



Universidad
Zaragoza

TRABAJO FIN DE MÁSTER
MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

**Aplicación del Protocolo Unificado para el tratamiento de la depresión y ansiedad
prenatal**

Application of the Unified Protocol for the treatment of prenatal depression and anxiety

Alumna

Silvia García Per

NIA

680111

Director

Jorge Javier Osma López

AÑO ACADÉMICO 2020-2021



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

INDICE

Resumen/ Abstract.....	3
Palabras Claves	3
Justificación teórica	4
Hipótesis.....	8
Objetivos	8
Material y método	8
Resultados esperados	17
Conclusiones	18
Referencias.....	20
Anexos	25

Resumen

El Protocolo Unificado es un tratamiento cognitivo conductual transdiagnóstico basado en la evidencia que se focaliza en la mejora de la regulación emocional. Los resultados obtenidos hasta el momento muestran su eficacia para el tratamiento de los trastornos emocionales en población clínica pero no disponemos de estudios controlados que hayan aplicado esta intervención en población de mujeres embarazadas con trastornos emocionales. Por ello, el propósito de este trabajo es desarrollar una propuesta de intervención que adapte el Protocolo Unificado para el tratamiento de la depresión y ansiedad prenatal. Las participantes a las que iría destinada esta intervención serían todas aquellas mujeres embarazadas diagnosticadas con un trastorno emocional. Los resultados esperados son la reducción significativa de síntomas depresivos y ansiosos, y aumento en calidad de vida. Si tras la aplicación del programa se demuestra su utilidad clínica, el impacto en esta población sería muy importante, ya que a través de un único tratamiento, se podría intervenir en el conjunto de trastornos emocionales que pueden presentar las mujeres durante el embarazo.

Palabras Claves:

Intervención Psicológica; Depresión; Prenatal; Emociones; Protocolo Unificado.

Summary

The Unified Protocol is an evidence-based transdiagnostic cognitive behavioral treatment that focuses on improving emotional regulation. The results obtained so far determined its efficacy for the treatment of emotional disorders in the clinical population, but we do not have any controlled studies that have applied this intervention in the population of pregnant women with emotional disorders. Therefore, the purpose of this work is to develop an intervention proposal adapting the Unified Protocol for the treatment of prenatal depression and anxiety. The participants to whom this intervention would be aimed affected all pregnant women diagnosed with an emotional disorder. The expected results are a significant reduction in depressive and anxious symptoms, and an increase in quality of life. If after the application of the program its clinical utility is demonstrated, the impact in this population would be very important, because through a single treatment it could be treated all range of emotional disorders that women may present during pregnancy.

Key words:

Psychological Intervention; Depression; Prenatal; Emotions; Unified Protocol.

1. Justificación teórica

Las emociones son una parte natural de nuestra vida diaria, por lo que experimentarlas no es algo problemático en sí mismo. Para conocer si realmente comienzan a interferirnos, es necesario entender la situación o el contexto en el que éstas transcurren (Barlow et al., 2011). Cuando las emociones nos afectan de un modo más intenso y duradero, siendo desproporcional a la situación o sin motivo aparente, pueden llegar a ser patológicas (Leonetti y Martins, 2007).

Los trastornos mentales más frecuentes en la población son los depresivos y ansiosos, que afectan sobre todo a la capacidad de trabajo y la productividad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017), y pueden padecerlos cualquier individuo durante determinados periodos de su vida (Leonetti y Martins, 2007).

Según informes de la OMS (2020), la depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, constituyendo un importante problema de salud pública a nivel mundial y siendo la principal causa de discapacidad. La prevalencia de depresión mayor en el mundo es más elevada en mujeres que en hombres.

La depresión se define en el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), como un trastorno mental que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, con una disminución importante del interés o el placer por casi todas actividades. Además se suele presentar trastornos del sueño o del apetito, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, y pensamientos de muerte e ideación suicida recurrentes. Si es leve, puede tratarse sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se suele requerir psicofármacos y psicoterapia profesional (OMS, 2018).

Este trastorno mental puede darse en diferentes etapas de la vida, incluso en el embarazo, donde se diagnostica como Trastorno depresivo mayor de inicio en el periparto (American Psychiatric Association [APA], 2013). Durante la gestación, se producen múltiples cambios físicos y emocionales en la madre, que pueden causar la aparición de dichas alteraciones emocionales (Tamrat y Kachnowski, 2012). Estas alteraciones, tienen importantes consecuencias sobre la salud de la propia mujer y el futuro bebé, tanto a corto como a largo plazo (Dunkel-Schetter, 2011).

La depresión prenatal, se define como aquella que se presenta en la madre antes del parto (Fortner, Pekow, Dole, Markenson, y Chasen-Tabé, 2011). El American College of

Obstetricians and Gynecologists (ACOG: 2015), insiste en que la depresión perinatal afecta a una de cada siete mujeres, incrementándose los síntomas conforme avanza la gestación (Gaviria, Duque, Vergel y Restrepo, 2019). Presenta características comunes con la depresión desarrollada en otras etapas de la vida, pero se diferencia en los efectos negativos que este trastorno puede tener en el bebé, lo que constituye una importante diferencia, que alerta sobre la necesidad de tratamiento para este grupo, buscando aliviar a la madre y prevenir psicopatología posterior en el niño/a (Clatworthy, 2011). Además, esta población se considera vulnerable, puesto que cuando se identifica una gestante con riesgo de depresión, en pocas ocasiones recibe un tratamiento adecuado (Navarro y Lizarta, 2007).

Se han identificado diversos factores de riesgo para desarrollar depresión prenatal como: la falta del apoyo social, baja autoestima y eventos de vida estresantes (Matthey, Kavanagh, Howie, Barnett y Charles, 2004), pero se destaca como el mejor predictor de depresión pre y post parto, la existencia de episodios depresivos previos en la madre (Olhaberry, Escobar, San Cristóbal, Santelices y Farkas, 2013).

Por otro lado, la ansiedad se define en el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), como una respuesta anticipatoria a una amenaza futura, y se asocia con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. Durante el embarazo, la ansiedad es uno de los factores de riesgo maternos más potentes que pueden dar lugar a la aparición de resultados o efectos adversos tanto para la madre como para el futuro bebé (Dunkel-Schetter, 2011). El estudio de Lee et al. (2007), indicó que la ansiedad prenatal era más frecuente que la depresión en todas las etapas, presentando ansiedad prenatal más de la mitad de las mujeres (54%), y más de un tercio (37,1%) síntomas depresivos durante al menos un trimestre del embarazo. Otros estudios, como por ejemplo el de Henderson y Redshaw (2013), en el que se trabajó con una muestra de 5332 mujeres en el periodo pre y posnatal, se observó que el 13.9% de las mujeres evaluadas habían experimentado síntomas de ansiedad prenatal.

El trabajo de Dunkel-Schetter (2011) plantea la posible influencia de los factores psicosociales en la aparición de la ansiedad prenatal. Roy-Matton Moutquin, Brown, Carrier y Bell (2011), también hacen hincapié en la importancia de los factores psicosociales, tales como el apoyo social o las estrategias de afrontamiento, como moderadores potenciales del estrés. Además de otros factores, como podrían ser: la predisposición a la ansiedad generalizada, el neuroticismo, haber sufrido un trastorno de ansiedad previo al embarazo, y

presentar condiciones de riesgo médico que puedan influir en el curso normal del embarazo (Dunkel-Schetter, 2011).

Las intervenciones en depresión difieren en el momento elegido para intervenir, dirigiéndose algunas a embarazadas, otras durante el primer año posterior al parto, y en menor número a ambos períodos (Olhaberry, et al., 2013). Teniendo en cuenta que la construcción del vínculo entre la madre y su bebé se inicia en la gestación y no en el momento del nacimiento, resulta relevante considerar el embarazo como el momento idóneo para el inicio de las intervenciones dirigidas a madres deprimidas (Olhaberry, Romero y Miranda, 2015)

El estudio realizado por Milgrom, Schembri, Ericksen, Ross y Gemmill (2011), desarrolla un programa compuesto por 9 unidades, basado en el modelo cognitivo conductual. Utiliza un libro de auto-ayuda y apoyo telefónico semanal realizado por psicólogos, para reforzar y discutir los contenidos abordados en cada unidad. Los contenidos revisados incluyen contenidos sobre maternidad y paternidad, resolución de problemas, pensamientos saludables, cuidados del bebé, equilibrio y bienestar, entre otros. La intervención se realiza durante el embarazo y después del nacimiento, los resultados muestran puntuaciones significativamente inferiores en depresión, ansiedad y estrés en las madres pertenecientes al grupo experimental. La psicoterapia interpersonal individual también es utilizada obteniendo resultados favorables en la reducción de la sintomatología depresiva después de 12 sesiones semanales (O'Hara, Stuart, Gorman y Wenzel, 2000). Al implementarla desde el embarazo en mujeres con sintomatología depresiva previa, se obtienen efectos positivos en la disminución de la aparición de sintomatología postparto (Zlotnick, Miller, Pearlstein, Howard y Sweeney, 2006).

Uno de los enfoques que aborda simultáneamente los síntomas principales y las vulnerabilidades que subyacen a varios trastornos, es el transdiagnóstico (Barlow et al., 2011). Este enfoque, consiste en entender los trastornos mentales sobre la base de un rango de procesos cognitivos, conductuales y emocionales etiopatogénicos causales y/o mantenedores comunes a grupos consistentes de trastornos mentales. Para estos autores, lo esencial para que un tratamiento sea transdiagnóstico no es su forma de aplicación individual o grupal, sino que la intervención aborde primariamente procesos etiopatogénicos (factores causales de vulnerabilidad y/o mantenimiento) comunes a más de un trastorno (p.ej., común a los trastornos emocionales). Los trastornos emocionales (Barlow et al., 2011), incluyen el trastorno de ansiedad social, depresión, trastorno de pánico (y agorafobia), trastorno de

ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos ansioso-depresivo relacionados. En todos estos trastornos emocionales se experimentan emociones fuertes, intensas y/o incómodas como ansiedad, pánico, depresión o miedo y que interfieren en la vida de la persona y que llevan a hacer cosas que puede que no quisiera hacer (Barlow et al., 2011). Aunque existen diversos protocolos para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales, el que posee mayor grado de aceptación, consistencia teórica y validación empírica es el protocolo unificado (PU) elaborado por Barlow et al. (2011) para población adulta (Rosique, Chorot, Valiente, García-Escalera y Sandín, 2019). Estos autores, (Barlow et al., 2011), explican que se trata de un enfoque centrado en el tratamiento de la emoción, es decir, que está diseñado para ayudar a los pacientes a que aprendan cómo tolerar las emociones incómodas, y para responder a las mismas de una manera más adaptativa. Es importante recalcar, que el PU no trata de eliminar las emociones incómodas, sino que más bien intenta llevarlas a un nivel funcional de modo que incluso las emociones incómodas puedan ser adaptativas y útiles (Barlow et al., 2011).

El objetivo por tanto, es reducir la intensidad y la incidencia de las experiencias emocionales desadaptativas y mejorar el funcionamiento de los pacientes mediante la modificación de sus habilidades de regulación emocional (Barlow et al., 2011).

El protocolo se compone de ocho módulos que intervienen directamente en reducir las reacciones negativas asociadas con la experiencia de las emociones, y que proporcionan habilidades a los pacientes para manejar y regular las mismas a medida que ocurren (Sauer-Zavala et al., 2012).

El meta-análisis de Sakiris, y Berle, (2019), se realizó con el fin de evaluar y determinar el grado en el que el PU conducía a la disminución de los trastornos emocionales. A través de un total de 15 estudios y una muestra clínica de 1244 participantes, los resultados mostraron que después de la intervención con el PU, existieron grandes reducciones en los síntomas de ansiedad, depresión, del trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad social, estrés postraumático y trastorno límite de la personalidad. Por lo tanto, los resultados de los análisis apoyan la eficacia del PU como una intervención transdiagnóstica para el tratamiento de los trastornos emocionales.

En la actualidad, solo existe un estudio de caso publicado en el que se haya abordado la depresión y la ansiedad perinatal a través de la aplicación del PU, aunque no hay evidencias clínicas contundentes sobre su eficacia en esta población (Osma, 2019).

Anteriormente hemos visto que existen evidencias sobre la eficacia del PU para el tratamiento de los trastornos emocionales, por lo que nos planteamos realizar una intervención con este programa, realizando algunas adaptaciones en los módulos para mujeres con depresión y ansiedad prenatal, y de este modo, comprobar la eficacia del PU en esta población. Además, supondría una ventaja la utilización del mismo, puesto que al tratarse de un enfoque transdiagnóstico pueden abordarse ambos síntomas principales (depresión y ansiedad) con el mismo tratamiento debido a las variables de vulnerabilidad que comparten.

2. Hipótesis

Encontraremos mejoras en síntomas depresivos y ansiosos, así como en la calidad de vida, tras la aplicación del PU en una muestra de mujeres con diagnóstico de depresión y ansiedad prenatal.

3. Objetivos

El objetivo general de esta intervención es: Comprobar la utilidad clínica del PU para el tratamiento psicológico de los trastornos emocionales prenatales.

Como objetivos específicos: (a) proporcionar a las pacientes habilidades para regular más adaptativamente sus emociones, (b) comprobar si mejoran de manera estadísticamente significativa las puntuaciones en depresión, ansiedad y calidad de vida tras el tratamiento, (c) comprobar si los beneficios tras el tratamiento se mantienen a los tres meses de seguimiento.

4. Material y método

4.1. Diseño de estudio

Se ha elegido un diseño de línea base múltiple entre sujetos en este estudio (Hersen y Barlow, 1984). Concretamente, utilizaremos un diseño de línea base múltiple no concurrente entre individuos (Watson y Workman, 1981) dado que las participantes no realizan la intervención al mismo tiempo. Se establecieron tres períodos de evaluación de línea de base (7, 10 y 14 días) y las participantes fueron asignadas mediante muestreo aleatorio a las mismas.

4.2. Participantes y procedimiento

Este programa está dirigido a mujeres embarazadas con diagnóstico principal de un trastorno emocional (trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad y relacionados

(Barlow et al., 2011). La muestra estará compuesta por quince participantes, seleccionadas a través del programa SPSS donde introduciremos los datos de aquellas mujeres que hayan sido diagnosticadas con un trastorno emocional (trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad y relacionados), en el Hospital Clínico Lozano Blesa (Zaragoza), durante el primer trimestre de embarazo, mayores de edad y que acepten participar en el estudio voluntariamente y realizaremos una selección de una muestra aleatoria de casos en las que nos queden seleccionados quince casos de la muestra. Los criterios de exclusión: no superar la mayoría de edad, no encontrarse embarazada, haber realizado o encontrarse en otro tratamiento o programa psicológico para reducir los síntomas depresivos y ansiosos, estar en proceso de duelo o presentar ideación suicida actual, y estar diagnosticada de trastorno mental grave, trastornos de personalidad, o de consumo de sustancias.

El proyecto será presentado para su aprobación al comité ético de investigación clínica de Aragón (CEICA), y todas las personas serán informadas sobre el proyecto y deberán firmar el consentimiento por escrito (Anexo 1).

Después de este proceso, las pacientes serán asignadas aleatoriamente a una de las tres condiciones iniciales (7, 10 y 14 días). Las pacientes registraran a diario durante el período de referencia, sus síntomas depresivos y de ansiedad a través del ODSIS (Bentley, Gallagher, Carl y Barlow, 2014) y el OASIS (Norman, Cissell, Means-Christensen y Stein, 2006) (descritos en la sección de instrumentos). Este registro se mantendrá durante todo el proceso en cada sesión de la intervención, y se realizará un seguimiento de tres meses para comprobar si estos resultados han sido estables en el tiempo.

4.3. Instrumentos de medida

Los cuestionarios necesarios para el estudio son:

Primero, se realizará el diagnóstico clínico a través de la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV (SCID-I: First, Spitzer, Gibbon, y Williams, 1997), adaptación al español realizada por First et al. (1999). Fue elaborado para obtener información del paciente sobre datos demográficos, historia laboral, historia psiquiátrica actual y pasada, tratamientos y evaluación del funcionamiento actual. Además, proporciona criterios diagnósticos de los trastornos del Eje I basados en el DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994). Está compuesta por 9 módulos (episodios afectivos, síntomas psicóticos, trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, uso de sustancias, ansiedad, trastornos somatoformes, trastornos de la conducta alimentaria y

trastornos de adaptación). La SCID-I ha obtenido buenas propiedades psicométricas (First et al., 1999).

Se creará un cuestionario “ad hoc” para recoger la información sociodemográfica en el cual se registran variables como edad, estado civil, nº hijos, enfermedades de importancia en el pasado, nacionalidad, profesión de las pacientes y hacer una historia clínica general englobando entre otros su diagnóstico, así como su historia ginecológica.

Para evaluar síntomas depresivos prenatales, utilizaremos el cuestionario Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS: Cox, Holden y Sagovsky, 1987), adaptación al español realizada por García-Esteve, Ascaso, Ojuel y Navarro (2003). Fue elaborado para evaluar los síntomas depresivos, pre y postnatales. Está compuesto por 10 ítems que se responden con una escala Likert de 4 alternativas desde 0 (Nada/Nunca) a 3 (Bastante/Siempre) que hacen referencia a los últimos 7 días. La puntuación total oscila entre 0 a 30. El EPDS ha obtenido buenas propiedades psicométricas con un alfa de Cronbach ($\alpha > .86$).

Para la evaluación de los síntomas de ansiedad, utilizaremos el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck y Steer, 1988), adaptación al español realizada por Sanz y García-Vera (2012). Fue elaborado para evaluar la severidad de la sintomatología ansiosa, a través de 21 ítems que se responden con una escala Likert de 4 alternativas desde 0 (nada en absoluto) a 3 (gravemente, casi no podía soportarlo). La puntuación total varía de 0 a 63. El BAI ha obtenido buenas propiedades psicométricas con un alfa de Cronbach ($\alpha > .90$).

Para la evaluación de la calidad de vida, utilizaremos el Cuestionario World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF: World Health Organization, 1996) adaptación al español realizada por Carrasco (1998). Fue elaborado para evaluar la calidad de vida en personas sanas y enfermas, a través de 26 ítems que se responden con una escala Likert de 5 alternativas desde 1 (nada en absoluto) a 5 (completamente) que hacen referencia a las dos semanas previas. La puntuación total varía de 1 a 100 en cada una de las cuatro dimensiones medidas, que son: salud física, salud psicológica, relaciones sociales, y ambiente. El WHOQOL-BREF ha obtenido buenas propiedades psicométricas con un alfa de Cronbach ($\alpha > .70$) en las diferentes dimensiones.

Para evaluar los síntomas de ansiedad de manera continua, utilizaremos el Cuestionario Overall Anxiety Severity and Interference Scale (OASIS: Norman et al., 2006), adaptación al español realizada por Osma et al., (2019). Fue elaborado como medida de severidad e interferencia de los síntomas de ansiedad, a través de 5 ítems sobre ansiedad y miedo, que se responden con una escala Likert de 5 alternativas, desde 0 (nula/ninguna) a 4

(extrema/ todo el tiempo) que hacen referencia a la semana anterior a la realización del cuestionario. La puntuación total puede ser como máximo 20. El OASIS ha obtenido buenas propiedades psicométricas con un alfa de Cronbach ($\alpha > .87$) en su validación al castellano.

Para evaluar los síntomas de depresión de manera continua, utilizaremos el Cuestionario Overall Depression Severity and Interference Scale (ODSIS: Bentley, Gallagher, Carl y Barlow, 2014), adaptación al español realizada por Osma et al., (2019). Fue elaborado como medida de severidad e interferencia de los síntomas de depresión, a través de 5 ítems sobre síntomas de depresión, que se responden con una escala Likert de 5 alternativas, desde 0 (nula/ninguna) a 4 (extrema/ todo el tiempo) que hacen referencia a la semana anterior a la realización del cuestionario. La puntuación total puede ser como máximo 20. El ODSIS ha obtenido buenas propiedades psicométricas con un alfa de Cronbach ($\alpha > .94$) en la validación al castellano.

Además, al finalizar el programa, se realizará una encuesta “ad hoc” para evaluar la opinión de las participantes sobre el programa donde se incluyen estas preguntas: “Valora de 0 a 10 el programa, ¿Ha notado mejoría con respecto a su sintomatología inicial?, ¿Recomendaría el programa a otras mujeres?, ¿Modificaría algo de las sesiones realizadas?” “¿Se ha sentido cómodo y tranquilo durante la realización del programa?” “Otras cuestiones a comentar sobre el programa”.

4.4. Análisis estadísticos

Los análisis de datos se llevarán a cabo a través del programa IBM SPSS Statistics versión 23 para Windows (IBM Corp., 2015). Primero, se realizará un análisis descriptivo de las características de la muestra, y el muestreo aleatorio de la misma. Posteriormente se realizará un análisis de alfa de Cronbach para analizar la fiabilidad de las escalas utilizadas. Además, se comprobará de manera cuantitativa la utilidad clínica del programa, a través del Índice de Cambio Fiable, mediante el cual se estudiará si las puntuaciones en el post-test o en el seguimiento han alcanzado valores normativos de la población comunitaria (sin patología). La significación estadística debe ser $p \leq 0,05$. También se realizará una técnica de inspección visual, que consiste en observar si existe una tendencia en las puntuaciones (si eran altos antes de la intervención y van disminuyendo progresivamente o al revés) de los distintos momentos de evaluación (línea de base, pre, post y seguimientos), representadas en una gráfica. En nuestro caso, se espera que sean descendentes en ansiedad y depresión y ascendentes en calidad de vida.

4.5. Descripción de la intervención

El estudio durará cuatro meses, en el primer mes se realizará la captación de la muestra, y en los otros tres meses se realizará la intervención, los análisis estadísticos y los resultados. La intervención consta de ocho sesiones (sin contar la sesión inicial informativa, sesión 0, y la sesión de evaluación final, en este caso la sesión 9). Cada sesión tendrá una duración de 50-60 minutos aproximadamente, a excepción de la Sesión 0 y Sesión 9, que tendrán una duración de 45 minutos. Se realizarán una sesión por semana (lunes), exceptuando aquellos casos donde la gravedad del problema en la paciente sea mayor, que se realizará una sesión más por módulo (en este caso, los viernes).

La muestra estará compuesta por quince mujeres, asignadas de manera aleatoria a los tres períodos de evaluación de línea de base (7,10 y 14 días). El programa se compondrá de los ocho módulos del PU, adaptados a mujeres embarazadas.

TABLA 1. Contenidos de la intervención.

SESIÓN	CONTENIDOS
1	Módulo 1: Mejorar la motivación para el cambio
2	Módulo 2: Psicoeducación emocional
3	Módulo 3: Conciencia Emocional Plena
4	Módulo 4: Evaluación y Reevaluación cognitiva
5	Módulo 5: Evitación emocional y Conductas Impulsadas por la Emoción
6	(CIE's) Módulo 6: Conciencia y tolerancia de las Sensaciones Físicas
7	Módulo 7: Exposiciones Emocionales
8	Módulo 8: Logros, Mantenimiento y Prevención de Recaídas

4.6. Plan de trabajo

Contenidos de la intervención:

Sesión 1: Módulo 1: Mejorar la motivación para el cambio.

Objetivos: Incrementar la motivación para el cambio y el sentimiento de autoeficacia con respecto a la posibilidad de cambiar. Entender que la incertidumbre acerca del cambio de conducta es una parte natural del proceso de tratamiento. Identificar pros y contras del cambio. Establecimiento de objetivos de tratamiento a corto y largo plazo.

Actividades: Realizar hoja de balance decisional, y trabajar a través de los principios de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2002).

Descripción: Establecer las metas y objetivos concretos, así como pensar en los pros y en los contra, permite lograr cambios en las conductas.

Materiales: Fichas: Hoja balance decisional y modelo de registro de metas del tratamiento.

Tiempo: 50-60 minutos.

Sesión 2: Módulo 2: Psicoeducación Emocional.

Objetivos: Incrementar el conocimiento y la conciencia sobre el patrón de respuesta emocional por medio de la psicoeducación y el registro de las experiencias emocionales. Explicar a la paciente la variabilidad emocional que puede experimentar durante la etapa gestacional. Generar seguridad en sí misma para enfrentarse a los cambio y a las novedades que conlleva el embarazo. Reducir los miedos que le genera el embarazo.

Actividades: Psicoeducación y registro de las emociones en contexto: Antecedente-Respuesta- Consecuencia (ARC). Conocer las diferentes emociones que pueden surgir durante el embarazo, y trabajarlas a través del ARC. Psicoeducación de los mitos del embarazo, parto y posparto.

Descripción: Realizar una revisión de la funcionalidad de los componentes de las emociones (cognitivo, fisiológico y conductual). Presentar los tres componentes de las experiencias emocionales (pensamientos, sensaciones físicas y conductas). Introducir el concepto de conductas impulsadas por la emoción. Introducir el ARC de las experiencias emocionales para conocer cómo funcionan las misma, y aumentar la conciencia de sus propios patrones de respuesta. Mediante el diálogo con la paciente y la exposición de sus preocupaciones, se trabajaría la seguridad y los propios miedos de la paciente con respecto al embarazo. Cuestionar las respuestas aprendidas.

Materiales: Hoja de registros: Análisis contextual de emociones y Conductas impulsadas por las emociones (CIE); y Modelo de los tres componentes de la emoción. Bolígrafos.

Tiempo: 50-60 minutos.

Sesión 3: Módulo 3: Conciencia Emocional Plena

Objetivos: Identificar cómo reaccionan a sus emociones, y aprender a no juzgar las emociones. Desarrollar habilidades para ayudarle a observar las experiencias emocionales en el momento presente sin juzgar. Centrarse en el presente induciendo emociones. Focalizar la atención plena en la respiración.

Actividades: Vídeos y audios, Registros. Ejercicios de respiración a través de Mindfulness. Inducir emociones a través de la música.

Descripción: Aumentar la conciencia de sus experiencias emocionales. Aprender a no juzgar las emociones y verlas desde fuera. Practicar a través de ejercicios del mindfulness, el prestar atención a lo que sucede aquí y ahora, teniendo en cuenta pensamientos, sensaciones y conductas. Aprender a centrarse en el momento presente y a focalizar la atención plena a la respiración, a través de videos, audios, textos, registro de conciencia emocional centrada en el presente sin juzgar, registro sobre el anclaje en el presente...

Materiales: Ordenador con altavoces para visualización de videos y audios. Fichas: Hoja de anclaje en el presente, hoja de registro de inducción de estado de ánimo.

Tiempo: 50-60 minutos.

Sesión 4: Módulo 4: Evaluación y reevaluación cognitiva.

Objetivos: Aprender a identificar los patrones de pensamiento, modificarlos si son desadaptativos e incrementar la flexibilidad cognitiva. Conocer la influencia de los pensamientos en la experiencia emocional. Conocer cómo funciona el mecanismo de evaluación cognitiva. Aprender la reevaluación cognitiva para aumentar la flexibilidad de pensamiento y generar pensamientos alternativos.

Actividades: Evaluación y Reevaluación cognitiva.

Descripción: A través de distintas imágenes ambiguas que se proyectan en la pantalla, se muestra cuantas interpretaciones diferentes se pueden hacer de esa situación y observar como esas evaluaciones están influidas por el estado de ánimo actual u otras razones como los aprendizajes y experiencias pasadas. Para trabajar la reinterpretación cognitiva: Calcular las probabilidades de que suceda lo que tememos. Descatastrofizar esos pensamientos (aprender a reevaluar). Mediante el registro de la técnica de las flechas descendentes se trabaja que la paciente sea más consciente de sus creencias: se trata de partir de los pensamientos de la paciente para ir preguntando por el significado de dichos pensamientos. Los pensamientos intrusivos se trabajaran a través de Mindfulness.

Materiales: Imágenes ambiguas para realizar ejercicio de interpretación. Registro Observando tus interpretaciones. Registro de la técnica de las flechas descendentes. Registro de identificación y evaluación de pensamiento automáticos. Bolígrafos para apuntar.

Tiempo: 50-60 minutos.

Sesión 5: Módulo 5: Evitación emocional y Conductas Impulsadas por la Emoción (CIE).

Objetivos: Aprender a identificar patrones de evitación emocional y comprender cómo las estrategias de evitación emocional contribuyen al desarrollo y mantenimiento de emociones negativas. Tolerar las emociones negativas.

Actividades: Psicoeducación: evitación emocional, reintroducción de las CIE. Registro de la situación en la que se han sentido fuertes emociones (situación, emoción y CIEs). Tabla CIE y acciones alternativas.

Descripción: Introducir el concepto de evitación emocional. Presentar los diferentes tipos de evitación emocional (evitación conductual y conductas sutiles, evitación cognitiva, conductas de seguridad), y ejemplos de funcionamiento de las estrategias de evitación emocional (Ejemplo: Experimento realizado por el Dr. Daniel Wegner sobre pensar en un oso blanco, para demostrar que los intentos de supresión de ciertos pensamientos, producen un incremento en la frecuencia de dichos pensamientos). Ayudar a la paciente a identificar sus propias estrategias de evitación emocional. Reintroducir y discutir con mayor profundidad el concepto de “Conductas impulsadas por emociones”. Identificar las CIE no adaptativas y pensar en acciones opuestas o alternativas. Aprender plenamente de las experiencias, de aceptar y tolerar todo el rango de emociones, y aprender a responder a tu experiencia emocional más adaptativamente. Análisis de las respuestas.

Materiales: Fichas: registro de estrategias de evitación emocional y registro de cambio de CIE. Bolígrafos. Espejo.

Tiempo: 50-60 minutos.

Sesión 6: Módulo 6: Conciencia y tolerancia de las sensaciones físicas.

Objetivos: Comprender cómo las sensaciones físicas afectan a nuestras experiencias emocionales. Tolerar la experimentación de sensaciones físicas desagradables a través de exposiciones interoceptivas.

Actividades: Tolerar las sensaciones físicas a través de exposiciones interoceptivas. Los ejercicios para provocar sensaciones físicas serán adaptados para mujeres embarazadas, por ejemplo la sensación de inestabilidad la crearemos encendiendo y apagando la luz; a través de una pajita de caño corto que nos lleva a hiperventilar, se creará la sensación de taquicardia, ahogo; tensar todos los músculos del cuerpo durante 1 minuto para provocar temblores y agitación; mirar fija y conscientemente a un punto de la pared durante 3 minutos para provocar sensación de irrealidad, inestabilidad o desmayos...

Descripción: Comprender el papel que juegan las sensaciones físicas en determinar tu respuesta emocional. Identificar sensaciones físicas internas asociadas con tus emociones.

Hacer frente a las sensaciones físicas a través de ejercicios de exposición y aumentar la tolerancia a las mismas. Realizar ejercicio físico de bajo impacto y recomendado para mujeres embarazadas, para provocar sensaciones físicas (yoga, bicicleta estática, aeróbic acuático, natación...).

Materiales: Test de inducción de síntomas. Pajita fina para el ejercicio de inducción de síntomas. Cronometro para los ejercicios. Cualquier otro material que pueda ser relevante para la activación fisiológica específica de la paciente. Registro para la práctica de inducción de síntomas.

Tiempo: 50-60 minutos.

Sesión 7: Módulo 7: Exposiciones emocionales

Objetivos: Realizar ejercicios de exposición a las emociones por medio, como por ejemplo, de exposición en imaginación de aquellas situaciones, pensamientos, objetos, actividades, recuerdos o sensaciones físicas que le generen diferentes emociones a la paciente. Además, se podrán realizar exposiciones en vivo e interoceptivas, realizando ejercicios de bajo impacto físico (como los expuestos en la sesión 6) y adaptados a las pacientes.

Actividades: Ejercicios diseñados para provocar fuertes reacciones emocionales a través de exposición de situaciones, pensamientos, objetos, actividades, recuerdos o sensaciones físicas. Elaborar la jerarquía de exposición emocional.

Descripción: Entender el propósito de la exposición emocional. Aprender a diseñar ejercicios de exposición emocional eficaces. Desarrollar y elaborar una jerarquía de miedo y evitación de más fácil a más difícil. Practicar repetidamente el afrontamiento a las emociones intensas a través de ejercicios de exposición emocional. La exposición se focaliza en la emoción experimentada al enfrentarte a una determinada situación, actividad, pensamiento... De esta manera se pueden aplicar nuevas formas de afrontamiento más adaptativas que se han aprendido con anterioridad. Las exposiciones se llevan a cabo de forma sistemática, gradual y repetidamente.

Materiales: Registro de jerarquía de evitación emocional y situacional. Registro de práctica de exposición emocional.

Tiempo: 50-60 minutos.

Sesión 8: Módulo 8: Logros, mantenimiento y prevención de recaídas.

Objetivos: Revisión del tratamiento y del progreso de la paciente. Programación de cómo mantener los logros conseguidos y afrontar situaciones difíciles en el futuro.

Actividades: Analizar las habilidades aprendidas y establecer objetivos/metast de futuro.

Descripción: Revisar las habilidades aprendidas para afrontar las emociones entrenadas durante el tratamiento. Evaluar y reforzar progresos. Asumir la responsabilidad del cambio, mejoría y bienestar. Identificar posibles fuentes de problemas. Establecer objetivos a corto y largo plazo y las nuevas metas que quieras lograr en el futuro. Poder afrontar las recaídas que puedan producirse en el futuro.

Materiales: Registro de objetivos a largo plazo. Plan de trabajo.

Tiempo: 50-60 minutos.

5. Cronograma.

El cronograma del programa se encuentra en el Anexo 2 del trabajo.

5.1. Recursos

Las intervenciones se desarrollarán en salas acondicionadas para realizar terapia del centro sanitario. El mobiliario estará compuesto por mesa y sillas.

Respecto a los recursos humanos, será necesario contar con un psicólogo general sanitario, y especializado en el PU. Éste, debe de estar familiarizado con los principios básicos de las intervenciones cognitivo-conductuales. Además, debe comprender en sentido amplio los principios básicos de las técnicas que se presentan en el cuaderno de trabajo de la paciente.

Los recursos materiales necesarios serán: Los instrumentos de evaluación psicológica y recogida de datos (pruebas psicométricas), el programa SPSS para el análisis de datos, material de oficina (bolígrafos, folios...), recursos tecnológicos (impresora, fotocopidora, proyector, pantalla, ordenador, altavoces, auriculares...), y el Protocolo Unificado (manual para terapeutas), en nuestro caso utilizaríamos la segunda edición revisada y actualizada española, traducida por Jorge Osma y Elena Crespo.

El presupuesto correspondiente incluyendo el sueldo del profesional necesario, y todos aquellos materiales utilizados durante las sesiones sería:

- Sueldo del profesional en los cuatro meses que se desarrollará el programa: 1.600€
mes = 6.400€

- Recursos materiales: incluyendo recursos tecnológicos, material de oficina, el PU y las pruebas psicométricas= 1.800€

PRESUPUESTO TOTAL: 8.200€

6. Resultados esperados

Teniendo en cuenta la literatura analizada, esperamos encontrar resultados satisfactorios tras el programa de intervención planteado puesto que existen evidencias sobre

la eficacia del PU en trastornos emocionales. En este caso, el programa se realiza tras el diagnóstico de depresión y ansiedad durante la etapa gestacional, cuyos síntomas tienen graves repercusiones en la madre y en el feto. Tras la aplicación del programa, se espera que los síntomas ansiosos y depresivos disminuyan de manera significativa en la paciente, así como un aumento en las puntuaciones en calidad de vida de las mismas. Los resultados que se esperan, serían similares a los obtenidos por Rosique, Sandín, Valiente, García-Escalera, y Chorot, (2019) en su estudio, donde se demostró una reducción significativa pre-/post-tratamiento de los síntomas de ansiedad y depresión, así como mejoras en diversos constructos transdiagnósticos. Estos resultados se mantuvieron en los seguimientos a los 3 y 6 meses, y apoyan la hipótesis de que el PU tiene efectos positivos en casos de alta comorbilidad abordados en el contexto de la sanidad mental pública. Para demostrar su utilidad clínica el programa será evaluado en cada sesión en la que serán administrados los cuestionarios ODSIS y OASIS para todas las participantes. A través de la técnica de inspección visual y del Índice de Cambio Fiable, observaremos las tendencias de las puntuaciones en las pacientes, y si éstas han alcanzado valores normativos de la población comunitaria (sin patología) en el post-test o seguimiento.

7. Conclusiones

Para finalizar, podemos decir que si tras la aplicación del programa se observan cambios clínicos significativos y se demuestra su utilidad clínica, el impacto en esta población sería muy importante, ya que a través de un único tratamiento se podría intervenir en el conjunto de trastornos emocionales que puede presentar la paciente durante el embarazo. En definitiva, permite que tanto la madre como el feto, se beneficien positivamente del programa al reducir los síntomas depresivo y ansiosos, y mejorar su calidad de vida.

Como limitaciones o cosas a mejorar del programa, encontramos que se trata de una intervención de bajo seguimiento a lo largo del tiempo, en este caso 3 meses, por lo que se podría llevar a cabo en un futuro el seguimiento durante 1-2 años, y observar de este modo las posibles repercusiones que el impacto psicológico haya podido tener en la paciente. Otra limitación que se ha tenido durante la realización de la intervención, es que los resultados obtenidos hasta el momento muestran su eficacia para el tratamiento de los trastornos emocionales en población clínica pero no disponemos de estudios controlados que hayan aplicado esta intervención en población de mujeres embarazadas con trastornos emocionales.

Con todo ello, y teniendo en cuenta que la construcción del vínculo entre la madre y su bebé se inicia en la gestación, se considera necesario iniciar las intervenciones durante la etapa gestacional para que se disminuya el impacto que pueda tener tanto en la madre como en el bebé (Olhaberry, Romero y Miranda, 2015).

Como ya se ha mencionado, en la actualidad el PU ya se utiliza para el tratamiento psicológico de distintos trastornos emocionales pero, en un futuro, será considerado como uno de los programas más importantes y utilizados en consulta, puesto que mediante un único programa se pueden abordar de manera conjunta la gran variedad de trastornos emocionales existentes.

Referencias

- Amutio, A. (2002). Estrategias de manejo del estrés: el papel de la relajación. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, (62/63), 19-31.
- Andreu Pejó, L. (2017). *PROYECTO MAMÁFELIZ: Estudio sobre la Salud Mental prenatal a través de Internet* (Doctoral dissertation, Universitat Jaume I). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/404725>
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, C. P., Boisseau, C. L., Allen, L. B., y Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook*. New York, NY: Oxford University Press.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- Bentley, K.H., Gallagher, M.W., Carl, J.R., y Barlow, D.H., 2014. Development and validation of the Overall Depression Severity and Impairment Scale. *Psychol. Assess.* 26, 815–830. <https://doi.org/10.1037/a0036216>.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). Perceived Stress Scale- PSS. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Committee on Obstetric Practice (2015). The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. *Obstetrics and gynecology*, 125(5), 1268.
- Cox, J. L., Holden, J. M. y Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Dennis, C. L., Falah-Hassani, K. y Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(5), 315-323.
- Dunkel-Schetter, C. (2011). Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual review of psychology*, 62, 531-558.

- Esteve, L. G. (2017). Depresión y psicosis puerperal: Necesitamos dispositivos específicos. *Cuadernos De Medicina Psicosomática Y Psiquiatría De Enlace*, (1), 87-88.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R. y Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(3), 666-678.
- Fergus, S. y Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu. Rev. Public Health*, 26, 399-419.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I). Clinical Version (SCID-CV)(User's Guide and Interview)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Gaviria, S. L., Duque, M., Vergel, J. y Restrepo, D. (2019). Síntomas depresivos perinatales: prevalencia y factores psicosociales asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(3), 166-173.
- Henderson, J. y Redshaw, M. (2013). Anxiety in the perinatal period: antenatal and postnatal influences and women's experience of care. *Journal of reproductive and infant psychology*, 31(5), 465-478.
- House, J. S., Landis, K. R. y Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545.
- IBM Corp, 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0.
- Leonetti, L. y Martins, M. (2007). Ansiedad maternal en el período prenatal y postnatal: revisión de la literatura. *Rev Latino-Americana Enfermagem*, 15(4), 677-83.
- López, S. y Osma, J. (2014). Protocolo unificado de tratamiento transdiagnóstico para los trastornos emocionales: revisión teórica. *Trabajo de grado. Universidad de Zaragoza*. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/16868/files/TAZ-TFG-2014-2088.pdf>.
- Lucas-Carrasco, R. (1998). Versión Española del WHOQOL. Editorial Ergón. Madrid.
- Marcos-Nájera, R., Rodríguez-Muñoz, M. D. L. F., Izquierdo-Mendez, N., Olivares-Crespo, M. E. y Soto, C. (2017). Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. *Clínica y Salud*, 28(2), 49-52.
- Matthey, S., Kavanagh, D., Howie, P., Barnett, B. y Charles, M. (2004). Prevention of postnatal distress or depression: An evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *Journal of Affective Disorders*, 79, 113-126.

- Milgrom, J., Schembri, C., Ericksen, J., Ross, J. y Gemmill, A. (2011). Towards parenthood: An antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of Affective Disorders*, 130, 385- 394
- Navarro, M. y Lizartza, O. (2007). Depresión y embarazo. *M.I.R.*, 73-80.
- Norman, S. B., Cissell, S. H., Means-Christensen, A. J. y Stein, M. B. (2006): Development and validation of an overall severity and impairment scale (OASIS). *Depression and Anxiety*, 23, 245-249.
- O'Hara, M., Stuart, S., Gorman, L. y Wenzel, A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1039–1045.
- Olhaberry, M., Escobar, M., San Cristóbal, P., Santelices, M. P., Farkas, C., Rojas, G. y Martínez, V. (2013). Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 31(2), 249-261.
- Olhaberry, M., Romero, M. y Miranda, A. (2015). Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. *Summa psicológica UST*, 12(1), 77-87.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Depresión*. Recuperado de <http://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Depresión*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf
- Osma, J. (2019). *Aplicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la disregulación emocional*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Osma, J., Quilez-Orden, A., Suso-Ribera, C., Peris-Baquero, O., Norman, S. B., Bentley, K. H. y Sauer-Zavala, S. (2019). Psychometric properties and validation of the Spanish versions of the overall anxiety and depression severity and impairment scales. *Journal of Affective Disorders*, 252, 9-18.
- Rosique, M. T., Chorot, P., Valiente, R. M., García-Escalera, J., y Sandín, B. (2019). Eficacia del Protocolo Unificado (UP) en los trastornos emocionales: Ensayo clínico controlado con relajación y mindfulness como grupos control. En *Libro de capítulos:*

IV Congreso Nacional de Psicología (pp. 125-131). Madrid: Consejo General de Psicología.

- Rosique, M. T., Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J. y Chorot, P. (2019). Tratamiento transdiagnóstico de un caso clínico con elevada comorbilidad de trastornos emocionales: Aplicación del Protocolo Unificado. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28, 79-91.
- Roy-Matton, N., Moutquin, J. M., Brown, C., Carrier, N. y Bell, L. (2011). The impact of perceived maternal stress and other psychosocial risk factors on pregnancy complications. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 33(4), 344-352.
- Sakiris, N. y Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the unified protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical psychology review*, 72, 101751.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Pineda, D., Espinosa, V., Magaz, A. M. y Chorot, P. (2019). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes a través de internet (iUP-A): Aplicación web y protocolo de un ensayo controlado aleatorizado. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 197-215.
- Sanz, J., García-Vera, M. P. y Fortún, M. (2012). El "Inventario de ansiedad de Beck"(BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Psicología Conductual*, 20(3), 563.
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280.
- Sauer-Zavala, S., Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Bentley, K. H., Ametaj, A. y Barlow, D. H. (2012). The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50(9), 551-557.
- Tamrat, T. y Kachnowski, S. (2012). Special delivery: an analysis of mHealth in maternal and newborn health programs and their outcomes around the world. *Maternal and child health journal*, 16(5), 1092-1101.
- World Health Organization (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996* (No. WHOQOL-BREF). Geneva: World Health Organization.

Zlotnick, C., Miller, I., Pearlstein, T., Howard, M. y Sweeney, P. (2006). A preventive intervention for pregnant women on public assistance at risk for postpartum depression. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 1443-1445.

Anexos

Anexo 1.

INFORMACIÓN PARA LAS PARTICIPANTES DE ESTE ESTUDIO

Esta hoja de consentimiento informado puede estar utilizando algunas palabras que Ud. no comprenda. Por favor, pida que el médico o el personal que le asiste le expliquen cualquier palabra o información que Ud. no entienda claramente.

PROPÓSITO DEL TRABAJO

El propósito de este trabajo es tratar los trastornos emocionales que se pueden padecer durante la etapa gestacional, conllevando a una mejora o reducción de los síntomas depresivos y ansiosos, así como en la calidad de vida de la paciente.

INTERVENCIÓN

Esta intervención, utiliza el Protocolo Unificado como programa para mejorar los síntomas depresivos y de ansiedad. La intervención se realizará en el centro de salud, en las salas acondicionadas con el material necesario para realizar la terapia. Los contenidos de la intervención son los siguientes:

SESIÓN	CONTENIDOS
0	Sesión informativa
1	Módulo 1: Mejorar la motivación para el cambio
2	Módulo 2: Psicoeducación emocional
3	Módulo 3: Conciencia Emocional Plena
4	Módulo 4: Evaluación y Reevaluación cognitiva
5	Módulo 5: Evitación emocional y Conductas Impulsadas por la Emoción
6	(CIE's) Módulo 6: Conciencia y tolerancia de las Sensaciones Físicas
7	Módulo 7: Exposiciones Emocionales
8	Módulo 8: Logros, Mantenimiento y Prevención de Recaídas
9	Evaluación final

DURACIÓN

La duración del programa será de cuatro meses, en los que se realizará una sesión por semana de 50-60 minutos, exceptuando la Sesión 0 y 9 que tendrá una duración de 45 minutos.

EVALUACIÓN

Se evaluará el impacto que ha tenido el programa en la paciente a través de distintas pruebas psicométricas que evalúan la depresión y la ansiedad. Además, se realizará un seguimiento a los tres meses post tratamiento.

RIESGOS E INCONVENIENTES

La participación en el estudio no supone ningún riesgo para la participante ni para su feto.

BENEFICIOS

Los beneficios que podrá alcanzar la participante son una reducción de los síntomas depresivos y ansiosos, así como una mejoría en la calidad de vida.

CONFIDENCIALIDAD

En cualquier caso, y en virtud a lo recogido en la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal y a la Ley 41/02 de Autonomía del Paciente, Vd. tiene derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento y a que los datos procedentes de sus cuestionarios sean eliminados de nuestra base de datos y las muestras que pudieran estar almacenadas sean destruidas, mediante un escrito expresando su deseo de revocar su consentimiento al Hospital Clínico Lozano Blesa (Zaragoza), dirigido a la Unidad de Salud Mental, a nombre de Silvia García Per.

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO PARA EL PACIENTE

Título del PROYECTO: Aplicación del Protocolo Unificado para el tratamiento de la depresión y ansiedad prenatal

Yo, (nombre y apellidos del paciente)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:(nombre y apellidos del informador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera

2) sin tener que dar explicaciones

3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Doy mi conformidad para que mis datos clínicos sean revisados por personal ajeno al centro, para los fines del estudio, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

.....
.....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador:

Fecha:

.....
.....

Versión escrita 1, fecha 10/06/2020

Anexo 2.

	MES 1			
	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4
CAPTACIÓN MUESTRA	X	X	X	X

	MES 2			
	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4
SESIÓN 0	X (Lunes)			
SESIÓN 1		X (Lunes)		
SESIÓN 2			X (Lunes)	
SESIÓN 3				X (Lunes)

	MES 3			
	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4
SESIÓN 4	X (Lunes)			
SESIÓN 5		X (Lunes)		
SESIÓN 6			X (Lunes)	
SESIÓN 7				X (Lunes)

	MES 4			
	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4
SESIÓN 8	X (Lunes)			
SESIÓN 9		X (Lunes)		
ANÁLISIS ESTADÍSTICOS			X	
RESULTADOS				X