



**Sección de Enfermería**  
Universidad de La Laguna

---

**PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES  
SOMETIDAS A REPRODUCCIÓN ASISTIDA MEDIANTE  
INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS ENFERMERAS**

Autora: Alejandra Díaz Lorenzo

Tutor: Felipe Santiago Fernández Méndez

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

GRADO EN ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD: SECCIÓN DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

MAYO 2023

## ABREVIATURAS

- ACOG: Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos
- BDI: Beck Depression Inventory
- CESD 7: Center for Epidemiological Studies-Depression Scale
- CHUC: Complejo Hospitalario Universitario de Canarias
- DP: Depresión Postparto
- DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
- EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale
- FIV: Fecundación In Vitro
- GHQ 12: General Health Questionnaire
- GIFT: Transferencia intrafalopiana de gametos
- HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale
- HAM-D: Hamilton Depression Rating Scale
- HUNSC: Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria
- IA: Inseminación Artificial
- ICSI: Inyección intracitoplasmática de espermatozoides
- IRSN: Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Norepinefrina
- ISRS: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina
- MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PHQ-9: Patient Health Questionnaire
- PPP: Psicosis puerperal
- RA: Reproducción Asistida
- SCID: Structural Clinical Interview for DSM
- TRA: Técnicas de Reproducción Asistida
- ZIFT: Transferencia intratubárica de cigotos

## ÍNDICE

<b>ABREVIATURAS</b> .....	<b>2</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>5</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>6</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1. El problema</b> .....	<b>7</b>
<b>1.2. Depresión postparto</b> .....	<b>7</b>
1.2.1. Definición y criterios diagnósticos de la depresión postparto .....	7
1.2.2. Herramientas de detección y cribado .....	8
1.2.3. Estrategias de Prevención (Cuidados centrados en la persona con Depresión (Intervenciones enfermeras)) .....	9
1.2.4. Tratamiento .....	12
1.2.5. Epidemiología de depresión postparto .....	12
1.2.6. Sintomatología .....	13
1.2.7. Factores de Riesgo .....	13
1.2.8. Tipos de Trastornos Adaptativos .....	14
1.2.9. Efecto sobre el embarazo, parto y puerperio.....	15
<b>1.3. Reproducción asistida</b> .....	<b>17</b>
1.3.1. Tipos de tratamientos .....	18
1.3.2. Efectos de la reproducción asistida sobre la Salud Mental .....	19
<b>1.4. Papel de la enfermera en la salud mental perinatal</b> .....	<b>20</b>
<b>1.5. Justificación</b> .....	<b>21</b>
<b>1.6. Objetivos</b> .....	<b>22</b>
1.6.1. Objetivo General .....	22
1.6.2. Objetivos Específicos .....	22
<b>2. METODOLOGÍA</b> .....	<b>22</b>
<b>2.1. Ámbito de estudio</b> .....	<b>22</b>
2.1.1. Instituciones con Unidades de Reproducción Asistida .....	22

<b>2.2. Tipo de estudio .....</b>	<b>23</b>
<b>2.3. Población y muestra del estudio .....</b>	<b>23</b>
2.3.1. Criterios de inclusión .....	24
2.3.2. Criterios de exclusión.....	24
<b>2.4. Materiales y métodos.....</b>	<b>24</b>
2.4.1. Factores Sociodemográficos y Culturales.....	25
2.4.2. Factores del estudio.....	26
<b>2.5. Técnica de recogida de datos .....</b>	<b>27</b>
<b>2.6. Aspectos éticos.....</b>	<b>27</b>
<b>2.7. Análisis Estadístico .....</b>	<b>27</b>
2.7.1. Análisis descriptivo .....	28
2.7.2. Análisis Inferencial.....	28
<b>2.8. Cronograma .....</b>	<b>28</b>
<b>2.9. Presupuesto .....</b>	<b>29</b>
<b>2.10. Limitaciones del estudio.....</b>	<b>29</b>
<b>3. RESULTADOS ESPERADOS .....</b>	<b>29</b>
<b>4. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>31</b>
<b>5. ANEXOS.....</b>	<b>38</b>
<b>5.1. Anexo I: cuestionario sobre Depresión Postnatal Edimburgo.....</b>	<b>38</b>
<b>5.2. Anexo II: unidades de reproducción asistida en la isla de Tenerife .....</b>	<b>39</b>
<b>5.3. Anexo III: hoja de información al paciente y consentimiento informado.....</b>	<b>40</b>
<b>5.4. Anexo IV: documento de consentimiento informado del sujeto participante .....</b>	<b>42</b>

## RESUMEN

La aparición de la depresión postparto se podría considerar un factor de riesgo en las mujeres que recurren a la utilización de técnicas de reproducción asistida para quedar embarazadas, pues la ansiedad, el estrés y la depresión pueden ser comunes durante el proceso de tratamiento de estas técnicas.

Este estudio tiene como principal objetivo evaluar la eficacia de una intervención psicoeducativa enfermera para la prevención en la aparición de depresión postparto en mujeres que hayan obtenido una gestación mediante técnicas de reproducción asistida.

Para ello, se cogerán un total de seis grupos de mujeres con embarazos evolutivos obtenidos mediante técnicas de reproducción asistida durante un año, siendo tres grupos de intervención y los otros tres restantes de control asignados aleatoriamente. Para la detección de este problema de salud se utilizará un cuestionario de cribado de la aparición de la depresión postparto trimestralmente realizado a las mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida que forman la totalidad de la población de estudio, pero solo los grupos de intervención participarán en una actividad psicoeducativa para la prevención.

Con este proyecto se pretende mejorar la calidad de vida de ella, el futuro bebé y la familia en general, siendo los mayores beneficiarios tras participar en este estudio, por lo que se espera que el grupo intervenido tenga menos porcentaje de aparición de la depresión postparto frente al grupo control.

**Palabras clave:** Depresión Postparto, Técnicas de Reproducción Asistida, Enfermería de Salud Pública, Terapias Complementarias.

## ABSTRACT

The onset of postpartum depression could be considered a risk factor for women who use the assisted reproductive techniques to get pregnant, as anxiety, stress and depression may be common during the treatment process of these techniques.

The main aim of this study is to evaluate the efficacy of a psychoeducational nursing intervention to prevent the postpartum depression in women who have become pregnant through assisted reproductive techniques.

To this goal, a total of six groups of women pregnancies obtained through assisted reproduction techniques will be sought for one year, randomly assigned as three intervention groups and three control groups. In order to detect this health problem, a questionnaire will be used to screen for the appearance of postpartum depression on a quarterly basis for women undergoing assisted reproduction techniques who form the entire study population, but only the intervention groups will participate in a psychoeducational activity for prevention.

The aim of this project is to improve the quality life of the woman, the future baby, and the family, in general, being them, the greatest beneficiaries after participating in this project, as it is expected that the intervention group will have less percentage of occurrence of postpartum depression compared to the control group.

**Key words:** Postpartum depression, Assisted Reproduction Techniques, Public Health Nursing, Complementary Therapies.

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. El problema

La depresión postparto (DP) es un trastorno que puede afectar a las mujeres tras el parto <sup>(1)</sup>. Algunos expertos creen que aquellas que utilicen técnicas de reproducción asistida (TRA) se puede relacionar con el padecimiento este problema <sup>(2)</sup>, sin embargo, en ningún estudio se ha demostrado que el uso de estas técnicas pueda causar el desarrollo de DP. El deseo desbordante de tener hijos y la dificultad para conseguirlos pueden hacer que los padres teman no saber qué les pasará cuando nazca su hijo <sup>(1)</sup>.

El estrés durante el tratamiento puede continuar durante todo el embarazo. Las expectativas que puedan tener por el tratamiento, la incertidumbre que conlleva, el miedo al fracaso y otros estados mentales pueden llevar a las madres a situaciones de estrés emocional. Además, otro factor importante para llegar a esa situación es el tiempo dedicado a tratar de concebir. Por lo tanto, es importante obtener ayuda durante la terapia de RA <sup>(1)</sup>.

En la mayoría de los casos, estos métodos no tienen éxito la primera vez, por lo que las parejas que conciben mediante RA deben cuidar de la madre y del bebé que se está gestando. A veces, hay pérdidas prematuras y otros problemas que surgen del proceso en sí.

La ansiedad de los padres durante este período puede afectar el período postparto. Victoria Martínez Navarro, experta en psicología y parto, confirma que en estos casos se pueden presentar problemas emocionales <sup>(2)</sup>.

También afirma que la depresión puede manifestarse de dos formas, o bien de forma excesiva o por falta de interés por el bebé. De alguna manera, las madres pueden sentirse agobiadas por las circunstancias y sienten que la situación les sobrepasa <sup>(2)</sup>.

## 1.2. Depresión postparto

### 1.2.1. Definición y criterios diagnósticos de la depresión postparto

En el puerperio y durante el embarazo, la depresión es la morbilidad psiquiátrica más prevalente. La OMS informa que la prevalencia de los trastornos depresivos ha aumentado en las últimas décadas.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que afecta a este y es más común en las mujeres, que comienza dentro del primer año después del parto y presenta síntomas diarios durante al menos dos semanas. Provoca tristeza, desánimo y cambios de humor.

La evaluación de los factores de riesgo y los antecedentes de depresión postparto en partos anteriores, junto con una historia clínica, un examen físico y un examen del estado mental

completos y tempranos, son cruciales. De la misma manera, las preguntas sobre los sentimientos de tristeza, agotamiento, llanto y rechazo de la paciente hacia su hijo deben hacerse directamente.

Para que un episodio depresivo mayor sea correctamente diagnosticado, el DSM-V establece que debe cumplir cinco criterios:

1. Una cualidad de ánimo depresiva (acompañada de pérdida de interés o disfrute).
2. Que el estado de ánimo esté presente durante un mínimo de dos semanas.
3. Que estos síntomas causan malestar o deterioro.
4. Que no contravenga criterios de exclusión.

Además, para el diagnóstico de la depresión postparto la gestante debe presentar uno de los síntomas descritos anteriormente <sup>(3)</sup>.

### 1.2.2. Herramientas de detección y cribado

Se han encontrado múltiples instrumentos para el diagnóstico de la DP, algunos de ellos son:

- **Entrevista Clínica Estructurada (SCID, Structural Clinical Interview for DSM):** tiene como objetivo diagnosticar la mayoría de los trastornos clínicos (Eje I) y de personalidad (Eje II) del DSM-IV <sup>(4)</sup>.
- **Inventario de depresión de Beck (BDI, Beck Depression Inventory):** se utiliza una herramienta de autoinforme de 21 elementos llamada BDI-II para medir la gravedad de los síntomas depresivos y mide cuantitativamente la gravedad de la depresión <sup>(5)</sup>.
- **Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en su versión de 7 ítems (CESD 7, Center for Epidemiological Studies-Depression Scale):** la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) es una herramienta de cribado de 7 ítems para identificar casos de depresión en función de sus síntomas, y la frecuencia de estos, durante la semana anterior al parto. Dado que no requiere personal especializado para su calificación y es autoaplicable, el CES-D se ha consolidado como una herramienta práctica y asequible <sup>(6,7)</sup>.
- **Cuestionario Sobre la Salud del Paciente en su versión de 9 ítems (PHQ-9, Patient Health Questionnaire):** es una de las herramientas de autoinforme más utilizadas para medir la gravedad de la depresión en la atención primaria <sup>(8)</sup>.
- **Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D, Hamilton Depression Rating Scale):** el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos ha recomendado la versión de 17 ítems, que se elaboró posteriormente, a pesar de que la versión original tenía 21 ítems.



