



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

***Estudio experimental: efectividad del
mindfulness en la depresión perinatal***

Alumno: Marta de la Calle Leonis
Director: María del Valle Garzón Delgado

Madrid, mayo de 2025

Índice

| | |
|---|----|
| Resumen | 4 |
| Abstract..... | 5 |
| 1. Presentación | 6 |
| 2. Estado de la cuestión..... | 7 |
| 2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema | 7 |
| 2.1.1 Depresión perinatal: impacto clínico y estrategias terapéuticas:..... | 8 |
| 2.1.2 Epidemiología global y factores de riesgo asociados a la DPN..... | 11 |
| 2.1.3. Aplicación del mindfulness como intervención de enfermería | 13 |
| 2.2. Justificación | 16 |
| 3. Objetivos e hipótesis..... | 18 |
| 3.1. Objetivos | 18 |
| 3.1.1 Objetivo general | 18 |
| 3.1.2. Objetivos específicos..... | 18 |
| 3.2. Hipótesis | 18 |
| 3.2.1. Hipótesis nula (Ho): | 18 |
| 3.2.2. Hipótesis alternativa (H1): | 18 |
| 4. Metodología | 19 |
| 4.1. Diseño del estudio | 19 |
| 4.2. Sujetos del estudio | 19 |
| 4.3. Variables..... | 22 |
| 4.3. Intervención a evaluar | 26 |
| 4.5. Procedimiento de recogida de datos | 32 |
| 4.6. Fases de estudio, cronograma | 33 |
| 4.7. Análisis de datos | 37 |
| 5. Aspectos éticos..... | 38 |
| 6. Limitaciones del estudio | 40 |
| 7. Bibliografía..... | 41 |
| Anexos..... | 45 |

| | |
|--|----|
| Anexo 1: Estudio de los factores de riesgo de DPN en los distritos de la Comunidad de Madrid en 2023 | 46 |
| Anexo 2: Documento informativo | 48 |
| Anexo 3: Consentimiento informado | 50 |
| Anexo 4: Hoja de recogida de datos | 51 |
| Anexo 5: Escala de depresión de Edimburgo | 52 |
| Anexo 6: Escala de estrés percibido | 54 |
| Anexo 7: Cuestionario de evaluación | 56 |

Resumen

Introducción: La depresión perinatal (DPN) constituye un problema grave en la sociedad actual, que afecta tanto el bienestar materno como el desarrollo del feto. Para su manejo, existen alternativas no farmacológicas como el uso de intervenciones basadas en mindfulness que han demostrado su eficacia en la disminución de la sintomatología depresiva, aunque su uso se encuentra actualmente limitado.

Objetivo: Evaluar la efectividad de una intervención basada en mindfulness para la prevención y la reducción de síntomas depresivos en las gestantes que acuden a los centros de salud de Villaverde, entre 25 y 44 años y sin diagnóstico antenatal de depresión.

Metodología: Se ha diseñado un estudio cuasiexperimental, asignando un grupo control y un grupo intervención. La tipología del estudio es pre-post con un enfoque prospectivo y longitudinal, con la realización de tres mediciones de variables a lo largo del tiempo. La muestra del estudio estará compuesta por gestantes de 25 a 44 años que acuden a los centros de salud de Villaverde, sin un diagnóstico previo de depresión antenatal.

Implicaciones para la práctica enfermera: Este estudio busca demostrar la efectividad del uso de mindfulness como estrategia preventiva y terapéutica, realizado por enfermeras en Atención Primaria. Se trata de una intervención que contribuye a una atención integral de la salud materna, de bajo coste, no invasiva y de fácil aplicación que podría reducir la incidencia de DPN y disminuir la necesidad de fármacos para su manejo.

Palabras clave: Atención Plena, depresión posparto, embarazo, enfermería Maternoinfantil, terapia Cognitivo-conductual

Abstract

Introduction: Perinatal depression (PND) is a significant issue in today's society, affecting both maternal well-being and fetal development. Among the available non-pharmacological treatments, mindfulness-based interventions have proven effective in reducing depressive symptoms, although their implementation remains limited.

Objective: To evaluate the effectiveness of a mindfulness-based intervention for the prevention and reduction of depressive symptoms in pregnant women aged 25 to 44, without a prior antenatal depression diagnosis, attending primary health care centers in Villaverde.

Methodology: A quasi-experimental study has been designed, including an intervention group and a control group. This is a pre-post study with a prospective and longitudinal approach, involving three time-point measurements of the study variables. The sample will consist of pregnant women aged 25 to 44 attending the health centers in Villaverde, without a previous diagnosis of antenatal depression.

Implications for nursing practice: This study aims to demonstrate the effectiveness of mindfulness as a preventive and therapeutic strategy implemented by nurses in Primary Health Care. It is a low-cost, non-invasive, and easily applicable intervention that contributes to comprehensive maternal health care, potentially reducing the incidence of PND and the need for pharmacological treatment.

Key words: Mindfulness, Depression, Postpartum, Pregnancy, Maternal-Child Nursing, Cognitive Behavioral Therapy.

1. Presentación

La depresión perinatal afecta a una parte significativa de gestantes, teniendo un impacto negativo tanto en la salud mental materna como en el desarrollo del bebé y el vínculo materno-infantil. En muchos casos, la depresión durante el embarazo es infradiagnosticada y no recibe la atención necesaria provocando alteraciones en el bienestar materno y complicaciones en el feto. Además, las terapias convencionales, como el tratamiento farmacológico, han demostrado no ser completamente eficaces en la prevención o reducción de la sintomatología depresiva.

Mi motivación personal en la selección de este tema surge del interés en estudiar la salud mental en poblaciones vulnerables como son las gestantes. Durante mi rotación en Atención Primaria, pude ver de primera mano, cómo muchas gestantes que acudían experimentaban dificultades emocionales que no eran atendidas correctamente, haciéndolas sentir culpables o incomprendidas. La posibilidad de poder contribuir a la mejora del bienestar de esta población y ayudar a experimentar de manera saludable y satisfactoria el estado de embarazo, me motivó a buscar intervenciones no invasivas para gestionar o prevenir la aparición de la depresión.

En cuanto a mi motivación profesional, considero que este estudio puede tener un alto valor para enfermería, ya que se centra en un enfoque holístico del paciente, explorando la salud más allá de lo físico, sino también en lo emocional y lo espiritual. Consiste en la realización de técnicas de bajo coste y de fácil aplicación que enfermería puede adoptar en su práctica diaria, ayudando a la prevención de la depresión perinatal e incrementando el bienestar materno y fetal.

Agradecimientos:

A mis padres, Silvia Leonis Parra y Carlos de la Calle Yáñez, por su apoyo constante e incondicional y sobre todo por brindarme las herramientas necesarias para alcanzar mis metas y lograr ser la persona que soy hoy en día. Gracias por inculcarme valores de esfuerzo y dedicación y por estar a mi lado en cada paso de este camino.

Y en especial, a mi abuela, Angelines Yáñez Cuesta, por enseñarme, desde pequeña, la profesión más bonita que hay. Aunque ya no esté físicamente, su amor por esta profesión y la pasión por cuidar a los demás siguen siendo mi mayor fuente de inspiración. Gracias por ser mi mayor referente, mi modelo a seguir en la vida, y por enseñarme que enfermería va más allá de una carrera, sino que es un compromiso y una forma de vida.

2. Estado de la cuestión

2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

A continuación, una introducción de los puntos que se van a abordar en el trabajo:

La primera parte define la depresión perinatal (DPN) como un trastorno psicológico depresivo que afecta a las mujeres durante la gestación hasta un año después del alumbramiento. Además, expone los principales factores causantes y su tratamiento correspondiente.

La segunda parte aborda cuáles son los factores de riesgo relevantes en la DPN y expone la epidemiología de diferentes países asociándolo a su nivel socioeconómico. Asimismo, se exponen las principales herramientas de cribado para obtener los riesgos de padecer el trastorno.

Y, por último, la tercera parte aborda el uso de las intervenciones basadas en mindfulness como alternativa al uso de fármacos en los trastornos psicológicos y se relaciona con las actividades y planes de cuidados de enfermería.

Para comenzar con el desarrollo del estudio cuasiexperimental, se comenzó planteando la pregunta de investigación basándose en el modelo “PICO” (Paciente, Intervención, Comparación, Resultado). Los sujetos son las mujeres gestantes que presentan sintomatología depresiva durante el embarazo, la intervención es el mindfulness como terapia cognitiva, se compara con aquellas mujeres que no presentan dicha intervención y, por último, el resultado que se quieren alcanzar es la reducción o prevención de los síntomas depresivos y a su vez la mejora en el bienestar psicológico de las mujeres. Quedando la pregunta PICO resumida en: ¿Cómo afecta la intervención basada en mindfulness en la reducción o prevención de la sintomatología depresiva en mujeres embarazadas en comparación con la intervención convencional?

Planteada la pregunta de investigación, se procedió a realizar una búsqueda bibliográfica con la utilización de los términos DeCS y MeSH descritos en la Tabla nº1, para adaptar la búsqueda al lenguaje científico. Los términos se combinaron con operadores booleanos “AND” y “NOT” para acotar los resultados y obtener los artículos relevantes para la investigación.

| | | | | | |
|-------------|----------------|------------|-----------|------------------------|------------------------------|
| DeCS | Atención plena | Depresión | Embarazo | Evaluación de Síntomas | Terapia Cognitivo-Conductual |
| MeSH | Mindfulness | Depression | Pregnancy | Symptom Assessment | Cognitive Behavioral Therapy |

Tabla nº1. Términos DeCS y MeSH utilizados en la búsqueda bibliográfica. Tabla de elaboración propia

Para una selección de artículos fiable y científica se buscó principalmente en la base de datos de Pubmed y en Ebsco Discovery Search. Además, se ha utilizado Dialnet y Google Académico.

Para limitar la búsqueda se limitó a los artículos procedentes de los últimos 5 años (2020-2025). Además, han sido seleccionados únicamente los artículos en inglés o en castellano, que incluyeran los términos DeCS y MeSH. Se han descartado aquellos artículos que se centraran únicamente en la depresión postnatal y se han elegido aquellos que fuesen de relevancia para el tema a investigar.

2.1.1 Depresión perinatal: impacto clínico y estrategias terapéuticas:

Se define como DPN, al trastorno depresivo presente en las mujeres durante la gestación o hasta 1 año tras el nacimiento del hijo. Muchas mujeres pueden quedar embarazadas durante un curso depresivo ya presente o, en cambio, pueden adquirir uno producido por el periodo de vulnerabilidad al que se enfrentan al estar embarazadas y por diversos factores como los cambios hormonales, sociales y psicológicos (1).

Se considera que la fisiopatología de la DPN parte de la formación de una interacción en el que se involucran diferentes factores, entre ellos, los asociados al sistema hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA). Ninguna mujer está exenta de riesgo, pero, sin embargo, algunas son más sensibles a los cambios hormonales producidos durante la gestación y por ello son más susceptibles de padecer una DPN (1).

A diferencia con lo conocido como “tristeza postparto” o “baby blues” presente en el 80% de las madres primerizas los primeros días tras el alumbramiento. La DPN se caracteriza por una duración mayor a 14 días y sumando a ello, una afectación en el nivel de calidad de vida de la mujer (2).

El National Institute of Mental Health (NIH) establece que los principales signos y síntomas más frecuentes en las mujeres que presentan depresión perinatal son: sensación de tristeza persistente, negatividad, ansiedad, irritabilidad, culpa, anhedonia, astenia, alteraciones en el sueño, alteraciones en el apetito y problemas en establecer vínculos madre-hijo, entre otros. Además, los pensamientos de dañar al bebé ocurren en el 41% de las madres deprimidas(2,3).

Por otro lado, sufrir un trastorno depresivo durante la gestación puede traer grandes efectos adversos, principalmente, el aumento en un 60% de riesgo de parto prematuro.

En la Tabla nº2 se recogen las principales complicaciones de la DPN clasificadas en si afecta a la madre o al niño (4).

| Complicaciones en la madre | Complicaciones en el feto |
|--|---|
| Depresión postparto con riesgo de suicidio | PEG |
| Aumento de riesgo de parto instrumentalizado | Bajo peso al nacer |
| DPPNI | Prematuridad |
| Alteraciones en el vínculo madre-hijo | Alteraciones neuropsicológicas |
| Preeclampsia | Muerte fetal |
| Cesárea | Alteraciones en el sueño provocando irritabilidad |
| Trabajo de parto prolongado | Puntuación APGAR baja |
| Hemorragias severas | Retraso cognitivo |

Tabla n°2. Clasificación de las complicaciones de la DPN. Elaboración propia a partir de Miller et al. (2022) y Jahan et al. (2021).

