la Salud Mental Perinatal: Fundamentos, Propuestas y Peticiones*. Alianza Hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia.

- Cowles, S., Norton, T. J., Hannaford, K. E., & Foley, M. (2019). Virtual reality for pain control during labor: patient preferences [14S]. *Obstetrics & Gynecology*, 133, 206S. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000559466.63150.51>.
- Creswell, J., & Clark, V. (2007). Mixed methods research. *Thousand Oaks, CA*.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Duncan, L., & Bardacke, N. (2010). Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education: Promoting Family Mindfulness During the Perinatal Period. *Journal of child and family studies*, 19, 190-202. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9313-7>
- Duncan, L., Cohn, M., Chao, M., Cook, J., Riccobono, J., & Bardacke, N. (2017). Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. *BMC pregnancy and childbirth*, 17, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1319-3>
- Ellis, A. (2008) Disputing of Irrational Beliefs. En O'Donohue, W. & Fisher, J. (Eds.). *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice* . John Wiley & Sons, Inc.
- Estrella-Juarez, F., Requena-Mullor, M., Garcia-Gonzalez, J., Lopez-Villen, A., & Alarcon-Rodriguez, R. (2023). Effect of virtual reality and music therapy on the physiologic parameters of pregnant women and fetuses and on anxiety levels: A

randomized controlled trial. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 68(1), 35-43.

<https://doi.org/10.1111/jmwh.13413>

Eysenck, M., Derakshan, N., Santos, R., & Calvo, M. (2007). Anxiety and cognitive performance: attentional control theory. *Emotion*, 7(2).

Fromm, J., Radianti, J., Wehking, C., Stieglitz, S., Majchrzak, T., & vom Brocke, J. (2021).

More than experience?-On the unique opportunities of virtual reality to afford a holistic experiential learning cycle. *The Internet and higher education*, 50, 100804.

<https://doi.org/10.1016/j.iheduc.2021.100804>

Furtado, A., Gonçalves, P., & Carneiro, M. (2019). Técnica de Imaginación Guiada en el manejo de la ansiedad materna durante el embarazo: revisión integradora. *Enfermería Global*, (53), 608-620. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.313361>

García, M. (2021). Efectos del *mindfulness* sobre la salud y el embarazo. *NPunto*, 4(37), 59-83.

Germer, C., Siegel, R., & Fulton, P. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. Guilford Press.

Gómez-Sánchez, L., García-Banda, G., Servera, M., Verd, S., Filgueira, A., & Cardo, E. (2020). Benefits of mindfulness in pregnant women. *Medicina*, 80(2), 47-52.

- Grissette, B., Spratling, R., & Aycock, D. (2018). Barriers to help-seeking behavior among women with postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 47(6), 812-819. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2018.09.006>
- Guardino, C., Dunkel Schetter, C., Bower, J., Lu, M., & Smalley, S. (2014). Randomised controlled pilot trial of mindfulness training for stress reduction during pregnancy. *Psychology & Health*, 29(3), 334–349.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2013.852670>
- Hajesmaeel-Gohari, S., Sarpourian, F., & Shafiei, E. (2021). Virtual reality applications to assist pregnant women: a scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(249).
<https://doi.org/10.1186/s12884-021-03725-5>
- Hanh, T. (1976). *El milagro del Mindfulness*. Paidós: Barcelona.
- Hauck, Y., Fisher, C., Byrne, J., & Sara, B. (2016). Mindfulness-Based Childbirth Education: Incorporating Adult and Experiential Learning With Mindfulness-Based Stress Reduction in Childbirth Education. *The Journal of Perinatal Education*, 24(3), 162-173. [10.1891/1058-1243.25.3.162](https://doi.org/10.1891/1058-1243.25.3.162)
- Hayes, S., Strosahl, K., & Houts, A. (2005). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer
- Hoekzema, E., Tamnes, C., Berns, P., Barba-Müller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., Martínez-García, M., Desco, M., Ballesteros, A., Crone, E., Vilarroya, O., &

- Carmona, S. (2020). Becoming a mother entails anatomical changes in the ventral striatum of the human brain that facilitate its responsiveness to offspring cues. *Psychoneuroendocrinology*, 112. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.104507>
- Jallo, N., Cozens, R., Smith, M., & Simpson, R. (2013). Effects of a guided imagery intervention on stress in hospitalized pregnant women: A pilot study. *Holistic nursing practice*, 27(3), 129-139. <https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e31828b6270>
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion.
- Kantrowitz-Gordon, I., Abbott, S., & Hoehn, R. (2018). Experiences of postpartum women after mindfulness childbirth classes: a qualitative study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 63(4), 462-469. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12734>
- Kolb, D. A. (2014). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. FT press.
- Kuljanac, A., Brekalo, M., & Nakic, S. (2023). Perfectionism, Intolerance of Uncertainty, and Fear of Childbirth in Pregnant and Non-pregnant Women. *Clínica y Salud*, 34(2), 65-70. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a17>
- Kwekkeboom, K., Huseby-Moore, K., & Ward, S. (1998). Imaging Ability and Effective Use of Guided Imagery. *Research in Nursing & Health*, 21, 189-198. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199806\)21:3<189::AID-](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199806)21:3<189::AID-)

- Lönnberg, G., Nissen, E., & Niemi, M. (2018). What is learned from mindfulness based childbirth and parenting education?—participants' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2098-1>
- Mennitto, S., Ditto, B., & Da Costa, D. (2021). The relationship of trait mindfulness to physical and psychological health during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 42(4), 313-319.
<https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1761320>
- Míguez, M., & Vázquez, M. (2021). Prevalence of depression during pregnancy in Spanish women: Trajectory and risk factors in each trimester. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13).
<https://doi.org/10.3390/ijerph18136789>
- Nagel, D., Penner, J., Halas, G., Philip, M., & Cooke, C. (2024). Exploring experiential learning within interprofessional practice education initiatives for pre-licensure healthcare students: a scoping review. *BMC Medical Education*, 24(1), 139.
<https://doi.org/10.1186/s12909-024-05114-w>
- National Childbirth Trust. (2017). *The hidden half: Bringing postnatal mental illness out of hiding*. The National Childbirth Trust.
https://www.basw.co.uk/system/files/resources/NCT%20The%20Hidden%20Half_0.pdf