Ramos-Brieva realizó la validación de la traducción al español de esta escala en 1986. La verificación de la validez discriminante, la confiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en población hospitalizada como en pacientes ambulatorios, ha sido posible a través de diversas evaluaciones <sup>(9,10)</sup>.

- **Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale):** es un instrumento clínico que tiene como finalidad evaluar la ansiedad y depresión, parece tener capacidades de detección similares a otros instrumentos <sup>(11)</sup>.
- **Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale):** se utiliza con frecuencia para determinar la gravedad del estado de ánimo, la concentración, la salud física y los problemas de sueño típicos de un estado depresivo. Esta escala está destinada a profesionales de la salud que podrán abordar las diferentes preguntas del test, así como las respuestas del paciente <sup>(12)</sup>.
- **Cuestionario de Salud General de Goldberg en su versión de 12 ítems (GHQ 12, General Health Questionnaire):** es considerado uno de los instrumentos de cribado más utilizados en el mundo por su brevedad y características psicométricas, que analiza la salud psicológica y busca problemas psiquiátricos no psicóticos <sup>(13)</sup>.
- **Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale),** de la que hablaremos con detalle en apartados posteriores.

### 1.2.3. Estrategias de Prevención (Cuidados centrados en la persona con Depresión (Intervenciones enfermeras))

Como estrategias de prevención de la DP mediante intervenciones enfermeras se encuentran:

- **Estrategias de autocuidado:** en un entorno similar a un taller, desarrollando conexiones individualizadas. Se explica a la paciente sobre higiene personal y hábitos alimentarios durante cada evaluación, así como las señales de advertencia y los síntomas durante el embarazo <sup>(14)</sup>.
- **Apoyo social:** acudiendo acompañadas a las revisiones, resaltando así la motivación a la mujer, apoyo durante las etapas difíciles. El apoyo social es un factor protector de nuestra salud física y mental. Numerosos estudios han relacionado el apoyo social con diversos beneficios para la salud física y mental. Por ejemplo, los pacientes clínicamente deprimidos tenían niveles significativamente más bajos de apoyo social que los pacientes no deprimidos <sup>(15)</sup>. El apoyo social mantiene la integridad psicológica y física de un

individuo a lo largo del tiempo, y su función principal es mejorar las capacidades individuales de sus miembros y facilitar el logro de metas importantes <sup>(16)</sup>.

- **Psicoeducación:** charlas psicoeducativas para madres y padres, cuyos objetivos principales son ayudar a las mujeres embarazadas a adaptarse a sus embarazos, ayudar a las nuevas madres a prepararse mentalmente para el período postparto, ayudar a las madres que tienen preguntas sobre sus relaciones con sus hijos y el desarrollo de sus bebés a obtener respuestas y ayudarlas prepararse psicológicamente para un regreso exitoso al trabajo <sup>(17)</sup>.
- **Intervenciones psicosociales guiadas por un profesional:** puede ser dar información al paciente de manera adecuada, realista y en su debido momento, esta puede ser sobre el diagnóstico y de los diferentes tratamientos de RA. Otra intervención es favorecer el desarrollo de estrategias para que puedan hablar y aclarar dudas o trabar con apoyo social de la pareja que se somete al tratamiento de RA <sup>(18)</sup>.
- **Terapias psicológicas:** estas incluyen estrategias de afrontamiento, técnicas de relajación y técnicas de visualización <sup>(19)</sup>.
  - Estrategias de afrontamiento que consisten en objetivar el estrés, controlarlo e interpretarlo.
  - Técnicas de relajación que permiten que haya un descanso tanto físico como mental para poder eliminar o evadir las tensiones y presiones.
  - Técnicas de visualización, que van acompañadas de la relajación, pues es el uso de imágenes mentales para estimular procesos físicos ventajosos vinculados a la eficacia del tratamiento médico. Lo componen la remisión espontánea (cuando una enfermedad mejora sin que haya mediado un tratamiento) y el efecto placebo (eficacia de un tratamiento "fantasma"). Ambos han aportado evidencia de que el desarrollo de imágenes positivas y el grado de motivación tienen un impacto inmediato en el cuerpo.
- **Intervenciones farmacológicas**
  - **Terapia convencional:** incluye tanto la psicoterapia como la terapia farmacéutica. La forma de terapia más común y efectiva es la farmacológica. Se recomienda para las mujeres que se someten a psicoterapia concurrente y trastornos graves. Aunque con frecuencia se requieren terapias grupales porque están más disponibles tanto para el público en general como para quienes los instruyen, la psicoterapia también es muy eficaz. La terapia de orientación cognitivo-conductual se usa además de la psicoterapia y tiene resultados

positivos a pesar de requerir mucho tiempo y recursos. Debido a las preocupaciones de la mayoría de las mujeres acerca de la transmisión de ciertos componentes de los medicamentos a través de la leche materna, las pacientes suelen rechazar las terapias convencionales que incluyen medicamentos <sup>(20)</sup>.

- **Terapias complementarias:** ventaja de disminuir la ansiedad de las madres sin tener efecto en el bebé y permitiendo dar lactancia materna. Terapias aceptadas y eficientes son el yoga, reiki, la musicoterapia y aromaterapia.
  - **Yoga:** es una práctica de mente y cuerpo que combina la postura del cuerpo, la respiración controlada y la meditación o relajación. Puede ayudar a reducir el estrés, la presión arterial y la frecuencia cardíaca. Esta terapia es efectiva para aliviar el estrés, las dolencias físicas y mentales de las personas y, en general, promueve un estilo de vida más saludable. Se ha observado que el yoga proporciona la capacidad de centrarse en uno mismo y un mayor control sobre las respuestas fisiológicas ante estímulos amenazantes, lo que tiene un efecto a nivel psicológico, aliviando la tensión y reduciendo el estrés <sup>(21)</sup>.
  - **Reiki:** este procedimiento se utiliza durante todo el embarazo, el parto y el puerperio. Además de aumentar la producción de leche, el reiki también reduce el estrés, mejora la circulación, aumenta la capacidad respiratoria, acelera la recuperación postparto, aumenta la autoestima y proporciona calma y tranquilidad. Ayuda a las personas a relajarse, lo que promueve la curación y reduce el estrés <sup>(22)</sup>.
  - **Musicoterapia:** tiene efectos fisiológicos sobre el eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal materno, lo que facilita el efecto de las B-endorfinas y redundando en bienestar <sup>(23)</sup>. La música se ha utilizado para tratar a pacientes de todas las edades, incluidos bebés, niños pequeños, mujeres embarazadas, adultos e incluso ancianos <sup>(24,25)</sup>. Para una mujer embarazada, la música puede ser extremadamente terapéutica tanto para ella como para el feto. Se ha demostrado que la ansiedad relacionada con el trabajo disminuye cuando se usa musicoterapia durante el embarazo <sup>(26)</sup>.

El uso de la música mejora la calidad del embarazo, el trabajo de parto y el nacimiento del bebé al reducir la ansiedad materna y el estrés neonatal. Este tratamiento disminuye el dolor que experimenta la madre durante las contracciones del trabajo de parto y el parto real. Además, la estimulación del sistema neurovegetativo hará que el feto experimente mejores sensaciones de bienestar <sup>(27)</sup>.

- **Aromaterapia:** debido a la capacidad de la aromaterapia para fortalecer el sistema nervioso autónomo, se ha mencionado anteriormente que existen cambios psicológicos y emocionales que pueden controlarse durante el embarazo.

La aromaterapia también se usa para controlar algunos dolores que se presentan en la gestación, que, ante la incomodidad de este dolor, se ha optado por utilizar no sólo fármacos para calmarlo, sino que el 25% de las mujeres embarazadas se han aplicado técnicas complementarias, siendo la aromaterapia una de las más usadas <sup>(28)</sup>.

#### 1.2.4. Tratamiento

Según la gravedad de los síntomas, la depresión durante el embarazo puede requerir diferentes tratamientos. La psicoterapia, los antidepresivos o una combinación de ambos, son posibles opciones de tratamiento <sup>(29,30)</sup>.

Ciertos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), los antidepresivos tricíclicos y el bupropión, son seguros durante el embarazo. Para sopesar las ventajas y desventajas de un curso de tratamiento, es crucial que consulte a su médico <sup>(31)</sup>.

La terapia cognitivo-conductual es el tratamiento psicológico de primera línea preferido para los trastornos de ansiedad. Numerosos estudios demuestran una marcada reducción de los síntomas depresivos y de ansiedad en mujeres embarazadas y madres primerizas.

Además, existen programas de reducción del estrés basados en la atención plena que utilizan ejercicios cognitivos como la autoconciencia y la autocompasión, así como ejercicios de atención plena como la explicación corporal, la caminata consciente o la práctica informal de la atención plena en la vida diaria. Los síntomas ansiosos de las mujeres embarazadas mejoraron como resultado de este tipo de programa.

#### 1.2.5. Epidemiología de depresión postparto

El parto es uno de los períodos con mayor riesgo de desarrollar trastornos del estado de ánimo <sup>(32)</sup>. Una de cada cinco mujeres sufre depresión postparto.

Entre el 3% y el 6% de las mujeres experimentan depresión mayor durante el embarazo o en las semanas o meses posteriores al parto. El 50% de los episodios de DP en realidad comienzan antes del nacimiento. Por lo tanto, estos episodios se denominan colectivamente episodios perinatales, y los estudios prospectivos han demostrado que los síntomas del estado de ánimo y la ansiedad durante el embarazo, así como la DP, aumentan el riesgo de episodios depresivos postparto <sup>(33)</sup>.

Sin embargo, varias fuentes señalan que hay una incidencia mundial que varía entre el 10 % y el 20%, afectando a 1 de cada 10 mujeres, siendo así la patología más común en el puerperio <sup>(34,35)</sup>.

Según El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) indica que entre el 5% y el 25% de las mujeres sufren DP <sup>(36)</sup>, siendo uno de los factores de riesgo que contribuyen al suicidio y homicidio materno, causas principales que contribuyen a la mortalidad materna <sup>(37)</sup>.

De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 80% de las nuevas madres sufren diversas dificultades psicológicas y emocionales después del parto (“maternity blues”), lo que se traduce en los trastornos del estado de ánimo postparto, los llamados “trastornos del ánimo puerperales” <sup>(38,39)</sup>.