Un estudio realizado en Brasil concluyó que las niñas nacidas de gestantes con depresión tenían un mayor riesgo de ser pequeñas para la edad gestacional (PEG) y, además, presentar una menor puntuación en la prueba de APGAR, en comparación con los varones (5).

La explicación fisiológica de las consecuencias de la DPN se relaciona con el impacto en el sistema neuroendocrino, principalmente en el eje HHA, donde se produce una estimulación de la producción de cortisol y de la hormona liberadora de corticotropina. Además, la ansiedad provocada en el cuadro depresivo disminuye la tolerancia al dolor conllevando una mayor necesidad de analgesia. Todos estos cambios quedan recogidos en la Figura 1 donde se explica cómo se producen las complicaciones que provoca la DPN (6).

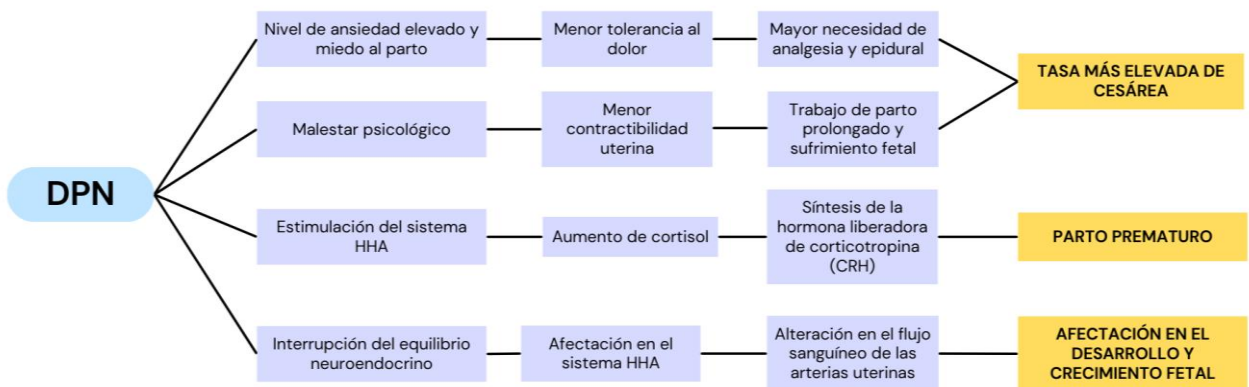


Figura n°1. Esquema de la fisiología que las complicaciones de la DPN. Elaboración propia a partir de Netsi et al. (2020).

El término depresión perinatal ha ido evolucionando a lo largo de los años. Desde la época de Hipócrates ya se pueden leer referencias del término y en el siglo XVI la depresión se asociaba a acciones extremas como que la madre causara la muerte a su hijo. Antiguamente, se pensaba que el embarazo era un factor protector contra la depresión, sin embargo, no es hasta el siglo XX cuando se empieza a diferenciar el momento en el que surge esta depresión, pudiendo clasificar así la depresión en prenatal o postparto. Con la publicación del DSM-5 se hace énfasis de que el 50% de depresiones postparto realmente tienen su inicio durante la gestación (7).

No es hasta hace 15 años cuando se empiezan a buscar intervenciones para la prevención y el tratamiento de la depresión perinatal (7).

El diagnóstico se basa principalmente en la identificación de los signos y síntomas reconocidos por el DSM-5, mediante el uso de la escala de Edimburgo y la escala de Beck. Aquellas mujeres diagnosticadas mediante estas dos escalas se les debe derivar a un especialista para poder determinar la gravedad de la enfermedad y el riesgo a complicaciones (8).

El tratamiento se resume en dos posibilidades: psicoterapia y fármacos antidepresivos. Por un lado, el tratamiento farmacológico es complicado debido a que muchas mujeres prefieren huir de la farmacoterapia por los posibles efectos adversos y consecuencias que pueda sufrir el feto. Es por ello, que durante los últimos años se está optando por la psicoterapia, la terapia cognitivo-conductual (TCC), basada en intervenciones como el mindfulness, demostrando que este tipo de actividades pueden llegar a reducir considerablemente los síntomas depresivos y ansiosos que se encuentran durante el embarazo en comparación con el tratamiento habitual (TAU) (8,9)

El uso de antidepresivos durante el embarazo se emplea cuando la depresión es severa o cuando la psicoterapia ha fallado. Sin embargo, algunos de ellos como la paroxetina y la fluoxetina, pueden producir en el feto malformaciones cardíacas congénitas. Es por ello, que el uso de estos medicamentos debe limitarse como tratamiento de segunda línea (10).

Además, en cuanto a la prevención, se han realizado múltiples estudios y revisiones para comprobar la efectividad de las intervenciones y se ha encontrado que la realización de ejercicio físico aeróbico reduce considerablemente los riesgos de padecer depresión en aquellas mujeres con antecedentes o inicio de síntomas. Por otro lado, se ha comprobado que las terapias farmacológicas y los suplementos en la dieta tienen una eficacia limitada en la prevención (11).

En base a la bibliografía encontrada, la DPN es un trastorno que afecta a las mujeres durante la gestación e incluso hasta un año después del alumbramiento. Sus causas incluyen tanto cambios hormonales como psicológicos, produciendo importantes complicaciones que impactan tanto en la madre como en el feto. En cuanto al tratamiento, se resume en dos alternativas principalmente, la farmacoterapia y la psicoterapia.

2.1.2 Epidemiología global y factores de riesgo asociados a la DPN

Mediante un estudio realizado en 2023 por la revista *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, se estableció la prevalencia de DPN. Se realizó una revisión sistemática de estudios anteriores para unificar los datos de la epidemiología de este trastorno. Se llegó a la conclusión de que una media de 26,3% mujeres experimentan un trastorno depresivo en la etapa perinatal, teniendo una mayor tendencia la depresión antenatal, especialmente en las poblaciones más vulnerables (inmigrantes, infectadas por VIH, drogodependientes, etc.) (12).

Por otra parte, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos estableció, que la depresión durante el embarazo oscila entre el 14% y el 23% y, en cambio, la depresión durante el postparto varía en torno al 5% y el 25% (13).

A pesar del infradiagnóstico de la enfermedad, la prevalencia de la DPN es alta y varía entre los diferentes países, siendo un 7-15% en los países con un mayor nivel de ingresos económicos y aumentando hasta un 19-25% en aquellos con ingresos inferiores (7).

El continente africano, contiene alguno de los países con mayor incidencia de DPN oscilando las cifras en torno al 8.3% y el 78.2%. Etiopía se ha registrado como uno de los países con mayor prevalencia de DPN de África, afectando a una de cada cuatro mujeres embarazadas, y en algunas regiones como Harari asciende la cifra hasta 37,44% (14,15).

Por otro lado, en China, la prevalencia de la DPN es la más alta de entre los países con ingresos elevados, siendo en torno al 16,3% - 19,7%. De igual manera, su prevalencia aumenta respecto a los países más desarrollados debido al factor cultural de la preferencia por el hijo varón (16).

En cuanto a España, la prevalencia gira en torno al 14,8% y el 23,4%, con una mayor incidencia en las mujeres inmigrantes, y varía dependiendo del trimestre de gestación tal y como se muestra en la figura 2. Además, tras el COVID-19 las cifras aumentaron hasta el 47,2% y se demostró que la depresión durante el embarazo no solo afecta a las mujeres, sino que se ha encontrado prevalencia de depresión paternal del 9,8% (13).

Prevalencia de la depresión en España

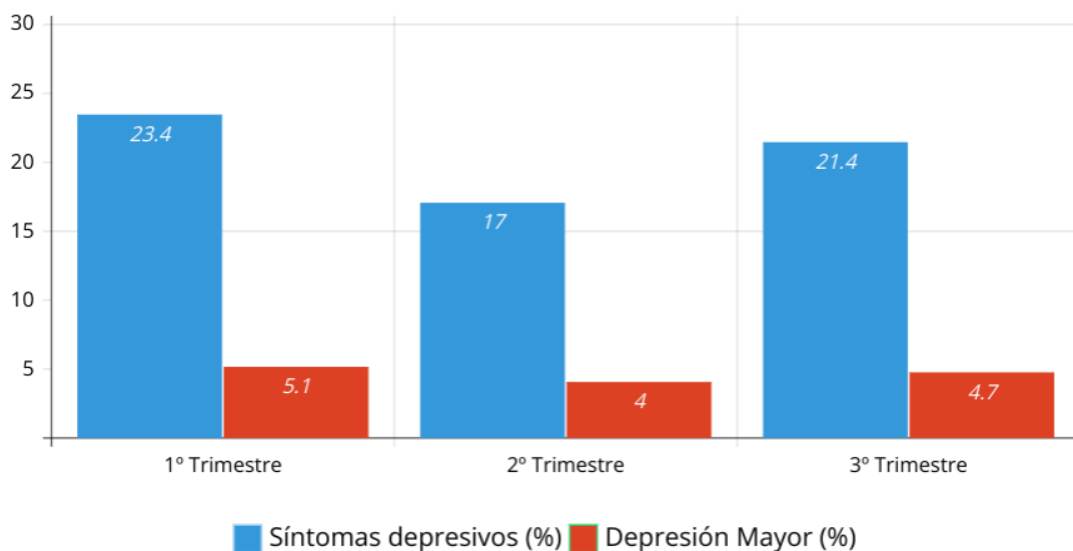


Figura 2: Prevalencia de la depresión en España según el trimestre. Elaboración propia a partir de Rodríguez-Muñoz et al. (2023).

La depresión perinatal es multifactorial, es decir, depende de múltiples factores tanto sociales, demográficos y biológicos, además es difícil de prevenir. La predisposición aumenta en mujeres que tienen antecedentes de depresión o de abuso psicológico (17).

En cuanto a las variables sociodemográficas que incrementan el riesgo de DPN son: nivel educativo bajo, ingresos escasos, estar desempleada, estar soltera y otros factores como ser inmigrante o vivir en aislamiento social. Por otro lado, se asocian también variables obstétricas que aumentan el riesgo de DPN como un embarazo indeseado, abortos previos y molestias físicas relacionadas con el embarazo. Por último, se encuentran las variables psicológicas relacionadas con episodios depresivos anteriores y niveles altos de ansiedad y estrés (18).

Incluso, se ha demostrado que las dificultades maritales como el divorcio o problemas en la pareja están relacionadas con incremento del riesgo de DPN de 4,17 veces (15).

Se ha demostrado, que utilizando herramientas como la Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) se puede detectar aquellas mujeres que tienen un alto riesgo de padecer depresión. Consiste en un cuestionario que mide los síntomas depresivos en la última semana, con una puntuación de 0 a 30, a partir de 12 puntos ya se considera que la mujer presenta un riesgo (17).

La Teate Depression Inventory es un instrumento utilizado también en la detección precoz de la DPN, especialmente los episodios depresivos mayores. Algunos estudios apuntan a que esta herramienta presenta una mayor especificidad que la EPDS al diferenciar mejor entre

aquellos sujetos deprimidos y los que no, y de este modo, evitar los posibles falsos positivos, sin embargo, debido a su complejidad su uso rutinario es limitado (19).

También existe otra herramienta que podría ser útil para realizar el cribado de las mujeres que presenten un mayor riesgo, las preguntas Whooley. Esta herramienta consta de 3 preguntas que valoran los 2 criterios esenciales para el diagnóstico de la depresión según el DSM-5, el ánimo depresivo y la anhedonia (20).

En conclusión, la prevalencia de la DPN es alta y varía según las condiciones socioeconómicas de cada país. A nivel global, la prevalencia es del 26,3% siendo más susceptibles las poblaciones más vulnerables económicamente. Entre los factores de riesgo se encuentran las variables sociodemográficas, obstétricas y psicológicas de la mujer. La importancia radica en la prevención y el diagnóstico precoz.