- Noben, L., Goossens, S., Truijens, S., Van Berckel, M., Perquin, C., Slooter, G., & Van Rooijen, S. (2019). A virtual reality video to improve information provision and reduce anxiety before cesarean delivery: randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 6(12), e15872. <https://doi.org/10.2196/15872>.
- Oñate, L., & Calvete, E. (2018). Adaptation of the Five-Facet Mindfulness Questionnaire-Short Form (FFMQ-SF) to Spanish Family Caregivers of People with Intellectual and Developmental Disabilities. *Anales de Psicología*, 34(2), 305-313. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.34.2.294551>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Organización Panamericana de la Salud.
- Organización de las Naciones Unidas (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Asamblea General.
- Paricio, R. (2022). Técnicas de *mindfulness* y regulación emocional en el ámbito familiar como estrategia de prevención en el ámbito de la salud mental. *NPunto*, 5(46), 66-86.
- Penalva, C., Alaminos, A., Francés, F., & Santacreu, O. (2015). *La investigación cualitativa: técnicas de investigación y análisis con Atlas. ti*. Pydlos ediciones.
- Quintana, B. (2016). *Evaluación del "Mindfulness": aplicación del cuestionario "Mindfulness" de cinco facetas (FFMQ) en población española*. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.14352/27098>

Rodríguez-Muñoz, M., Motrico, E., Miguez, M.C., Chaves, C., Suso-Ribera, C., Duque, A.,
García, M., Caparrós-González, R., Martín-Agudiez, N., Kovacheva, K.,
García-López, H., Vazquez-Batan, P., Peñacoba, C., & Osma, J. (2023). Perinatal
Depression in the Spanish Context: Consensus Report from the General Council of
Psychology of Spain. *Clínica y Salud*, 32(2), 51-63.

<https://doi.org/10.5093/clysa2023a15>

Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ta
Edición. Mc Graw Hill.

Sampieri, R. & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa,
cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill.

Sánchez, A., & Castro, F. (2016). "Mindfulness": Revisión sobre su estado de arte.
International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2(1), 41-50.

<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.293>

Santana, B. (2016). *Evaluación del Mindfulness: aplicación del cuestionario Mindfulness de
cinco facetas (FFMQ) en población española*.

Sauer, S., Walach, H., Schmidt, S., Hinterberger, T., Lynch, S., Büssing, A., & Kohls, N.
(2013). Assessment of mindfulness: Review on state of the art. *Mindfulness*, 4, 3-17.

<https://doi.org/10.1007/s12671-012-0122-5>

- Setiawan, A., Agiwahyunto, F., & Arsiwi, P. (2019). A virtual reality teaching simulation for exercise during pregnancy. *International Journal of Emerging Technologies in Learning*, 14(1), 34. <https://doi.org/10.3991/ijet.v14i01.8944>.
- Shakiba, M., Parsi, H., Shikhi, Z., & Navidian, A. (2019). The effect of Psycho-Education intervention based on relaxation methods and guided imagery on nausea and vomiting of pregnant women. *Journal of family & reproductive health*, 13(1).
- Siegel, D., Germer, C., & Olendzki, A. (2009). Mindfulness: What is it? Where did it come from? En *Didonna F. Clinical Handbook of Mindfulness*. (pp. 17-37). Springer.
- Simón, V. (2010). *Mindfulness* y psicología: presente y futuro. *Información Psicológica*, 100, 162-170.
- Smith, C., Tuson, A., Thornton, C., & Dahlen, H. (2020). The safety and effectiveness of mind body interventions for women with pregnancy induced hypertension and or preeclampsia: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*, 52. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102469>
- Soratto, J., Pires, D., & Friese, S. (2020). Análisis temático de contenido mediante el software ATLAS.ti: potencialidades para las investigaciones en salud. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0250>
- Srisopa, P., Cong, X., Russell, B., & Lucas, R. (2021). The role of emotion regulation in pain management among women from labor to three months postpartum: an integrative

review. *Pain Management Nursing*, 22(6), 783-790.

<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.05.011>

Toussaint, L., Nguyen, Q., Roettger, C., Dixon, K., Offenbacher, M., Kohls, N., Hirsch, J., & Sirois, F. (2021). Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation, Deep Breathing, and Guided Imagery in Promoting Psychological and Physiological States of Relaxation. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, (1).

<https://doi.org/10.1155/2021/5924040>

Vásquez-Dextre, E. (2016). *Mindfulness*: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuropsiquiatría*, 79(1), 42-51.

Veringa, I., de Bruin, E., Bardacke, N., Duncan, L., van Steensel, F., Dirksen, C., & Bögels, S. (2016). 'I've Changed My Mind', Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) for pregnant women with a high level of fear of childbirth and their partners: study protocol of the quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16(377).

<https://doi.org/10.1186/s12888-016-1070-8>

Williams, M., Teasdale, J., Segal, A., & Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression*. Guilford Press.

Zemla, K., Sedek, G., Wróbel, K., Postepski, F., & Wojcik, G. (2023). Investigating the Impact of Guided Imagery on Stress, Brain Functions and Attention: A Randomized Trial. *Sensors*, 23(6210). <https://doi.org/10.3390/s23136210>

6. Anexos

6.1 Anexo 1

Formulario sociodemográfico

Cuestionario de Información del Participante

Metodología Utilizada:

ID Participante:

☐ **Realidad Virtual**

☐ **Visualización Guiada**

A continuación te presentamos una serie de preguntas sociodemográficas acerca de tu situación personal, profesional y tu estado de embarazo.

1. ¿Con qué género te identificas?

☐ Mujer

☐ Hombre

☐ No binario

2. ¿Qué edad tienes?