### 1.2.6. Sintomatología

Entre sintomatología más frecuentes se puede detallar la siguiente <sup>(3)</sup>:

- **Apatía:** disminución de interés y falta de motivación.
- **Insomnio o hipersomnía:** dificultad para mantener o conciliar el sueño <sup>(40)</sup>.
- **Sentimientos de culpa.**
- **Pérdida de peso:** pérdida del apetito.
- **Pérdida de energía e interés** por las actividades de la vida rutinaria o que le solía gustar a la persona <sup>(41)</sup>.
- **Poca concentración:** menos capacidad para pensar con claridad y tomar decisiones <sup>(41)</sup>.
- **Miedo de no ser una buena madre.**
- **Pensamientos recurrentes de muerte:** la idea suicida es un síntoma de depresión mayor que puede ser con o sin plan específico para un posible intento de suicidio <sup>(42)</sup>.

### 1.2.7. Factores de Riesgo

Los factores de riesgo descritos para padecer DP son los siguientes:

- **Ansiedad:** se describe como un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, desagrado y alarma que hace que la persona se sienta alterada. Por lo tanto, es una emoción que se manifiesta cada vez que una persona se siente en peligro, ya sea interno o externo, y amenazada. Estos niveles de ansiedad, sin embargo, pueden aumentar después de tener un hijo y hacer que las mujeres desarrollen un trastorno para el cual no quieren buscar tratamiento por temor a que se las considere egoístas. La ansiedad postparto es el término para este grupo de síntomas <sup>(43)</sup>.

- **Estrés:** el cuerpo de la madre reacciona al estrés postparto después de dar a luz. Es provocado por los ajustes causados por el nacimiento de un niño en el hogar. Especialmente si es el primer bebé, lo que inicialmente parecía maravilloso cambia rápidamente <sup>(44)</sup>.
- **Antecedentes de depresión, tanto en la madre como en familiares:** tener antecedentes personales y/o familiares de depresión es un factor de riesgo para padecerla. La depresión puede pasar de generación en generación, por lo que aumenta la probabilidad de que la madre lo padezca <sup>(45)</sup>.
- **Apoyo social deficiente o estresante:** la DP se relaciona con la percepción del apoyo social, la funcionalidad familiar y la percepción de la relación entre la madre y su pareja <sup>(46)</sup>.
- **Embarazo no buscado:** el embarazo no deseado puede acarrear el desarrollo de sentimientos y percepciones negativas hacia el mismo, condicionando el estado de ánimo de la madre y elevando las probabilidades de sufrir DP <sup>(47)</sup>.
- **Violencia íntima de pareja:** este tipo de violencia puede provocar depresión, estrés y ansiedad, lo que conlleva a un aumento del riesgo de tener un problema posterior como lo son el consumo de drogas o alcohol, aislamiento social, trastornos del sueño, etc. Un estudio que compara mujeres que han sufrido maltrato intrafamiliar con las que no lo padecen demuestra que las primeras tienen más probabilidad de tener depresión <sup>(48)</sup>.

### 1.2.8. Tipos de Trastornos Adaptativos

Entre los diferentes trastornos adaptativos se encuentran:

- **Tristeza puerperal:** suele presentarse entre 1 y 14 días después del nacimiento, siendo el período más expresado entre los 3 y 7, en el que los cambios hormonales típicos son más graves porque se cree que sigue a la caída repentina de los niveles de estrógeno y progesterona después del parto. Sus síntomas típicos son el estado de ánimo deprimido, irritabilidad, inestabilidad emocional, pérdida de interés en las actividades diarias, disminución de la energía, nerviosismo, trastornos del sueño, baja autoestima, que además hace dudar de las capacidades como madre, etc. Lo principal que lo diferencia de otros trastornos menos frecuentes, pero más graves, es que esto no debe interferir en el funcionamiento normal de la madre y el tratamiento debe centrarse en medidas de apoyo emocional, facilitación del apoyo familiar, compartir las preocupaciones y cuidar del bebé, descansar lo más que pueda, mantenerse alejado de situaciones estresantes, mantener una dieta saludable, hacer ejercicio regularmente, seguimiento estricto de la

evolución de los síntomas y cuidado, remisión sin tratamiento psiquiátrico (médico). La persistencia y el empeoramiento de este evento pueden conducir a la DP <sup>(38,39,49,50)</sup>.

- **Depresión durante el embarazo:** un trastorno del estado del niño llamado depresión perinatal puede afectar a las mujeres embarazadas y a las que acaban de dar a luz. La tristeza extrema, la ansiedad y el agotamiento son síntomas comunes de la depresión perinatal en las madres, lo que puede dificultarles la realización de las tareas diarias, como cuidar de sí mismas o de los demás <sup>(29)</sup>.
- **Depresión durante el postparto:** como ya se ha dicho anteriormente, es una condición grave que generalmente no desaparece y afecta del 10% al 15% de las mujeres en los primeros 6 meses después del parto; este síndrome es más duradero y efectivo que el TPP Impacto en la familia.

Antes de la penúltima revisión de la Clasificación de los Trastornos Mentales (DSM-4), la Asociación Estadounidense de Psiquiatría estipuló que se podría incluir una especificación para los episodios depresivos denominados “postparto”. En el DSM-5, "postparto" fue reemplazado por "periparto", que puede referirse a cualquier episodio de depresión que comienza durante el embarazo o dentro de las 4 semanas posteriores al parto <sup>(51)</sup>.

- **Ansiedad:** patología que afecta a una de cada diez madres, con más frecuencia en las primerizas. Se trata de un malestar emocional y una angustia casi constantes que se acompañan de una variedad de manifestaciones somáticas.

Estas futuras madres generalmente tenían trastornos de ansiedad antes de quedar embarazadas, y esta ansiedad continuó durante sus embarazos y durante la adaptación a la maternidad. Además, resaltaré los miedos asociados relacionados con el embarazo, la salud del bebé, el papel de la madre, etc. <sup>(52)</sup>.

- **Psicosis puerperal (PPP):** psicosis postparto es una enfermedad mental grave que se desarrolla después de dar a luz. El DSM-5 no clasifica la PPP como tal, pero la utiliza para definir un grupo de otros trastornos psiquiátricos como el trastorno bipolar, la depresión psicótica y el trastorno esquizoafectivo. Las mujeres que experimentan PPP deben buscar atención médica de inmediato porque corren el riesgo de lastimarse a sí mismas o a sus bebés. Con la asistencia de expertos, la recuperación es factible <sup>(36)</sup>.

#### 1.2.9. Efecto sobre el embarazo, parto y puerperio

Con un estudio hecho por los CDC se encontró que, entre 2000 y 2015, el porcentaje de mujeres embarazadas que tenían depresión durante el parto se multiplicó por siete. Además, según la investigación, una de cada nueve mujeres experimenta síntomas de depresión posparto <sup>(53)</sup>.

Toda mujer merece apoyo porque tener un bebé es difícil y desafiante. Haga una cita para hablar con su proveedor de atención médica lo antes posible si está mostrando cambios emocionales o si sospecha que puede estar deprimida. La mayoría de los pacientes mejoran con el tratamiento, por lo que buscar ayuda es lo mejor que puede hacer por usted y su bebé por nacer.

Los cambios en el sueño, el nivel de energía, el apetito y la libido son algunos signos de depresión durante el embarazo<sup>(29)</sup>. También puede experimentar sentimientos frecuentes de tristeza o llanto, tener dificultades para concentrarse o tomar decisiones, sentirse inquieto o irritable y tener pensamientos suicidas o de muerte<sup>(54)</sup>.

La depresión relacionada con el embarazo se ha identificado como la causa más común de incapacidad laboral, junto con otros factores como la disminución del cuidado personal, el aumento de conductas de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco y los intentos de suicidio<sup>(55,56)</sup>. El parto prematuro, el deterioro del neurodesarrollo fetal, la puntuación de Apgar baja y los recién nacidos con baja estatura para la edad gestacional son solo algunas de las complicaciones neonatales más prevalentes en la actualidad, lo que aumenta el riesgo de preeclampsia<sup>(57-59)</sup>.

Según un estudio de la Universidad de Michigan, tanto las mujeres embarazadas que experimentaron depresión como sus recién nacidos exhibieron niveles elevados de corticotropina, patrones de sueño irregulares, mayor irritabilidad, disminución de las expresiones faciales y un mayor riesgo de desarrollar apego inseguro<sup>(60)</sup>. Además, ha habido un aumento en las concentraciones de las hormonas oxitocina, vasopresina y angiotensina II, todas las cuales están relacionadas con una mayor probabilidad de parto prematuro<sup>(55)</sup>.

En un estudio de 2004, realizado por Field et al, con una comparación con el grupo de control, se descubrió que las mujeres embarazadas con episodios depresivos mayores tenían niveles de cortisol significativamente más altos. También se investigaron los niveles de cortisol en los recién nacidos de estas gestantes, y se descubrió que los niveles del grupo expuesto eran más elevados, lo que puede explicarse por el hecho de que el 40% de esta hormona pasa a través de la barrera fetoplacentaria. Cabe destacar la correlación entre cortisol elevado y mayor riesgo de prematuridad<sup>(61)</sup>.

La liberación de sustancias que pueden potenciar la vasoconstricción aumenta el riesgo de hipertensión y los cambios vasculares que pueden conducir a la preeclampsia que la acompañan<sup>(62)</sup>. En un estudio con 623 embarazadas sanas, se relacionó la depresión con el desarrollo de preeclampsia en pacientes con una escala de depresión de Beck entre 3 y 17<sup>(63)</sup>.

Lartigue et al. afirma que, la probabilidad de llanto excesivo e irritabilidad fue mayor en los hijos de madres deprimidas que no formaron un vínculo fuerte con ellos. Los niños cuyas madres experimentaron depresión durante el embarazo son más propensos a actuar de manera agresiva y tener dificultades académicas. El correcto desarrollo del feto y la creación de un fuerte vínculo



será posible gracias a un diagnóstico precoz y un adecuado tratamiento de la depresión durante el embarazo <sup>(64)</sup>.

### 1.3. Reproducción asistida

Se denomina esterilidad a la situación en la que una pareja no consigue tener una gestación que llegue a término tras mantener relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos durante al menos un año sin éxito. Sin embargo, el término infertilidad es diferente, ya que significa la incapacidad de llevar a término una gestación <sup>(65)</sup>. El 90 % de las parejas que se involucran en actividades sexuales sin protección quedan embarazadas dentro de un año, según las estadísticas <sup>(66)</sup>, y en esta, 1 de cada 6 parejas presentan uno de los problemas descritos anteriormente, lo que implica un 15-20% del total de las parejas en edad reproductiva <sup>(65)</sup>.

Las parejas que la padecen pueden experimentar mucho estrés debido a sus implicaciones culturales, que incluyen las expectativas sociales y personales del paciente, de su pareja y de su entorno. Ser padres es un objetivo de vida que la mayoría de las parejas infértiles que reciben tratamientos de RA deben cumplir para sentir que maduran como adultos y son independientes <sup>(67)</sup>, por lo que son más vulnerables a padecer estrés <sup>(66)</sup>.

En los últimos años ha habido un aumento en la demanda de asistencia reproductiva. En el año 2018 en España, un 5,4% de mujeres entre 18 y 55 años se habían sometido a TRA <sup>(67)</sup>.

La RA (o fecundación artificial) engloba todas las técnicas médicas y biológicas donde el objetivo es inducir el embarazo manipulando los gametos. Estos métodos se sugieren para el tratamiento de parejas infértiles, así como para prevenir la transmisión de patologías particularmente graves al hijo o al otro miembro de la pareja <sup>(68)</sup>.