2.1.3. Aplicación del mindfulness como intervención de enfermería

El mindfulness (traducido al español como atención plena), es una terapia cuyo objetivo es concentrar toda la conciencia en el momento actual y evitar pensamientos que vayan más allá de lo real. Según Linehan (1993), psicóloga estadounidense, se centra en entrenar al paciente para que observe y describa las situaciones, sin realizar ningún tipo de valoración y centrándose en el presente (21).

El elemento principal del mindfulness es la atención, este proceso requiere focalizar los pensamientos a un estímulo en concreto y cambiar esa atención hacia otros estímulos distintos. Existen dos métodos para controlar la atención: Meditación de Atención Focalizada, cuyo objetivo es centrar la conciencia en un objeto específico en tiempos cada vez más largos y, por otro lado, la Meditación de Monitoreo Abierto, que implica ser conscientes de las experiencias y sensaciones presentes sin reaccionar ni juzgar (22).

La atención plena no busca un control radical de las situaciones, ni tampoco cambiar los pensamientos hacia una perspectiva positiva, la clave es la aceptación de las circunstancias y su interpretación como naturales (21).

Este tipo de terapia psicológica tiene su origen en el budismo y poco a poco se han ido adaptando al mundo occidental. Comenzó como una intervención para tratar de aliviar el dolor crónico, y más adelante se creó el Programa de Reducción de Estrés (MBSR): 8 sesiones destinadas a mejorar las habilidades de aceptación y apertura a las situaciones, a través de la meditación y el control de la respiración (23).

Las intervenciones basadas en mindfulness (IBM) pueden practicarse mediante diferentes maneras, aquellas más estudiadas son la Reducción de Estrés Basada en mindfulness (MBSR) y la Terapia Cognitiva Basada en mindfulness (MBCT) (24).

El método que ha resultado más eficaz para abordar los síntomas depresivos y ansiosos ha sido la MBCT, que combina la MBRS (sesiones grupales con ejercicios de audio en casa y retiro de un día) con la ciencia cognitiva. Esta intervención consiste en la realización de actividades de meditación, de autoconocimiento corporal y de ejercicios de yoga. Estos ejercicios han demostrado que pueden modificar las respuestas neurometabólicas disminuyendo el cortisol (principal generador de estrés crónico) (24).

Se han realizado escasos estudios para evaluar la efectividad de las MBCT. Estas mismas terapias se han probado en mujeres embarazadas, trabajando los pensamientos y comportamientos de riesgo desde la aceptación y afrontamiento, reduciendo la probabilidad de padecer una depresión prenatal y aumentando la capacidad de regulación a nivel emocional (25,26).

El principal objetivo de la MBCT es incrementar el bienestar psicológico materno en su estado gestacional (26).

Durante la depresión, las personas experimentan un desarrollo cognitivo negativo, especialmente, en aquellas personas que sufren un evento de estrés máximo. Este estilo cognitivo conlleva una serie de pensamientos persistentes negativos, juicios severos sobre uno mismo y, además, puede conllevar un inicio o recaída de la depresión. Es por ello, que las intervenciones basadas en MBCT identifican dichos pensamientos y ayuda a las personas a que los perciban como algo irreal o temporal (26).

Cada vez, se va avanzando y creando más actividades basadas en el mindfulness que buscan facilitar a las usuarias su accesibilidad a las mismas. Un estudio realizado en China encontró que existe un tipo de entrenamiento en mindfulness que se puede realizar a través de un teléfono móvil y que además está destinado a mejorar y evitar la DPN en gestantes, especialmente en mujeres primíparas (27).

Sin embargo, la dificultad de la implementación de esta intervención, debido a falta de profesionales especialistas en el material y la corta duración de las consultas, complica la demostración a gran escala de la efectividad de esta (25).

El personal de enfermería es esencial en la detección y el tratamiento precoz de la depresión durante la gestación, ya que hay evidencia suficiente que demuestra que esta patología actualmente se encuentra subdiagnosticada debido a que la sintomatología se puede confundir con la propia de un embarazo (28).

El uso del mindfulness ha ido aumentando en las intervenciones de enfermería en los últimos 25 años y ha servido de base para la investigación, la práctica y la educación. Esta técnica ya ha sido utilizada por enfermeras, por ejemplo, para reducir el estrés y la ansiedad provocados por la pandemia de COVID-19 (29).

Se han realizado cursos destinados a incorporar prácticas de mindfulness con el ejercicio enfermero, donde se integra la Teoría del Cuidado Humano de Watson con los principios del mindfulness, de este modo, se practica las técnicas de cuidado consciente y cuidado mutuo (29).

Del mismo modo, el mindfulness ha demostrado eficacia en los planes de cuidados realizados por enfermeras especializadas en ello. Esta intervención se ha puesto en práctica con pacientes con dolores crónicos como fibromialgias y se ha demostrado una reducción tanto del dolor como del estrés percibido por los pacientes. Los cuidados de enfermería están orientados a acompañar al paciente y lograr el máximo bienestar posible, observando y valorando desde una perspectiva bio-psico-social, lo que significa que alteraciones como el estrés y la ansiedad son competencia de enfermería y tienen la responsabilidad de intentar amortiguarlo (28).

En Asturias, se desarrolló un proyecto destinado a la aplicación de mindfulness por enfermeras en un centro de Atención Primaria, dirigido al tratamiento del trastorno mental. Los resultados demostraron que el mindfulness llevado a cabo por enfermeras tenía una efectividad moderada en el tratamiento de los síntomas depresivos y de ansiedad igualmente, se redujo el número de fármacos a largo plazo consiguiendo una mejora en la calidad de vida de los pacientes (30).

No obstante, aunque se han realizado estudios sobre el uso del mindfulness en el ámbito sanitario y en salud mental, la evidencia sobre su efectividad, específicamente en mujeres embarazadas con sintomatología depresiva, en el ámbito de la Atención Primaria y liderado por enfermeras, es aún limitada en el contexto español.

La mayoría de las investigaciones realizadas han sido lideradas por psicólogos o mediante aplicaciones móviles, y aquellas intervenciones gestionadas por el personal de enfermería se han implementado en otras áreas como salud mental o dolor crónico, sin embargo, existe una carencia de estudios que evalúen el impacto del mindfulness en gestantes.

En resumen, el mindfulness es un tipo de intervención donde predomina la conciencia plena en el momento presente, basada en la aceptación sin juicio. Esta técnica se puede utilizar para tratar diferentes patologías psicológicas, entre ellas, la depresión y la ansiedad. En

enfermería, el mindfulness ha demostrado ser eficaz mejorando el bienestar psicológico de los pacientes, sin embargo, su aplicación en mujeres gestantes continúa siendo limitada.

2.2. Justificación

La DPN es un trastorno que afecta a las mujeres durante la gestación e incluso hasta un año después del alumbramiento. Sus causas incluyen tanto cambios hormonales como psicológicos, produciendo importantes complicaciones que impactan tanto en la madre como en el feto. En cuanto al tratamiento, se resume en dos alternativas principalmente, la farmacoterapia y la psicoterapia.

La prevalencia de la DPN es alta y varía según las condiciones socioeconómicas de cada país. A nivel global, la prevalencia es del 26,3% siendo más susceptibles las poblaciones más vulnerables económicamente. Entre los factores de riesgo se encuentran las variables sociodemográficas, obstétricas y psicológicas de la mujer. La importancia radica en la prevención y el diagnóstico precoz.

El mindfulness es un tipo de intervención donde predomina la conciencia plena en el momento presente, basada en la aceptación sin juicio. Esta técnica se puede utilizar para tratar diferentes patologías psicológicas, entre ellas, la depresión y la ansiedad. En enfermería, el mindfulness ha demostrado ser eficaz mejorando el bienestar psicológico de los pacientes, sin embargo, su aplicación en mujeres gestantes continúa siendo limitada.

Desde el punto de vista científico, a pesar del auge de las intervenciones de mindfulness para tratar los trastornos mentales, existen escasos estudios y evidencias acerca de su efectividad para tratar o prevenir los síntomas depresivos en mujeres embarazadas. La mayoría de los estudios que abordan la depresión en embarazadas se centran en la depresión postparto dejando un vacío en la investigación durante la etapa perinatal. Por ello, surge la necesidad de estudiar la efectividad del mindfulness para tratar o prevenir los síntomas depresivos durante el embarazo.

Desde el punto de vista enfermero, el mindfulness, ofrece una estrategia de tratamiento no farmacológico que sirve como alternativa complementaria al abordaje de la DPN. Su aplicación en el ámbito de la enfermería representa una parte relevante puesto que, las enfermeras, desempeñan un papel crucial en la educación sanitaria, el acompañamiento de la mujer durante la gestación y la promoción del bienestar tanto materno como fetal.

A través del desempeño de un modelo de intervención caracterizado por el cuidado integral centrado en la persona, como son los programas de mindfulness, las enfermeras pueden contribuir a la reducción y a la prevención de síntomas depresivos durante el embarazo, fortaleciendo el vínculo materno-fetal y evitando posibles complicaciones en la salud de

ambos. Es por ello, que la formación de las enfermeras en este ámbito puede optimizar la respuesta del sistema sanitario ante un problema de gran impacto en la salud pública española.

3. Objetivos e hipótesis

3.1. Objetivos

3.1.1 Objetivo general

Evaluar la efectividad de una intervención basada en mindfulness para la prevención o la reducción de síntomas depresivos en las gestantes que acuden a los centros de salud de Villaverde, entre 25 y 44 años y sin diagnóstico antenatal de depresión.

3.1.2. Objetivos específicos

Los objetivos específicos del estudio son los siguientes:

- Evaluar si el mindfulness reduce la intensidad de los síntomas depresivos en gestantes
- Analizar si el mindfulness contribuye al incremento del bienestar físico y psicológico de las gestantes
- Determinar si las intervenciones basadas en mindfulness reducen la necesidad de atención psicológica o control farmacológicos en las gestantes
- Determinar la prevalencia de síntomas depresivos durante el embarazo en las gestantes de Villaverde

3.2. Hipótesis

3.2.1. Hipótesis nula (H₀):

La realización de terapia basada en mindfulness no tiene ningún efecto significativo en la prevención o en la reducción de síntomas depresivos en gestantes que acuden a los centros de salud de Villaverde, entre 25 y 44 años.

3.2.2. Hipótesis alternativa (H₁):

La realización de terapia basada en mindfulness es efectiva para la prevención o la reducción de síntomas depresivos en gestantes que acuden a los centros de salud de Villaverde, entre 25 y 44 años.

4. Metodología

4.1. Diseño del estudio

Debido a las características y objetivos del proyecto, se ha optado por un diseño del estudio cuasiexperimental, ya que no es posible cumplir los requisitos metodológicos de un ensayo controlado aleatorio, es decir, puramente experimental. Esto se debe a la imposibilidad de elegir de forma aleatoria a los participantes debido a que las gestantes podrían negarse a ser sometidas a las intervenciones de mindfulness y puede resultar complicado controlar todas las variables que pueden influir en la intervención, al tratarse de un grupo tan específico.

Un estudio cuasiexperimental resulta más sencillo de implementar en un contexto clínico real y, además, no requiere de múltiples recursos económicos.

Dentro de las diferentes tipologías de los estudios cuasiexperimentales, se ha optado por un diseño pre-post, con un grupo control, que no será sometido a la intervención, y otro grupo experimental, gestantes que recibirán la intervención basada en mindfulness. Del mismo modo, estará caracterizado por el control de las variables antes y después de la intervención.

El estudio tiene un enfoque prospectivo y longitudinal, es decir, la recogida de los datos se llevará hacia delante en el tiempo y se realizarán diferentes mediciones a lo largo de todo el embarazo.

La duración del estudio será de 15 meses, incluyendo la fase conceptual, metodológica y empírica.

4.2. Sujetos del estudio

La población diana del estudio son las gestantes de la Comunidad de Madrid, que tienen un diagnóstico de depresión prenatal o que presentan síntomas depresivos que pueden ser evaluados mediante escalas estándar.

La población accesible, son aquellas gestantes, pertenecientes al distrito de Villaverde, con diagnóstico de depresión prenatal o con síntomas depresivos. Esta zona ha sido seleccionada de forma intencional debido a la disponibilidad del equipo investigador, los recursos asistenciales existentes y la posibilidad real de acceso a la muestra durante el periodo de estudio.

El muestreo será no probabilístico, debido a los criterios específicos que se requieren para participar en el estudio, y será muestreo por conveniencia, donde las gestantes que participarán serán las que estén disponibles y dispuestas.