☐ Entre 18 y 25 años

☐ Entre 25 y 30 años

☐ Entre 30 y 35 años

☐ Entre 35 y 40 años

☐ Entre 40 y 45 años

☐ Más de 45 años

3. ¿Cuál es tu nacionalidad? _____

4. ¿Cuál es tu nivel de estudios?

☐ Básico (hasta Educación Secundaria Obligatoria)

☐ Intermedio (Bachillerato y/o estudios no universitarios)

☐ Superior (estudios universitarios de Grado y Posgrado)

☐ Otros

5. ¿Cuál es tu situación laboral actual?

- ☐ Estudiante
- ☐ Trabajadora en activo
- ☐ Desempleada en búsqueda activa
- ☐ Desempleada sin perspectivas de búsqueda
- ☐ Otras

6. ¿Cuál es tu situación de maternidad?

- ☐ Individual
- ☐ En pareja (separada o en convivencia)

7. ¿En qué semana de embarazo te encuentras? _____

8. Número de embarazos y/o partos anteriores:

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4 o más

9. En una escala del 1 al 5 (siendo 1: Nada de ansiedad y 5: Ansiedad extrema), ¿cuánta ansiedad sientes respecto al momento del parto?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

6.2 Anexo 2

Adaptación española del FFMQ

Five Facets of Mindfulness Questionnaire

Elija en cada ítem la alternativa que mejor refleje el grado en que está de acuerdo con cada uno de los enunciados que se indican a continuación.

1	2	3	4	5
Nunca o muy raramente verdad	Raramente verdad	Algunas veces verdad	A menudo verdad	Muy a menudo o siempre verdad

1. Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo al moverse. 1 2 3 4 5
2. Se me da bien encontrar las palabras para describir mis sentimientos. 1 2 3 4 5
3. Me critico a mi mismo/a por tener emociones irracionales o inapropiadas. 1 2 3 4 5
4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar a ellos. 1 2 3 4 5
5. Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente. 1 2 3 4 5
6. Cuando me ducho o me baño, estoy atento a las sensaciones del agua en mi cuerpo. 1 2 3 4 5
7. Con facilidad puedo poner en palabras mis creencias, sentimientos y expectativas. 1 2 3 4 5
8. No presto atención a lo que hago porque sueño despierto, porque me preocupo o porque me distraigo. 1 2 3 4 5
9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos. 1 2 3 4 5
10. Me digo a mi mismo/a que no debería sentir lo que siento. 1 2 3 4 5

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 11. Noto cómo los alimentos y las bebidas afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Me es difícil encontrar palabras para describir lo que siento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Me distraigo fácilmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos y que no debería pensar así. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Presto atención a las sensaciones que produce el viento en el pelo o el sol en la cara. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Tengo problemas para pensar en las palabras que expresan correctamente cómo me siento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Me es difícil permanecer centrado/a en lo que está sucediendo en el presente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, soy capaz de dar un paso atrás, y me doy cuenta del pensamiento o la imagen sin que me atrape. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Presto atención a sonidos como el tic-tac del reloj, el gorjeo de los pájaros o los coches que pasan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. En situaciones difíciles, puedo parar sin reaccionar inmediatamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Cuando tengo sensaciones en el cuerpo es difícil para mí describirlas, porque no puedo encontrar las palabras adecuadas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Conduzco en ‘piloto automático’, sin prestar atención a lo que hago. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me calmo en poco tiempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Me digo a mi mismo/a que no debería pensar como pienso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 26. Percibo el olor y el aroma de las cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Incluso cuando estoy muy enfadado, encuentro una forma de expresarlo con palabras. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Hago actividades precipitadamente sin estar de verdad atento/a a ellas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras soy capaz de notarlas sin reaccionar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentirlas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Percibo elementos visuales en la naturaleza o en el arte, como colores, formas, texturas o patrones de luces y sombras. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, las noto y las dejo marchar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Hago tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me juzgo como bueno o malo, dependiendo del contenido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y a mi conducta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Normalmente puedo describir como me siento con considerable detalle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Me sorprendo haciendo cosas sin prestar atención. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. Me critico cuando tengo ideas irracionales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Corrección

Observar: 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36

Describir: 2, 7, 12R, 16R, 22R, 27, 32, 37

Actuar con conciencia: 5R, 8R, 13R, 18R, 23R, 28R, 34R, 38R

No enjuiciamiento de la experiencia: 3R, 10R, 14R, 17R, 25R, 30R, 35R, 39R

No reactividad: 4, 9, 19, 21, 24, 29, 33

Cuestionario original: Baer, et al., 2006. **Validación española:** Cebolla et al., 2012.

6.3 Anexo 3

Guión focus group

1. ¿Cómo os sentís después de haber realizado las prácticas?
2. ¿Ha sido cómo os imaginábais? ¿Qué ha sido lo más impactante?
3. ¿Qué sensaciones habéis tenido durante la exposición a RV o VG? ¿Qué habéis sentido a nivel corporal? ¿Y a nivel emocional?
4. ¿Creéis que las prácticas os han ayudado a estar más enfocadas en el momento presente, en lo que estaba sucediendo, las sensaciones corporales, emociones y pensamientos que estábais experimentando? ¿Habéis identificado alguna sensación respecto a vuestro embarazo que no habías sentido anteriormente?
5. ¿Os ha resultado difícil no reaccionar de manera impulsiva ante lo que estaba sucediendo, es decir, dejaros llevar por las emociones que estábais sintiendo?
6. ¿Os sentís más preparadas para afrontar el parto después de esta experiencia? ¿Creéis que son útiles las diferentes prácticas y entrenamientos de preparación al parto? ¿Qué consideráis que queda por mejorar en lo relativo a la atención y educación durante el embarazo y parto?