Con la RA se ayuda a parejas o individuos que tienen dificultades para concebir un hijo de manera natural. Estas técnicas pueden incluir la inseminación artificial (IA), la fecundación in vitro (FIV), la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), la transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT) y la transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT), criotransferencia, ovodonación, embrioadopción, entre otras. Y técnicas orientadas a salvar la infertilidad, a evitar la transmisión de enfermedades, a preservar la fertilidad... <sup>(68,69)</sup>.

La RA puede ser una opción para parejas que tienen problemas de infertilidad debido a factores como la edad avanzada, la endometriosis, la obstrucción de las trompas de Falopio o la calidad del semen o alteraciones de los conductos excretores. También puede ser utilizada por parejas o individuos que desean concebir a través de la donación de gametos, ya sea de un donante conocido o anónimo.

Según la información más reciente facilitada por la Sociedad Española de Fertilidad y el Ministerio de Sanidad a través del Registro Nacional de Actividad, el 9,5% de los nacimientos en España son fruto de la RA <sup>(70)</sup>.

### 1.3.1. Tipos de tratamientos

Entre los diferentes tipos de tratamientos para este problema de salud mediante TRA encontramos:

- **Inseminación artificial (IA):** tratamiento para aquellas que tienen problemas para quedar embarazadas que es fácil y exitoso, en el que el catéter que contiene espermatozoides se inserta por vía vaginal durante la inseminación artificial para depositar el espermatozoides en el útero. Para elegir el mejor espermatozoides, este ha sido previamente entrenado y tratado en un laboratorio.

En comparación con la fertilización in vitro, este método es más fácil. La paciente recibe terapia hormonal antes del procedimiento para aumentar sus posibilidades de quedar embarazada. A partir de los primeros días de la menstruación, esta terapia tiene una duración de unos 8 a 12 días. Se requerirá una serie de ecografías de la paciente para seguir el desarrollo de los folículos a medida que se administra la terapia. La inseminación ocurrirá cuando estén en su tamaño ideal <sup>(71)</sup>.

- **FIV / ICSI:** la Fecundación In Vitro es la extracción de los óvulos de la mujer y su fertilización en el laboratorio con los espermatozoides del hombre, y luego la transferencia de uno o más embriones al útero de la mujer <sup>(72)</sup>.
- **GIFT:** la técnica GIFT (Transferencia Intratubárica de Gametos) consiste en la transferencia de óvulos y espermatozoides en las trompas de Falopio, que se realiza mediante laparoscopia <sup>(73)</sup>.
- **ZIFT:** la transferencia intratubárica o intrafalopiana de cigotos consiste en la introducción de estos directamente a las trompas de Falopio de la paciente una vez que se han extraído los óvulos de la mujer y fertilizados con los espermatozoides en el laboratorio, in vitro, lo que lo diferencia de la técnica GIFT <sup>(73)</sup>.
- **Criotransferencia:** consiste en la transferencia de embriones congelados al útero de la mujer. Estos se congelan mediante la vitrificación y son almacenados en nitrógeno líquido hasta su utilización <sup>(74)</sup>.
- **Embrioadopción:** consiste en la transferencia de un embrión donado y vitrificado previamente a la mujer que desea quedarse embarazada. Estos provienen de parejas que también se han sometido a técnicas de RA y han logrado ser padres <sup>(75)</sup>.

- **Donación de óvulos (ovodonación):** tratamiento de FIV / ICSI con óvulos de donante, el cual está recomendado para mujeres con problemas de fertilidad no resueltos con otras técnicas de RA, para las mujeres que carecen de óvulos o aquellas que puedan transmitir enfermedades genéticas con sus óvulos.

La donante de óvulos debe completar con éxito un examen exhaustivo para confirmar que está libre de enfermedades genéticas o de transmisión sexual, así como una evaluación psicológica de su salud mental, para poder donar los óvulos.

Una vez que se determina que la donante es compatible, comienza un tratamiento de 12 a 14 días durante los primeros días de la menstruación. Se lleva a cabo una serie de ecografías para seguir el desarrollo de los folículos que contienen ovocitos a lo largo de la terapia. La punción de ovocitos se realiza cuando los folículos tengan el tamaño ideal.

Mediante el uso de una aguja eco-guiada se extraen los óvulos durante la punción del ovocito. Después de la extracción, los óvulos se fertilizan en un laboratorio mediante FIV o ICSI, utilizando el esperma de su pareja o de un donante.

Los embriones obtenidos pasan dos o tres días siendo cultivados en una incubadora, pero si es necesario avanzar los embriones al estadio de blastocisto el cultivo dura 5 días. Al final, solo los embriones más fuertes se colocarán dentro del útero.

El procedimiento de transferencia de embriones es rápido, fácil e indoloro. Se lleva a cabo utilizando un pequeño catéter que se inserta a través de la vagina. No se requiere sedación ni anestesia. Solo se permite transferir un total de tres embriones en España.

Los embriones se pueden vitrificar para utilizarlos en procedimientos posteriores si hay más embriones de alta calidad de los que se pueden transferir.

La mujer que recibirá una donación de óvulos deberá someterse a un régimen de tratamiento hormonal de tres semanas mediante parches y pastillas para preparar el endometrio que recibirá los embriones. Así, se coordina el ciclo entre la donante y la receptora <sup>(71)</sup>.

### 1.3.2. Efectos de la reproducción asistida sobre la Salud Mental

La RA puede tener un impacto significativo en la salud mental y psicosocial de las parejas o individuos que la utilizan. Algunos de los efectos psicológicos positivos pueden incluir un aumento en la autoestima, una mayor sensación de control y una disminución en la ansiedad y la depresión asociadas con la infertilidad.

Sin embargo, también hay posibles efectos negativos de la RA en este aspecto. La ansiedad, el estrés y la depresión pueden ser comunes durante el proceso de tratamiento, especialmente durante las fases de estimulación ovárica, extracción de óvulos y transferencia de embriones.

Durante el proceso de RA, el estrés y la carga emocional pueden llegar a ser tan grandes que se pueden convertir en el principal motivo de abandono de este tipo de tratamientos. Según algunos estudios, más del 75% de los pacientes que abandonan no lo hacen por un mal pronóstico desde el punto de vista médico, sino por la presión psicológica a la que se ven sometidos <sup>(76)</sup>.

Casi una de cada tres mujeres españolas que reciben tratamientos de fertilidad sufre depresión o ansiedad, según los resultados del estudio EFESO, que evalúa el estado emocional de las participantes durante la fase de estimulación ovárica, por lo que se recomienda combinar un buen cuidado emocional con los aspectos médicos <sup>(71)</sup>.

Además, el éxito o el fracaso de los tratamientos pueden tener un impacto emocional significativo en las parejas o individuos que los reciben. Las tasas de éxito varían según la técnica utilizada, la edad y la salud de los individuos involucrados. Los ciclos de tratamiento fallidos pueden ser particularmente estresantes y pueden provocar sentimientos de tristeza, enojo, desesperanza y pérdida.

Es importante que las parejas o individuos que se someten a la RA reciban apoyo emocional adecuado durante el proceso. Esto puede incluir terapia individual o de pareja, grupos de apoyo, asesoramiento de expertos y recursos en línea. La atención psicológica puede ayudar a reducir los efectos negativos en la salud mental y psicosocial, mejorar la calidad de vida y aumentar las posibilidades de éxito de la RA.

#### 1.4. Papel de la enfermera en la salud mental perinatal

El cuidado de la gestante y su familia durante el embarazo y el puerperio lo realiza fundamentalmente la enfermera de salud mental perinatal. Según un artículo de Scielo, la enfermera de salud mental debe hacer frente a las necesidades de cuidado que presentan las personas a las que cuida en el día a día, aplicando los nuevos conocimientos de enfermería aprendidos y modificando sus actitudes.

En otro artículo de Scielo <sup>(77)</sup>, se demuestra cómo un equipo de salud mental puede manejar el aspecto psicosocial de la atención perinatal, ofrecer soluciones, dar consejos y ayudar con problemas clínicos y de comportamiento comunes en el trabajo de parto y el parto.

Las enfermeras que se especializan en atención perinatal evalúan a los pacientes, monitorean sus signos vitales y alertan a los obstetras sobre cualquier anomalía. Están a cargo de la educación prenatal e identifican los factores de alto riesgo de las pacientes. Adicionalmente, se encargan de realizar análisis de sangre y orina, incluyendo la prueba de embarazo, así como otros procedimientos, incluyendo la supervisión de la prueba de esfuerzo fetal. Además, las enfermeras perinatales pueden trabajar en unidades hospitalarias de parto, anteparto y postparto <sup>(78)</sup>.

Para escuchar a los pacientes y obtener información que los ayude a comprender sus sentimientos, las enfermeras perinatales deben tener habilidades para poder comunicarse, tener empatía y ser asertivas <sup>(79)</sup>. También necesitan habilidades de gestión para supervisar iniciativas, programas y servicios que promuevan la salud materno-perinatal y busquen evitar los principales problemas de la región. Además, se enfatizan las virtudes de la perseverancia, la compasión, el compromiso, el amor a los hijos y la resistencia bajo presión <sup>(80)</sup>.

### 1.5. Justificación

Este estudio se realiza para ayudar a evitar la aparición de depresión perinatal en mujeres que han obtenido un embarazo mediante TRA, mejorando así su vivencia del embarazo y el postparto.

Como se ha explicado ya anteriormente, en ningún estudio se ha demostrado que las mujeres que se someten a TRA puedan tener la aparición de la DP, pero sí hay algunos expertos que consideran que hay una relación entre la RA y la posibilidad de padecer DP para las mujeres <sup>(1)</sup>.

Para las mujeres que se someten a estas técnicas, antes del embarazo, las parejas se enfocan en una única preocupación, poder tener un hijo. Tras el revuelo emocional que la llevó a buscar ayuda profesional para quedar embarazada, se pueden realizar varios intentos fallidos. Una vez que quede embarazada, los siguientes meses pueden ser una época cargada de emociones, con claros altibajos <sup>(2)</sup>.

En este proyecto se aportan una serie de intervenciones enfermeras, utilizadas para intentar prevenir dicha depresión, disminuyendo así no solo el estrés relacionado con la infertilidad y su tratamiento, sino para apoyar la salud emocional de la futura madre.

El trabajo de enfermería es muy importante en la prevención de la DP. Las actividades enfermeras están dirigidas a brindar apoyo psicológico y preparar a la mujer para el embarazo, el parto y los cambios de vida asociados al parto, así como determinar la adaptación de la madre a las nuevas circunstancias y ayudar a la mujer a identificar la aparición de depresión emocional o de factores de riesgo <sup>(81)</sup>.

Para la prevención eficaz de la DP, estas actividades deben ser realizadas por los enfermeros desde el período prenatal hasta el puerperio, con seguimiento programado. Es por esto por lo que se ha realizado este proyecto de investigación, para averiguar si las terapias complementarias, como el yoga o la musicoterapia, son un medio preventivo de la aparición de la depresión <sup>(82)</sup>.