El lugar donde se realizará el estudio será en los centros de salud localizados en Villaverde:

- Centro de Salud San Andrés
- Centro de Salud Los Ángeles
- Centro de Salud Los Rosales
- Centro de Salud Potes
- Centro de Salud San Cristóbal de Los Ángeles
- Centro de Especialidades Periférico Villaverde Cruce
- Centro Municipal de Salud Comunitaria Villaverde

Se ha escogido el distrito de Villaverde para la realización del estudio tras realizar una revisión de las estadísticas de cada distrito para obtener cuáles son aquellas zonas con un mayor riesgo de depresión perinatal. Tal y como se expone en el estado de la cuestión algunos de los factores de riesgo que intervienen en la depresión son el bajo nivel socioeconómico y educativo. En la Tabla nº3 (Anexo 1), se exponen los diferentes distritos de la Comunidad de Madrid con cifras acerca de la migración, renta media, desempleo en mujeres de 25 a 44 años, nivel educativo en personas mayores de 25 años y probabilidad de padecer una enfermedad mental en mujeres (31).

Tal y como se muestra en la tabla, el distrito de Villaverde obtiene la cifra más alta de desempleo en mujeres de entre 25 y 44 años y de riesgo a padecer una enfermedad mental. Además, tiene la segunda cifra más alta en población migrante, la segunda más baja de mayores de 25 años con estudios superiores y es el tercer distrito con menor renta media por persona. Todo ello, hace que Villaverde sea el distrito de Madrid con mayor probabilidad a padecer DPN y es por ello, por lo que se ha escogido esta zona para realizar el estudio.

Los **criterios de inclusión** de la muestra serán los siguientes:

- Gestantes de entre 25 y 44 años
- Gestantes con diagnóstico de DPN, presencia de síntomas depresivos o factores de riesgo elevados mediante herramientas de evaluación como el EDPS.
- Mujeres, que, tras recibir la información necesaria, quieran participar y que firmen el consentimiento informado.
- Gestantes cuyo idioma oficial sea el castellano para asegurar una mayor comprensión y adherencia a las intervenciones.

Por otro lado, los **criterios de exclusión** son:

- Mujeres con diagnóstico previo al embarazo de depresión.

- Mujeres con trastornos psiquiátricos como bipolaridad, cuadros ansiosos graves o esquizofrenia.
- Mujeres que no hablen español.
- Mujeres que se nieguen a participar en el estudio o no firmen el consentimiento informado.
- Mujeres con enfermedades médicas graves que les impida poder participar en las intervenciones, como patologías crónicas descompensadas, trastornos cardiovasculares e insuficiencia renal aguda.

Aunque la muestra no se obtendrá de manera aleatoria, se considera que los datos obtenidos realizando el estudio en Villaverde, pueden ser extrapolables al resto de la Comunidad de Madrid, ya que presenta características sociodemográficas diversas, como la proporción de población migrante, renta media y la tasa de desempleo. Esta heterogeneidad permite considerar los resultados como indicativos para otras áreas similares dentro de la comunidad autónoma.

Se realizará un muestreo intencional y no probabilístico, seleccionando a las mujeres embarazadas que cumplan los criterios de inclusión y deseen participar. No se calculará un tamaño muestral formal, sino que se realizará una previsión en función del flujo de participantes, basándose en el número medio mensual de gestantes atendidas en los centros de salud seleccionados durante los meses de recogida de datos. Esta previsión permitirá alcanzar un número suficiente de participantes para una primera aproximación exploratoria del efecto del mindfulness en la depresión perinatal.

Según el Instituto Geográfico de Madrid en 2024 se registraron 1.348 nacimientos en Villaverde y dado que asumimos que casi todas las gestantes tienen un parto registrado, podemos asumir que el número de nacimientos al año es similar al número de mujeres embarazadas al año. No obstante, si se tiene en cuenta que el embarazo tiene una duración aproximada de 9 meses, y que en un momento dado solo una parte de esas gestantes estará en seguimiento, se estima que el número de mujeres embarazadas en un momento concreto del año sería de aproximadamente 1.011 (32).

Tal y como queda reflejado en el estado de la cuestión, en España hay una prevalencia que gira en torno al 14,8% y el 23,4% y, debido a que no se encuentran datos estadísticos de la incidencia de DPN en Villaverde, se ha extrapolado este dato a nuestra población. Se asume que en torno al 20% de gestantes de Villaverde tiene DPN o tiene factores de riesgo a desarrollarlo. Si se aplica ese porcentaje a las 1.011 gestantes de Villaverde resultan 202 gestantes con DPN.

Si suponemos que aproximadamente el 50% de las gestantes elegibles decide participar en el estudio, se espera contar con unas 101 participantes.

Para un periodo de captación de 3 meses, se prevé captar alrededor de 34 gestantes por mes, lo cual proporcionará un flujo adecuado para realizar el estudio de manera eficiente.

La muestra del estudio se dividirá en dos grupos, el grupo intervención, gestantes que son sometidas a las técnicas de mindfulness para la prevención y reducción de síntomas depresivos, y un grupo control, que recibirá la atención prenatal común sin someterse a ninguna intervención de mindfulness.

Al tratarse de un estudio cuasiexperimental, la asignación de grupos no será de forma aleatoria, sino mediante una asignación por conveniencia o por disponibilidad de las participantes. Para evitar en la medida de lo posible los sesgos que se puedan producir se llevará a cabo un equilibrio entre ambos grupos según variables como la edad gestacional, grado de severidad de la sintomatología depresiva y de los factores de riesgo y la paridad.

4.3. Variables

Las variables que intervienen en este estudio se pueden dividir en 3 grupos diferentes: sociodemográficas, propias del estudio y de resultados.

Variables sociodemográficas: son fundamentales para comprender cuáles son aquellos factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo de la DPN, su control hace que el estudio sea más detallado.

- **Edad materna:** variable cuantitativa continua, ya que se puede medir con números. Esta variable es importante debido a que las mujeres más jóvenes y más mayores pueden presentar una mayor vulnerabilidad e inestabilidad emocional y podrían ser más sensibles a padecer trastornos psicológicos. El instrumento de recogida es mediante la historia clínica de la gestante.
- **Edad gestacional:** variable cuantitativa continua porque se puede medir en semanas e incluso en días. La sintomatología depresiva puede variar según el trimestre de gestación en el que se encuentre la gestante. El instrumento de recogida es la historia clínica obstétrica.
- **Paridad:** variable cualitativa nominal puesto que, aunque se puede medir el número de embarazos previos, se van a clasificar en dos grupos: primíparas y multíparas, sin seguir ningún sistema de ordenación. La paridad puede influir en la intensidad de los síntomas depresivos, ya que, las primíparas pueden experimentar mayor grado de miedo o ansiedad, y en cambio, las multíparas pueden tener una mayor carga familiar.

- **Nivel educativo:** variable cualitativa ordinal debido a que se mide en categorías no en números. Las categorías se dividen en: sin estudios, educación primaria, secundaria y formación profesional o estudios universitarios. El nivel educativo es una variable para tener en cuenta debido a que se ha estudiado que las mujeres con un nivel educativo superior tienen un mayor acceso y un control en el afrontamiento al estrés, la comprensión de la información médica y adherencia a las intervenciones. En cambio, las mujeres sin estudios o con un nivel educativo bajo podrían tener un menor acceso a recursos y presentar mayores dificultades a la hora de la comprensión de la información sobre salud. El instrumento de recogida es mediante un cuestionario sociodemográfico a las mujeres participantes.
- **Situación económica:** variable cualitativa ordinal, debido a que no sigue un orden jerárquico, se mide por categorías: bajo nivel económico, medio-bajo, medio, medio-alto y alto nivel económico. La situación económica de la gestante puede incluir directamente en el bienestar psicológico. Las gestantes con un mayor nivel económico tienen mayor facilidad en el acceso de recursos para el manejo del estrés, sin embargo, aquellas con un nivel económico bajo puede ser un motivo para incrementar el estrés durante el embarazo debido a la incertidumbre financiera. El instrumento de recogida será mediante un cuestionario sociodemográfico a las embarazadas.
- **Red de apoyo social:** variable cualitativa ordinal que se mide por categorías: bajo nivel de apoyo social, medio-bajo, medio, medio-alto y alto nivel de apoyo social. El apoyo del entorno de las gestantes puede ser crucial durante el embarazo, se ha demostrado que aquellas gestantes con un alto nivel de apoyo social, de familia, amigos o pareja, reduce la prevalencia de síntomas depresivos y mejora la capacidad de afrontamiento del estrés. Por el contrario, la falta de apoyo puede provocar mayores niveles de ansiedad y estrés y, por tanto, mayor prevalencia de síntomas depresivos durante la gestación. El instrumento de recogida será mediante un cuestionario sociodemográfico.

Variables propias del estudio: son variables independientes. Son aquellas variables que definen el estudio y los factores que puedan influir en el mismo.

- **Intervención de mindfulness:** variable cualitativa nominal, no se mide con números de forma jerárquica, sino que lo clasifica en dos grupos; aquellas mujeres que reciben la intervención y aquellas que no la reciben. Los resultados de la intervención de mindfulness se van a evaluar si tiene un impacto en la sintomatología depresiva en las embarazadas o no. El instrumento de recogida será con el seguimiento de la asistencia de las participantes a la intervención, mediante un registro.

VARIABLES DE RESULTADOS: variables dependientes de la intervención. Miden la efectividad de la terapia de mindfulness en gestantes con síntomas depresivos.

- **Nivel de sintomatología depresiva:** variable cualitativa ordinal, porque se puede clasificar según categorías derivadas de la puntuación obtenida en la escala, estableciendo un orden o jerarquía. La disminución de la sintomatología depresiva es el principal resultado esperado del estudio y va a depender de las intervenciones basadas en mindfulness. El instrumento de recogida se realizará mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) donde se puede obtener entre 0-30 puntos. Una vez obtenida la puntuación se ordena en diferentes categorías: 0-9 puntos: sin depresión; 10-13 puntos: riesgo o depresión leve; 14-19 puntos: depresión moderada y 20-30 puntos: depresión grave (33) (anexo x).
- **Niveles de estrés percibido:** variable cualitativa ordinal, porque se puede clasificar según categorías derivadas de la puntuación obtenida en la escala, estableciendo un orden o jerarquía. Se evaluará si las intervenciones de mindfulness tienen un impacto también sobre el estrés de la gestante, el cual puede influir en la aparición de síntomas depresivos. El instrumento de recogida será mediante la Escala de Estrés Percibido (PSS), variando la puntuación desde 0 a 40 puntos. Una vez obtenida la puntuación se clasifican los resultados en 3 categorías: 0-20 puntos, sin estrés o estrés leve; 20-25 puntos, estrés moderado; mayor de 25 puntos estrés elevado (34) (anexo x=).
- **Riesgo de complicaciones perinatales:** variable cualitativa nominal, donde se clasifica en diferentes categorías: ausencia de complicaciones o presencia de complicaciones. La DPN es un factor de riesgo a sufrir un parto prematuro y complicaciones perinatales como la preeclampsia, DPPNI y parto instrumentalizado. El instrumento de recogida de datos será mediante la historia clínica y los informes obstétricos.

A continuación, en la Tabla nº4, quedan reflejadas las variables sociodemográficas que intervienen en el estudio:

| Variables | Tipo | Instrumento de medida | Unidad de medida |
|---------------------|--|-----------------------------|---|
| Edad materna | Demográfica, cuantitativa continua | Historia clínica | Años de la gestante |
| Edad gestacional | Demográfica, cuantitativa continua | Historia clínica obstétrica | Semanas |
| Paridad | Demográfica, cualitativa nominal binaria | Historia clínica obstétrica | Categorías: primípara, múltipara |
| Nivel educativo | Demográfica, cualitativa ordinal | Cuestionario demográfico | Categorías: bajo, medio-bajo, medio, medio-alto, alto |
| Situación económica | Demográfica, cualitativa ordinal | Cuestionario demográfico | Categorías: bajo, medio-bajo, medio, medio-alto, alto |
| Red de apoyo social | Demográfica, cualitativa ordinal | Cuestionario demográfico | Categorías: bajo, medio-bajo, medio, medio-alto, alto |

Tabla nº4. Variables sociodemográficas que intervienen en el estudio. Tabla de elaboración propia.

