

TRABAJO FINAL DE MÀSTER

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Curso 2017/18

**Proyecto de intervención orientado a la prevención
de la depresión Post Parto en familias que han
concebido un embarazo múltiple mediante un
proceso de reproducción humana asistida**

Realizado por: Alba Sabaté Sarroca

Tutorizado por: Dra. Tary Gómez Hinojosa

Fecha de entrega: 15/01/2018

Agradecer a todas las familias y profesionales que han participado en las entrevistas por toda la información proporcionada.

Agradecer a mi tutora Dra. Tary Gómez por la confianza depositada en mi y por la ayuda proporcionada.

Índice:

1. Introducción	6
2. Reproducción humana asistida	7
2.1 Embarazo múltiple	8
2.2 Trastornos del Estado de Ánimo en el puerperio	9
2.3 Depresión Post Parto	10
2.4 Tratamiento psicológico preventivo de la Depresión Post Parto	12
en Embarazos clínicos múltiples	
3. Intervención	13
3.1 Justificación de la necesidad.....	14
3.2 Objetivos.....	15
3.3 Consideraciones previas.....	16
4. Descripción de las sesiones	18
5. Conclusiones	28
6. Referencias Bibliográficas	29
Anexo I	33
Anexo II	45
Anexo III	51

Proyecto de intervención orientado a la prevención de la depresión Post Parto en familias que han concebido un embarazo múltiple mediante un proceso de reproducción asistida

Resumen

Las familias que presentan un embarazo múltiple concebido a través de técnicas de Reproducción Humana Asistida son más vulnerables a sufrir dificultades psicológicas que las otras tipologías de embarazo. Para ello, hemos creado una propuesta de intervención para reducir la vulnerabilidad psicológica que presentan.

El objetivo de la intervención es la prevención de la depresión post parto en familias que han concebido un embarazo múltiple a partir de técnicas de Reproducción Humana Asistida.

La intervención consta de 7 sesiones. Dos de las sesiones, la primera y la última, se realizan solamente con la pareja. Las otras 5 sesiones, se realizan en un grupo de 5 parejas con la misma situación. Las sesiones con la pareja son de 45 minutos y las grupales de 1 hora y media. En las sesiones se trabajan las siguientes competencias: Reducción y control de la ansiedad y el estrés percibido, adquisición de habilidades de afrontamiento y superar el duelo del diagnóstico de infertilidad.

***Palabras clave:* Depresión post parto, Reproducción Humana Asistida, partos múltiples y prevención.**

Abstract

Families that have a multiple pregnancy conceived through techniques of assisted human reproduction are more vulnerable to suffer psychological difficulties than the other types of

pregnancy. For this, we have created an intervention proposal to reduce the psychological vulnerability they present.

The objective of the intervention is the prevention of postpartum depression in families that have conceived a multiple pregnancy from techniques of Assisted Human Reproduction.

The intervention consists of seven sessions. Two of the sessions, the first and the last, will be done only with the couple. The other five sessions are held in a group of five couples with the same situation. The sessions with the couple are 45 minutes and the group sessions are 1 hour and a half. In the sessions the following competences are worked on: Reduction and control of anxiety and perceived stress, acquisition of coping skills and overcoming the duel of the diagnosis of infertility.

***Key words:* postpartum depression, assisted human reproduction, multiple pregnancy and prevention.**

1. Introducción

Durante los últimos años en España la tasa de natalidad ha disminuido. En 2008 había 11,2 nacimientos cada mil habitantes y actualmente, la proporción de nacimientos es de 8,7 cada mil habitantes (Eurostat, 2016). En comparación con otros países europeos, España está por debajo de la tasa de natalidad que estos presentan. Turquía presenta una tasa de natalidad de 17 e Irlanda de 15 (indexmundi, 2014).

Para analizar las posibles causas de la disminución de la fecundidad y por lo tanto de la natalidad en España, hemos consultado el último informe sobre el desarrollo social. Dicho informe, atribuye el cambio a la denominada segunda transición demográfica. Este concepto, fue utilizado a partir de los años 80 para englobar todos los cambios demográficos sucedidos a distintos niveles como los comportamientos sexuales, conyugales o reproductivos. Los cambios, suceden a partir de transformaciones socioeconómicas, institucionales, ideológicas y sobretodo, cambio de relaciones de género y la atribución de roles (Lorenzo, 2014).

Los cambios en la percepción y la relación de género, se pueden explicar mediante la equiparación educativa entre hombres y mujeres, el incremento de la incorporación y mantenimiento de la mujer en el mercado laboral, el desempleo juvenil y la precariedad laboral (Lorenzo, 2014). Además, para las mujeres, la posibilidad de quedarse embarazadas es un factor de fragilidad laboral que aún retrasa más la edad para ser madre (Martí, 2011).

En los últimos años, ha aumentado la edad para ser madre. Actualmente según el Instituto Nacional de Estadística (2017) la media de edad en que las mujeres españolas tienen su primer hijo es de 32 años, en 2002 la edad media estaba en 29,8. En los años 80, la media de edad para tener el primer hijo era de 25 años. Según Romero et al. 2008 la edad avanzada en que las mujeres tienen su primer hijo es uno de los principales factores de la infertilidad, ya que, a mayor edad, mayor disminución de la calidad de los ovocitos y reducción de la cantidad de folículos; por lo tanto, menor capacidad de embarazo.

La infertilidad es la incapacidad de concebir tras un año de relaciones sexuales frecuentes sin métodos anticonceptivos (Romero et al. 2008). Para la OMS, es considerada como una enfermedad crónica (Antequera, Moreno-Roset et al. 2008). Tal y como nos plantea Roca (2009) el 17% de la población española presenta problemas de fertilidad y su diagnóstico puede suponer un mal momento para las parejas diagnosticadas. Representa una crisis vital en la pareja y a menudo se presentan sentimientos de tristeza, baja autoestima y falta de habilidades para afrontar el diagnóstico y las posibles situaciones (Parés, 2010). Autores como Antequera, Jenero et al. (2008) afirman que las personas que presentan problemas de infertilidad han sufrido reacciones emocionales que han sido igualadas en aquellas reacciones emocionales que sufren los pacientes de enfermedades crónicas graves. La infertilidad incide en el área social, laboral, familiar, en actividades de ocio y en las relaciones de pareja y sexuales.

2. Reproducción Humana Asistida

La disminución de la natalidad y el aumento de la infertilidad han influido en que las familias busquen diferentes métodos de concepción como la Reproducción Humana Asistida para adaptarse a los cambios y tratar de encontrar una solución a la infertilidad para poder ser padres. Así como también parejas homosexuales o familias monoparentales que no pueden concebir un hijo de forma espontánea. Actualmente, España es el tercer país europeo donde más tratamientos de Reproducción Humana Asistida se realizan (Europeristat, 2010). En primer lugar de todos los países europeos se encuentran Francia y Alemania.

En el caso de los embarazos clínicos la edad media es más superior que las estadísticas que hemos proporcionado anteriormente. Según el Instituto Nacional de Estadística (2017) la edad media para quedarse embarazada mediante un tratamiento de Reproducción Humana Asistida es de 38,2 años. Por lo tanto, muy superior a los embarazos no clínicos.

Según Martí (2011) someterse a un tratamiento de Reproducción Humana Asistida supone ciertas dificultades, además de los propios cambios que supone el método de concepción a diferencia de un parto concebido de forma espontánea. Los pacientes de reproducción asistida invierten mucho tiempo en los métodos usados para la concepción y con ello muchos intentos, fracasos y decepciones. La incertidumbre aumenta los niveles de ansiedad y como consecuencia tiene unos costes emocionales intensos. Además de los costes económicos que supone someterse a un tratamiento de reproducción humana asistida.

A continuación, vamos a presentar los datos que existen sobre los embarazos clínicos en Cataluña. Los datos presentados son de todos los centros autorizados para llevar a cabo técnicas de Reproducción Humana Asistida (RHA) tanto públicos como privados. Los datos presentados son del ámbito territorial de Cataluña.

Los últimos datos recogidos oficiales son del 2014 (Servei de Gestió i Anàlisi de la Informació per a la Planificació Estratègica, 2017):

- 9362 embarazos clínicos declarados.
- 7805 terminaron en nacimiento
- 7772 con nacidos vivos.

De todos los embarazos que terminaron con nacimiento, un 77,9% fueron partos simples (únicamente un hijo) y un 22,1% fueron partos múltiples (2 hijos o más por parto).