## 1.6. Objetivos

### 1.6.1. Objetivo General

- Evaluar la eficacia de una intervención psicoeducativa enfermera en la prevención de depresión postparto en mujeres que hayan conseguido una gestación mediante técnicas de reproducción asistida.

### 1.6.2. Objetivos Específicos

- Describir el perfil sociodemográfico y cultural de las mujeres incluidas en la muestra.
- Determinar con qué frecuencia las mujeres de la muestra experimentan depresión.
- Evaluar la relación entre las intervenciones psicoeducativas y la aparición de trastornos adaptativos.
- Valorar el efecto de las intervenciones psicoeducativas en la prevención de la aparición de depresión.

## 2. METODOLOGÍA

### 2.1. Ámbito de estudio

#### 2.1.1. Instituciones con Unidades de Reproducción Asistida

El estudio se realizará con 2 grupos de mujeres, escogidas de manera aleatoria, que residan en la isla de Tenerife, y que pertenezcan a las diferentes Instituciones donde haya Unidades de RA, como lo son:

#### **Hospitales:**

- Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC).
- Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC).

#### **Centros especializados:**

- Clínica IRMO – Reproducción asistida.
- IVI Tenerife – Clínica de Reproducción Asistida y Fertilidad.
- Clínica EVA Fertilidad y Reproducción Asistida.
- FIVAP.
- IVI Dono Santa Cruz de Tenerife.
- Centro de Endocrinología De La Reproducción.

Como se puede observar en la tabla 1, existe un número considerable de mujeres que se someten anualmente a tratamiento de RA en la sanidad pública de la isla. Las mujeres que no cumplen criterios de tratamiento en centros públicos y no quieren esperar u otros motivos, lo suelen realizar en centros privados, como los nombrados anteriormente.

Tabla 1: N.º de ciclos de TRA en el CHUC

Área de Consultas		
	2020	2021
Inseminación intrauterina	685	237
Área Quirúrgica		
Intervenciones en el quirófano	2020	2021
Técnicas de fecundación	-	-
FIV	69	62
ICSI	504	503

Fuente: Memoria CHUC Ginecología y Obstetricia 2020/21 <sup>(83)</sup>

## 2.2. Tipo de estudio

El proyecto de investigación, de acuerdo con los objetivos planteados, tiene un diseño que lo caracteriza por ser cuasiexperimental.

Para realizar una búsqueda bibliográfica que soportara el proyecto de investigación se utilizaron bases de datos especializadas en el área de la salud como PubMed, Cochrane Library, etc., para buscar artículos científicos relacionados con el tema. Además, las bases de datos sacadas de investigaciones y artículos han sido obtenidos a través de la biblioteca de la Universidad de La Laguna utilizando el PuntoQ.

Se hizo una definición de las palabras clave que hablaran del tema de investigación, como, por ejemplo, “depresión postparto”, “reproducción asistida” “enfermería de salud pública” y “terapias complementarias”. Y, además, se aplicó la utilización de operadores booleanos lógicos como AND, OR y NOT para combinar las palabras clave y obtener resultados más precisos, con la utilización de filtros para limitar los resultados a artículos publicados en revistas y artículos científicos publicados en los últimos años.

Los criterios de inclusión para los textos seleccionados han sido en su mayoría textos con una antigüedad no mayor a diez años, tanto de textos en inglés como en español, con la excepción de que alguno que se ha incluido y tenido en cuenta son textos con una mayor antigüedad, porque algunos conceptos no han cambiado con el paso del tiempo.

## 2.3. Población y muestra del estudio

A partir de la población de mujeres sometidas a RA en el CHUC, aleatoriamente serán incluidas al grupo de intervención o en el de control que conformarán la muestra, de tal forma que

proporcionen una potencia y una seguridad estadística aceptables, y con una precisión suficiente en pruebas bilaterales.

Ajustando las pérdidas del seguimiento del estudio y criterios de participación.

### 2.3.1. Criterios de inclusión

- Mujeres que hayan obtenido una gestación mediante RA.
- Mujeres mayores de 35 años.
- Mujeres que vivan y controlen su embarazo en Tenerife para el seguimiento de la intervención.
- Mujeres que acepten participar en el estudio.
- Mujeres que estén exentas de enfermedad psíquica o retraso intelectual y/o antecedentes de esto.
- Mujeres que hablen y lean en castellano adecuadamente, en el caso de ser extranjeras.

### 2.3.2. Criterios de exclusión

- Mujeres que no cumplan los criterios de inclusión.
- Mujeres que disientan participar en el estudio.

## 2.4. Materiales y métodos

La metodología que se utilizará tendrá carácter participativo y práctico.

Carácter participativo (ambos grupos del proyecto):

- Con la realización de test de Edimburgo de manera trimestral a los diferentes grupos de mujeres que van a formar parte de él.

Carácter práctico:

- Solo con el grupo de intervención se realizarán charlas formativas sobre prevención, reconocimiento de síntomas de trastornos adaptativos, aspectos psicológicos para afrontar los cambios que ocurren durante el embarazo, parto y puerperio. Además, durante el seguimiento del estudio se impartirán terapias complementarias como, por ejemplo:
  - Yoga
  - Charlas entre las mujeres del grupo sobre emociones y sensaciones
  - Musicoterapia

En cuanto a los materiales para la realización de este proyecto se contará con un consentimiento informado de participación, un registro de datos y un cuestionario de cribado de depresión.



Inicialmente se configurarán 3 grupos de 20 embarazadas mediante TRA a las que, además de la prueba de cribado de depresión, se realizará la intervención psicoeducativa. Y otros 3 grupos de 20 mujeres embarazadas también mediante TRA que formarán parte del grupo de control, es decir, tendrán que realizar el test de cribado, pero no serán intervenidas de manera psicoeducativa.

Se comenzará citando al primer grupo (A) (A1 = intervención y A2 = control), cuyo intervalo de embarazo estará entre las 12+0 a 15+6 semanas de embarazo, dejando entre los grupos A, B y C una separación de 4 semanas. De esta manera, se vuelve a citar a los grupos para la siguiente evaluación trimestral tras 12 semanas, es decir, en la semana 24 del embarazo. Para la tercera evaluación en la semana 36 y, por último, en la semana 8 del postparto. Cada una de sesiones tendrá una duración de 2 horas aproximadamente.

La intervención psicoeducativa seguirá el siguiente esquema:

*Tabla 2: secuencia de intervención psicoeducativa*

Temporalidad	Charla	Actividad
12 + <sup>0</sup> – 15 + <sup>6</sup> semana gestación	Cómo mejorar la autoestima	Yoga
24 + <sup>0</sup> – 27 + <sup>6</sup> semana gestación	La musicoterapia como técnica de relajación	Charla entre las mujeres sobre vivencias, sentimientos y emociones
36 + <sup>0</sup> – 39 + <sup>6</sup> semana gestación	Cómo afrontar la futura crianza y los cambios del puerperio.	Musicoterapia
8 + <sup>0</sup> – 11 + <sup>6</sup> semana postparto	¿Cómo hemos cambiado?	Yoga + Musicoterapia + Charla entre las mujeres

*Fuente: elaboración propia*

Posteriormente, una vez acabado el estudio con los resultados de las evaluaciones de los grupos de intervención y control, se podrá comparar los resultados y ver si las técnicas psicoeducativas enfermeras han servido como prevención en la DP en estas mujeres sometidas a TRA.

#### 2.4.1. Factores Sociodemográficos y Culturales

En este proyecto de investigación se incluyen una serie de factores sociodemográficos y culturales como lo son:

- **Edad:** variable cuantitativa continua que será expresada en promedio.
- **Nivel de estudios:** variable cualitativa politómica ordinal que se expresará con las siguientes modalidades: sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios, estudios universitarios.
- **Situación laboral:** variable cualitativa nominal politómica que especificará la situación laboral con las siguientes modalidades: trabajo media jornada, trabajo jornada completa, desempleo.
- **Estado civil:** variable cualitativa nominal que se expresará con las siguientes modalidades: soltera, casada, separada, divorciada y viuda.

- **Convivencia:** variable cualitativa nominal que se expresará con las siguientes modalidades: vivo sola, vivo en pareja, vivo con la familia (padres, abuelos, hermanos).
- **Tipo de tratamiento de RA:** variable cualitativa nominal politómica que especificará el método de RA utilizado.
- **N.º de Intentos:** variable cuantitativa discreta que se expresará mediante números finitos.
- **N.º de hijos vivos:** variable cuantitativa discreta que se expresará mediante números finitos.
- **N.º de partos vaginales o abdominales:** variable cuantitativa discreta que se expresará mediante números finitos.
- **N.º de embarazos previos:** variable cuantitativa discreta que se expresará mediante números finitos.
- **Causa de la Esterilidad:** variable cualitativa dicotómica que se expresará con las siguientes modalidades: masculino/ femenino.
- **Complicaciones en el embarazo actual:** variable cualitativa dicotómica que se expresará con las siguientes modalidades: sí / no.

#### 2.4.2. Factores del estudio

Para el estudio realizado se utiliza la Escala de Depresión postparto (Edimburgo) (Anexo I).

Esta escala está válida para los dos meses después del parto.

La Escala de depresión postparto de Edimburgo se desarrolló para ayudar a los proveedores de atención médica primaria a identificar la depresión postparto en las nuevas madres <sup>(84)</sup>.

Instrucciones de uso:

- La madre tiene que escoger la respuesta que más se parezca a la manera en que se sintió en los siete días anteriores.
- Hay que responder las diez preguntas.
- Evitar que las madres compartan las respuestas entre ellas
- La madre debe responder el cuestionario sola.

Los criterios para la evaluación incluyen:

- De acuerdo con el aumento de la gravedad de los síntomas, a las categorías de respuesta se les asignan puntos de 0, 1, 2 y 3. La puntuación de las preguntas 3, 5, 6, 7, 8 y 9 se realiza a la inversa, por lo que los puntos serían 3, 2, 1 y 0 respectivamente. Para determinar la puntuación final, se suman todos los puntos.

- Una puntuación de 10 indica la probabilidad de depresión, pero no la gravedad de esta.
- Cualquier respuesta a la pregunta número 10 que no sea "0" indica la necesidad de más evaluaciones de inmediato.

## 2.5. Técnica de recogida de datos

Para la elección de la población se realizará un muestreo probabilístico mediante una tabla de números aleatorios hasta configurar grupos de 20 mujeres (intervención/control). Las mujeres que vayan aceptando participar en el estudio serán asignados según el sistema expuesto.

La enfermera de la unidad de reproducción citará a las mujeres que han obtenido un embarazo evolutivo en la semana 12-16 de embarazo para explicarles el proyecto, pasar el consentimiento junto al registro de los datos y el test de Edimburgo, como cribado de DP. Y así permitir conocer la información relacionada con el estado anímico de las pacientes, las psicológicas, obstétricas (ej. complicaciones), familiares (ej. apoyo social) y sociales.

Las mujeres del grupo control serán contactadas y citadas para la intervención en las siguientes 48 horas.

## 2.6. Aspectos éticos

Para la realización del proyecto de acuerdo con una correcta ética profesional, se solicitará la aprobación del comité de ética e investigación clínica para el presente estudio. Previamente, se pedirá la autorización de la dirección gerencia de CHUC.