A su vez, en la Tabla nº5, quedan reflejadas las variables propias del estudio y las variables de resultado:

| Variables | Tipo | Instrumento de medida | Unidad de medida |
|--------------------------------------|--|---|--|
| Intervención de mindfulness | Independiente, cualitativa nominal | Registro de asistencia a la intervención | Categorías: mujeres que reciben la intervención, mujeres que no reciben la intervención |
| Nivel de sintomatología depresiva | Dependiente, cualitativa ordinal | Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) | Puntuación entre 0-30 puntos Categorías: 0-9 puntos: sin depresión; 10-13 puntos: riesgo o depresión leve; 14-19 puntos: depresión moderada y 20-30 puntos: depresión grave. |
| Nivel de estrés percibido | Dependiente, cualitativa ordinal | Escala de Estrés Percibido (PSS-10) | Puntuación entre 0-40 puntos. Categorías: 0-20 puntos, sin estrés o estrés leve; 20-25 puntos, estrés moderado; mayor de 25 puntos estrés elevado. |
| Riesgo de complicaciones perinatales | Dependiente, cualitativa nominal binaria | Historia clínica obstétrica | Categorías: ausencia de complicaciones, presencia de complicaciones |

Tabla nº5. Variables propias del estudio y de resultados. Tabla de elaboración propia.

4.3. Intervención a evaluar

La intervención a evaluar en este estudio consiste en un programa formado por 8 sesiones de actividades basadas en mindfulness para el manejo y la prevención de los síntomas depresivos durante la gestación.

El estudio queda dividido en dos grupos: grupo experimental y grupo control.

Grupo control: el grupo control será sometido a una intervención estándar, siguiendo la atención prenatal habitual impartida en los centros de salud del distrito de Villaverde. Esta atención prenatal consiste en visitas periódicas con el médico y la matrona para el seguimiento del embarazo, incluyendo educación general sobre el bienestar prenatal y emocional de la gestante, pero sin hacer referencias sobre el mindfulness.

La frecuencia de estas visitas será determinada por el protocolo que siga habitualmente el centro de salud, sin modificar la dinámica que llevan con el resto de los embarazos.

Grupo experimental: el grupo experimental será sometido al programa de mindfulness para el manejo de la DPN, con el fin de mejorar el bienestar emocional, reducir los síntomas depresivos y reducir el riesgo de complicaciones obstétricas asociadas a la DPN.

La intervención se basará en 8 sesiones impartidas durante 8 semanas seguidas a lo largo del embarazo. Cada sesión tendrá una duración de 60 minutos y se emplearán técnicas de relajación, meditación, conciencia con la realidad y autogestión de emociones siguiendo el modelo de intervención basado en el mindfulness. El programa tendrá un enfoque progresivo donde se comenzará introduciendo el mindfulness hasta la aplicación de las técnicas en situaciones cotidianas de la mujer.

Las sesiones serán impartidas por una enfermera con formación en el empleo del mindfulness, que guiará a las gestantes en todas las sesiones y proporcionará un acompañamiento periódico para asegurar que las mujeres comprendan y realicen correctamente las actividades. De la misma forma, se proporcionará a los participantes materiales complementarios como guías y audios para que puedan seguir practicando los ejercicios de forma autónoma.

Antes de comenzar las sesiones, las mujeres deberán leer el documento informativo (Anexo 2) y haber firmado el consentimiento informado (Anexo 3).

Se emplea el uso de encuestas para evaluar la participación de las mujeres y su nivel de satisfacción después de cada sesión. Además, se realizará un seguimiento antes de

comenzar la intervención, tras la sesión número 5, al finalizar la última sesión y tras el parto, mediante la EPDS y la PSS-10.

Es importante tener en cuenta que las sesiones se deben realizar en un ambiente tranquilo, con iluminación suave y sin interrupciones ni ruidos.

La primera sesión, reflejada en la Tabla nº6, consistirá en una introducción al mindfulness, una presentación del programa y el inicio de ejercicios de control de la respiración. Al inicio de la sesión, se procederá a la primera recogida de datos mediante la EDPS y la PSS-10.

Las sesiones 2 y 3, reflejadas en la Tabla nº 7, se centrará en la enseñanza de técnicas de relajación a conciencia del propio cuerpo. Se realizarán ejercicios de relajación muscular y el fomento de la conciencia corporal.

Las sesiones 4 y 5, reflejadas en la Tabla nº8, consistirán en la gestión emocional y el manejo del estrés, donde se enseñará a los participantes ejercicios de mindfulness para la gestión de sus emociones. Además, se recogerán, otra vez, datos obtenidos con los cuestionarios dados en la sesión 1.

Las sesiones 6 y 7, reflejadas en la Tabla nº9, se enfocarán en la aceptación de la autocrítica y el fomento del autocuidado tanto físico como emocional.

Por último, en la sesión 8, reflejada en la Tabla nº10, se procederá al cierre del programa con la puesta en práctica de técnicas de mindfulness para utilizar en la vida diaria a largo plazo. Además, se hará una tercera medición de datos con los cuestionarios de la sesión 1. La última recogida de datos se realizará una vez procedido el parto.

| | |
|---|---|
| Sesión 1: Introducción al mindfulness | |
| Duración: 60 minutos | |
| Fecha: Semana 1 | |
| Participantes: Enfermera con formación especializada en mindfulness y embarazo. Mujeres embarazadas entre 20-40 años con síntomas de DPN o con alto riesgo de padecer DPN, que hayan aceptado participar en la intervención y hayan firmado el consentimiento informado. | |
| Contenidos | <u>Objetivo:</u> Introducir el mindfulness a los participantes |
| | <u>Desarrollo:</u> Se comenzará la sesión con una breve presentación del programa y una explicación teórica del mindfulness. Se impartirá una charla sobre la importancia de la conexión mente-cuerpo. Se realizarán ejercicios de atención a la respiración consciente |
| Recogida de datos: Antes de comenzar la sesión se pedirá a la gestante que rellene la hoja de recogida de datos, adjuntado en el Anexo 3. Además, se les proporcionará a las gestantes 2 cuestionarios diferentes, la EDPS (Anexo 4) y la PSS-10 (Anexo 5). De este modo se podrá evaluar qué nivel de estrés y de síntomas depresivos padecen las gestantes antes de la intervención. | |

Tabla nº6: Sesión 1 del programa de mindfulness en mujeres gestantes. Tabla de elaboración propia

| Sesión 2 y sesión 3: Técnicas de relajación y atención plena al cuerpo | |
|---|---|
| Duración: 60 minutos cada sesión | |
| Fecha: Semana 2 y semana 3 | |
| Participantes: Enfermera con formación especializada en mindfulness y embarazo. Mujeres embarazadas entre 20-40 años con síntomas de DPN o con alto riesgo de padecer DPN, que hayan aceptado participar en la intervención y hayan firmado el consentimiento informado. | |
| Contenidos | Objetivo: Enseñar técnicas de relajación muscular, respiración profunda y fomentar la conciencia corporal |
| | Desarrollo: La sesión 2 se centrará en la realización de técnicas de respiración profunda (20-25 minutos) y ejercicios de relajación muscular donde se enseñará a las participantes a tensar y relajar los diferentes grupos musculares para ayudar a liberar tensiones (30 minutos). La sesión 3 se centrará en la atención plena al cuerpo y un escaneo corporal. Las mujeres se tumbarán y centrarán su atención a cada parte de su cuerpo de forma sistemática presentando la atención a las sensaciones físicas que perciban y prestando especial atención a su vientre y a los movimientos del feto. (45 minutos). Además, se enseñará cómo pueden emplear las técnicas enseñadas para las actividades cotidianas. (15 minutos) |

Tabla nº7: Sesión y sesión 3 del programa de mindfulness en mujeres gestantes. Tabla de elaboración propia.

| Sesión 4 y sesión 5: Gestión emocional y manejo del estrés | |
|---|--|
| Duración: 60 minutos cada sesión | |
| Fecha: Semana 4 y semana 5 | |
| Participantes: Enfermera con formación especializada en mindfulness y embarazo. Mujeres embarazadas entre 20-40 años con síntomas de DPN o con alto riesgo de padecer DPN, que hayan aceptado participar en la intervención y hayan firmado el consentimiento informado. | |
| Contenidos | Objetivo: Enseñar a las participantes a emplear el mindfulness para la gestión de sus emociones y el manejo del estrés |
| | Desarrollo: La sesión 4 se iniciará con ejercicios que conecten la respiración con el cuerpo, identificando sensaciones de ansiedad o estrés (20 minutos). Después, se invitará a las participantes a seleccionar alguna actividad de la vida diaria y se les enseñará como pueden emplear las técnicas de mindfulness para aliviar el estrés o la ansiedad que dicha actividad les proporciona. (20 minutos). Para terminar, se hará una reflexión donde tendrá que pensar algún acontecimiento desagradable para ellas y de seguido compensarlo con otro agradable. (15 minutos). En la sesión 5 se realizará una práctica donde tendrán que observar de forma consciente sus emociones sin juzgarlas ni intentar cambiarlas (20 minutos). A continuación, se realizará una visualización positiva, donde se guiará a las participantes en una respiración profunda y lenta mientras se imaginan sitios que les proporcionen paz y tranquilidad y se les invitará a enfocarse en aquellos detalles sensoriales y que se visualicen manejando las situaciones de estrés de forma tranquila en aquel lugar que les otorga paz. (35 minutos). |
| Recogida de datos: Al finalizar la quinta sesión se les volverá a proporcionar los cuestionarios de la sesión 1 para poder evaluar si el programa está siendo efectivo. | |

Tabla n°8: Sesión 4 y sesión 5 del programa de mindfulness en mujeres gestantes. Tabla de elaboración propia.

| Sesión 6 y sesión 7: Introducción al mindfulness | |
|---|---|
| Duración: 60 minutos cada sesión | |
| Fecha: Semana 6 y semana 7 | |
| Participantes: Enfermera con formación especializada en mindfulness y embarazo. Mujeres embarazadas entre 20-40 años con síntomas de DPN o con alto riesgo de padecer DPN, que hayan aceptado participar en la intervención y hayan firmado el consentimiento informado. | |
| Contenidos | Objetivo: Ayudar a las participantes a obtener una mayor aceptación y reducción de la autocrítica fomentando la importancia del autocuidado emocional y físico |
| | Desarrollo: En la sesión 6 se comenzará con una introducción al concepto de la autocompasión, explicando cómo en determinados momentos la autocompasión puede reducir las sensaciones de estrés y depresión (10 minutos). Después, se realizará un ejercicio donde se pedirá a las participantes que piensen en algún momento donde hayan presentado algún tipo de malestar y que, sin juzgarse, aborden el tema con amabilidad y cariño hacia sí mismas. (10 minutos). Se procederá a realizar una meditación sentada (30 minutos). Para terminar, se realizarán ejercicios de respiración. (10 minutos). En la sesión 7 se fomentará el autocuidado, se comenzará con una charla de la importancia del cuidado a sí mismo en todas las dimensiones y se les explicarán técnicas para emplear en su día a día (15 minutos). A continuación, se realizará una dinámica grupal donde por grupos tendrán que realizar una lista de actividades que les hagan sentir bien y lo compartirán (10 minutos). Se realizará una meditación mientras andan por el espacio (15 minutos). Para finalizar la sesión se elaborará un plan de autocuidado individualizado para implementar durante el embarazo (20 minutos). |

Tabla nº9: Sesión 6 y sesión 7 del programa de mindfulness en mujeres gestantes. Tabla de elaboración propia.

| Sesión 8: Cierre del programa e integración del mindfulness a largo plazo | |
|---|---|
| Duración: 60 minutos | |
| Fecha: Semana 8 | |
| Participantes: Enfermera con formación especializada en mindfulness y embarazo. Mujeres embarazadas entre 20-40 años con síntomas de DPN o con alto riesgo de padecer DPN, que hayan aceptado participar en la intervención y hayan firmado el consentimiento informado. | |
| Contenidos | Objetivo: Reflexionar sobre lo aprendido en las sesiones anteriores y enseñar a su aplicación en la vida cotidiana a largo plazo |
| | Desarrollo: Se comenzará la sesión con una meditación individual centrada en la respiración, donde reflexionarán sobre lo aprendido a lo largo de la intervención (15 minutos). Después, se procederá a realizar una reflexión grupal donde compartirán sus sensaciones (15 minutos). Se enseñarán técnicas de mindfulness para emplearlas en su día a día (30 minutos). Al finalizar el programa se les dará materiales físicos como guías y audios donde se recoja todo lo aprendido en las sesiones y su aplicación práctica. |
| Recogida de datos: Se volverá a impartir los cuestionarios de la sesión 1 para evaluar su avance en los síntomas depresivos tras finalizar el programa. Se pedirá que se complete el cuestionario de evaluación para conocer su percepción del estudio (Anexo 7). | |

Tabla nº10: Sesión 8 del programa de mindfulness en mujeres gestantes. Tabla de elaboración propia

4.5. Procedimiento de recogida de datos

Para llevar a cabo la intervención se llevará a cabo un procedimiento sistemático de recogida de datos para garantizar la fiabilidad y la validez de los resultados obtenidos.