2.1 Partos múltiples

Los partos después de un embarazo concebido por técnicas de RHA son más sensibles de terminar en un parto gemelar o en algunos casos más hijos que los partos que no han sucedido por técnicas de RHA. Esto sucede por el hecho de transferir más de un embrión. Aunque este hecho supone aumentar los riesgos obstétricos y neonatales, y riesgos para la salud de la madre, muchas veces las parejas quieren asumir ese riesgo para tener mayor

probabilidad de embarazo (Roca et al., 2012). Este hecho acostumbra a derivar en un punto de conflicto, ya que la pareja no se pone de acuerdo en el número de embriones a transferir.

Según el Instituto Nacional de Estadística (2017) en 18 años ha aumentado un 110% los partos múltiples. La evolución desde 1984 hasta 2012 ha aumentado del 0,15% al 0,5% y lo probable es ir en aumento.

En el caso de que el embarazo mediante técnicas de reproducción asistida provoque un embarazo múltiple supone algunas diferencias con aquellos que presentan un embarazo simple. Así como los hijos se multiplican, los costes emocionales, económicos y físicos también. Igual pasa con los riesgos para la madre y los futuros hijos. Vamos a presentar estas diferencias a lo largo del trabajo.

2.2 Trastornos del Estado de Ánimo en el puerperio

A continuación, vamos a analizar los posibles trastornos del estado de ánimo que pueden surgir en el puerperio, es decir, después del parto.

Durante el embarazo y el puerperio se presentan cambios a distintos niveles: cambios bioquímicos, hormonales, sociales y psicológicos. Estos cambios ocasionan mayor vulnerabilidad en la mujer para la aparición de trastornos psíquicos en el puerperio (Medina-Serdán, 2013).

Según Medina-Serdán (2013) se pueden diferenciar tres tipos de afectaciones en el postparto. La Tristeza Postparto (TPP), la Depresión Postparto (DPP) y la Psicosis Postparto (PPP). Entre estas tres afectaciones encontramos diferencias que permiten que su diagnóstico sea diferenciado.

La TPP, también llamada comúnmente *Baby Blues*, aparece entre los dos y cuatro días posteriores al parto y tiende a desaparecer por sí sola. Se caracteriza por una labilidad emocional, irritabilidad, tristeza o llanto, ansiedad y desesperación por el manejo de el/los

recién nacido/s. Esta afectación no está catalogada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

La PPP, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR), se clasifica como Trastorno Psicótico breve de inicio en el postparto (F23.8x Trastorno psicótico breve (298.8) de inicio en el postparto) y se caracteriza por: fluctuaciones psicomotrices entre agitación y estupor, variabilidad entre euforia y ansiedad, alteraciones de pensamiento y de lenguaje, perturbaciones en la percepción del tiempo, afectaciones del sueño, falta de contacto con la realidad, delirios y/o alucinaciones, hostilidad e irritabilidad, conducta desordenada, actos que pueden ser peligrosos para la vida de el/los hijo/s e infanticidio en algunos casos (American Psychiatric association, 2002).

2.3 Depresión Post parto

Por último, la DPP, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR) es definida como un trastorno/episodio depresivo de inicio en el postparto. Su clasificación es: F32 .x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x).

Los síntomas más recurrentes que presenta la DPP son: estado de ánimo deprimido, tristeza o llanto, disminución del interés, cambios de patrones de alimentación o sueño, cansancio o fatiga crónica, ansiedad que puede llegar a ocasionar ataques de pánico, sentirse incapaz, auto desvalorización y auto reproches (generalmente vinculado a la capacidad para ejercer de madre), dificultad para buscar ayuda, irritabilidad, problemas de atención, concentración y memoria, dificultad de vinculación con el bebé, sentimientos de ambivalencia hacia el hijo/s, sobreprotección del menor, dificultad en la lactancia, dificultad/imposibilidad de cuidar al recién o a los recién nacidos, pensamientos y conductas obsesivas, pensamientos negativos hacia el bebé (especialmente posibilidades de dañarlo), sentimientos de culpa, pensamientos de dañarse a sí misma, pensamientos atemorizantes e ideación suicida (American Psychiatric association, 2002).

Para poder presentar nuestro proyecto de intervención para la prevención de Depresión Post Parto en los embarazos múltiples concebidos a través de técnicas de Reproducción Humana Asistida, vamos a presentar evidencias sobre la vulnerabilidad de este colectivo a padecer Depresión Post Parto.

Tal y como hemos expuesto anteriormente, las familias con embarazos clínicos múltiples son más susceptibles a padecer depresión o estados depresivos que los embarazos simples.

Según un estudio realizado en Unidades de Fertilidad y Reproducción Asistida del Hospital Universitario del Valle Hebrón y del Hospital Quirón Barcelona las diferencias entre los progenitores que se someten a un tratamiento de Reproducción asistida y que tienen un parto múltiple en comparación con familias que han tenido un embarazo y parto simple son las siguientes:

Según el estudio realizado por Roca et al. (2012), las familias con partos múltiples, por lo general, tienen más necesidades materiales, mayor estigma social, mayor vulnerabilidad psicológica, menor satisfacción marital y menor calidad de vida. A continuación vamos a desarrollar estas diferencias entre partos múltiples y simples.

Al tener más de un hijo, la necesidad de pertinencias materiales se multiplica. Se necesita por ejemplo, una cuna para cada niño, un cochecito más grande que los que son para un solo niño, ropa para todos los hijos nacidos y así con todos los aspectos materiales que se necesitan para un hijo multiplicado por la cantidad de hijos por parto.

También presentan mayor percepción de estigma social así como menor satisfacción marital. Los partos múltiples pueden exponer a la madre a especulaciones públicas no deseadas y preguntas impertinentes sobre el estado de su fertilidad y la capacidad de concepción.

En cuanto a su salud psíquica y psicológica, tienen mayor vulnerabilidad de padecer depresión o estados depresivos en los momentos de hospitalización y reposo. También presentan mayor miedo por la condición de embarazo de riesgo. Según Roca et al. (2008), en los embarazos clínicos múltiples hay un alto riesgo de prematuridad y de crecimiento enderrido.

Además, también existe mayor dificultad para establecer la lactancia materna. Para los padres, la vuelta a casa supone una sobrecarga de trabajo que puede generar fatiga tanto física como nerviosa. Todas estas condiciones que tienen las familias con partos múltiples, les supone una menor calidad de vida y puede suponer que la relación de pareja entre en crisis, ya sea por falta de tiempo y comunicación, por desgaste emocional e incluso por aislamiento social.

Se ha relacionado la existencia de depresión post parto en aquellas familias que han tenido un parto prematuro (nacimiento antes de la semana 37). Los estudios realizados mostraron una relación significativa entre estas dos variables (Field et al. 2006; Ortiz et al. 2012).

Marín et al. (2008) refieren que en la variable personalidad, las mujeres que presentan el factor de personalidad neuroticismo se asocia con un estilo de comportamiento “evitativo” del dolor y presentan un alto porcentaje de miedo hacia el momento del parto. También el apoyo social percibido parece un factor importante que predispone a más vulnerabilidad para presentar Depresión Postparto. A su vez se relacionan niveles altos de ansiedad durante el tratamiento y el embarazo y la aparición de Depresión en el postparto.

2.4 Tratamiento psicológico preventivo de la Depresión Post Parto en Embarazos clínicos múltiples

Son muchos los autores que afirman la necesidad de intervención psicológica en este colectivo al iniciar el Tratamiento de Reproducción Asistida. Tal y como indica Roca et al.

(2012), es importante que los servicios de Reproducción Asistida tengan ayuda para abordar la información sobre el impacto psicosocial que provocan los partos múltiples y poder proporcionar soporte psicológico a las familias. Los centros de reproducción asistida, deberían informar junto a los riesgos obstétricos y neonatales, las dificultades psicológicas que pueden surgir de un embarazo múltiple antes de concebirlo.

La eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas para el tratamiento de la Depresión Post Parto ha sido demostrada empíricamente por los bajos riesgos existentes en relación a los recién nacidos en comparación con el tratamiento farmacológico u hormonal (Mendoza et al. 2015).

Según Gameiro et al. (2015), desde la Sociedad Española de Fertilidad reclaman que el psicólogo debe facilitar la expresión emocional, evaluar el bienestar psicológico, informar sobre los aspectos de la enfermedad y aumentar las estrategias de afrontamiento que tienen las parejas. Desde la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE), recomiendan una rutina de atención psicosocial, donde mediante la escucha activa y el contacto con los pacientes se pueda detallar las explicaciones sobre el tratamiento y ayudarlos en la toma de decisiones.