Se solicita el consentimiento informado a las mujeres que formarán parte de la muestra del estudio en la que se explique la finalidad de la investigación. De esta manera, se deja claro el objetivo y, además, queda registrada que se autoriza la utilización de los resultados de las pruebas para llevar a cabo el proyecto de investigación (Anexo III).

Los datos que se obtengan serán tratados con confidencialidad, de acuerdo con la Ley Orgánica 3 / 2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales <sup>(85)</sup>.

Las mujeres que pertenecen al estudio pueden revocar su consentimiento de participación en cualquier momento.

## 2.7. Análisis Estadístico

Una vez recopilado los datos del cuaderno de registro de datos y el test de Edimburgo, se procede al análisis estadístico, para el cual se utilizan técnicas de estadística descriptiva e inferencial.

Para saber si una distribución es normal o no se usará tanto la prueba de Kolmogórov - Smirnov como los histogramas.

### 2.7.1. Análisis descriptivo

Las variables cuantitativas se expresan:

- Con la distribución normal de las frecuencias, como lo es la media y la desviación típica.
- Con la distribución no normal de las frecuencias, como lo es la mediana, la moda, percentiles y rango.

Las variables cualitativas en cambio se calculan con la frecuencia absoluta, la proporción y el porcentaje.

La expresión de manera gráfica de los resultados se representa con el uso de porcentajes en diagramas de sectores o de barras.

### 2.7.2. Análisis Inferencial

La estadística inferencial es la responsable de hacer deducciones, es decir, extraer atributos, conclusiones y tendencias de muestras de población. Su función es interpretar, predecir y comparar. Para la relación entre variables se utiliza:

- ANOVA II.
- Friedman.
- Chi cuadrado.

El análisis descriptivo e inferencial será llevado a cabo por un estadístico mediante el programa informático IBM® SPSS® en su última versión. Las comparaciones y asociaciones entre las variables tomarán significación estadística para un  $p < 0,05$ .

## 2.8. Cronograma

El desarrollo del estudio tiene un tiempo estimado de 2 años (ver tabla 3).

Un proyecto de investigación se desarrolla en tres fases:

1. Fase de planeación, en la que se realiza el diseño metodológico y la solicitud de autorizaciones, con un intervalo de siete meses en total.
2. Fase de ejecución, en la que se lleva a cabo la realización del proyecto, dura 1 año, pues se cita a los diferentes grupos de la población de estudio de manera trimestral, dejando una separación de 4 semanas.
3. Fase de elaboración y publicación de informes y difusión, que dura hasta los cinco meses posteriores a la ejecución del estudio, aunque se van valorando los resultados tras cada intervención, pues puede haber alguna limitación de estudio o algún abandono de alguna de las embarazadas pertenecientes al mismo.

Tabla 3: cronograma del proyecto

	2022	2023			2024						
Etapa	Nov	Abr	May	Jun	May	Jun	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
1. Diseño metodológico											
2. Solicitud de autorizaciones											
3. Ejecución											
4. Análisis de datos											
5. Elaboración de informes											
6. Fase de difusión											

Fuente: elaboración propia.

## 2.9. Presupuesto

Para la realización del presente proyecto se solicitará financiación al mismo. Se ha calculado que los gastos previstos (ver tabla 4) ascienden a un total de 9.585,80€.

Tabla 4: presupuesto del proyecto

Concepto	Cantidad	Precio / unidad	Total
Local de terapias y charlas	1	570€/mes	6.840€
Folios tipo A4	1000	-	20€
Bolígrafos	20	1€	20€
Grapadora	1	5€	5€
Caja de 500 grapas	1	2€	2€
Impresora	1	50€	50€
Gastos de impresión	-	-	100€
Gasolina para desplazamiento con vehículo propio	1,623€/litro	62,40€/mes	748,80€
Total			9.585,80€

Fuente: elaboración propia.

## 2.10. Limitaciones del estudio

Las limitaciones que se pueden encontrar al realizar este proyecto de investigación pueden ser:

- Sesgo de complacencia a la hora de cumplimentar el test de Edimburgo.
- Limitación derivada de los estudios de cohortes en la que se pierda parte de la muestra durante el seguimiento de la intervención.
- Sesgo de interpretación en la que se espera mejores resultados en el grupo de intervención.

## 3. RESULTADOS ESPERADOS

Se espera que con la intervención psicoeducativa enfermera sea eficaz como prevención para la aparición de DP en mujeres que hayan obtenido una gestación mediante TRA a modo de prevención, por lo que, comparando los resultados obtenidos mediante el presente estudio, se espera que el grupo intervenido tenga menos porcentaje de aparición de la DP frente al grupo control.

Se cree que el estudio realizado sería de gran utilidad en el área sanitaria, pues supone la utilización de terapias psicoeducativas por parte del personal de enfermería que no suponen efectos secundarios en la salud de la madre intervenida, cuyo objetivo es mejorar la calidad de ella, el bebé que está gestando y la familia en general, siendo los mayores beneficiarios tras participar en este proyecto.

En general, las terapias empleadas, según se han demostrado, que son efectivas, pues, por ejemplo, con el uso de la musicoterapia se ha afirmado que reduce significativamente el estrés y la aparición de depresión en la mujer embarazada <sup>(26)</sup> y, además ayuda en que el feto experimente mejores sensaciones de bienestar, como se ha comentado anteriormente <sup>(27)</sup>.

Además, se ha investigado que con el apoyo y el uso de técnicas psicoeducativas se puede prevenir la depresión y aumentar el éxito de las TRA <sup>(86)</sup>. Aunque, por otro lado, como ya se ha comentado, en ningún estudio se ha demostrado que las mujeres que se someten a TRA puedan tener la aparición de la DP, pero sí hay algunos expertos que consideran que hay una relación entre la RA y la posibilidad de padecer DP para las mujeres <sup>(1)</sup>.

En definitiva, el papel de la enfermera en la detección y prevención de problemas, como el de la DP, es de vital importancia para la salud del paciente, en este caso de la embarazada, el recién nacido y las personas que formen la unidad familiar.

## 4. BIBLIOGRAFÍA

1. Barcelona IVF. Depresión postparto y reproducción asistida [Internet]. Barcelona IVF. 2018 [citado el 16 de abril de 2023]. Disponible en: <https://barcelonaivf.com/es/blog/general/depresion-postparto-reproduccion-asistida>
2. Arbeláez MSC. ¿Existe relación entre la reproducción asistida y la depresión postparto? [Internet]. Eres mamá. 2016 [citado el 16 de abril de 2023]. Disponible en: <https://eresmama.com/existe-relacion-la-reproduccion-asistida-la-depresion-posparto/>
3. Villegas Loaiza N, Paniagua Dachner A, Vargas Morales JA. Generalidades y diagnóstico de la depresión postparto. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2019. [citado el 10 de abril de 2023]; 4(7): e261. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/261>
4. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I) [Internet]. Psiquiatría.com. [citado el 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/glosario/entrevista-clinica-estructurada-para-los-trastornos-del-eje-i-del-dsm-iv>
5. JS. 50 años de los inventarios de depresión de Beck: Consejos para utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. Papeles de Psicólogo. 2013. [citado el 15 de abril de 2023]; 34(3). Disponible en: <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2275.pdf>
6. González-Forteza C, Echeagaray FAW, Tapia AJ. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. Salud Ment. (Mex) [Internet]. 2012. [citado el 15 de abril de 2023]; 35(1): 13-20. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2012-08893-003>
7. Salinas Rodríguez A, Manrique Espinoza B, Acosta Castillo GI, Franco Núñez A, Rosas Carrasco O, Gutiérrez Robledo LM et al. Validación de un punto de corte para la versión breve de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en adultos mayores mexicanos. Salud pública México [Internet]. 2014. [citado el 15 de abril de 2023]; 56(3): 279-285. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342014000300014](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000300014)
8. Saldivia S, Aslan J, Cova F, Vicente B, Inostroza C, Rincón P. Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. Revista médica de Chile [Internet]. 2019 [citado el 15 de abril de 2023]; 147(1): 53-60. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872019000100053](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000100053)
9. Tellería G, Carmen E. Evaluación de los niveles de depresión, ansiedad y factores psicosociales en Pacientes con Diabetes Gestacional Previa: Ciudad Hospitalaria. Dr. Enrique Tejera. Período 2011-2012. Comunidad y Salud [Internet]. 2014. [citado el 15 de abril de 2023]; 12(2): 62-72. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1690-32932014000200009&script=sci\\_abstract](http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1690-32932014000200009&script=sci_abstract)
10. Purriños MJ. Escala de Hamilton – Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) [Internet]. Meiga.info. [citado el 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>
11. Terol Cantero MC, Cabrera Perona V, Martín Aragón M. Psiquiatría.com. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas [Internet]. Psiquiatría.com. [citado el 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/psicologia/revision-de-estudios-de-la-escala-de-ansiedad-y-depresion-hospitalaria-had-en-muestras-espanolas/>
12. Cherry for Life Science. Health Advisor – Herramientas [Internet]. Healthsadvisor.com. [citado el 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.healthsadvisor.com/es/guest/qs/echelle-madrs-depression/>

13. Brabete AC. El Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ- 12): estudio de traducción y adaptación de la versión rumana. Universidad Complutense de Madrid. Licenciada en Psicología. Personal investigador en formación. Investigación subvencionada por el Programa de Becas Complutense Predoctorales en España. Universidad Complutense de Madrid. España. 2014. [citado el 15 de abril de 2023]; 1(37). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645433002.pdf>
14. Sánchez Jiménez B, Hernández Trejo M, Lartigue Becerra T. Estrategia educativa de enfermería para fortalecer el autocuidado durante el control prenatal. Perinatol Reprod Hum. [Internet]. 2007. [citado el 17 de abril de 2023]; 21(4):167-177. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=20105>
15. Puerta AR. Apoyo social [Internet]. Lifeder. 2021. [citado el 17 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.lifeder.com/apoyo-social/>
16. Vega Angarita OM, González Escobar DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enfermería. Global. [Internet]. 2009. [citado el 17 de abril de 2023]; (16). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000200021](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021)
17. Apoyo psicológico y psiquiátrico durante el embarazo y el postparto. Embarazo y parto. Institu Marqués [Internet]. [citado el 17 de abril de 2023]. Disponible en: <https://institutomarques.com/obstetricia/embarazo-y-parto/apoyo-psicologico-y-psiquiatrico-en-el-embarazo-y-el-posparto/>
18. Izzedin Bouquet de Durán R. Psicología de la Reproducción: De la Infertilidad a la Reproducción Asistida. Revista Científica Ciencia Médica [Internet]. 2011 [citado el 17 de abril de 2023]; 14(2): 31-34. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-74332011000200009](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332011000200009)
19. Escalante Barboza K. Métodos de reproducción asistida: aspectos psicológicos. Medicina Legal de Costa Rica [Internet]. 2003. [citado el 17 de abril de 2023]; 20(1): 5-13. Disponible. En: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152003000100002](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100002)
20. Chávez Courtois M, Hernández Maldonado A, Arce Zacarías E, Bolaños Delfin I, González Pacheco I, Lartigue Becerra T. Experiencia grupal de mujeres embarazadas y en etapa postparto, y su relación con la depresión y algunos factores sociales. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2008 [citado el 17 de abril de 2023]; 22(4): 270-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=21104>
21. Sorrentino N, Medina PG, Clínica. P, Índice M. Estrés y Salud Psicológica: yoga como terapia complementaria [Internet]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=21104>
22. FA. P. Posfacio Textos japoneses originales Apéndice fotográfico. Direcciones Localización de las vértebras. Manual de reiki do Dr. Mikao Usui. [Internet]. Losrealejos.es. 2003. [citado el 17 de abril de 2023]. Disponible en: <https://losrealejos.es/documentos/bienestar-social/dialogo-dialogo/2016/reiky%20manual%20original.pdf>
23. Cruz PS, Pirovich BH, Peña TE. La música en el trabajo de parto. Revista chilena de Obstetricia y ginecología. [Internet]. 2003 [citado el 17 de abril de 2023]; 68(1): 68-74. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262003000100014](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000100014)
24. Campos MC. Efectos de la musicoterapia durante el embarazo y el parto. Metas de enfermería [Internet]. 2015 [citado el 17 de abril de 2023]; 18(8): 7. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5196572>