En primer lugar, se realizará una primera consulta con las participantes del estudio. En esta primera visita se aportará la información necesaria de la intervención (Anexo 2) y explicando en qué consiste, así como las herramientas que se van a emplear y los cuestionarios que van a tener que ir respondiendo a lo largo de la intervención. Para ello, se aportará una explicación tanto verbal como escrita a través de un consentimiento informado (Anexo 3) que deberá ser firmado por cada participante antes de iniciar la intervención. Este documento donde recoge la participación al estudio podrá ser retirado de manera voluntaria en cualquier momento, también, asegurará la confidencialidad de los datos obtenidos.

A lo largo de la intervención, se realizará recogida de variables en tres momentos. La primera recogida se realizará antes de la primera sesión donde se recopilarán los datos de cada paciente como su edad, nivel educativo, antecedentes, etc. (Anexo 4). Además, se evaluará su nivel de sintomatología depresiva mediante la escala EPDS. Esta escala sirve para diagnosticar la depresión postparto, pero también puede ser utilizada para la prevención y detección precoz de la depresión durante la gestación. Consiste en un cuestionario donde aparecen 10 preguntas que miden los síntomas más comunes de un trastorno depresivo evaluándose en un rango de 0 a 3 puntos, siendo el máximo de puntuación de la escala 30 puntos, véase en el Anexo 5 (35).

La segunda variable que se recogerá antes de la primera sesión de Mindfulness será el nivel de estrés percibido mediante la escala PSS-10. Esta escala evalúa 10 ítems y sirve para medir en qué grado las situaciones vividas diariamente por las embarazadas les resultan estresantes. Las participantes deberán responder a 10 preguntas que serán evaluadas del 0 al 4, siendo un máximo de puntuación de 40, véase en el Anexo 6 (36).

Ambos cuestionarios se realizarán a papel y posteriormente se introducirán en un sistema informático.

La segunda recogida de datos se realizará tras la finalización de la quinta sesión donde se volverá a pedir a las participantes que rellenen los cuestionarios aportados en la sesión 1: la EDPS y la PSS-10. Además, una vez obtenidos los resultados se calculará la diferencia con los resultados de las escalas de la sesión 1 para poder medir si ha habido cambios significativos en ellos.

La tercera y última recogida de variables será una vez finalizada la intervención, donde se volverá a pedir a las gestantes que rellenen los cuestionarios EDPS y PSS-10. Se volverá a realizar una medición de cambios en las puntuaciones respecto a los anteriores resultados. A su vez, se realizará una nueva encuesta para que las participantes puedan reflejar su satisfacción con la intervención administrada (Anexo 7).

Todos los datos se guardarán en una base de datos con acceso restringido y de forma anónima. A continuación, se realizará un seguimiento telemático periódico cada cierto tiempo con las gestantes para poder detectar posibles cambios o incoherencias en los resultados obtenidos.

4.6. Fases de estudio, cronograma

El estudio se divide en diferentes fases que abarcan desde la conceptualización del proyecto hasta la presentación.

A continuación, se exponen las fases del desarrollo del estudio cuasiexperimental, con sus objetivos y duración estimada:

Fase conceptual

La fase conceptual del estudio abarca desde la formulación y planteamiento de la idea del proyecto hasta la formulación de objetivos. Durante esta etapa, se recoge la bibliografía y los aspectos teóricos que sustentan la investigación.

En esta etapa se planea una posible relación entre el uso de las intervenciones basadas en mindfulness y la prevención o disminución de los síntomas depresivos en las gestantes. Se inicia con una búsqueda de la literatura más actual y la revisión de estudios que se hayan realizado anteriormente que estén relacionados, de este modo, la búsqueda se centra en las carencias de dichos estudios y cómo solventar las mismas.

El problema central que motiva el estudio es la elevada prevalencia de cuadros depresivos en gestantes y la necesidad de plantear estrategias no farmacológicas para reducirla. Al realizar la búsqueda bibliográfica se ha identificado que las intervenciones basadas en mindfulness pueden servir como terapia para la regulación emocional y la autogestión, además de incrementar el bienestar tanto psicológico como físico, sin embargo, su aplicación en el contexto de la maternidad requiere de una investigación más exhaustiva y una mayor evidencia científica.

A continuación, se plantea la pregunta PICO, que servirá de base para el estudio y para el planteamiento de los objetivos. La pregunta que se plantea es la siguiente: ¿Cómo afecta la intervención basada en mindfulness en la reducción o prevención de la sintomatología depresiva en mujeres embarazadas en comparación con la intervención convencional?

Una vez obtenida la pregunta de investigación y establecer los objetivos, se lleva a cabo una revisión bibliográfica completa utilizando los términos DeCS y MeSH, además de la utilización de operadores booleanos para limitar los resultados de la búsqueda. Las bases de datos que se utilizan son Pubmed, Ebsco Discovery Search, Dialnet y Google Académico, utilizando principalmente artículos en inglés. Posteriormente, se realizó una lectura amplia de los artículos resultantes y se seleccionaron los más relevantes para el estudio, permitiendo la redacción del marco teórico presente en el apartado de estado de la cuestión.

El análisis de la literatura más reciente permite identificar los enfoques, las variables y las lagunas de los estudios que justifican la necesidad de este proyecto.

La duración de esta fase del estudio es de 4 meses, desde septiembre de 2024 hasta diciembre de 2024.

Los objetivos de esta fase serían definir el problema de investigación y buscar fundamentación teórica, estableciendo la base científica en la cual se sustenta el proyecto.

Fase metodológica

En esta fase se selecciona y define el tipo de estudio, los sujetos, la muestra, las variables a recoger y, en adicción, los instrumentos que se van a utilizar para recoger las variables. También, se establece el lugar donde se va a realizar la intervención, que es en los centros de salud del sur de la Comunidad de Madrid.

El tipo de estudio que se ha escogido es un estudio cuasiexperimental con grupo intervención y grupo control. Este estudio se caracteriza por tener un diseño pre-post donde se realizan mediciones de las variables antes y después de realizar la intervención en los sujetos. Por otro lado, tiene un enfoque prospectivo y longitudinal, y a parte de la recogida de variables antes y después, se realizará otra recogida a mitad de la intervención.

La duración total del estudio será de 8 semanas, contando con 8 sesiones, una semanalmente.

En esta fase, queda definido tanto los sujetos que van a intervenir, mujeres gestantes entre 20 y 40 años con riesgo o sintomatología depresiva, como el tamaño muestral. Además, quedan establecidos los criterios de inclusión y exclusión para la selección de las participantes.

Por otro lado, quedan planteadas las sesiones que se van a realizar y los instrumentos de recogida de datos que serán mediante la escala EPDS y la PSS-10.

La duración de la fase metodológica es de 3 meses, desde enero de 2025 hasta marzo de 2025.

El objetivo general de esta fase es definir cuál va a ser la estrategia para llevar a cabo el estudio de manera eficaz y estructurada.

Los objetivos específicos de la fase metodológica son:

- Diseñar el estudio cuasiexperimental
- Definir la población y el tamaño muestral
- Establecer las variables que intervienen
- Determinar los instrumentos de recogidas de variables
- Describir el proceso de recogida de datos
- Asegurar la viabilidad ética

Fase empírica o de campo:

En la fase empírica del estudio se procede a desarrollar el proyecto de forma práctica, una vez obtenidos los permisos necesarios, los recursos y la financiación necesaria.

Esta fase da comienzo con la entrega del consentimiento informado a las participantes tras aportarles la información necesaria acerca de las intervenciones. Este informe debe ser firmado y recogido antes de dar comienzo a la intervención. La primera recogida de variables será al inicio de la primera sesión que se realizará en junio de 2025.

Al finalizar las 8 sesiones, en marzo de 2025 se procederá a la última recogida de variables y se procederá al análisis de los datos obtenidos, con el objetivo de llevar a cabo la redacción final del proyecto desde marzo de 2025 hasta noviembre de 2025. Se espera que el estudio sea publicado en diciembre de 2025.

Los objetivos de la fase empírica consisten en el análisis de los datos obtenidos y la redacción final del proyecto.

A continuación, en la Tabla nº11 queda reflejado a modo resumen un cronograma con las fases del estudio.

| | | CRONOGRAMA DE LAS FASES DEL ESTUDIO | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|---|-------------------------------------|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|-----|------|------|-----|-----|-----|
| | | 2024 | | | | 2025 | | | | | | | | | | |
| | | SEPT | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MARZ | ABR | JUN | JUL | AGOS | SEPT | OCT | NOV | DIC |
| FASE CONCEPTUAL | Planteamiento del problema | x | x | | | | | | | | | | | | | |
| | Revisión bibliográfica | x | x | x | x | | | | | | | | | | | |
| | Análisis de la búsqueda | | | x | x | | | | | | | | | | | |
| | Realización pregunta PICO | | x | | | | | | | | | | | | | |
| | Estado de la cuestión | | x | x | x | | | | | | | | | | | |
| | Justificación | | | | x | | | | | | | | | | | |
| FASE METODOLÓGICA | Diseño del estudio | | | | | x | | | | | | | | | | |
| | Definir sujetos | | | | | x | | | | | | | | | | |
| | Determinar variables e instrumentos de recogida | | | | | | x | x | | | | | | | | |
| | Asegurar viabilidad ética | | | | | | | x | | | | | | | | |
| FASE EMPÍRICA | Obtención de permisos necesarios | | | | | | | | x | | | | | | | |
| | Intervención | | | | | | | | x | x | | | | | | |
| | Recogida de datos | | | | | | | | | x | x | x | x | | | |
| | Análisis de datos | | | | | | | | | | | x | x | x | | |
| | Redacción del estudio | | | | | | | | | | | | | x | x | |
| | Publicación del estudio | | | | | | | | | | | | | | | |

Tabla nº11. Cronograma de las fases del estudio. Tabla de elaboración propia.

4.7. Análisis de datos

Para evaluar la efectividad de las intervenciones basadas en mindfulness en la prevención o disminución de los síntomas depresivos en gestantes se llevará a cabo tanto estadística descriptiva como inferencial para poder determinar las diferentes asociaciones entre las variables recogidas, incluyendo comparaciones entre el grupo intervención y el grupo control.

Las variables cualitativas se reflejarán mediante la obtención y el cálculo de frecuencias absolutas y relativas expresadas en porcentajes. Para representar las variables cuantitativas, la edad materna y la edad gestacional, se utilizará histogramas, para poder visualizar su distribución en la muestra.

Por otro lado, con las variables cuantitativas se calcularán tanto las medidas de tendencia central como la media y la mediana, y, por otro lado, las medidas de dispersión como la desviación estándar y, serán representadas mediante gráficos de barras y circulares.

Para evaluar si existen diferencias significativas entre el grupo intervención y el grupo control, se realizará una comparación pre y post intervención. Esta comparación se centrará en la evolución de las puntuaciones obtenidas en la EPDS y la PSS-10 antes, durante y tras la intervención en el grupo experimental. Se evaluará, además, si dichas diferencias son significativas en relación con el grupo control. Estos datos podrán ser representados mediante gráficos de líneas donde se muestre como varían las puntuaciones a lo largo del tiempo entre los dos grupos.

El nivel de confianza que se asumirá para el análisis será el 95%.

Todos los datos quedarán recogidos y analizados en el programa estadístico informático SPSS. De este modo, se garantizará la confidencialidad y el anonimato de los resultados obtenidos.

5. Aspectos éticos

Los principios éticos que debe cumplir el estudio son aquellos recogidos en la Declaración de Helsinki de 1964, estableciendo prioridad a los Derechos Humanos sobre los posibles intereses científicos, siendo los más relevantes para el estudio los siguientes:

- Garantizar el bienestar, autonomía y privacidad de las participantes.
- Los beneficios potenciales deben superar los riesgos.
- Garantizar que la participación sea voluntaria mediante el consentimiento libre e informado.
- Cumplir con los requisitos científicos y protocolos de investigación.
- Confidencialidad de la información y datos obtenidos (37).

Este estudio será revisado y requerirá de la aprobación del Comité de Ética de Investigación (CEI) organismo encargado de analizar y evaluar los diferentes proyectos realizados en el ámbito de la salud que involucren la participación y colaboración de seres humanos, para garantizar que se cumplen todos los principios éticos y normas vigentes. Se deberá garantizar que el estudio cumple con los principios de beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia.

Para asegurar la voluntariedad de los sujetos, los participantes recibirán información detallada verbal y a través de una hoja de información, antes de ser sometidas a la intervención. De la misma forma, deberán firmar el consentimiento informado con anterioridad, tal y como recoge actualmente 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 (38).

Las intervenciones propuestas en el estudio no conllevan procedimientos invasivos, por lo que los riesgos serán mínimos para los sujetos. Sin embargo, se deberá proporcionar un ambiente seguro y cómodo, además, en caso de detectar signos graves de malestar psicológico o algún trastorno se recomendará la derivación a profesionales de salud mental. Del mismo modo, se garantizará el anonimato de las participantes y la confidencialidad de los datos recogidos, conforme al Reglamento General de Protección de Datos (UE/2026/679) y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (39,40).

Los cuestionarios que rellenan las participantes no dispondrán de información identificativa, sino que se asignará a cada sujeto un código. Por otro lado, los datos serán almacenados en

una base de datos que estará protegida con contraseña y su acceso será limitado al personal que lleve a cabo la investigación.

6. Limitaciones del estudio

Al no ser un estudio puramente experimental debido a la ausencia de una asignación de sujetos aleatoria pueden desarrollarse algunas limitaciones en la interpretación de los resultados.

Las limitaciones con respecto a la **validez interna** son las siguientes:

- Ausencia de un método de aleatorización en la división de los grupos: esto se debe a que son las participantes las que eligen libremente a qué grupo quieren pertenecer y, por lo tanto, pueden existir diferencias significativas entre los grupos que influyan en los resultados obtenidos.
- Falta de control de los factores externos: como el uso de intervenciones psicológicas o de ayudas adicionales a las intervenciones, lo que dificulta aislar solamente el efecto que tiene el mindfulness en los síntomas depresivos.
- Se pueden producir la baja de las participantes durante las sesiones: existe la posibilidad de que algunas mujeres decidan abandonar el estudio sin completar todas las sesiones.
- La adherencia a la intervención puede ser diferente en cada gestante, lo que puede ocasionar una variabilidad en los resultados

Por otro lado, las limitaciones del estudio con respecto a la **validez externa** son las siguientes:

- Limitación geográfica: debido a que no se puede llegar a todos los centros de salud del mundo, se ha seleccionado una zona en concreto de Madrid, Villaverde, por lo que los resultados podrían no ser extrapolables a diferentes zonas con otras características sociodemográficas.
- Dificultad en generalizar los resultados a toda la población gestante: cada gestante puede experimentar diferentes factores y variables que influyan en la depresión durante el embarazo, del mismo modo, no todas las gestantes presentan la misma intensidad de sintomatología.

7. Bibliografía

1. Cambrón Blanco R, Dreghiciu AM, Luna Tolosa ME, Úbeda Catalán C, Villanueva Vera P, Porras Rodrigo M. Depresión perinatal. *RSI*. 2023;4(4):238.
2. Van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med*. 2020;87(5):273–277.
3. Putnam KT, Wilcox M, Robertson-Blackmore E, Sharkey K, Bergink V, Munk-Olsen T, et al. Clinical phenotypes of perinatal depression and time of symptom onset: analysis of data from an international consortium. *Lancet Psychiatry*. 2017 Jun;4(6):477–485.
4. Miller ES, Saade GR, Simhan HN, Monk C, Haas DM, Silver RM, et al. Trajectories of antenatal depression and adverse pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2022 Jan;226(1):108.e1–108.e9.
5. Netsi E, Coll CVN, Stein A, Silveira MF, Bertoldi AD, Bassani DG, et al. Female infants are more susceptible to the effects of maternal antenatal depression; findings from the Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study. *J Affect Disord*. 2020 Apr;267:315–324.
6. Jahan N, Went TR, Sultan W, Sapkota A, Khurshid H, Qureshi IA, et al. Untreated Depression During Pregnancy and Its Effect on Pregnancy Outcomes: A Systematic Review. *Cureus*. 2021 Aug;13(8): e17251.
7. Contreras Carreto NA, Villalobos Gallegos L, Mancilla Ramírez J. Análisis epidemiológico de la depresión perinatal. *Cirugía y cirujanos*. 2022 Feb;90(1):128–132.
8. Martínez Paredes JF, Jácome Pérez N. Depresión en el embarazo. *Rev Col Psiquiatr*. 2019 Mar;48(1):58–65.
9. Gómez Sánchez L, García Banda G, Servera M, Verd S, Filgueira A, Cardo E. Beneficios del mindfulness en mujeres embarazadas. *Medicina (B Aires)*. 2020 Mar;80:47–52.
10. Desautay P, Eude L, Dreyfus M, Alexandre C, Fedrizzi S, Alexandre J, et al. Benefits and risks of antidepressant drugs during pregnancy: A systematic review of meta-analyses. *Paediatr Drugs*. 2023 May;25(3):247–265.
11. Motrico E, Bina R, Kassianos AP, Le HN, Mateus V, Oztekin D, et al. Effectiveness of interventions to prevent perinatal depression: An umbrella review of systematic reviews and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2023;82:47–61.
12. Al-abri K, Edge D, Armitage CJ. Prevalence and correlates of perinatal depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2023;58(11):1581–1590.

13. Rodríguez MF, Motrico E, Miguez C, Chaves C, Suso C, Duque A, et al. Perinatal depression in the Spanish context: Consensus report from the General Council of Psychology of Spain. *Clín Salud*. 2023 Jul;34(2):51–63.
14. Ayen SS, Kasahun AW, Zewdie A. Depression during pregnancy and associated factors among women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024 Mar;24(1):220.
15. Dadi AF, Wolde HF, Baraki AG, Akalu TY. Epidemiology of antenatal depression in Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 Apr;20:251.
16. Nisar A, Yin J, Waqas A, Bai X, Wang D, Rahman A, et al. Prevalence of perinatal depression and its determinants in Mainland China: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020 Dec;277:1022–1037.
17. Oliveira TA, Luzetti GGCM, Rosalém MMA, Mariani Neto C. Screening of perinatal depression using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2022 Mar;44(5):452–457.
18. Míguez MC, Vázquez MB. Risk factors for antenatal depression: A review. *World J Psychiatry*. 2021 Jul;11(7):325–336.
19. Sergi MR, Saggino A, Balsamo M, Picconi L, Anchora L, Tommasi M. Risk factors of the antenatal depression in a sample of Italian pregnant women: a preliminary study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024 Oct;24(1):1–8.
20. Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Rev Méd Clín Las Condes*. 2020 Mar;31(2):139–149.
21. Pareja V, Ángel M. Mindfulness. *Pap. psicol* 2006:92–99.
22. Gülден Ç, Yalçın İ. A Component of Mindfulness: Attention. *Curr Approaches Psychiatry*. 2024 Jul;16(3):505–516.
23. Hervás G, Cebolla A, Soler J. Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clin Salud*. 2016 Nov;27(3):115–124.
24. Vargas H, Castellanos A, Urrego K, Vargas HD, Pinzón MV, Barceló E, et al. Mindfulness-Based Interventions and the Hypothalamic–Pituitary–Adrenal Axis: A Systematic Review. *Neurol Int*. 2024 Dec;16(6):1552–1584.
25. Tilden EL, Holmes LR, Vasquez CE, Orzech CP, Seghete KM, Eyo V, et al. Adapting Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Perinatal Depression to Improve Access and Appeal of Preventive Care. *JMWH*. 2022 Nov;67(6):707–713.

- 26.** Zemestani M, Fazeli Z. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for comorbid depression and anxiety in pregnancy: a randomized controlled trial. *Arch Womens Ment Health*. 2020 Apr;23(2):207–214.
- 27.** Sun Y, Li Y, Wang J, Chen Q, Bazzano AN, Cao F. Effectiveness of smartphone-based mindfulness training on maternal perinatal depression: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2021 Jan;23(1):e23410.
- 28.** Campo MA, Miguel B, Valdivieso N, Cervós MT, Faro MI, Rosell N, et al. Mindfulness: conciencia plena y enfermería. En: Darias Curvo S, Campo Osaba MA, coordinadoras. *Enfermería comunitaria II*. 1ª ed. Madrid: DAE; 2019. p. 641-654.
- 29.** Cowling RW. Mindfulness and meditation in holistic nursing. *J Holist Nurs*. 2023 Jun;41(2):116–117.
- 30.** Izaguirre-Riesgo A, Menéndez-González L, Alonso Pérez F. Efectividad de un programa de enfermería en autocuidados y mindfulness, para el abordaje del trastorno mental común, en atención primaria. *Atención Primaria* 2020 Jun 1;52(6):400–409.
- 31.** Panel de indicadores de distritos y barrios de Madrid. Estudio sociodemográfico [base de datos]. Portal de datos abiertos del Ayuntamiento de Madrid. Disponible en: <https://datos.madrid.es/portal/site/egob/menuitem.c05c1f754a33a9fbe4b2e4b284f1a5a0/vgnnextoid=71359583a773a510VgnVCM2000001f4a900aRCRD&vgnnextchannel=374512b9ace9f310VgnVCM100000171f5a0aRCRD&vgnnextfmt=default> Accedido el 15 de mar, 2025.
- 32.** Nacimientos clasificados por nacionalidad y sexo según Distrito y Barrio. 1 enero 2024 [base de datos]. Geoportal del Ayuntamiento de Madrid. Disponible en: https://geoportal.madrid.es/IDEAM_WBGEOPORTAL/dataset.iam?id=c43effad-23f3-11eb-b20f-98e7f4edb47e. Accedido el 15 de mar, 2025.
- 33.** Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Escala Edinburgo para la Depresión Postnatal (Spanish Version). *Br J Psychiatry*. 1987 Jun;150:782-784.
- 34.** Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Rev Fac Med*. 2014 Jul;62(3):1-24.
- 35.** C MO, B TL, González-Pacheco I, C SM. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Hum*. 2008;22(3):195-202.
- 36.** Torres Lagunas MA, Vega Morales E, Vinalay Carrillo I, Arenas Montaña G, Rodríguez Alonso E. Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en púerperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enferm Univ*. 2015;12(3).

- 37.** Manzini JL. Declaración DE Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioeth. 2000;6(2):321-334
- 38.** 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. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.
- 39.** Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos. Diario Oficial de la Unión Europea, L 119, 4 de mayo de 2016.
- 40.** Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Boletín Oficial del Estado, nº 294, de 6 de diciembre de 2018.

Anexos

Anexo 1: Estudio de los factores de riesgo de DPN en los distritos de la Comunidad de Madrid en 2023

| ZONA | Proporción personas migrantes | Renta disponible media por persona | Tasa de desempleo en mujeres de 25 a 44 años | Población mayor/igual de 25 años con estudios superiores | Probabilidad de padecer enfermedad mental en mujeres |
|-----------------------|-------------------------------|------------------------------------|--|--|--|
| Centro | 14,2% | 19.199 | 4.56 | 46,7% | 34,7% |
| Arganzuela | 4,6% | 20.103 | 5.24 | 42,7% | 33,2% |
| Retiro | 5,2% | 23.925 | 3.96 | 48,7% | 32% |
| Salamanca | 8,4% | 25.956 | 3.13 | 54,4% | 24,6% |
| Chamartín | 6,4% | 28.233 | 3.15 | 49,1% | 29,6% |
| Tetuán | 17,0% | 17.026 | 4.96 | 35,6% | 34,7% |
| Chamberí | 7,0% | 25.275 | 3.43 | 55,3% | 38,0% |
| Fuencarral - El Pardo | 6,7% | 20.671 | 4.85 | 40,2% | 25,4% |
| Moncloa - Aravaca | 7,2% | 24.659 | 3.98 | 48,4% | 33,5% |
| Latina | 14,8% | 13.719 | 6,65 | 19,4% | 32,5% |
| Carabanchel | 18,1% | 12.276 | 7,80 | 16,8% | 36,8% |
| Usera | 21,7% | 10.797 | 8,39 | 13,0% | 37,3% |
| Puente de Vallecas | 18,6% | 10.941 | 9,40 | 12,0% | 30,9% |
| Moratalaz | 8,9% | 15.667 | 7,28 | 23,9% | 29,8% |
| Ciudad Lineal | 12,5% | 16.890 | 5,26 | 30,2% | 37,6% |

| | | | | | |
|----------------------------|-------|--------|------|-------|-------|
| Hortaleza | 7,2% | 20.500 | 4,54 | 38,1% | 25,0% |
| Villaverde | 19,4% | 11.059 | 9,48 | 12,1% | 48,3% |
| Villa de Vallecas | 10,7% | 13.605 | 8,53 | 20,4% | 42,3% |
| Vicálvaro | 9,5% | 13.899 | 7,28 | 21,5% | 32,8% |
| San Blas-Canillejas | 12,1% | 15.115 | 5,99 | 23,2% | 41,4% |
| Barajas | 5,9% | 19.482 | 5,26 | 34,7% | 39,4% |

Tabla nº3. Estudio de los factores de riesgo de DPN en los distritos de la Comunidad de Madrid en 2023. Elaboración propia a partir de datos del Ayuntamiento de Madrid (2025).

Anexo 2: Documento informativo

Título del Estudio: Efectividad de una intervención basada en mindfulness para la prevención o reducción de síntomas depresivos en mujeres embarazadas en centros de salud de Villaverde.

Nombre del investigador principal: Marta de la Calle Leonis

Contacto: Mindfulness.villaverde@gmail.com

Teléfono de contacto: 612-304-002

Centro: Centros de Salud pertenecientes a Villaverde

1. Introducción:

Se le invita a participar en un estudio de investigación sobre la efectividad de una intervención basada en mindfulness para la prevención o reducción de síntomas depresivos durante el embarazo. Este estudio forma parte de un Trabajo de Fin de Grado en Enfermería y se desarrollará en los centros de salud del distrito de Villaverde.

La finalidad de este documento es tan sólo que usted reciba la información necesaria y precisa para poder evaluar y juzgar libremente, si desea o no que sus datos se incluyan en este proyecto.

Antes de tomar una decisión, es importante que lea detenidamente la siguiente información, que le permitirá comprender el propósito del estudio, lo que implica su participación y cómo se tratarán sus datos.

2. Participación voluntaria:

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión y sin que esto afecte a la calidad de la atención sanitaria que recibe actualmente o pueda recibir en el futuro.

3. Descripción general del estudio:

Este estudio tiene como objetivo evaluar si una intervención grupal basada en mindfulness puede prevenir o reducir síntomas de depresión en mujeres embarazadas sin diagnóstico previo de depresión perinatal.

El estudio consiste en 8 sesiones de mindfulness, con una duración aproximada de 60 minutos y durante 2 meses (una sesión semanal). Las sesiones estarán dirigidas por personal sanitario formado en mindfulness. Además, se le solicitará que complete un cuestionario en tres

momentos distintos del embarazo (inicio, mitad y final) para evaluar el estado de ánimo y la evolución de los síntomas.

Si decide participar en el estudio, se recogerán los siguientes datos: edad, semanas de gestación, historial obstétrico, y las respuestas a una serie de cuestionarios validados que evalúan el estado de ánimo y otros factores emocionales relacionados con el embarazo. Estos datos se recogerán en tres momentos diferentes: al inicio del estudio, a mitad de la intervención y al finalizar la misma.

4. Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio:

Aunque no se garantiza un beneficio directo para usted, se espera que la intervención contribuya a su bienestar emocional durante el embarazo. También estará contribuyendo al avance del conocimiento en salud mental perinatal y al desarrollo de futuras estrategias de prevención.

Los posibles riesgos son mínimos, ya que se trata de una intervención no farmacológica, no invasiva y basada en técnicas de atención plena. En caso de que surgiera cualquier malestar, podrá interrumpir su participación en cualquier momento.

5. Confidencialidad y tratamiento de datos

La información personal recogida durante el estudio será tratada de forma confidencial y se codificará para proteger su identidad. Sus datos serán utilizados únicamente con fines académicos y científicos, y no serán compartidos con terceros.

Debe conocer además que, aunque sus datos se recogerán al completo, en el estudio no figurarán sus datos personales, puesto que les someteremos a un proceso de anonimización de manera que nadie externo al proyecto pueda relacionarle con el mismo. Los resultados obtenidos se presentarán de forma agregada, garantizando así su confidencialidad.

El tratamiento de los datos personales se realizará conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. En todo momento, usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre sus datos personales.

No dude en disponerse en contacto con el investigador en caso de dudas o de requerir más información acerca de la investigación.

Anexo 3: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO:

Título del proyecto: Efectividad de una intervención basada en mindfulness para la prevención o reducción de síntomas depresivos en mujeres embarazadas en centros de salud de Villaverde.

Investigador principal: Marta de la Calle Leonis

Centro de referencia: Centros de Salud pertenecientes a Villaverde

Yo (Nombre y apellido)

Declaro que comprendo:

- Que la participación en el estudio es voluntaria
- Que he sido informado/a de forma clara y comprensible sobre el estudio y las intervenciones a realizar, además de los objetivos y beneficios e inconvenientes.
- Que he leído el documento informativo que se me ha entregado y he tenido la oportunidad de resolver mis dudas
- Que puedo retirarme del proyecto en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y que sin que ello afecte a mi atención sanitaria
- Que se garantiza la confidencialidad de mis datos personales conforme a la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

CONSIENTO EN LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE ESTUDIO

SÍ NO

(marcar lo que corresponda)

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:

Firma del participante

Firma del investigador

Nombre y apellidos

Nombre y apellidos

Fecha:

Fecha:

Apartado para la revocación del consentimiento:

Yo,

revoco el consentimiento de participación en el proceso, arriba firmado.

Firma y Fecha de la revocación

Anexo 4: Hoja de recogida de datos

Datos del Participante

Número de identificación o código de participante: _____

Edad materna: _____ años

Edad gestacional (en semanas): _____ semanas

Paridad: Primípara / Multípara

Nivel educativo: Sin estudios Primaria Secundaria FP Universitarios

Situación económica: Bajo Medio-bajo Medio Medio-alto Alto

Red de apoyo social: Bajo Medio-bajo Medio Medio-alto Alto

Presencia de complicaciones perinatales: Sí No

En caso de presencia de complicaciones perinatales, indicar cuál: _____

Intervención de mindfulness:

¿Recibió la intervención de mindfulness? Sí No

Asistencia (número de sesiones) _____

Resultados de evaluaciones:

| Escala | Primera evaluación (semana 1) | Segunda evaluación (semana 5) | Tercera evaluación (semana 8) |
|--|--|--|--|
| Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) | _____ (0-30) | _____ (0-30) | _____ (0-30) |
| Categoría de Depresión | <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave |
| Escala de Estrés Percibido (PSS) | _____ (0-40) | _____ (0-40) | _____ (0-40) |
| Categoría de Estrés | <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto | <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto | <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto |

Anexo 5: Escala de depresión de Edimburgo

Número de identificación del participante:

A continuación, se presentan 10 afirmaciones relacionadas con cómo se ha sentido en los últimos 7 días. Lea cada una con atención y seleccione la respuesta que mejor refleje cómo se ha sentido. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

| Pregunta | Respuesta A | Respuesta B | Respuesta C | Respuesta D |
|--|---------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|
| 1. He podido reírme y ver el lado divertido de las cosas | Mucho como siempre | No tanto ahora | Definitivamente menos | Nada en absoluto |
| 2. He disfrutado al anticipar cosas con placer | Igual que siempre | Menos que antes | Definitivamente menos | Casi nada |
| 3. Me he culpado innecesariamente cuando algo iba mal | Sí, la mayoría del tiempo | Sí, algunas veces | No muy a menudo | Nunca |
| 4. He estado ansiosa o preocupada sin una buena razón | Sí, bastante | Sí, algunas veces | No muy a menudo | Nunca |
| 5. He sentido miedo o pánico sin una buena razón | Sí, la mayoría del tiempo | Sí, algunas veces | No muy a menudo | Nunca |
| 6. Las cosas me han abrumado | Sí, la mayoría del tiempo | Sí, algunas veces | No muy a menudo | Nunca |
| 7. He estado tan infeliz que he tenido dificultad para dormir | Sí, la mayoría del tiempo | Sí, algunas veces | Rara vez | Nunca |
| 8. Me he sentido triste o desgraciada | Sí, la mayoría del tiempo | Sí, bastante a menudo | A veces | Nunca |
| 9. He estado tan infeliz que he llorado | Sí, bastante a menudo | Sí, a menudo | A veces | Nunca |
| 10. He pensado en hacerme daño | Sí, bastante a menudo | Sí, a veces | Rara vez | Nunca |

INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS:

| Puntos EDPS | Interpretación |
|--------------------|--|
| 0-9 | Sin síntomas depresivos significativos |
| 10-13 | Riesgo de depresión leve |
| 14-19 | Depresión moderada |
| 20-30 | Depresión grave |

La puntuación de cada pregunta se valora de 0 a 3, según la gravedad, siendo 0 menos grave y 3 más grave. Las preguntas 3,5 y 7 se puntúan de manera inversa (0, más grave; 3, menos grave).

Anexo 6: Escala de estrés percibido

Número de identificación del participante:

Las preguntas en esta escala son sobre tus sentimientos, pensamientos y actividades durante el último mes, incluyendo el día de hoy. En el último mes, incluyendo el día de hoy, con cuánta frecuencia:

| Pregunta | Nunca | Casi nunca | A veces | Casi siempre | Siempre |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Te has sentido alterada porque han ocurrido eventos inesperados? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Te has sentido incapaz de controlar aspectos importantes de tu vida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Te has sentido nerviosa y estresada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Te has sentido confiada en tu habilidad para manejar tus problemas personales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Has sentido que las cosas suceden como tú quieres que sean? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Has sentido que no puedes manejar las cosas que tienes que hacer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Te has sentido que puedes controlar los malestares de la vida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Te has sentido que estás en control de tu vida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Te has sentido con coraje porque las cosas están fuera de control? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Has experimentado dificultades que no puedes sobrellevar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS:

La escala de valora del 0 al 40, constando de 10 ítems (0: nunca; 1: casi nunca; 2: a veces; 3: casi siempre; 4: siempre). Las preguntas 4,5,7 y 8 se puntúan de manera inversa.

| Puntos PSS | Interpretación |
|-------------------|------------------------------------|
| 0-13 | Bajo nivel de estrés percibido |
| 14-26 | Nivel moderado de estrés percibido |
| 27-40 | Alto nivel de estrés percibido |

Anexo 7: Cuestionario de evaluación

Título del estudio: Efectividad de una intervención basada en mindfulness para la prevención o reducción de síntomas depresivos en mujeres embarazadas en centros de salud de Villaverde.

Código de participante: _____

Fecha: ___ / ___ / _____

1. Valoración general de la intervención:

Indica tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones marcando la opción que mejor refleje tu experiencia del 1 al 5 (1: Totalmente en desacuerdo; 2: En desacuerdo; 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4: De acuerdo; 5: Totalmente de acuerdo)

| Ítem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Me he sentido cómoda participando en la intervención | | | | | |
| 2. Los contenidos han sido claros y comprensibles | | | | | |
| 3. La intervención ha sido útil para gestionar mis emociones | | | | | |
| 4. He notado una mejora en mi bienestar desde que participé | | | | | |
| 5. Aplicaría lo aprendido en mi vida diaria | | | | | |
| 6. Recomendaría esta intervención a otras embarazadas | | | | | |

Preguntas abiertas:

1. ¿Qué aspectos de la intervención te han parecido más útiles o positivos?
2. ¿Qué aspectos mejorarías o cambiarías?
3. ¿Te gustaría que esta intervención se ofreciera de forma habitual en los centros de salud? ¿Por qué?
4. ¿Te gustaría recibir más sesiones o seguimiento después del parto?
 Sí No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de apoyo te gustaría recibir?