6.4 Anexo 4

Tabla 9

Verbatims asociados a los códigos de la temática 'Facetas de mindfulness'

FACETAS DE MINDFULNESS	
<i>Observar</i>	<p>“Para mí ha sido el realmente me he visto por primera vez en esa situación” (P2).</p> <p>“Sí que he visto, y hay gente que me ha contado, que todo va genial y aquí he podido ver que, jo, que sí que puede ir genial” (P3).</p> <p>“Cuando me ha dicho mira para abajo y de repente veo un bebé saliendo y he dicho "ostras". Y coincido con lo que han dicho de que vas teniendo la calma y poco a poco, y ahí me he emocionado yo también un poco. He cogido el muñeco y no lo podía soltar ¿sabes? Como si fuera real” (P2).</p> <p>“Yo totalmente. Iba viendo lo que me estaba diciendo y también iba viendo lo que había a mi alrededor porque claro yo no he estado nunca en un paritorio. Entonces claro a veces él (matrón) iba diciendo cosas y yo miraba para los lados para ver qué había. Entonces a la vez de estar imaginándome qué pasaba, yo iba viendo también todo lo que estaba en la habitación” (P2).</p>

	<p>“A mí que lo he vivido en ese momento yo creo que estaba, porque era mi primera vez y nunca había hecho una preparación al parto, se me pasaron por alto muchas cosas que yo ahora las he observado. Pues eso, todos estos datos de "te baja la tensión, no te preocupes..." Y eso que ha sido nada de tiempo, que también me ha sorprendido eso. Que en nada de tiempo he visto cosas que se me escaparon durante el primer parto” (P3).</p> <p>“He visualizado como todo un proceso, no un momento puntual sino que he visto todo” (P5).</p> <p>“A mí eso sí que por ejemplo me ha emocionado también, ese momento sí que lo he visualizado también, el poder verle al fin” (P10).</p> <p>“Yo he estado presente todo el rato, es más me costaba apartar la atención de lo que estaba viendo y viviendo” (P6).</p>
<i>Describir</i>	<p>“Ósea yo a veces te imaginas el proceso pero te imaginas solo el momento de parir. Entonces al final ha sido como todo el proceso, desde que estoy en casa... Pensándolo que vaya así, todo muy calmado, y ahora esperas y ahora estás tranquila y ahora... entonces eso, que no es como las películas que rompo aguas y se me cae el niño o... estoy sufriendo siete horas hasta que llega. Es como un proceso calmado, como esperamos que sea” (P5).</p> <p>“A mí me ha gustado el sentir pues el... Cada vez que te lo iba diciendo "pues ahora vas a sentir presión tal" Realmente lo notaba, entonces te hace como meterte un poco más en la situación, en una situación real” (P2).</p>

	<p>“Es verdad que a la hora de... Nosotras e imagino que las demás, como te va guiando y te va diciendo lo que sientes en cada momento y tal para mí vamos ha sido, me ha impresionado el sentirlo tanto. Porque es realidad virtual, no es real, pero es verdad que jo, hasta las contracciones me han dolido y todo” (P3).</p> <p>“A mí me ha encantado porque he ido reviviendo paso a paso el nacimiento de mi primera hija” (P4).</p> <p>“Yo sigo muy tranquila, para mí ha sido una experiencia que la verdad ha sido muy bonita. Sobre todo además me parece que tranquiliza, ver un poco cómo va a ser el espacio o más o menos cómo va a ser el espacio, cuáles van a ser los siguientes pasos, creo que tranquiliza y que vas a algo conocido y es más cómodo, vas más cómoda” (P7).</p>
<i>Actuar con conciencia</i>	<p>“Sí me hace ser un poquito más consciente de mi cuerpo, cuando ha empezado sobre todo lo de sentir mi bebé, encima se ha movido, no sé y como es muy buscado pues... (se emociona). Ahora me da pena que esté llegando la recta final” (P5).</p> <p>“Uno con la epidural porque bueno es un momento que me generaba un poco de tensión y el ir viendo los pasos y sintiendo las cosas me ha hecho relajarme y ha habido un momento que me ha dicho "relaja los hombros" y no era consciente ¿no? de cómo estaba yo posturalmente y he dicho "ostras, es verdad, me relajo"” (P2).</p> <p>“Sí que me ha ayudado un poco para ser consciente de esa realidad que viene e incluso entiendo que va a ser diferente pero por un lado de vivirlo tranquilo porque evidentemente ojalá sea así pero bueno por lo menos también</p>

visualizas que no es un drama, que hay otras formas de dar a luz que pueden ser evidentemente muy diferente pero también está esta buena” (Pareja P1).

“Nosotros que somos primerizos me ha hecho transportarme a un lugar al que todavía no había llegado” (Pareja P6).

“Yo escuchaba y decía "jo es que les estoy viendo tan entregados que es que es imposible no estar aquí en este momento", ¿sabes?” (P3).

“A mí me ha pasado igual que a ella, que de la emoción y tal sí que iba y venía pero sentía en todo momento mi cuerpo” (P6).

“Yo venía con nada de miedo, osea a mi me preguntaban: "¿tienes miedo al parto?". Y es que ni me lo he planteado, osea he tenido un embarazo tan bueno que es que voy como al día, osea voy bien y ahora he sido como un poco más consciente y es que me he hasta emocionado” (P6).

“Creo que me va a venir muy bien para ser más consciente de todo lo que, las posibilidades y ser más consciente” (P3).

“Yo he estado presente todo el rato, es más me costaba apartar la atención de lo que estaba viendo y viviendo” (P8).

<p><i>No enjuiciar</i></p>	<p>“Yo como era mi segunda experiencia pues me he relajado un poco más porque venía un poco con un poco de traumilla y... Bueno me ha venido muy bien la verdad, creo yo. Luego tengo que interiorizar todo pero creo que bastante más tranquila” (P2).</p> <p>“Pues creo que más conocimiento a lo mejor que la primera vez te callabas todo o estás un poco más nerviosa y demás, y ahora lo poco que ellos me han y lo que he visto es que hay otra realidad, no solo es la mala sino puede ocurrir de todo y puede ocurrir una parte muy buena. Y espero que sea... Cruzo dedos y será” (P2).</p> <p>“A mí sí que me ha como... hecho pensar cómo será esto realmente después. Ahora estoy sintiendo algo, esto es simulado, pero sí que me he puesto en la tesitura de decir: "vale, esto cómo va a ser. Ahora ya sé cómo va a ser un poco pero no sé hasta dónde va a llegar". Y me he hecho esa pregunta por ejemplo” (P4).</p> <p>“Al final no sabes qué vas a sentir en ese momento pero sí que estás mucho más cómoda y mucho más abierta” (P7).</p>
<p><i>No reactividad</i></p>	<p>“Y también la calma, la calma que no se quien lo ha dicho, la tranquilidad, la calma el que puede todo suceder como paso a paso y tranquilo” (P3).</p> <p>“Yo creo que en mi caso los ha reducido, tampoco venía con mucho nervio, tal vez porque lo veía lejos o porque lo veo que es un trámite que tienes que pasar por él, no hay vuelta atrás. Osea al final tengo que pasar pues ahí que vamos. Pero sí que es cierto que relaja, que te puede ayudar para focalizar un poco, y te relaja un poco más” (P7).</p>

6.5 Anexo 5

Tabla 10

Verbatims asociados a los códigos de la temática 'Aprendizaje experiencial'

APRENDIZAJE EXPERIENCIAL	
<i>Información</i>	<p>“Quizá hubiese preguntado si me dicen que toca ahora la epidural, pero si me dicen "no, no tiene que ser ahora", pues ahora. La historia es eso, informarte y que te den un valor o un peso” (P6).</p> <p>“Totalmente, la información es poder” (P4).</p> <p>“Quizá falta entonces más información y más experiencia” (P10).</p> <p>“Yo es que creo que cuanta más información tienes te sientes tú que controlas más todo, la situación, te sientes más segura” (P3).</p> <p>“A mí durante mi primer parto me pasó un poco eso. Yo tenía una información, llegue allí y por el dolor, porque al final vas muerta de dolor te preguntan: "¿quieres epidural?" "Sí quiero", y por falta de conocimiento o por falta de recursos o empoderamiento o por seguridad pues no pude plantearme el tal vez usar una alternativa” (P4).</p> <p>“Para mí tener información es confianza, es seguridad” (P2).</p>

	<p>“Dentro de información metemos vivencia también” (P4).</p>
<p><i>Adquisición de nuevo conocimiento</i></p>	<p>“De hecho he descubierto cosas que no me habían dicho nunca como que cuando te ponen la epidural te puede bajar la tensión y te ponen el tensiómetro. Pues no tenía ni idea” (P2).</p> <p>“A mí que lo he vivido en ese momento yo creo que estaba, porque era mi primera vez y nunca había hecho una preparación al parto, se me pasaron por alto muchas cosas que yo ahora las he observado. Pues eso, todos estos datos de "te baja la tensión, no te preocupes..." Y eso que ha sido nada de tiempo, que también me ha sorprendido eso. Que en nada de tiempo he visto cosas que se me escaparon durante el primer parto” (P3).</p> <p>“Yo totalmente. Iba viendo lo que me estaba diciendo y también iba viendo lo que había a mi alrededor porque claro yo no he estado nunca en un paritorio. Entonces claro a veces él (matrón) iba diciendo cosas y yo miraba para los lados para ver qué había. Entonces a la vez de estar imaginándome qué pasaba yo iba viendo también todo lo que estaba en la habitación” (P2).</p>
<p><i>Preparación al parto tradicional</i></p>	<p>“Yo tuve a la primera niña en pandemia y la preparación al parto fue online y no es lo mismo que te lo cuenten así por encima que llegar al parto y te digan "No, no tienes que empujar así tienes que empujar así", y aquí realmente en el momento en directo pues te van guiando y te dicen "tienes que soplar tienes que..." Entonces llevas esa práctica ya previa que a mí me genera tranquilidad” (P1).</p> <p>“Yo en mi caso particular, hemos ido a los cursos de preparación y en comparación con esta vivencia creo que es muy diferente. Te van dando las clases en días separados y por temáticas y a lo mejor no tienes la conciencia, como</p>

ha dicho ella, de todo el proceso completo y el verte en una situación de proceso completo y de que te preguntan, de que puedes tomar ciertas decisiones o de que es un paso a paso y que no todo es corriendo. Entonces yo creo que ver todo ese flujo completo de una, a mí en particular sí que me da una visión diferente a lo que es la preparación tradicional (Pareja P2).

“No solo el conocer la parte más teórica si no esta parte práctica que te ayuda emocionalmente para mí es lo que falta en el ecosistema. Porque es que a mí nadie me había preguntado si yo tenía miedo o cómo me sentía, o no o tal” (P2).

“Me parece buena opción que esto se incorpore durante la atención al embarazo” (P7).

6.6 Anexo 6

Tabla 11

Verbatims asociados a los códigos de la temática ‘Beneficios de las prácticas’

BENEFICIOS DE LAS PRÁCTICAS	
<i>Relajación</i>	<p>“Yo he entrado nerviosa y... y he salido contenta, feliz y como más relajada. Pero he entrado nerviosa” (P2).</p> <p>“Emocionalmente iba viviendo el proceso, de nerviosa a cada vez más tranquila y terminar feliz” (P4).</p> <p>“Es verdad que es más emocional, que me ha aportado calma, tranquilidad” (P1).</p> <p>“Entonces sí que he conseguido relajar las piernas y también por ejemplo sí que me he emocionado cuando he visualizado que el niño ya nacía y podía tocarle” (P9).</p> <p>“Yo creo que en mi caso los ha reducido, tampoco venía con mucho nervio, tal vez porque lo veía lejos o porque lo veo que es un trámite que tienes que pasar por él, no hay vuelta atrás. Osea al final tengo que pasar pues ahí que vamos. Pero sí que es cierto que relaja, que te puede ayudar para focalizar un poco, y te relaja un poco más” (P7).</p>
<i>Felicidad</i>	<p>“Yo he entrado tranquila porque la verdad que no sé por qué no me preocupaba mucho y he salido un poco pues emocionada” (P6).</p>

	<p>“He terminado la experiencia súper emocionada porque estaba viviendo como me sacaba mi hija” (P4).</p> <p>“Emoción de decir: "sí, hay otras fases, otras realidades"” (P3).</p> <p>“Es cierto que es algo muy intenso. Es algo muy peculiar. Osea, te toca la fibra” (P8).</p> <p>“Parece como muy emocionante porque aunque no vas a sentir lo mismo en ese momento pero sí que te puedes hacer una idea de cómo se va a producir. Y es muy emocionante” (P7).</p>
<i>Diversidad de experiencias</i>	<p>“Como que hay más posibilidades y lo que me pasó pues que no, osea nada es igual y me tengo que expresar y estar tranquila y demás. Entonces muy bien, positivo sobretodo” (P2).</p> <p>“Es verdad que yo venía con un poco de trauma. Entonces, para mí, me ha ayudado a ver otra realidad muy buena... Emoción de decir: "sí, hay otras fases, otras realidades" (P3).</p> <p>“Pues un poco ponerte en contexto de todo lo que va a pasar, no llegar allí y nada si estás dilatada pues te ponen la epidural y genial para todos. No es así tampoco, entonces pues un poco que te expliquen tanto lo positivo como lo negativo que puede pasar para que tú tengas la decisión” (P4).</p> <p>“Tu entorno te puede decir: "pues mi parto fue así o asá" pero tú aquí has visto que tienes un montón de opciones diferentes” (P4).</p>

“Eso me ha emocionado, el decir: "hay otra realidad"” (P3).

“Lo que tenía tantísimo miedo era de pasar por el parto. El embarazo sabía que iban a ser nueve meses pero claro luego está que en el parto puedes tener una hemorragia y puedes morir, te pueden acabar vaciando, puede nacer el bebé con tantísimas cosas malas que el hecho de que te digan estamos preparados para esas situaciones, sabemos cómo afrontarlas y te vamos a enseñar para que tú las afrontes es verlo con otra, es otra visión totalmente diferente” (P8).

6.7 Anexo 7

Tabla 12

Verbatims asociados a los códigos de la temática 'Acompañamiento y orientación'

ACOMPañAMIENTO Y ORIENTACIÓN	
<i>Personal clínico</i>	<p>“En la recta final necesitas ese apoyo, porque tu pareja está ahí en todo momento, sabes que está ahí físicamente, pero la persona que te está acompañando, en este caso, el sanitario hace muchísimo” (P4).</p> <p>“Yo creo una cosa que es importante y es que desde un punto de vista de observador es verdad que la herramienta es magnífica y es justo lo que dice pero hay una pata básica que es el personal sanitario porque todo al final pivota alrededor suyo y la herramienta es cojonuda y es genial pero si no tenemos a nadie que nos asesore que nos atienda de manera fehaciente y con datos y que nos diga: "oye pues tenemos la opción de poner epidural pero te va a poder pasar esto, esto, esto y esto". La máquina es muy buena pero si no tenemos un apoyo de alguien que sepa estamos en el menos 10. Entonces ellos, al final, que es el personal humano es el que nos asesora y el que nos ayuda en todo eso. Tanto a nosotros como observadores como yo creo que a ellas a nivel médico y a nivel personal” (Pareja P1).</p> <p>“Y también un poco, aunque ha sido corto, sí que he visto cuál es el comportamiento o cuáles son las palabras que te pueden decir el personal que te acompaña” (Pareja P2).</p> <p>“Y yo creo que afecta mucho el no conocer a las personas que te van a atender” (P10).</p>

<p><i>Acompañamiento emocional</i></p>	<p>“Yo en mi caso sí, y el momento clave ha sido cuando, en este caso, el matróon decía: "venga que tú puedes, sigue", osea ese momento es como cuando tú a un niño le dices: "venga que puedes hacerlo, que vas a aprobar", esa motivación que te está dando es lo que se necesita en el momento final porque al final son muchas horas y ya estas desgastada, cansada y lo que quieres es eso, buscar el final” (P4).</p> <p>“Al final cuando vas a la preparación hay muchas mujeres, con muchas dudas, muchas situaciones diferentes y la parte emocional se pierde un poco. Es como que te cuentan y ala e incluso ya no solo la experiencia Gestaverso, sino estos ratitos de juntarnos todos, hablar contar lo que quieras libremente, pues yo creo que a nivel emocional pues también ayuda el poder expresar” (P1).</p> <p>“Desde nuestra figura de acompañantes creo que sí es importante la presencia pero la presencia de alguna manera a demanda o al menos en mi caso no sé qué esperarme no sé cómo va a ser ese momento tampoco sé cómo va a reaccionar ella ni cómo se van a devenir los acontecimientos, pero si creo que es importante estar disponible a lo que pueda ir sucediendo ¿no?” (P6).</p>
<p><i>Seguridad</i></p>	<p>“Me siento mucho más segura” (P2).</p> <p>“Yo es que creo que cuanta más información tienes te sientes tú que controlas más todo, la situación, te sientes más segura” (P3).</p>

	<p>“Que tú tengas las ideas claras y que tengas la información de lo que quieres, o de lo que puede pasar y de lo que quieres hacer” (P4).</p> <p>“Sí, sin ninguna duda, te dota de control, te sientes con más capacidad y seguridad” (P7).</p> <p>“Sí, el exponerte a ver qué te espera, por lo menos los pasos, marca la diferencia” (P9).</p>
<i>Cercanía</i>	<p>“Nosotros justo hemos coincidido, que no somos primerizos, que la cercanía de la matrona es bastante importante y lo hemos sentido hoy aquí” (Pareja P3).</p> <p>“Entonces yo esa cercanía que me estaba faltando en la Seguridad Social o en otros seguimientos, aquí sí que la he sentido a través de herramientas más digitales” (P2).</p>
<i>Tranquilidad</i>	<p>“Es verdad que es más emocional, que me ha aportado calma, tranquilidad” (P1).</p> <p>“Y también la calma, la calma que no se quien lo ha dicho, la tranquilidad, la calma el que puede todo suceder como paso a paso y tranquilo” (P3).</p> <p>“Al final que alguien te indique antes el cómo hacerlo de qué manera hacerlo genera mucha tranquilidad para cuando llegue el momento pues hacerlo lo mejor posible” (Pareja P1).</p>

	<p>“Yo sigo muy tranquila, para mí ha sido una experiencia que la verdad ha sido muy bonita. Sobre todo además me parece que tranquiliza, ver un poco cómo va a ser el espacio o más o menos cómo va a ser el espacio, cuáles van a ser los siguientes pasos, creo que tranquiliza y que vas a algo conocido y es más cómodo, vas más cómoda” (P7).</p>
--	---

6.8 Anexo 8

Tabla 13

Verbatims asociados a los códigos de la temática ‘Atención psicológica perinatal’

ATENCIÓN PSICOLÓGICA PERINATAL	
<i>Bienestar psicológico</i>	<p>“A mí me ha servido de entrenamiento y le decía pues igual pasado mañana voy así como más valiente porque he trabajado esa parte emocional que a lo mejor tenía ahí reprimida desde hace tres meses y no la había sacado” (P2).</p> <p>“Nadie te enseña qué supone convertirte en madre” (P9).</p> <p>“Ósea así, era como y él pues feliz porque decía: "joe, lo hemos conseguido". Entonces él estaba arriba y yo abajo y era como yo tiraba de él, él intentaba subirme, yo me frustraba. Entonces eso psicológicamente puede destrozar a la pareja, es difícil” (P6).</p> <p>“Yo por ejemplo eché de menos el posparto. Pensaban que tenía depresión posparto, era tiroides al final pero bueno, pero después de pagarme yo el psiquiatra. Decían: "eso son locuras que te han dado", "ese es el estrés de..." Pero y no y tuve que hacer terapia y todo”</p> <p>“Ósea ante casos de legrado la Seguridad Social te lo da lo que pasa es que yo no lo necesité. Sin embargo él sí que estaba peor y al padre no le dan opción a nada. Osea solo se lo dan a la madre. Y el embarazo es una cosa que se vive de dos, no puedes dejar de lado al padre porque además él también lo quiere” (P10).</p>

<i>Miedo</i>	<p>“A mí nadie me ha preguntado si yo tenía miedo, cómo me sentía, cómo me enfrentaba al parto, ósea a mí nadie me ha preguntado” (P2).</p> <p>“Yo aquí creo que he dejado algún miedo o incertidumbre” (P2).</p> <p>“Es que es un momento en el que surgen inseguridades, miedos, traumas de la infancia... surge de todo y dices: "eh yo esto lo hice, de pequeña era así y no quiero que pase con mi hija". Te surge todo de golpe porque además tienes pues eso, más tiempo, estás de baja, le das mil vueltas y sería muy necesaria esa ayuda” (P1).</p> <p>“Uno de los factores que más afecta al proceso de parto es el miedo. El miedo te tensa, te bloquea, hace que oxigenes peor, haces apnea, y el bebé recibe menos oxígeno, los procesos se complican, el tejido está más tenso” (P6).</p> <p>“Porque no es un juego, puedes pensar que puede pasar algo malo y que al final algo salga mal” (P9).</p> <p>“Yo antes de quedarme embarazada también tenía un miedo horrible al parto... Se ha asociado mucho la vivencia del parto a lo negativo, yo siempre he dicho que es uno de los momentos más bonitos de la vida de la persona y es una pena que la sociedad nos haya generado este miedo, esta incertidumbre” (P10).</p>
<i>Control</i>	<p>“Yo es que creo que cuanta más información tienes te sientes tú que controlas más todo, la situación, te sientes más segura” (P3).</p>

	<p>“A mí durante mi primer parto me pasó un poco eso. Yo tenía una información, llegue allí y por el dolor, porque al final vas muerta de dolor te preguntan: "¿quieres epidural?" "sí quiero", y por falta de conocimiento o por falta de recursos o empoderamiento o por seguridad pues no pude plantearme el tal vez usar una alternativa” (P4).</p> <p>“Pues un poco ponerte en contexto de todo lo que va a pasar, no llegar allí y nada si estás dilatada pues te ponen la epidural y genial para todos. No es así tampoco, entonces pues un poco que te expliquen tanto lo positivo como lo negativo que puede pasar para que tú tengas la decisión” (P4).</p> <p>“Sí, sin ninguna duda, te dota de control, te sientes con más capacidad y seguridad” (P7).</p>
<i>Incertidumbre</i>	<p>“Es que es muy complicado, te sientes muy desamparado, el cómo te tratan, la falta de información y acompañamiento... Bueno...” (P6).</p> <p>“Creo que ahora mismo vivimos en un momento en el que hay una sobreinformación, entonces cuando tú tienes sobreinformación y estás en un momento de incertidumbre, vuelvo a lo mismo, la gran mayoría no mira lo positivo, mira lo negativo” (P7).</p> <p>“Sí igual, es más equipo, es como, te ves como más unida. Al final es una unión distinta, pero es cierto que también tiene sus pros y sus contras. Eres mucho más equipo pero al final también tienes, nosotros al ser primerizos, ninguno de los dos sabe si lo que siente es lo normal, si no es normal... entonces tienes también ese punto de incertidumbre. Al final para lo bueno y para lo malo es ser un equipo” (P7).</p>

	<p>“El tema de las patologías de posparto me preocupaba, es una de las cosas que más me preocupaba: el después. Y la depresión posparto y las hormonas, todo eso sí que es una cosa que creo que no se da la suficiente atención. Se habla pero no se termina de hablar abiertamente y creo que no tienes tantos recursos y creo que al final es un momento muy inestable en el que no, en el que hay veces que no puedes controlar. Creo que es muy complicado, creo que se quita mucha importancia a muchas cosas que sí que la tienen y se hacen de menos” (P8).</p> <p>“Hoy estamos tan mal informados en general, que buscamos todo en el 'Doctor Google', que cualquier cosa que tenemos de referencia sobre lo que nos van a tratar, sobre lo que nos van a hacer, sobre lo que realmente es, ya de por sí relaja bastante” (P8).</p>
<i>Duelo perinatal</i>	<p>“Yo llevaba varias pérdidas, no nos quedábamos, lo habíamos buscado mucho y el primer trimestre yo no lo he disfrutado, yo iba a la eco a ver si eso seguía vivo. Osea mi experiencia era llegar y ver si eso latía. Mi sentimiento era "va a pasar algo como he tenido pérdidas, no me voy a quedar embarazada, me lo voy a encontrar desmembrado"” (P6).</p> <p>“Ósea así, era como y él pues feliz porque decía: "joe, lo hemos conseguido". Entonces él estaba arriba y yo abajo y era como yo tiraba de él, él intentaba subirme, yo me frustraba. Entonces eso psicológicamente puede destrozar a la pareja, es difícil” (P6).</p> <p>“Me decían: "es que está viviendo el duelo a su manera" pero es muy complicado. Entonces también en cada circunstancia es necesario ese acompañamiento para todo” (Pareja P6).</p>

	<p>“Yo fui a la psicóloga precisamente por lo que decía, porque no era capaz de entender lo que le estaba pasando y de ponerme a su nivel de decir: "¿por qué yo lo estoy disfrutando y tú no si ya nos lo han confirmado y ya el embarazo sigue en curso y demás? Entonces era eso, es una manera de vivir un luto de no querer creérselo hasta que pase más tiempo” (Pareja P6).</p> <p>“Nos costó mucho asimilar otra vez el proceso, no te lo crees hasta que no ha pasado primero lo de los síndromes, luego tal... Lo vives como si no estuvieras embarazada” (P10).</p> <p>“Al final ese miedo se te queda en el subconsciente, lo vas a tener ahí para los siguientes embarazos que tengas durante toda tu vida” (P10).</p>
<i>Violencia obstétrica</i>	<p>“Es que es muy complicado, te sientes muy desamparado, el cómo te tratan, la falta de información y acompañamiento” (P6).</p> <p>“Los dos salimos llorando de una consulta porque después de dos pérdidas cuando volvimos y dijimos que lo queríamos volver a intentar y tal, poco más o menos, no con esas palabras pero poco más o menos le dijeron "es que eres vieja y estás gorda". Porque claro, no se lo dijeron así pero le dijeron: "es que claro tienes 35, tienes un sobrepeso de tanto entonces claro eres mayor para ser madre y encima con el sobrepeso que tienes es que no sois conscientes de que una embarazada gorda se puede morir en el parto de un infarto"” (Pareja P6).</p>

“Y cosas que nos hubiesen ayudado a pasarlo un poco mejor también es que al final en la privada te cobran el legrado y todo, y la pública es que te meten a un quirófano lleno de gente pariendo” (P10).

“Y luego el: "sois muy jóvenes", y decía bueno pues si somos muy jóvenes pues da igual que hayamos perdido un hijo ¿no?” (Pareja P10).

6.9 Anexo 9

Tabla 14

Verbatims asociados a los códigos de la temática 'La pareja en el embarazo'

LA PAREJA EN EL EMBARAZO	
<i>Redefinición de la pareja</i>	<p>“Sí, el embarazo redefine la pareja. La ha redefinido en todo” (P8).</p> <p>“Ósea así, era como y él pues feliz porque decía "joe, lo hemos conseguido". Entonces él estaba arriba y yo abajo y era como yo tiraba de él, él intentaba subirme, yo me frustraba". Entonces eso psicológicamente puede destrozar a la pareja, es difícil” (P6).</p> <p>“También como pareja nos ha apoyado mucho esta situación porque al final es que hay un más bonito, algo a lo que no estamos acostumbrados a día de hoy. A día de hoy estamos acostumbrados, o al menos la mayoría, a 'tú haces tu vida, yo la mía, nos juntamos, es maravilloso todo, nos queremos muchísimo' pero se queda en eso, en que si yo tengo a mis amigas y él a sus amigos perfectamente podemos... Ahora no, ahora no es 'cariño tengo dos horas y prefiero tirármelas que me toques la barriga en el sofá contigo y ya'. Osea es otro tipo de dependencia, de forma de contar con la pareja. A mí por lo menos me ha dado un giro de 180 grados”</p> <p>“Sí igual, es más equipo, es como, te ves como más unida. Al final es una unión distinta, pero es cierto que también tiene sus pros y sus contras. Eres mucho más equipo pero al final también tienes, nosotros al ser primerizos,</p>

	<p>ninguno de los dos sabe si lo que siente es lo normal, si no es normal... entonces tienes también ese punto de incertidumbre. Al final para lo bueno y para lo malo es ser un equipo” (P7).</p> <p>“En mi caso nos ha unido muchísimo más, más que nada porque yo vengo de venir un hijo con otra persona, con otra pareja, ella de tener una hija con otra pareja y queríamos tener el propio. Y esto nos... En definitiva, para otros o al menos para mí nos ha unido muchísimo más. Porque era totalmente buscado y deseado” (Pareja P9).</p>
<i>Proyecto en común</i>	<p>“Claro y que antes también teníamos un proyecto en común al final de vida como pareja y demás, pero ahora es un proyecto en común de algo que depende de ti. Entonces, el nivel de responsabilidad que llegas a adquirir o que ves que va a venir es bastante más grande de lo que tenías y creo que te une mucho más” (Pareja P8).</p> <p>“Yo creo que por mi parte al final todo el proceso del embarazo eh por resumirlo en una frase lo que hace es crear más equipo. Tú tienes un proyecto común final en pareja, el punto... no final, pero uno de los puntos clave es pasar por un embarazo y tener un hijo o una hija y esto lo que hace es crear más equipo. Al fin y al cabo quieres compartir ese momento con ella, quieres preocuparte por ella, cuidarla lo máximo posible, darle tiempo de calidad que tú comentabas, creo que básicamente la esencia de todo esto es eso que une más, compartes esa vivencia, que salga todo bien y ser feliz al fin y al cabo” (Pareja P7).</p>