25. Gebuza G, Zaleska M, Kaźmierczak M, Mieczkowska E, Gierszewska M. The effect of music on the cardiac activity of a fetus in a cardiotocographic examination. *Adv Clin Exp Med*. 2018. [citado el 17 de abril de 2023]; 27(5): 615-621. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29790684/>
26. Corbijn van Willenswaard, K, Lynn, F, McNeill, J. et al. Music interventions to reduce stress and anxiety in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017. [citado el 17 de abril de 2023]; 17(1). Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1432-x#citeas>
27. Bocanegra, Migdolia Prieto B, Sosa, Carolina Gil J, Simbaqueba, Carolina Madrid D. Terapias complementarias durante la gestación y parto. Revisión integrativa. *Revista Cuidarte*. [Internet]. 2020. [citado el 20 de abril de 2023]; 11(2): e1056. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732020000200404&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732020000200404&script=sci_abstract&tlng=es)
28. Fox M. Complementary therapies in clinical practice. *Complement Ther Clin Pract* [Internet]. 2005 [citado el 20 de abril de 2023]; 11(4): 221-3. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/journal/complementary-therapies-in-clinical-practice/about/editorial-board>
29. Conoce los síntomas de la depresión durante el embarazo [Internet]. Mayo Clinic 2022. [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/in-depth/depression-during-pregnancy/art-20237875>
30. BabyCenter en Español E. Cómo tratar la depresión durante el embarazo [Internet]. BabyCenter. 2017 [citado el 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://espanol.babycenter.com/a25015874/cómo-tratar-la-depresión-durante-el-embarazo>
31. Antidepresivos: ¿son seguros durante el embarazo? [Internet]. Mayo Clinic. 2022. [citado el 22 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/in-depth/antidepressants/art-20046420>
32. Rojas G, Guajardo V, Martínez P, Fritsch R. Depresión posparto: tamizaje, uso de servicios y barreras para su tratamiento en centros de atención primaria. *Revista médica de Chile* [Internet]. Septiembre 2018. [citado el 23 de febrero de 2023]; 146(9): 1001-1007. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872018000901001](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000901001)
33. Psiquiatría AAd. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-5®). 5th ed. Ed. Arlington VAAAdP, editor.: Panamericana; 2014. Disponible en: <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
34. Urdaneta MJ, Rivera SA, García IJ, Guerra VM, Baabel ZN, Contreras BA. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y múltiparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. [Internet]. 2010 [citado el 25 de febrero de 2023]; 75(5): 312-320. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262010000500007](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000500007)
35. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J. Affect Disord* [Internet]. [citado el 5 de abril de 2023]; 2017; 219: 86-92- Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28531848/>
36. Depresión perinatal [Internet]. National Institute of Mental Health (NIMH). [citado el 27 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-perinatal>

37. Palladino CL, Singh V, Campbell J, Flynn H, Gold KJ. Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstet Gynecol.* [Internet]. 2011. [citado el 5 de abril de 2023]; 118(5):1056-1063. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22015873/>
38. Dominiak M, Antosik Wojcinska AZ, Baron M, Mierzejewski P, Swiecicki L. Recommendations for the prevention and treatment of postpartum depression. *Ginekol Pol* [Internet]. [citado el 10 de abril de 2023]; 2021; 92(2):153-164. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33448014/>
39. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis y la tristeza postparto. *Perinatología y reproducción humana.* [Internet]. Enero 2013 [citado el 10 de abril de 2023]; 27(3): 185-193. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372013000300008](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008)
40. Insomnio [Internet]. MayoClinic.org. 2016 [citado el 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/insomnia/symptoms-causes/syc-20355167>
41. Depresión postparto [Internet]. MayoClinic.org. 2022 [citado el 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/postpartum-depression/symptoms-causes/syc-20376617?>
42. Sanoner CP. Depresión y suicidio: ¿Qué relación hay entre conducta suicida y el trastorno depresivo? [Internet]. *Mundopsicologos.com*; 2022 [citado el 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.mundopsicologos.com/articulos/depresion-y-suicidio-que-relacion-hay-entre-la-conducta-suicida-y-el-trastorno-depresivo>
43. García Rasero AM. Ansiedad postparto: causas y síntomas. [Internet]. *Nortehispana.com*. [citado el 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.nortehispana.com/canal/embarazo-y-bebe/post/ansiedad-postparto-causas-y-sintomas>
44. Cardona Terreu R. Estrés postparto: síntomas y cómo evitarlo [Internet]. *Enfamil España*. 2019 [citado el 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.enfamil.es/blogs/ser-madre/estres-postparto-sintomas-como-evitarlo>
45. Depresión (trastorno depresivo mayor) [Internet]. MayoClinic.org. 2022 [citado el 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
46. Contreras García Y, Sobarzo Rodríguez P, Manríquez Vidal C. Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.* [Internet]. Marzo 2017. [citado el 12 de abril de 2023]; 43(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2017000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000100006)
47. Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2020. [citado el 12 de abril de 2023]; 31(2): 139-49. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-depresion-perinatal-deteccion-diagnostico-estrategias-S0716864020300183>
48. Lara Caba EZ, Aranda Torres C, Zapata Boluda R, Bretones Callejas C, Alarcón R. Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento.* [Internet]. 2019. [citado el 13 de abril de 2023]; 11(1): 1. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/racc/article/view/21864>

49. Víquez Quesada M, Valverde Chinchilla K. Detección temprana de la depresión postparto. Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos [Internet]. 2022. [citado el 13 de abril de 2023]; 6(5): 37-44. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/474>
50. Tristeza puerperal. Depresión postparto [Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/ventanafamilias/es/embarazo-parto/posparto/puerperio/tristeza-puerperal-depresion-posparto>
51. Jadresic ME. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2014; 25(6): 1019-28. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706510>
52. La ansiedad perinatal [Internet]. FAME. FAME – Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2021 [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/2021/06/15/ansiedad-perinatal-fame/>
53. Arbat A, Danés I. Depresión postparto. Medicina Clínica (Barc) [Internet]. 2023. [citado el 14 de abril de 2023]; 121 (17): 673-5. Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/mental-health/mental-health-conditions/postpartum-depression>
54. CDC. La depresión durante y después del embarazo [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [citado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/features/spanish/maternal-depression/index.html>
55. Polen KN, Rasmussen SA, Riehle-Colarusso T, Reefhuis J; National Birth Defects Prevention Study. Association between reported venlafaxine use in early pregnancy and birth defects, national birth defects prevention study, 1997-2007. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. [Internet]. 2013. [citado el 14 de abril de 2023]; 97(1):28-35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23281074/>
56. Penberthy JK, Hook JN, Hetteema J, Farrell-Carnahan L, Ingersoll K. Depressive symptoms moderate treatment response to brief intervention for prevention of alcohol exposed pregnancy. J Subst Abuse Treat. [Internet]. 2013. [citado el 14 de abril de 2023]; 45(4): 335-42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23810264/>
57. Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. Curr Opin Psychiatry [Internet]. 2012; 25(2): 141-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4447112/>
58. Markham JA, Koenig JI. Prenatal stress: role in psychotic and depressive diseases. Psychopharmacology (Berl). [Internet]. 2011; 214(1): 89-106. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3050113/>
59. Jadresic ME. Depresión en el embarazo y el puerperio. Revista chilena de neuro-psiquiatría. [Internet]. 2010. [citado el 14 de abril de 2023]; 48(4): 269-278. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272010000500003](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003)
60. Marcus SM. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences – Motherisk Update 2008. Can J Clin Pharmacol. 2009. [citado el 15 de abril de 2023]; 16(1): e15-22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19164843/>

61. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behav Dev* [Internet]. 2006. [citado el 15 de abril de 2023]; 29(3): 445-55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17138297/>
62. Davis EP, Glynn LM, Schetter CD, Hobel C, Chiciz Demet A, Sandman CA. Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2007. [citado el 15 de abril de 2023]; 46(6): 737-46. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17513986/>
63. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2000. [citado el 15 de abril de 2023]; 95(4): 487-90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10725477/>
64. Lartigue T, Maldonado-Durán JM, González-Pacheco I, et al. Depresión en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum*. [Internet] 2008. [citado el 15 de abril de 2023]; 22(2):111-131. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=21188>
65. Brugo Olmedo S, Chillik C, Kopelman S. Definición y causas de la infertilidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. Noviembre 2003 [citado el 22 de marzo de 2023]; 54(4):227-248. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342003000400003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342003000400003)
66. Veiga MC, Puccio MF, Tamburelli V. ¿Qué relación existe entre estrés, ansiedad e infertilidad? [Internet]. 28(3). Reproducción; 2013. Disponible en: [http://www.samer.org.ar/revista/numeros/2013/vol\\_3/revision.pdf](http://www.samer.org.ar/revista/numeros/2013/vol_3/revision.pdf)
67. Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute) [Internet]. INE. [citado el 23 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=5498&capsel=5499>
68. El éxito de la Fecundación In Vitro si quieres ser mamá [Internet]. Blogs Quirónsalud. [citado el 15 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.quironsalud.es/blogs/es/aventura-madre/exito-fecundacion-in-vitro-quieres-mama>
69. Técnicas de Reproducción Asistida [Internet]. Segoe.es. [citado el 9 de febrero de 2023]. Disponible en: [https://sego.es/mujeres/Reproduccion\\_asistida.pdf](https://sego.es/mujeres/Reproduccion_asistida.pdf)
70. Plaza V. El 9,5% de los nacimientos en España son fruto de la reproducción asistida [Internet]. Valencia Plaza. 2022 [citado el 15 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://valenciaplaza.com/-9-5-nacimientos-espana-fruto-reproduccion-asistida>
71. Tratamientos [Internet]. Centro Médico Manzanera. 2016 [citado el 15 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.centromedicomanzanera.com/tratamientos/>
72. Flicker S. El Instituto Nacional de la Salud Infantil y Desarrollo Humano. Técnicas de reproducción asistida (ART) [Internet]. <https://español.nichd.nih.gov/>. 2020. [citado el 15 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/infertility/informacion/tratamientos-art>
73. García de Miguel L, Gutiérrez Azaña S. Transferencia intratubárica de cigotos – Ventajas e inconvenientes [Internet]. Reproducción Asistida ORG. 2022. [citado el 17 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/transferencia-intratubarica-de-cigotos-tic/>
74. Criotransferencia [Internet]. Ovoclinic / Clínica de Reproducción Asistida. Ovoclinic; 2019. [citado el 17 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://ovoclinic.net/criotransferencia/>
75. Embrioadopción: Adopción de embriones [Internet]. VITA Medicina Reproductiva. [citado el 17 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.vitafertilidad.com/tratamientos/embrioadopcion-adopcion-embriones>