En cuando a la intervención psicológica en reproducción asistida, se sabe que, mejora los síntomas de depresión y ansiedad. Además, hay una alta evidencia sobre la reducción del estrés (Frederikden, 2015).

3. Intervención

A continuación vamos a presentar una intervención para prevenir la depresión post parto en familias que han concebido un embarazo múltiple en un centro de Reproducción Humana Asistida.

Esta intervención, está pensada para minimizar los efectos que pueden tener sobre estas familias las creencias, la personalidad, la historia personal, la dinámica comportamental,

la gestión del estrés, la comunicación en la pareja, la sexualidad y la percepción de cada miembro de las familias.

La intervención estará orientada desde una posición de Psicólogo General Sanitario. Debe ser complementaria a las intervenciones que realice el psicólogo especialista de cada unidad de Reproducción Asistida. Por lo tanto, los temas más específicos del ámbito de la reproducción asistida debe ser competencia del psicólogo especializado que tiene el equipo en el cual la familia está en tratamiento.

3.1 Justificación de la necesidad

Actualmente no se han encontrado intervenciones orientadas a la prevención de la depresión post parto en familias con un embarazo clínico múltiple.

Para complementar la teoría aportada sobre la vulnerabilidad de padecer depresión post parto en las familias con embarazo clínico múltiple, hemos realizado entrevistas a diferentes colectivos del sector.

Las entrevistas realizadas se hicieron a dos profesionales del ámbito de la reproducción humana asistida y a 3 familias que han pasado por un embarazo clínico múltiple. A continuación vamos a hacer un breve resumen sobre las conclusiones extraídas de las entrevistas. Las entrevistas completas se pueden consultar en el Anexo I.

Las entrevistas realizadas tienen un formato semi abierto y se adaptaron a los dos colectivos entrevistados según la información que queríamos extraer.

- Profesionales:

Los profesionales entrevistados creen que las familias que pasan por un proceso de reproducción asistida y que conciben un embarazo múltiple son más susceptibles a padecer depresión Postparto. Consideran que es necesario informar a las familias sobre los riesgos psicológicos que existen al transferir más de un embrión, además de los riesgos médicos que pueden existir.

Al preguntarles por la falta de prevención, nos explican que muchas veces se podrían evitar complicaciones al detectar situaciones de riesgo y que las posibles complicaciones después del parto, muchas veces dependen del soporte recibido del equipo interdisciplinario y concretamente del psicólogo. También consideran que quien se tendría que encargar de la prevención no es solo el psicólogo del equipo, sino todo el equipo desde los doctores, psicólogos, enfermeras e incluso otras áreas de la medicina como la medicina alternativa.

Los profesionales entrevistados reclaman la importancia de la figura del psicólogo y la necesidad de su intervención en todos los momentos del tratamiento.

- **Familias**

En cuanto a las familias, también consideran que las familias con embarazos clínicos múltiples son más vulnerables a padecer depresión post parto u otras complicaciones. Nos transiten sobre todo, las dificultades en la pareja que tuvieron después del parto. También hablan sobre la falta de información recibida y comentan que les hubiera venido bien conocer otros casos como los suyos para entender que reacciones, complicaciones o situaciones son normales o no.

Hablan también del bagaje que traen con el diagnóstico de la infertilidad. Al haber estado tantos años intentando ser madre, cuando lo consiguen el sufrimiento es mayor que un embarazo espontáneo y más cuando son dos o más los hijos que van a nacer. Las reacciones que generalmente nos han contado las familias son angustia, tristeza, miedo y sufrimiento.

En la mayoría de casos, la relación de pareja queda se vio afectada en el día a día y hablan sobre la falta de comunicación y falta de reacción en según qué situaciones.

3.2 Objetivos

- **Generales:**

Prevenir la Depresión Post Parto de las familias que realizan la intervención.

- **Específicos:**

Reducción y control del estrés percibido

Reducción y control de la ansiedad percibida

Adquisición de habilidades de afrontamiento

Superar el duelo del diagnóstico de la infertilidad

3.3 Consideraciones previas

La intervención consiste en 5 sesiones grupales y 2 sesiones de pareja. La duración de las sesiones con la pareja es de 45 minutos y de 1 hora y media en las sesiones grupales.

- **Calendarización:**

A continuación, vamos a mostrar un resumen sobre la calendarización y organización de las sesiones.

Resumen de la calendarización de las sesiones:

Semana 1: Sesión de pareja 1

Semana 2: Sesión grupal 1

Semana 3: Sesión grupal 2

Semana 4: Sesión grupal 3

Semana 5: Sesión grupal 4

Semana 6: Sesión grupal 5

Semana 6: Sesión de pareja 2

- **Recursos necesarios:**

Los recursos que se necesitan para la intervención dependen de cada sesión. En todas las sesiones se requiere un profesional de la psicología general sanitaria.

Algunas de las sesiones se complementan con recursos didácticos que se pueden consultar en el anexo II. También vamos a necesitar colchonetas (10 u.) en dos de las sesiones grupales.

- **Participantes y criterios de inclusión:**

Esta intervención va dirigida a todas las parejas que presenten un embarazo múltiple concebido a través de técnicas de Reproducción Humana Asistida. Las parejas deben estar en el segundo trimestre de embarazo y han de tener un diagnóstico de infertilidad.

- **El grupo:** El grupo estará integrado por 5 parejas que presenten un embarazo clínico múltiple i en el inicio de la inclusión al grupo estén en el inicio del segundo trimestre de embarazo (entre la semana 14 y 16). El motivo por el cual los participantes deben estar en el primer periodo del segundo semestre de embarazo es para poder realizar la intervención cuando el embarazo ya está en un trimestre más estable a nivel médico y las parejas pueden empezar a anticipar el momento del parto y las situaciones del puerperio.
- **La pareja:** En las sesiones individuales se espera la asistencia de los dos miembros de la pareja.

- **Planificación y desarrollo de las sesiones**

Las sesiones, aunque estén planificadas, son de carácter semi abierto. Es decir, según el terapeuta vea el hilo de la sesión puede adaptarse para lograr mejorar el objetivo con las características del grupo y sus miembros.

- **Evaluación de la intervención:**

Para evaluar los efectos que tiene la intervención vamos a proceder a una sesión de pareja antes de empezar las sesiones grupales y una sesión de pareja al terminar las sesiones. Para realizar la evaluación vamos a utilizar la Escala de depresión Post Parto de Edinburgh y una entrevista exploratoria para evaluar el antes y el después de la intervención.

4. Descripción de las sesiones

Sesiones grupales

Las sesiones grupales, permiten crear una red con personas que pasan por el mismo proceso. Esto puede permitir a los participantes sentirse acompañados y entendidos durante el embarazo.

Sesión número 1:

- **Título:** Conociendo al grupo
- **Duración de la sesión:** 1 hora y media
- **Integrantes de la sesión:** En esta sesión asistirá el psicólogo y las 5 parejas.
- **Recursos:**

En esta sesión se va a entregar a los participantes un documento (Material didáctico I: ver en anexo II) en el que se detalla el objetivo de la intervención y los objetivos de cada sesión así como la duración de las sesiones y la calendarización de estas.

- **Objetivos que se proponen:**
- Entender los objetivos de la intervención
- Que los miembros del grupo se conozcan
- Explorar historia de embarazo de cada pareja
- Explorar miedos y temores respecto al embarazo y al parto
- **Actividades a realizar:**

Actividad 1: Presentación del programa. El psicólogo presentara las sesiones del programa de forma resumida explicando los objetivos de la intervención en general y los objetivos concretos de cada sesión. Al final de la explicación se abre un periodo para que las parejas del grupo puedan preguntar dudas, explicaciones, procedimientos que hayan quedado sin resolver. El tiempo aproximado de esta actividad es de 30 minutos.

Actividad 2: En esta actividad se va a realizar una ronda para presentarse delante del grupo. Cada pareja tendrá 10 minutos para contestar las siguientes preguntas en forma de relato. La explicación la puede hacer solo un miembro de la pareja o los dos juntos.

- ¿Quiénes somos?
- ¿Cómo y cuándo nos conocimos?
- ¿Cuándo decidimos ser padres?
- ¿Porque acudimos a un centro de reproducción humana asistida?
- ¿Qué miedos /temores tenéis respecto al embarazo y al parto?
- ¿Qué esperáis de la intervención grupal? (Expectativas)
- **Observaciones :**

En esta sesión el psicólogo debe permitir que las parejas se expresen abiertamente ayudando a las dificultades de relato que puedan tener. El psicólogo debe respetar los tiempos que tienen para realizar la actividad y procurar que hablen todas las parejas.

Sesión número 2:

- **Título:** Superación de la infertilidad
- **Duración de la sesión:** 1 hora y media
- **Integrantes de la sesión:** En esta sesión asistirán las 5 parejas y el psicólogo.
- **Recursos:**

En esta sesión se va a presentar un documento en el que se expone las características personales que afectan del diagnóstico de infertilidad y pequeños apuntes sobre como poder superar el duelo entorno al diagnóstico de la infertilidad. Está basado en el artículo de Jenaro et al. (2008) y el documento se llama Material didáctico II (ver en Anexo II)

- **Objetivos que se proponen:**
- Exploración de la repercusión del diagnóstico de infertilidad

- Estrategias para superar el duelo
- **Actividades a realizar:**

Actividad 1: El psicólogo y todos los participantes deben leer el documento didáctico II. El psicólogo puede extender la explicación de cada punto según como vea la capacidad de entender el contenido de los participantes. Esta actividad tiene aproximadamente una duración de 10 minutos.

Actividad 2: A continuación, una vez leído y entendido el documento didáctico II van a construir narrativas todos los participantes sobre el proceso del diagnóstico basándose en los puntos que presenta el documento. Cada participante tendrá 7 minutos aproximadamente para expresar su experiencia y a continuación narrará la otra parte de la pareja.

Los puntos de referencia para construir la narrativa deben ser:

- Alteraciones emocionales: depresión y ansiedad
- Estrategias de afrontamiento
- Dinámica de la pareja
- Apoyo social percibido
- Personalidad

Además, el psicólogo puede proporcionar otras preguntas como:

- El significado personal de la infertilidad (antes del diagnóstico y ahora)
- **Observaciones :**

El psicólogo en esta sesión debe asegurarse de profundar en el duelo de la infertilidad y cerrar la intervención antes de que termine la sesión. El tema entorno a la infertilidad puede provocar muchas reacciones de tristeza en los asistentes y el psicólogo debe hacer que los asistentes, cuando termine la sesión, estén tranquilos. También debe proporcionar ayuda a aquellas parejas que tengan dificultades en la introspección para explicar cómo se sienten y como se han sentido.

Sesión número 3:

- **Título:** Fuera el estrés
- **Duración de la sesión:** 1 hora y media
- **Integrantes de la sesión:** En esta sesión asistirán las 5 parejas y el psicólogo
- **Recursos:**

En esta se van a utilizar colchonetas para que los asistentes del grupo puedan relajarse. Vamos a necesitar 10 unidades.

- **Objetivos que se proponen**
- Detectar los momentos que pueden generar estrés
- Control del estrés percibido
- Respuesta al estrés percibido
- **Actividades a realizar**

Actividad 1: En esta actividad se va a preguntar a los asistentes del grupo cuales son las situaciones que les podrían provocar estrés y cómo actúan en respuesta a este. El psicólogo puede proponer diferentes situaciones si los participantes no proponen ninguna. Esta actividad tiene una duración de 40 minutos.

Actividad 2: En esta actividad se va a realizar un ejercicio de mindfulness. Antes de empezar, el psicólogo explicará la actividad y lo va a relacionar con las situaciones antes planteadas que pueden generar estrés. El psicólogo, debe plantearlo como una respuesta a las situaciones en las que sentimos estrés.

La sesión de mindfulness se va a realizar con la siguiente práctica guiada: Magnien, M. [Vicente Simón]. (22 Noviembre de 2011). Cd4 2 el ahora. [Archivo de vídeo]. Recuperado en: <https://www.mindfulnessvicesimon.com/audios>

Esta actividad tiene una duración aproximada de 30 minutos.

Actividad 3: En esta actividad se va a realizar una valoración de la práctica guiada de mindfulness. El psicólogo debe preguntar a todos los asistentes las siguientes preguntas:

- ¿Cómo te has sentido?
- ¿Has tenido dificultad para seguir el ejercicio?
- ¿Crees que te puede ser útil en momentos que te sientas estresado?

Esta actividad tiene una duración de 30 minutos aproximadamente.

- **Observaciones :**

En esta sesión, el psicólogo debe ayudar a los asistentes a sentirse relajados y tranquilos. Debe acompañarlos en el momento de la actividad de mindfulness y en relación a las preguntas de valoración debe darles respuestas a aquellas dudas que puedan tener los asistentes.

Sesión número 4:

- **Título:** Fuera la ansiedad
- **Duración de la sesión:** Esta sesión tiene una duración de 1 hora y media
- **Integrantes de la sesión:** En esta sesión los integrantes serán las 5 parejas y el psicólogo
- **Recursos:**
Se necesitarán 10 colchonetas para realizar la sesión de relajación y respiración.
- **Objetivos que se proponen**
 - Reducción y control de la ansiedad percibida
 - Saber detectar cuando sentimos ansiedad
- **Actividades a realizar**

Actividad 1: En esta sesión, el psicólogo empieza preguntando al grupo que es la ansiedad y en qué momentos la sufrimos. Los asistentes deben proponer situaciones que le generen ansiedad y que hacen para solucionar el estado ansioso.

Esta actividad tiene una duración de 40 minutos aproximadamente.

Actividad 2: En esta parte de la sesión, se va a realizar una práctica de relajación y respiración. La práctica es la Relajación progresiva de Jacobson. Para presentar la actividad, el psicólogo explicará que la práctica será guiada a partir de un audio donde se va a guiar paso a paso la actividad. Seguidamente, cuando el psicólogo se asegure que los participantes entienden la actividad, se va a proceder a hacer el ejercicio con el soporte del sonido que guía la sesión.

El audio que usaremos para la sesión es: Jacobson, [E. David Sánchez Psicología] . (5 Setiembre del 2017). Relajación Muscular Progresiva de Jacobson/ Sesión guiada con instrucciones. [Archivo de vídeo].Recuperado en https://www.youtube.com/watch?v=eu-2iWv_fCM

- **Observaciones :**

En esta sesión es importante que el psicólogo se asegure que los participantes entienden bien la actividad de la relajación y respiración. Además, el psicólogo debe asegurarse que los asistentes estén tranquilos y cómodos.

Sesión número 5:

- **Título:** Aprendemos a enfrentarnos
- **Duración de la sesión:** Esta sesión tiene una duración de 1 hora y media
- **Integrantes de la sesión:** En esta sesión asistirán las 5 parejas y el psicólogo.
- **Recursos:** En esta sesión se va a utilizar el material didáctico III (ver en anexo II)
- **Objetivos que se proponen**

- Identificar los estilos de afrontamiento
- Adecuar el estilo de afrontamiento en cada situación
- **Actividades a realizar**

Actividad 1: Esta actividad propone identificar el estilo de afrontamiento que presenta cada participante de la sesión. Para empezar la actividad, el psicólogo explicará los diferentes estilos de afrontamiento mediante el material didáctico III (ver anexo II). Los estilos de afrontamiento que se referirá el psicólogo son:

- Confrontación
- Planificación
- Distanciamiento
- Autocontrol
- Aceptación
- Escape-Evitación
- Reevaluación positiva

El psicólogo les pedirá a los participantes que piensen en un problema o situación reciente en la que han tenido que reaccionar. Cada participante debe identificar la solución/reacción con uno de los estilos de afrontamiento que hemos citado anteriormente.

La duración de esta actividad será de aproximadamente 35 minutos.

Actividad 2: En esta actividad se propone mejorar el estilo de afrontamiento adaptando la reacción a cada situación que se deben enfrentar los participantes.

Para ello, vamos a recuperar las situaciones que nos han contado antes. Entre todo el grupo se deben buscar estrategias que hubiesen mejorado la situación. El psicólogo debe guiar la conversación para que todas las situaciones de los participantes se hayan comentado y analizado.

La duración de esta actividad será aproximadamente de 35 minutos

Actividad 3: En esta actividad se va a despedir el grupo y a valorar las aportaciones de la intervención grupal. Para ello, cada participante tendrá dos minutos para valorar las ganancias que ha obtenido del grupo.

Por último, el psicólogo despedirá el grupo.

Esta actividad tiene una duración de 20 minutos aproximadamente.

- **Observaciones :**

El psicólogo debe ayudar a los asistentes del grupo a identificar los estilos de afrontamiento. Debe motivar a todos los participantes a que hagan su valoración y sus aportaciones.

Sesiones individuales:

Sesión número 1:

- **Título:** Exploración y primer contacto
- **Duración de la sesión:** 45 minutos
- **Integrantes de la sesión:** el psicólogo y la pareja
- **Recursos :**

Para esta sesión vamos a necesitar la Escala de depresión Post Parto de Edinburgh. En el Anexo III se pueden encontrar las preguntas que conforman la Escala.

Cox, J.L., Holden, J.M y Sagovsky, R. (1987). Escala de depresión Post Parto de Edinburgh. *Revista Británica de Psiquiatría*, 150.

- **Objetivos que se proponen:**

El objetivo de esta sesión es conocer a la pareja. Conocer su historia hasta llegar en el momento en el que se encuentran. Mediante esta sesión, se van a analizar las expectativas que presenta cada miembro de la pareja, los miedos que tienen respecto al embarazo y al parto, las posibles preguntas que tengan sobre la intervención.

- **Transcurso de la sesión:**

La sesión consiste en dos fases: Presentación y exploración.

- **Presentación :**

El psicólogo debe presentarse. También debe presentar el espacio y debe explicar los objetivos de la sesión (Sesiones de pareja: Sesión 1: Objetivos que se proponen).

- **Exploración:**

En este espacio de la sesión el objetivo es hacer una exploración inicial de la pareja. Vamos a analizar estados emocionales, vulnerabilidad psicológica, dinámica de pareja y apoyo social.

Para ello, vamos a utilizar la Escala de depresión Post Parto de Edinburgo. La pareja va a responder las preguntas y el psicólogo va a explicar la interpretación de los resultados. A continuación, mediante la entrevista el psicólogo va a explorar los diferentes ámbitos antes citados.

Al finalizar la sesión, el psicólogo debe responder aquellas dudas que pueda tener la pareja.

- **Observaciones :**

En esta sesión, conocemos a la pareja. Por lo tanto, el psicólogo debe tener en cuenta que es la primera impresión que tendrá la familia. Acudir a una sesión psicológica puede dar una impresión a la pareja de patologizar la situación de embarazo. Por lo tanto, debemos hacer que a través de la creación de un buen vínculo entre pareja y psicólogo se mantenga la tranquilidad y la confianza hacia la intervención.

La pareja, puede llegar a la primera sesión con muchas dudas sobre lo que van a hacer en las sesiones. El psicólogo debe dar las explicaciones claras y asegurarse de que lo han entendido bien antes de empezar la sesión.

Sesión número 2:

- **Título:** Dudas y temores
- **Duración de la sesión:** Esta sesión tiene una duración de 45 minutos.
- **Integrantes de la sesión:** En esta sesión asistirán la pareja y el psicólogo.
- **Recursos:**

Para esta sesión vamos a necesitar la Escala de depresión Post Parto de Edinburgh. En el Anexo III se pueden encontrar las preguntas que conforman la Escala.

Cox, J.L., Holden, J.M y Sagovsky, R. (1987). Escala de depresión Post Parto de Edinburgh. *Revista Británica de Psiquiatría*, 150.

- **Objetivos que se proponen:**

Evaluación de la intervención y mejoría de las competencias trabajadas en las sesiones

Resolver dudas y temores

- **Actividades a realizar:**

Actividad 1: Como esta es la última sesión que tiene el psicólogo con la pareja, vamos a evaluar la mejoría de los síntomas depresivos que presentaba la pareja en la primera sesión. Para ello, vamos a utilizar la Escala de depresión Post Parto de Edinburgh y la exploración mediante una entrevista donde se va a focalizar en los siguientes aspectos:

- Cambios percibidos
- Aspectos a mejorar (individuales y de pareja)
- ¿Cómo estoy ahora?

Actividad 2: En este espacio de la sesión, el psicólogo preguntara si la pareja tiene dudas o tiene algún tema que quiera comentar. Este espacio, se debe adaptar a cada pareja según el psicólogo haya observado en las sesiones tanto grupales como individuales. Por último, debe valorar la posibilidad de derivación en el caso de que sea necesario y hacer el cierre de forma correcta con la pareja.

- **Observaciones :**

Al ser la última sesión, el psicólogo debe indicar tratamiento a la pareja en el caso de que sea necesario. Es decir, si ve indicios de alteraciones emocionales debe hacer una derivación a un psicólogo especializado en el ámbito.

5. Conclusiones:

Tal y como muestran los datos del Instituto Nacional de Estadística (2017), el hecho de ser madre actualmente en países como España, es una tarea que se pospone hasta que la sociedad deja un espacio para la maternidad. El hecho de que la mujer trabaje ha traído muchas ventajas para crecer como sociedad y para exponer el potencial de las mujeres trabajadoras. Así como ha proporcionado ventajas en muchos aspectos de la sociedad, también ha supuesto ciertas dificultades y futuros escenarios que son peligrosos para la continuidad de la sociedad (Lorenzo, 2014).

Además, del papel como madre o de la situación de embarazo, la sociedad tiende a contar solo una parte. Las opiniones que generalmente se escuchan son favorables para la maternidad y todo lo que conlleva. Pero hay una parte muy importante, que nos la muestra Roca et al. (2012) mediante los estudios realizados, que son las dificultades psicológicas que pueden surgir en la concepción, el parto y el puerperio. Las características que presentan estos estados emocionales no son tan comunes como las que hemos oído hasta ahora.

Por suerte, el mundo de la medicina crece a niveles frenéticos y nos trae aportaciones para superar las posibles dificultades para que una persona pueda ser padre o madre (Gameiro et al., 2015). También, vemos día a día familias que explican su experiencia no tan buena como siempre nos han planteado la maternidad. Gracias a estos testimonios, la sociedad deja visible un problema que existe. Cuando el problema sale a la luz, la sociedad deja de juzgar ciertos sentimientos, actitudes por los que pueden pasar las familias que no pueden concebir un hijo.

Los partos múltiples, constituyen un gran misterio aún. Actualmente continúan siendo la minoría. Aunque, si se sigue con la tendencia de la implantación de varios embriones, la probabilidad es ir en aumento (Roca et al., 2012).

Esto podría suponer un grave problema, ya que, muchas veces las decisiones pueden tomarse desde un deseo de ser padres y no desde la racionalidad (Gameiro et al., 2015). Para ello, es importante seguir investigando, seguir proponiendo proyectos que ayuden a estas familias y sobretodo, trabajar en red con los demás profesionales implicados para poder ayudar al máximo a las familias que estamos acompañando.

6. Referencias Bibliográficas:

- American Psychiatric association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson
- Antequera, R., Jenaro, C. y Moreno-Rosset, C. (16 de Septiembre de 2008). La psicología de la reproducción: un nuevo ámbito de intervención psicológica. *Infocop Online*. Recuperado 22/07/2017 en <http://infocop.es>
- Antequera, R., Moreno-Rosset, C., Jenaro, C. y Ávila, A (2008). Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2.) pp. 167-175
- Euro Peristat (2010). European Perinatal Health Report: Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. Recuperado en 01/08/2017 en <http://europeristat.com>
- Eurostat. (2016). *Crude birth rate*. Recuperado el 12/07/2017 de <http://ec.europa.eu>
- Field, T., Diego, M., Hernández-Reif, M. (2006). Prenatal depression effects on the foetus and new born: a review. *Infant Behavior and Development*, 29 (3): pp. 454-460
- Frederiksen, Y., Farver-Vestergaard, I., Skovgaard, N. G., Ingerslev, H. J. y Zachariae, R. (2015). Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy

- outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 5. doi: 10.1136/bmjopen-2014-e006592
- Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., de Klerk., Emery, M., Lewis-Jones, C., Thorn, P., Van den Broeck, U., Venetis, C., Verhaak, C.M., Wischmann, T. y Vermeulen, N. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction- a guide for fertility staff. *Human Reproduction*, 30, pp. 2476-2485
 - Indexmundi. (2014). *Birth rate - World*. Recuperado el 12/07/2017 de <http://indexmundi.com>
 - Instituto Nacional de Estadística. (2017). *Indicadores de Fecundidad*. Recuperado el 13/07/2017 de <http://ine.es>
 - Jenaro, C., Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Flores, N. (2008). La evaluación psicológica en infertilidad: El "DERA" una prueba creada en España. *Papeles del psicólogo*, 29, (2.), pp. 176-185
 - Lorenzo, F. (coord.) (2014). *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid: Fundación FOESSA, Cáritas Española
 - Marín, D., Bullones, M.A., Carmona, F.J., Carretero, M.A., Moreno, M.A., Peñacoba, P. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Nure investigación*, 37
 - Martí, A. (2011). *Maternidad y técnicas de reproducción asistida: un análisis, desde la perspectiva de género, de los conflictos y experiencias de las mujeres usuarias*. (Tesis Doctoral Departament de Filosofia i Sociologia, Castelló, València)
 - Medina-Serdán, E. (2013), Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 27 (3.) pp.185-193

- Mendoza, B. y Saldivia, S. (2015). Actualización de la depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista Médica de Chile*, 143. pp. 887-894
- Ortiz-Collado, M.A., Cararach, V., y Tourné. (2012). C-E. Prevención del riesgo de depresión postnatal y prematuridad con un enfoque psicosomático: estudio aleatorizado multicéntrico. *Medicina clínica*, 139 (9): pp. 385-392
- Parés, P. (2010). L'impacte de la infertilitat en la parella i en el futur d'un fill. *Aloma*, 26. pp. 29-41
- Roca, M. (2009). Consecuencias psicosociales de los partos múltiples como resultado de la aplicación de las técnicas de Reproducción Asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 26 (1.), pp. 35-44
- Roca, M., Candidate, PhD., Gutierrez Maldonado, J. y Gris Martínez, J. (2008). Psychosocial risks associated with multiple births resulting from assisted reproduction: a Spanish sample. *Fertility and Sterility*. pp. 1- 7. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.07.1753
- Roca, M., Gutierrez-Maldonado, J. y Gris-Martinez, J. (2012). Factores psicosociales asociados a familias con nacimientos múltiples cómo resultado de las Técnicas de Reproducción asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 29 (4.), pp. 129-136
- Romero, R., Romero, G., Abortes, I. y Gerardo, H. (2008). Factores de riesgo asociados con infertilidad femenina. *Ginecología Obstetricia de Méjico*, 76 (12.) pp. 717-721
- Servei de Gestió i Anàlisi de la Informació per a la Planificació Estratègica. (2017). *Estadística de la reproducció humana assistida a Catalunya, 2014*. Barcelona: Generalitat de Catalunya: Departament de Salut

ANEXOS

Anexo I: Entrevistas

- Entrevistas a familias:

Entrevista 1:

Rol familiar: *Madre de trillizos varones*

Miembros actuales familiares: **cinco.**

Tipología de embarazo: **múltiple**

Año del embarazo: **1998**

- ¿Crees que las familias que pasan por un proceso de reproducción asistida y tienen un embarazo múltiple son más vulnerables a sufrir dificultades psicológicas que las otras familias?

Sí en todos los casos que conozco y con los que me he documentado.

- En el supuesto de que sí, ¿cuáles crees que serían estas dificultades?

Se tiene más precisión, mayor esfuerzo y gasto económico y es más complicado conciliar con la vida laboral, personal y de pareja.

-¿Durante tu embarazo recibiste en algún momento intervención psicológica?

No, recibí sorpresas que aumentaban la familia en las primeras visitas que hice al hospital.

Estuve muy ilusionada y distraída, con buena salud, intentando animar a mi marido.

El no recibió intervención psicológica pero sí la hubiera necesitado. Es un hombre pesimista y realista. Pasó un embarazo bastante malo.

- En el caso de que sí, ¿en qué aspectos te ayudó y en qué momentos?

- En el caso de que no, ¿crees que podrías haber evitado diferentes sentimientos, reacciones o situaciones con una intervención preventiva?

Sí lógicamente, él hubiera estado más animado y aliviado para disfrutar el embarazo, es muy responsable y no conseguía desconectar de su pesimista realidad. Le hubiera venido bien, llevarlos en el vientre un tiempo para sentir su gran vitalidad.

- ¿Crees que hay una carencia en la prevención de las dificultades psicológicas que pueden surgir de un embarazo de estas características?

Actualmente lo desconozco, imagino que tú has de insistir como en cualquier situación para que ellos te pongan en contacto con especialistas.

En el año 1998, nos animaban en cada ecografía diciendo que tenían mucha vida, que todo se resuelve bien. Las ecografías mensuales en papel que te animaban a pensar en positivo.

- Una intervención orientada a la prevención, ¿qué áreas consideras que se tendrían que trabajar?

Si la familia es modesta a la madre le da mucha tranquilidad saber que tiene ayudas estatales, que podrá conciliar su vida laboral y familiar.

Si desde el primer momento se le mentaliza para que tome esta etapa de unos años, como un paréntesis de crianza que te privará de tu vida anterior, pero te colmará de satisfacciones porque entre los mellizos o trillizos se forman vínculos de sangre inmensos. En intentar ver lo mejor de cada situación y que dados los avances médicos, hay un riesgo mínimo de fallecimientos.

A mí me ha supuesto muchos sacrificios pero me ha compensado con creces.

- ¿En el postparto sufriste algún tipo de complicación psicológica? ¿Cuál fue tu experiencia?

No, enseguida me recuperé, ellos me necesitaban.

Raptamos a mi madre y nos la llevamos a casa, mi marido, siendo funcionario, no tuvo ni el reconocimiento por parte de la administración de la hora de lactancia, ni de paternidad, aquello no existía.

Su jefe le puso horario de tarde para que me ayudara por las noches durante la lactancia que fue natural y de biberones. Y pudiera dormir por las mañanas.

- Según tu experiencia, si consideras que hay algún aspecto que podría ayudar en la investigación y que quieres compartir, te lo agradeceré.

Es fundamental que se les haga seguimiento médico desde el principio, y que ellas tomen conciencia de cuidarse con la alimentación proteínica, sin grasas y vitaminas, ácido fólico y hierro. Eso es vital para el buen desarrollo del feto y luego lógicamente rodearse de personas positivas que te comenten sus experiencias vía internet o personalmente sin desanimarte.

Y estar vacunada contra los espontáneos que de todas formas te darán su testimonio negativo u opinión como si tu vida se tratara de un reallity show.

Entrevista 2:

Rol familiar: **madre de trillizos**

Miembros actuales familiares: **5**

Tipología de embarazo: **FIV/ICSI con parto múltiple de 3 (trillizos)**

Año del embarazo: **2003**

- ¿Crees que las familias que pasan por un proceso de reproducción asistida y tienen un embarazo múltiple son más vulnerables a sufrir dificultades psicológicas que las otras familias?

- En el supuesto de que sí, ¿cuáles crees que serían estas dificultades?

Por supuesto, para empezar el no poder quedarte embarazada (en mi caso durante 3 años) fue un problema psicológico total. Cada mes que te baja la regla, cada intento fallido (en mi caso 3 IA y 3 FIV/ICSI), cada pinchazo, cada llamada de una amiga que se ha quedado embarazada, todo ello te va minando poco a poco. Todo eso sin quedarte embarazada, y ya una vez que te quedas para mí realmente saber que era un embarazo múltiple fue una alegría, pero después al ser trillizos es un embarazo de riesgo y vienen más problemas

- Durante tu embarazo, ¿recibiste en algún momento intervención psicológica? **No**

- En el caso de que sí, ¿en qué aspectos te ayudó y en qué momentos?

- En el caso de que no, ¿crees que podrías haber evitado diferentes sentimientos, reacciones o situaciones con una intervención preventiva?

La verdad es que no estoy segura, pero seguro que la ayuda psicológica hubiera venido bien para explicarte el proceso a seguir y cuáles pueden ser las consecuencias de un embarazo múltiple.

- Crees que hay una carencia en la prevención de las dificultades psicológicas que pueden surgir de un embarazo de estas características?

Desconozco actualmente este tema, yo cuando me quedé embarazada hace 15 años no había nada.

- Una intervención orientada a la prevención, ¿qué áreas consideras que se tendrían que trabajar?

Se deberían tratar primeramente el tema de la infertilidad y el por qué sucede, son temas que desconoces en un primer momento y te sientes perdido, y no sabes por qué te pasa a ti y no a otras personas.

Se deberían tratar temas de ovo donación o donación de esperma. Hay muy poca información en este aspecto y a veces hay que recurrir a ellos.

La edad fértil; Nosotros empezamos a intentarlo con 29 años y cuando empiezas lo quieres ya, y pasan los años y parece que te haces vieja y no llega el día (realmente hoy lo miro desde otro punto de vista y creo que era joven pero en aquel momento ese tema me afectaba mucho psicológicamente)

Y tratar el tema de que someterse a temas de reproducción asistida puede acabar en un parto múltiple y todos los riesgos que supone tener hijos prematuros. Esos riesgos a mí nadie me habló de ellos hasta que estaba embarazada y habría que tener información con anterioridad para saber lo que te espera en un futuro en caso de tener un parto múltiple.

Tema de reducción embrionaria, qué hacer cuando te lo proponen.

Otro tema es el reposo. Si el embarazo no va bien hay que reposar. Igual en estos casi 15 años ha cambiado la cosa pero yo estuve 1 mes y medio ingresada sin levantarme de la cama. Para eso también hay que estar preparada. Y en mi caso no tenía más hijos, pero las madres que tienen que dejar niños en casa sufren mucho psicológicamente también.

-¿En el postparto sufriste algún tipo de complicación psicológica? ¿Cuál fue tu experiencia?

La verdad es que poco para todo lo que nos vino encima pero Sí. Los niños nacieron de 31+3 semanas y uno de ellos estuvo muy malito, respirador, muy pequeño, le tuvieron que dar una medicación que nos dijeron que podía acabar con trastornos de desarrollo motor o intelectual futuros....en aquel momento lo pasé realmente mal e incluso llegué a pensar qué fue una pena no haberme hecho una reducción embrionaria (en aquel momento no quería ese niño con problemas, muy fuerte verdad? otro tema psicológico muy importante a tratar). La verdad es que la prematuridad es muy dura.

Además otra consecuencia de un parto múltiple es el sangrado cuando das a luz, y yo tuve una gran hemorragia muy fuerte, en la que me tuvieron que poner 3 bolsas de sangre y me quedé tan débil que no pude ver a mis hijos hasta los casi 3 días.

Y verlos en la incubadora es otra cosa para la que no estás preparada porque verlos conectados a máquinas y cables no es la situación ideal.

- Según tu experiencia, si consideras que hay algún aspecto que podría ayudar en la investigación y que quieres compartir, te lo agradeceré.

La mayoría de partos múltiples acaban en cesárea también y en mi caso especialmente no me importaba pero sé que hay muchas mujeres que sí, que no se sienten del todo madres por no haber parido.

La lactancia materna. Hay tanta presión psicológica de que dar de mamar es lo único bueno para los niños, que en los casos en que no es posible te carcome un sentimiento de culpabilidad por dentro muy grande.

Entrevista 3:

Rol familiar: **madre de trillizos**

Miembros actuales familiares: **5**

Tipología de embarazo: **parto múltiple de 2 (mellizos)**

Año del embarazo: **2012**

- ¿Crees que las familias que pasan por un proceso de reproducción asistida y tienen un embarazo múltiple son más vulnerables a sufrir dificultades psicológicas que las otras familias?

- En el supuesto de que sí, ¿cuáles crees que serían estas dificultades?

Sí. Estas familias tienen más dificultades que las familias que tienen un solo hijo en el parto. A nivel económico tienen más gastos, también tienes que trabajar el doble con ellos. Si con uno es difícil, imagínate con dos. Lo de dormir es imposible. El miedo a no querer a los dos por igual es muy difícil de llevarlo.

- Durante tu embarazo, ¿recibiste en algún momento intervención psicológica? **Sí**

- En el caso de que sí, ¿en qué aspectos te ayudó y en qué momentos?

En el caso de que no, crees que podrías haber evitado diferentes

sentimientos, reacciones o situaciones con una intervención preventiva?

Si recibí asistencia psicológica. Yo tuve a mis bebés y me sentía muy mal. Lloraba y no conseguía conectar con ellos. Entonces, una amiga me propuso de hacer una terapia.

Estuve un año con un psicólogo que me ayudaba a aceptar la maternidad, aceptar las consecuencias de tener mellizos...

-¿Crees que hay una carencia en la prevención de las dificultades psicológicas que pueden surgir de un embarazo de estas características?

Sí. Tengo claro que si me hubiesen orientado bien antes de tener a los mellizos muchas cosas no me hubieran cogido por sorpresa y las hubiese llevado mucho mejor.

- Una intervención orientada a la prevención, ¿qué áreas consideras que se tendrían que trabajar?

Primero las dificultades funcionales que pueden tener los padres de los mellizos.

También reforzar la relación de pareja, ya que, literalmente te olvidas de que tú y tu marido sois pareja.

También creo que es importante fomentar la ayuda entre padres y madres de múltiples.

Me hubiese venido muy bien conocer a gente con mi misma situación, que sabes que te van a entender.

- En el postparto, ¿sufriste algún tipo de complicación psicológica? ¿Cuál fue tu experiencia?

Sí. Sufrí depresión post parto. Es la peor sensación del mundo. No quieres a tus hijos pero tampoco te quieres a ti por no quererlos. Tu pareja te reprocha porque no tienes el mismo sentimiento que él tiene y la culpa te come por dentro. Poco a poco se sale, como yo lo he hecho.

- Según tu experiencia, si consideras que hay algún aspecto que podría ayudar en la investigación y que quieres compartir, te lo agradeceré.

Es importante cuidar a las madres pero también a los padres. Ellos, aunque no los lleven dentro, son suyos y también sufren. Muchas veces no son capaces de entender porque actuamos de una forma u otra.

- **Entrevistas a profesionales:**

Entrevista 1:

- Profesió i àmbit professional: **ginecòleg. especialista en reproducció assistida. director mèdic unitat de reproducció assistida. Quironsalud Barcelona. Hospital Quironcentre mèdic teknon. hospital el pilar. Hospital General de Catalunya.**

- Creus que les famílies que passen per un procés de reproducció assistida i tenen un embaràs múltiple són més vulnerables a patir dificultats psicològiques que les altres famílies? En el cas que sí, quines creus que serien aquestes dificultats?

Es evident que sí. El fet de sotmetre't a un tractament per el motiu que sigui, ja et dona mes risc de tenir alteracions psicològiques. Estàs en una situació hormonal mes làbil, a més de frustració i dificultat d' acceptar el no poder aconseguir un embaràs espontani. A mes, si afegim el fet de ser bessonada, multiplica el problema, doncs embaràs, part i postpart serà segur molt mes complicats

- Quina creus que és la teva funció com a professional en la prevenció de les dificultats psicològiques que poden sorgir d'un embaràs múltiple després d'un procés de reproducció assistida?

El primer es intentar transferir 1 sol embrió, per evitar el problema. Si això no es pot evitar, es molt important que la parella entengui tot el procés i els riscos derivats del mateix. A tota unitat de reproducció i han psicòlegs/ coach q poden ajudar i assessorar a com afrontar si apareix aquesta situació.

- Creus que hi ha una manca en la prevenció de les dificultats psicològiques que poden sorgir d'un embaràs d'aquestes característiques?

Si. Molt sovint el metge no veu o detecta que la parella esta en situació de risc, i oblidem massa sovint que tenim un company a l'equip que pot ajudar a detectar ho o evitar que apareixin situacions extremes en la parella

- Una intervenció orientada a la prevenció, quines àrees consideres que s'haurien de treballar?

Sempre que visitem un pacient candidat a fer un tractament de RA, poder oferir una visita al Coach de l'equip, per aclarir i ajudar en dubtes, angoixes i demes..

- Quins professionals consideres que haurien d'intervenir en la prevenció?

Metges, Psicòlegs, Coach i altres àrees de medicina alternativa, tipus acupuntors, etc...

- Creus que la figura del psicòleg hauria d'estar més present en tot el procés? I un cop finalitzat, després del part?

Si. Seria bo, però a vegades els pacients tampoc es veuen o entenen perquè han de ser visitats per un psicòleg.

Entrevista 2:

- Profesió i àmbit professional: **psicòloga de reproducció assistida, Hospital Quirón.**

- Creus que les famílies que passen per un procés de reproducció assistida i tenen un embaràs múltiple són més vulnerables a patir dificultats psicològiques que les altres famílies? En el cas que sí, quines creus que serien aquestes dificultats?

SI en la seva gran majoria, la carga econòmica de temps i de cura en general de les diferents necessitats dels nadons comporta un desgast físic i psicològic i depèn de l'ajut i suport que rebi aquesta família els seus recursos de tot tipus...farà que desenvolupin un altra problema, en tot cas el que era vist com ideal acaba sent en molt casos algú feixuc i difícil de portar amb la consegüent dissonància cognitiva

Quina creus que és la teva funció com a professional en la prevenció de les dificultats psicològiques que poden sorgir d'un embaràs múltiple després d'un procés de reproducció assistida?

En primer lloc garantir que la informació rebuda és exhaustiva i s'ha entès més enllà del desig i l'angoixa per aconseguir-ho. Que les dades que es donin als pacients siguin realistes. Un cop produït l'embaràs múltiple donar el suport que necessiti cada pacient i

les orientacions pertinents. En cas de problemes post part el millor es una intervenció específica

• Creus que hi ha una manca en la prevenció de les dificultats psicològiques que poden sorgir d'un embaràs d'aquestes característiques?

Si absolutament l'ansia dels pacients s'uneix amb la dels professionals i centres per reportar tasses altes d'èxit i això fa difícil però no impossible la nostra feina

- Una intervenció orientada a la prevenció, quines àrees consideres que s'haurien de treballar?

Totes aquelles àrees que interfereixen en el post part.

- Quins professionals consideres que haurien d'intervenir en la prevenció?

Tot l'equip mèdic i els psicòlegs de l'equip.

- Creus que la figura del psicòleg hauria d'estar més present en tot el procés? I un cop finalitzat, després del part?

Si.

Anexo II: Material didáctico de las sesiones

- Material didáctico I:

LA INTERVENCIÓN

A continuación vamos a presentar una intervención para prevenir la depresión post parto en familias que han concebido un embarazo múltiple en un centro de Reproducción Humana Asistida.

Esta intervención, está pensada para minimizar los efectos que pueden tener sobre estas familias las creencias, la personalidad, la historia personal, la dinámica comportamental, la gestión del estrés, la comunicación en la pareja, la sexualidad y la percepción de cada miembro de las familias.

- Objetivos:

- Generales:

Prevenir la Depresión Post Parto de las familias que realizan la intervención.

- Específicos:

Reducción y control del estrés percibido

Reducción y control de la ansiedad percibida

Adquisición de habilidades de afrontamiento

Superar el duelo del diagnóstico de la infertilidad

- Descripción de las sesiones

Sesiones grupales

Sesión numero 1:

- **Título:** Conociendo al grupo
- **Duración de la sesión:** 1 hora y media
- **Objetivos que se proponen:**
- Entender los objetivos de la intervención
- Que los miembros del grupo se conozcan
- Explorar historia de embarazo de cada pareja
- Explorar miedos y temores respecto al embarazo y al parto

Sesión numero 2:

- **Título:** Superación de la infertilidad
- **Duración de la sesión:** 1 hora y media
- **Objetivos que se proponen:**
- Exploración de la repercusión del diagnóstico de infertilidad
- Estrategias para superar el duelo

Sesión numero 3:

- **Título:** Fuera el estrés
- **Duración de la sesión:** 1 hora y media
- **Objetivos que se proponen**
- Detectar los momentos que pueden generar estrés
- Control del estrés percibido
- Respuesta al estrés percibido

Sesión numero 4:

- **Título:** Fuera la ansiedad

- **Duración de la sesión:** Esta sesión tiene una duración de 1 hora y media
- **Objetivos que se proponen**
- Reducción y control de la ansiedad percibida
- Saber detectar cuando sentimos ansiedad

Sesión numero 5:

- **Título:** Aprendemos a enfrentarnos
- **Duración de la sesión:** Esta sesión tiene una duración de 1 hora y media
- **Objetivos que se proponen**
- Identificar los estilos de afrontamiento
- Adecuar el estilo de afrontamiento en cada situación

- **Material didáctico II:**

Este material está basado en el siguiente artículo: Jenaro, C., Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Flores, N. (2008). La evaluación psicológica en infertilidad: El ‘‘DERA’’ una prueba creada en España. *Papeles del psicólogo*, 29, (2.), pp. 176-185

SUPERANDO LA INFERTILIDAD:

Se estima que entre un 15 y un 18% de las parejas son infértiles. Los cambios sociales, culturales y económicos nos ayudan a explicar, en parte, esta tendencia.

El diagnóstico de la infertilidad puede afectar en diversos ámbitos:

- ***Alteraciones emocionales: Ansiedad y depresión.***

El propio diagnóstico, someterse a técnicas de reproducción asistida y repetidos intentos por conseguir el embarazo, constituye un periodo largo y estresante que puede afectar a nivel emocional.

- ***Estrategias de afrontamiento:***

Varios estudios, señalan que las parejas con un diagnóstico de infertilidad ponen en marcha estrategias de afrontamiento pasivas o evitativas y tienen sentimientos de culpa entorno a la infertilidad.

- ***Dinámica de la pareja:***

Las parejas tienden a tener diferentes percepciones y esta condición puede afectar a la relación de pareja. Se ha encontrado, que compartir el estrés asociado a la infertilidad, puede mejorar la relación de pareja.

- ***Apoyo social percibido:***

El apoyo entre los miembros de la pareja parece ser un elemento esencial en el proceso de adaptación y afrontamiento de la infertilidad. El apoyo del entorno (familia, amigos...) puede suponer una mejoría en la adaptación de la pareja.

- ***Características de personalidad:***

Las características que parecen ser más favorables para el afrontamiento del diagnóstico son: motivación para afrontar las circunstancias estresantes y convertirlas en una posibilidad de crecimiento. El optimismo se asocia a hechos como el bienestar, la felicidad y la calidad de vida. La sensación de control nos proporciona dominio en nuestra vida y en nuestras acciones. Además, es un factor protector del estrés y ejerce un papel directo sobre un estado de salud positivo. Nuestra personalidad puede ser un factor protector para no padecer desajustes emocionales.

¿Cómo nos enfrentamos a la infertilidad?

Para poder superar el diagnóstico es importante poner las sensaciones vividas, los sentimientos y las experiencias en palabras para que los demás puedan reconocer el sufrimiento vivido.

Para ello, es útil la narrativa. Se trata de expresar con una actitud abierta, dinámica, flexible y activa las experiencias vividas en cada momento del proceso. Esto permite que los sujetos reconozcan, movilicen y resignifiquen sus experiencias, juicios y prejuicios sobre la infertilidad.

- **Material didáctico III:**

APRENDEMOS A ENFRENTARNOS:

Ante un mismo suceso, cada uno de nosotros reaccionamos de forma muy diversa. Por ello, cada uno de nosotros presenta diferentes estilos de afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento, hacen referencia a las estrategias cognitivas y conductuales que una persona utiliza para gestionar demandas internas o externas. Mediante la conducta y la gestión de emociones y del estrés frente a una situación- problema.

A continuación, vamos a identificar diferentes maneras de afrontarse al problema solución :

- **Confrontación:** intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.
- **Planificación:** Pensar y desarrollar estrategias para poder solucionar el problema.

- ***Distanciamiento:*** intentos de apartarse del problema y no pensar en el.
- ***Autocontrol:*** Esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales
- ***Aceptación de responsabilidad:*** Reconocer el papel que cada uno ha tenido en el origen o mantenimiento del problema.
- ***Escape-avoidance:*** empleo de un pensamiento irreal improductivo o estrategias como comer, beber, usar drogas o medicamentos.
- ***Reevaluación positiva:*** percibir los posibles aspectos positivos que tenga la situación.

No existe una forma de enfrentarse al problema correcta. Cada situación puede afrontarse desde muchas visiones. Se trata de usar un estilo de afrontamiento que nos permite concebir el problema de la forma más sana y adaptativa posible.

Anexo III: Cuestionario EDPP

Cox, J.L., Holden, J.M y Sagovsky, R. (1987). Escala de depresión Post Parto de Edinburgh. *Revista Británica de Psiquiatria*, 150.

El cuestionario Escala de depresión Post Parto de Edimburgh, consta de 10 preguntas cortas auto aplicadas que hacen referencia a cómo se han sentido durante los siete días anteriores a su cumplimentación.

Las 10 preguntas son las siguientes:

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas
2. He mirado las cosas con ilusión
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal
4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo
5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo
6. Las cosas me han agobiado
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir
8. Me he sentido triste o desgraciada
9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando
10. He tenido pensamientos de hacerme daño

Cada una de las respuestas se valora de 0 a 3 puntos (no, a veces, si), luego se suman todas las puntuaciones. Por tanto, la puntuación máxima es 30.

Se considera normal una puntuación igual o menor a 11 durante el embarazo.