76. Grávalos BC. El estrés en los procesos de reproducción asistida [Internet]. Easyfly [citado el 20 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://easyfiv.es/blog/estres-reproduccion-asistida>
77. Hernández GG, Kimelman JM, Montino RO. Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y puerperio. Revista Médica de Chile [Internet]. 2000 [citado el 22 de abril de 2023]; 128(11): 1283-1289. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-9887200001100015](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9887200001100015)
78. CronkiteBSN C. Enfermera perinatal. ¿Qué es una enfermera perinatal? [Internet]. Reefrecovery.org. Reef Recovery; 2021. [citado el 24 de abril de 2023]. Disponible en: <https://reefrecovery.org/es/enfermera-perinatal/>
79. Pérez-DUEdevocacion T. Cualidades de los profesionales de Salud Mental [Internet]. Teresa Pérez-DUEdevocacion; 2014 [citado el 24 de abril de 2023]. Disponible en: <https://teresaperez.net/2014/11/11/cualidades-de-los-profesionales-de-salud-mental/>
80. El desarrollo de la Enfermería materno Perinatal [Internet]. Enfermería21. 2014 [citado el 24 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/el-desarrollo-de-la-enfermeria-materno-perinatal-DDIMPORT-032947/>
81. Ocronos R. Atención de Enfermería en la prevención de la depresión postparto [Internet]. Ocronos – Editorial. Científico-Técnica. 2022 [citado el 24 de abril de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/enfermeria-prevencion-depresion-postparto/>
82. Uva.es. [citado el 24 de abril de 2023]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/23925/TFG-H717.pdf;sequence=1>
83. Ginecología y Obstetricia [Internet]. Gobiernodecanarias.org. [citado el 24 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/tfe/28/memorias/2021/gestion/servicio/gine\\_obs.html](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/tfe/28/memorias/2021/gestion/servicio/gine_obs.html)
84. PSS. Escala de Depresión de Postparto de Edingburgh [Internet]. [Www.nj.gov](http://www.nj.gov). [citado el 24 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale\\_sp.pdf](https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf)
85. BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Boe.es. [citado el 24 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/con>
86. Ruiz Porras D, Ruiz Porras L, Cruz Repiso V. La depresión en su relación con las técnicas de reproducción asistida y la influencia del asesoramiento profesional durante el proceso. 2020. Psicología y Salud. [citado el 24 de abril de 2023]. 30(1), 15-23. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2614/4495>

## 5. ANEXOS

### 5.1. Anexo I: cuestionario sobre Depresión Postnatal Edimburgo

#### Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Su fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- |  |  |
|--|--|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas<br>Tanto como siempre<br>No tanto ahora<br>Mucho menos<br>No, no he podido               | 6. Las cosas me oprimen o agobian<br>Sí, la mayor parte de las veces<br>Sí, a veces<br>No, casi nunca<br>No, nada                              |
| 2. He mirado el futuro con placer<br>Tanto como siempre<br>Algo menos de lo que solía hacer<br>Definitivamente menos<br>No, nada                   | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir<br>Sí, la mayoría de las veces<br>Sí, a veces<br>No muy a menudo<br>No, nada |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien<br>Sí, la mayoría de las veces<br>Sí, algunas veces<br>No muy a menudo<br>No, nunca | 8. Me he sentido triste y desgraciada<br>Sí, casi siempre<br>Sí, bastante a menudo<br>No muy a menudo<br>No, nada                              |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo<br>No, para nada<br>Casi nada<br>Sí, a veces<br>Sí, a menudo  | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando<br>Sí, casi siempre<br>Sí, bastante a menudo<br>Sólo en ocasiones<br>No, nunca                   |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno<br>Sí, bastante<br>Sí, a veces<br>No, no mucho<br>No, nada  | 10. He pensado en hacerme daño a mí misma<br>Sí, bastante a menudo<br>A veces<br>Casi nunca<br>No, nunca                                       |

Fuente: Escala de Depresión de Postparto de Edinburgh <sup>(84)</sup>.

## 5.2. Anexo II: unidades de reproducción asistida en la isla de Tenerife

Hospitales:

- **Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC)**
  - Dirección: Ctra. Gral. del Rosario, 145, 38010 Santa Cruz de Tenerife
  - Teléfono: 922 60 20 00
- **Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC)**
  - Dirección: Carretera Ofra S/N, 38320 La Laguna, Santa Cruz de Tenerife
  - Teléfono: 922 67 80 00

Centros especializados:

- **Clínica IRMO – Reproducción asistida**
  - Dirección: C. Tome Cano, 10, Local 5, 38005 Santa Cruz de Tenerife
  - Teléfono: 922 24 52 45
- **IVI Tenerife – Clínica de Reproducción Asistida y Fertilidad**
  - Dirección: Av. Reyes Católicos, 13, 38005 Santa Cruz de Tenerife
  - Teléfono: 651 79 10 00
- **Cínica EVA Fertilidad y Reproducción Asistida**
  - Dirección: C. Ramón y Cajal, 12, 38004 Santa Cruz de Tenerife
  - Teléfono: 822 02 02 21
- **FIVAP**
  - Dirección: C. Manuel de Ossuna, 43, 45 Bajo, 38202 La Laguna, Santa Cruz de Tenerife
  - Teléfono: 922 26 64 81
- **IVI Dono Santa Cruz de Tenerife**
  - Zona de servicio: Santa Cruz de Tenerife
  - Teléfono: 900 854 100
- **Centro de Endocrinología De La Reproducción**
  - Dirección: Rbla. de Sta. Cruz, 155, 38001 Santa Cruz de Tenerife
  - Teléfono: 922 29 05 77

### 5.3. Anexo III: hoja de información al paciente y consentimiento informado

**Título:** Prevención de la depresión postparto en mujeres sometidas a reproducción asistida mediante intervenciones psicoeducativas enfermeras.

#### **Introducción**

Está invitada a participar en el presente estudio, por lo que acudimos a usted para informarle al respecto. Nuestro objetivo es que reciba la información precisa y completa que le permitirá evaluar el proyecto y decidir si desea participar o no. Cualquier duda que tenga será aclarada en cualquier momento.

#### **Participación voluntaria y derecho al abandono**

Los datos solicitados serán tratados de forma ANÓNIMA y siempre cumpliendo la ley de protección de datos. Su participación es totalmente VOLUNTARIA, y usted es libre de finalizarla cuando lo desee sin tener que dar ninguna explicación y sin que eso afecte la forma en que recibe atención médica. Cualquier información pertinente del estudio que pueda afectar su decisión de continuar o dejar de participar en él se le informará.

#### **Descripción y objetivo general del estudio**

El propósito del estudio que se va a realizar es evaluar la eficacia de una intervención psicoeducativa enfermera en la prevención de depresión postparto en mujeres que hayan logrado una gestación mediante técnicas de reproducción asistida.

Como paciente en tratamiento con técnicas de reproducción asistida le solicitamos que participe en este estudio en el que se someterá de manera trimestral a la realización del test de Edimburgo, como cribado para la aparición de la depresión postparto, tanto si forma parte del grupo de intervención al de control. En el caso de formar parte del primero, además de ese test, participará en las diferentes técnicas complementarias (yoga, charlas y musicoterapia) de manera trimestral, siendo estas intervenciones psicoeducativas enfermeras para prevenir este problema.

La selección de qué mujeres formarán cada grupo se realizará de manera aleatoria y se les informará al comienzo del proyecto.

#### **Riesgos/beneficios**

Su participación en este estudio no conlleva ningún riesgo. Solo con su participación en el proyecto será posible determinar si existe la aparición de depresión postparto.

#### **Confidencialidad**

Los datos obtenidos, procesados y analizados se llevarán a cabo según Reglamento General de Protección de Datos 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Ahora también puede limitar el tratamiento de datos inexactos, solicitar una copia o que los datos que se han facilitado sean cedidos a un tercero (portabilidad), además de los derechos que ya conoce (acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos). También podrá revocar su consentimiento para el tratamiento de sus datos. Sin embargo, su decisión de dejar de participar en el proyecto puede basarse en dicha retirada. Para ejercer sus derechos, póngase en contacto con el investigador principal del estudio o al/a la Delegado/a de Protección de Datos del centro/institución. Para garantizar la validez de la investigación y cumplir con las obligaciones legales, los datos no se pueden eliminar, incluso si deja de participar en el ensayo o retira su consentimiento para el procesamiento de datos. En caso de no estar satisfecha, tiene la opción de dirigirse a la Agencia de Protección de Datos.



Su información se tratará con la más estricta confidencialidad para que no se pueda relacionar con los resultados finales del estudio. Solo los investigadores y colaboradores de este podrán vincular los datos de los pacientes y su historial clínico, pues su nombre e iniciales serán reemplazados por un código y no aparecerán en ningún documento. De acuerdo con el orden en que se incluya en el estudio, se le asignará un número como parte del código utilizado para identificarla. A menos que surja una emergencia médica o un requerimiento legal, nadie será informado de su identidad.

Su información de identificación personal solo será accesible para los investigadores y colaboradores del proyecto, las autoridades sanitarias (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos y el personal autorizado por el promotor. El acceso a esta información sólo se otorgará cuando sea necesario para verificar los datos y procedimientos del estudio, manteniendo siempre la confidencialidad de la información de acuerdo con las leyes vigentes.

**Contacto**

Puede ponerse en contacto con la investigadora principal del estudio (xxxxxxx) o el investigador colaborador (xxxxxxx) si tiene alguna inquietud o pregunta sobre su participación en el proyecto o sus derechos

Teléfono: xxxxxxxx

**Coste/compensación:**

Este proyecto no tiene ningún coste ni por participar en el mismo no habrá recompensa mentaría.

#### 5.4. Anexo IV: documento de consentimiento informado del sujeto participante

**Título:** Prevención de la depresión postparto en mujeres sometidas a reproducción asistida mediante intervenciones psicoeducativas enfermeras.

Yo (nombre y apellidos): .....

Tras leer la hoja de información del proyecto que se me ha entregado por parte el Investigador (principal/colaborador) .....

He podido realizar consultar las dudas sobre el estudio y se me ha aportado la información necesaria para entender el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria, pudiendo abandonar el proyecto:

1. En el momento que quiera.
2. Sin explicar los motivos de abandono.
3. Sin repercusiones en el seguimiento del embarazo y posparto.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del paciente:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha: