



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
CAMPO: PSICOLOGÍA Y SALUD

# Efecto de un tratamiento basado en Atención Plena Compasiva, realizado en mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa

Como requisito parcial para la optar por el grado de

## Doctor en Psicología

Tesis que presenta

**Carlos Augusto Rodríguez Durán**

Tutor Principal:

Dra. Ana Beatriz Moreno Coutiño. Facultad de Psicología, UNAM

Comité Tutor:

Dr. Juan José Sánchez Sosa, *Facultad de Psicología, UNAM*

Dra. Silvia Ruiz Velasco Acosta, *Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas  
y Sistemas, UNAM*

Dr. Edgar Salinas Rivera, *Universidad Pedagógica Nacional, UPN*

Dr. Héctor Rafael Velázquez Jurado, *Facultad De Psicología, UNAM*

Ciudad de México, febrero de 2022.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Agradecimientos**

*Gracias a la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), la presente investigación fue posible por medio de la asignación de la beca número: 298881 y con número de apoyo: 449439.*

*Gracias a mi Tutora la Dra. Ana Beatriz Moreno Coutiño, por ayudarme tanto, por sus enseñanzas académicas y de vida, por su compasión y sabiduría reflejada en este documento, y por aceptarme en su excelente grupo de trabajo.*

*Al Dr. Juan José Sánchez Sosa, sin todo su conocimiento y experticia no hubiera sido posible lograr esta investigación, agradezco todas sus clases, seminarios y orientaciones.*

*A la Dra. Silvia Ruiz Velasco Acosta, por su profesionalismo, todo su conocimiento en áreas de estadística, por su apertura y disposición de siempre apoyar a sus alumnos.*

*Al Dr. Edgar Salinas Rivera, por todos sus consejos en materia de investigación, su paciencia para retroalimentarme y su dedicación académica.*

*Al Dr. Héctor Rafael Velázquez Jurado, por su amabilidad y por sus consejos académicos que me ayudaron mucho en la construcción de esta Tesis.*

*Gracias al Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, al Dr. Jorge Audifred y a la Mtra. Cecilia Alderete, quienes me apoyaron para hacer la parte práctica de este estudio.*

*A las psicólogas Berenice Suárez y Miriam Tinoco, por su apoyo en la realización de este proyecto.*

*A mis colegas del seminario de Atención Plena Compasiva, a mis profesores y a mis compañeros del Programa de Doctorado.*

*A mi padre José Ildefonso que en paz descanse, a mi madre Martha Lilia y a mis hermanos, quienes siempre me apoyan en todo momento.*

*A todas mis amigas y a mis amigos personales, quienes me apoyaron muchísimo a continuar en este proceso de vida, sin ellos no hubiera podido seguir adelante.*

*A las mujeres embarazadas, deseando que hayan sido beneficiadas al realizarse esta investigación.*

## Índice

RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	2
Ansiedad durante el embarazo.....	3
Definiciones .....	3
Ansiedad.....	3
Síntomas de ansiedad .....	6
Embarazo .....	6
Datos y prevalencias .....	10
Ansiedad.....	10
Embarazo .....	12
Síntomatología ansiosa durante el embarazo.....	13
Aspectos fisiológicos.....	15
Ansiedad.....	15
Ansiedad en el embarazo.....	17
Aspectos psicosociales .....	19
Problemas de salud.....	21
Diagnóstico y Evaluación .....	25
Diagnóstico .....	25
Evaluación psicométrica .....	29
Evaluación psicofisiológica.....	33
Terapia Cognitivo Conductual (TCC) .....	36
Definición de la TCC.....	36
Generaciones de Terapias.....	38
Terapias de primera generación.....	38
Terapias de segunda generación.....	38
Terapias de tercera generación.....	39
Modelo teórico de la terapia cognitivo conductual.....	43
Componentes de la TCC.....	47
Psicoeducación .....	47
Técnicas de relajación.....	48
Reestructuración Cognitiva.....	52
Prevención de recaídas .....	53

Terapia cognitivo conductual para la ansiedad.....	54
Modelo teórico de la atención plena compasiva.....	57
Definición de la atención plena.....	57
Definición de la compasión.....	59
Definición de la atención plena compasiva.....	62
Componentes y mecanismos de la atención plena.....	63
Terapia basada en la atención plena para la ansiedad.....	70
Justificación del estudio.....	76
Propósito del estudio.....	81
Estudio 1.....	81
Objetivos de la investigación del estudio 1.....	81
Objetivo general.....	81
Objetivos específicos.....	81
Preguntas de investigación del estudio 1.....	82
Participantes en el estudio 1.....	83
Escenario del estudio 1.....	85
Diseño de investigación del estudio 1.....	85
Variables independientes del estudio 1.....	85
Variables dependientes del estudio 1.....	104
Procedimiento del estudio 1.....	112
Análisis de los resultados del estudio 1.....	128
Resultados del estudio 1.....	129
Discusión del estudio 1.....	139
Estudio 2.....	142
Objetivos de la investigación del estudio 2.....	142
Objetivo general.....	142
Objetivos específicos.....	142
Preguntas de investigación en el estudio 2.....	142
Participantes en el estudio 2.....	143
Escenarios del estudio 2.....	145
Diseño de investigación del estudio 2.....	145
Variable independiente del estudio 2.....	146
Variables dependientes del estudio 2.....	146

Procedimiento del estudio 2 .....	146
Análisis de los resultados del estudio 2 .....	148
Resultados del estudio 2 .....	149
Discusión del estudio 2 .....	177
Conclusiones.....	183
Referencias.....	188
Anexos.....	206

## Resumen

**Introducción:** La sintomatología ansiosa es frecuente entre las mujeres embarazadas y puede provocar un impacto negativo en la salud de la mujer y su bebé. Los tratamientos basados en la atención plena y en la terapia cognitivo-conductual, han probado ser eficaces para disminuir sintomatología ansiosa en esta población. **Objetivo:** Evaluar el modelo de la atención plena compasiva para la reducción de la sintomatología ansiosa en mujeres embarazadas, este modelo está conformado por 8 módulos individuales de 2 horas cada módulo. **Método:** Para el estudio preliminar, se efectuó un diseño intra-sujetos con seis participantes, se evaluó el modelo de la terapia cognitivo-conductual (TCC) y el modelo de la atención plena compasiva (APC), ambos se aplicaron para buscar la disminución de la ansiedad en las mujeres embarazadas atendidas. Se realizaron mediciones en el pretratamiento, el postratamiento y en los seguimientos de 3 meses. Para el protocolo de intervención se evaluó el modelo de la APC para la reducción de la ansiedad en mujeres embarazadas en dos escenarios clínicos de la Ciudad de México. En los dos estudios, los instrumentos psicométricos utilizados fueron: Inventario de Ansiedad, Escala de Afectos Positivos y Negativos, Escala de Atención Plena, y Escala de Compasión. Durante las intervenciones se midieron los siguientes indicadores fisiológicos de la respuesta al estrés-ansiedad: frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, y temperatura periférica. **Resultados:** Se calculó el índice de Cambio Clínico Objetivo de Cardiel, para evaluar las escalas psicométricas. En el estudio preliminar, las participantes de ambas intervenciones redujeron sintomatología ansiosa, sin embargo, el modelo de la APC obtuvo mayores beneficios en contraste con el modelo de la TCC, en la variable de afectos positivos y negativos. En el protocolo, las participantes que recibieron el modelo de la APC obtuvieron mejoras en sus niveles de atención plena, compasión, afectos positivos y negativos, y redujeron sintomatología ansiosa. **Conclusiones:** El estudio piloto sugiere que la APC fue de mayor beneficio que la TCC para mejorar el estado de salud mental de las participantes. A su vez, el protocolo demostró la eficacia clínica del modelo de la APC en variables psicométricas y en dos escenarios clínicos de la ciudad de México. En futuros estudios sería adecuado aumentar el número de participantes para que la APC continúe siendo implementada en ámbitos clínicos, y así, prevenir problemas de salud mental en las mujeres embarazadas, además, recabar más evidencia sobre esta alternativa de tratamiento psicológico.

**Palabras claves:** ansiedad, embarazo, terapia cognitivo-conductual, atención plena, compasión.

## Abstract

**Introduction:** Anxious symptomatology is frequent among pregnant women and can harm the health of the woman and her baby. Treatments based on mindfulness and cognitive-behavioral therapy have proven to reduce anxious symptomatology in this population. **Objective:** To evaluate the compassionate mindfulness model to reduce anxious symptomatology in pregnant women. This model consists of 8 individual modules of 2 hours each. **Method:** For the preliminary study, an intra-subject design was carried out with six participants. Cognitive-behavioral therapy (CBT) and compassionate mindfulness program (CMP) sought to reduce anxiety in the pregnant women attended. Measurements occurred at pretreatment, post-treatment, and 3-month follow-ups. For the intervention protocol, CMP for anxiety reduction in pregnant women was evaluated in two clinical settings in Mexico City. In the two studies, the psychometric instruments used were: Anxiety Inventory, Positive and Negative Affect Scale, Mindfulness Scale, and Compassion Scale. Three physiological indicators of the stress-anxiety response were measured during the interventions: respiratory rate, heart rate, and peripheral temperature. **Results:** Cardiel's Objective Clinical Change Index was calculated to evaluate improvement through the psychometric scales. In the preliminary study, participants of both interventions showed a reduction in anxious symptomatology; however, the CMP model showed more significant benefits than CBT regarding positive and negative affect. Participants who received CMP improved their mindfulness, compassion, positive and negative affect levels, and reduced anxious symptomatology. **Conclusions:** The pilot study corroborated that CMP led to more significant benefits than CBT in improving participants' mental health status. In turn, the protocol demonstrated better clinical efficacy of CMP on psychometric variables in both clinical settings. Future studies would benefit from increasing the number of participants to test the clinical effects of CMP further and prevent mental health problems in pregnant women and gather more evidence on this alternative psychological treatment.

**Keywords:** anxiety, pregnancy, cognitive-behavioral therapy, mindfulness, compassion.

## **Ansiedad durante el embarazo**

### **Definiciones**

#### **Ansiedad**

La ansiedad está en función de tres aspectos básicos de cada individuo y a continuación se explican. El primer aspecto se refiere a la activación de tres sistemas: el sistema nervioso central, el sistema neuro-endócrino, y el sistema nervioso autónomo, como mecanismo para enfrentar una situación que genera ansiedad (Barrondo, Martínez y González, 2008). El segundo aspecto de la ansiedad se refiere al aprendizaje conductual, ya que se entiende como una respuesta de miedo ante estímulos previamente neutrales que han sido asociados con estímulos aversivos (Sierra et al., 2003). El tercer aspecto aborda el modelo cognitivo de la ansiedad: se da una valoración errónea de la amenaza, se sobreestima la probabilidad de que se produzca algún daño y se magnifica la gravedad de dicho evento, además, el individuo ansioso no logra percibir las señales de seguridad de la situación y tiende a subestimar su capacidad para afrontar el daño o peligro anticipado (Cano-Vincel et al., 2013).

Los autores Bobes, Bousoño, González, & Sáiz (2001), señalan que la ansiedad es una respuesta ante estímulos nuevos, intensos o amenazantes y se puede dividir en; a) Ansiedad normal: Es ante un estímulo real, potencial y no imaginado, la reacción es proporcional en tiempo, duración e intensidad, es adaptativa, y permite al sujeto responder al estímulo de forma adecuada. b) Ansiedad patológica: estado emocional displacentero y de tensión, caracterizado por preocupación y activación del sistema nervioso central y autónomo, es cuando el estímulo supera la capacidad de adaptación de respuesta del organismo, se puede acompañar de síntomas físicos y psicológicos, además, persiste más allá de los estímulos que la han desencadenado.

Para definir la ansiedad es conveniente hablar sobre la emoción denominada miedo, la cual se considera como una respuesta incondicionada a estímulos potencialmente destructivos o nocivos. Este mecanismo es filogenéticamente muy antiguo, y está asociado con la necesidad de evitar a los depredadores. La emoción del miedo está presente en prácticamente todas las especies, y las funciones del miedo se encuentran relacionadas con la adaptación. Su función consiste en activar al individuo para que éste lleve a cabo alguna conducta de pelea o huida, manteniendo una motivación asociada con la supervivencia. En contraste con el miedo, la ansiedad es un producto del aprendizaje, la educación y la cultura, y se considera una respuesta condicionada de miedo que aparece ante situaciones de tensión (Palmero, 2002).

La ansiedad es una respuesta emocional implicada en los procesos de adaptación ante eventos aversivos o peligrosos anticipados, y cumple una función de impedir el daño utilizando un doble mecanismo de acción: cognitivo y conductual. El primero consiste en la activación de un estado que prioriza la detección de señales informativas asociadas a peligros potenciales. El segundo concierne a la movilización de recursos (mentales, fisiológicos y motores) para afrontar los peligros o para huir de ellos, antes de que causen daños inevitables (Castillo & González Leandro, 2010; López, 2009).

La ansiedad se ha definido como una experiencia emocional con la cual todos estamos familiarizados. Sin embargo, la ansiedad excesiva es nociva, mal adaptativa, y está asociada con otros desórdenes emocionales, como son la depresión y el trastorno de la afectividad (Reyes-Ticas, 2010).

Desde la perspectiva de la atención plena, la ansiedad se refiere a algo que podría pasar, o que ya pasó, pero no a algo que esté

ocurriendo en este momento. La ansiedad es producto de no estar en el aquí ahora, estar pensando en el futuro y anticipando realidades posibles o nuevas repeticiones de realidades pasadas. El comportamiento de las personas ansiosas es evitativo, ya que tratan de evadir situaciones que les producen reacciones fisiológicas displacenteras y pensamientos o emociones dolorosas. Cuando estas sensaciones se acercan a la conciencia del individuo, éste se pone ansioso y el sistema fisiológico de lucha-huida se activa debido al temor, aunque en muchas ocasiones no correspondan a situaciones reales (Alonso, 2012).

La ansiedad es un proceso en el que se encuentran interrelacionados los siguientes aspectos de los individuos: a) La fisiología humana y sus sensaciones corporales debido a un exceso de activación del sistema nervioso simpático. b) Las emociones, fundamentalmente el miedo y sus variantes: inquietud, desasosiego, etc. c) El área cognitiva, principalmente la preocupación y los pensamientos negativos e inclusive catastróficos sobre el futuro. d) La conducta humana y su aprendizaje. Además, la ansiedad adopta diversas formas como agitación, desazón, inquietud, tensión, nervios, obsesión, temor, fobias; pero su gran peculiaridad es que no tiene nada que ver con algún peligro real, objetivo e inmediato (Alonso, 2012).

La ansiedad es una respuesta emocional ante la percepción de una amenaza inminente, asociada a tensión muscular, vigilancia o preparación hacia el futuro, y comportamiento de evitación hacia dicho peligro. La ansiedad también se refiere a la respuesta subjetiva y emocional provocada por la percepción de un estímulo potencialmente dañino. Desencadenar la respuesta de miedo constituye el proceso nuclear de todos los trastornos de ansiedad (Clark & Beck, 2012).

## **Síntomas de ansiedad**

La sintomatología ansiosa es una respuesta fisiológica, afectiva, cognitiva y conductual, la cual se activa cuando el organismo anticipa hechos percibidos como incontrolables y amenazantes ante sus intereses vitales (Clark & Beck, 2012). A continuación, se describen los síntomas de ansiedad:

- Síntomas fisiológicos: Aumento del ritmo cardíaco, palpitaciones, respiración entrecortada o acelerada, dolor o presión en el pecho, sensación de asfixia, aturdimiento, mareo, sudores, sofocos, escalofríos, náusea, dolor de estómago, diarrea, temblores, estremecimientos, adormecimiento, temblor de brazos o piernas, debilidad, inestabilidad, músculos tensos, rigidez y sequedad de boca.
- Síntomas cognitivos: percepción de perder el control y de ser incapaz de afrontar la situación, miedo ante la evaluación negativa de los demás, pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes, percepciones de irrealidad, escasa concentración, confusión, distracción, hipervigilancia hacia la amenaza, poca memoria, dificultad de razonamiento y pérdida de objetividad.
- Síntomas conductuales: Evitación de las señales o situaciones de amenaza, huida, alejamiento, reafirmación, inquietud, agitación, marcha, quedarse paralizado y dificultad para hablar.
- Síntomas afectivos: Nervios, susto, temor, terror, inquietud, impaciencia y frustración.

## **Embarazo**

Es el periodo de nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer. Para la mayoría de las mujeres es una fase de gran felicidad. Sin embargo, durante esta etapa, tanto la mujer como su futuro hijo se enfrentan a diversos riesgos sanitarios.

Por este motivo, es importante proporcionar a las mujeres apoyo y cuidados durante el embarazo (Organización Mundial de la Salud, 2015).

El embarazo es considerado como el proceso fisiológico por medio del cual se gesta un ser vivo. En los seres humanos, el desarrollo de un feto al interior del útero de la mujer toma en promedio nueve meses, en los cuales tanto ella como su producto son vulnerables a diversos riesgos en su salud, que si no son atendidos de forma oportuna y por personal médico calificado, pueden derivar en la muerte de la mujer, de su producto e inclusive de ambos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016).

El embarazo abarca el periodo que inicia con la implantación del óvulo fecundado en el útero y concluye con el momento del parto. Durante esta etapa, la mujer sufre una serie de cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del bebé (Otero & Tamayo, 2015).

Otero & Tamayo (2015), señalan las siguientes etapas en el proceso del embarazo con respecto a la concepción y el desarrollo del bebé:

1. Fecundación: Se produce hacia la mitad del ciclo menstrual de la mujer. Es la unión de un espermatozoide (gameto masculino) y un óvulo (gameto femenino), y se denomina "óvulo fecundado". Este proceso se produce en la trompa de Falopio, y después de 3 o 4 días se desplaza hasta llegar a la cavidad uterina. Durante esta migración el óvulo fecundado inicia una serie de divisiones celulares.

2. Implantación: La implantación del huevo se produce en la cavidad uterina, donde se desarrolla por un lado el embrión que más adelante se convertirá en feto, y por otra parte los anexos que le aseguran la protección y nutrición.

3. Periodo embrionario: Al final del primer mes las células van dando lugar al corazón y pulmones. Se empieza a formar el tubo neural que se convertirá en el cerebro y médula espinal, el embrión mide unos 4mm y pesa menos de 1 gr. En el segundo mes se pueden distinguir ojos, párpados, nariz, boca y orejas. Los órganos internos y el cerebro se van desarrollando, y los brazos y piernas van creciendo. Mide unos 4cm y pesa sobre 5 gr. El embrión va adquiriendo forma humana y se denomina feto.

4. Periodo fetal: Durante el tercer mes de embarazo el feto puede abrir y cerrar la boca, tragando líquido amniótico que expulsa a través de la orina. El feto alcanza los 10 cm.

En el cuarto mes la piel se recubre de un vello fino llamado lanugo y una sustancia blanquecina llamada vérnix caseoso que lo protege del medio líquido donde se encuentra. Se crea el meconio procedente del líquido amniótico que traga y se almacena en el aparato digestivo. En el feto ya es posible diferenciar su aparato genital, ya es capaz de escuchar ruidos procedentes de la madre o percibir luz y mide unos 15 cm.

Hacia el quinto mes el feto comienza a tener reflejos como chuparse el dedo, hipo, y es capaz de distinguir la voz de la madre. En la cara ya tiene cejas y pestañas. Mide unos 18 cm y pesa unos 500gr.

Durante el sexto mes el crecimiento fetal es muy rápido. El feto posee ciclos de sueño y vigilia y realiza movimientos respiratorios con el diafragma. Mide aproximadamente 25 cm y pesa algo más de 1 kg.

Sobre el séptimo mes aumenta la grasa subcutánea lo que le hace engordar y ya no cabe bien en el útero, Mide unos 30 cm y pesa 1500 gr.

En el octavo mes el feto suele colocarse con la cabeza hacia abajo. La mayoría de los órganos están desarrollados salvo los pulmones que tardarán un tiempo hasta que puedan funcionar fuera del útero.

Finalmente, en el noveno mes el feto está listo para nacer, mide unos 50 cm y pesa entre 3 y 3,5 kg.

Durante el embarazo, en la mujer se dan cambios físicos regulados por cambios hormonales entre los que se encuentran los siguientes: náuseas y vómito, cansancio y somnolencia, aumento de peso, dolor en la parte baja del vientre, calambres, hinchazón de tobillos e insomnio (Otero & Tamayo, 2015).

Entre los cambios psicológicos suele sentirse en la mujer un estado de ambivalencia: por una parte, se vive como algo atractivo por el deseo de tener un bebé, por otra parte, como un rechazo por el temor al parto, miedo a lo desconocido o a tener un hijo con problemas. Estos sentimientos de ilusión-rechazo, alegría-tristeza, curiosidad e incertidumbre, dan como consecuencia una inestabilidad psicológica asociada al embarazo (Otero & Tamayo, 2015).

A continuación, se describen diferentes estados de ánimo que están en función de la etapa del embarazo. Durante las primeras semanas existe desconcierto y miedo a perder el bebé. En el primer trimestre la gestante siente curiosidad y preocupación por los cambios de su propio cuerpo. En el segundo trimestre disminuyen los miedos al comprobar que el embarazo se desarrolla con normalidad, que siente los movimientos del bebé, y la gestante vive un periodo de tranquilidad. En el tercer trimestre vuelven los miedos y la inquietud: ganas de que todo finalice, de conocer al bebé y miedo al parto (Otero & Tamayo, 2015).

Finalmente, es importante que se otorgue educación maternal durante el embarazo, los temas más recurrentes para ayudar en la preparación al parto y adquirir conocimientos sobre el cuidado del

recién nacido son: cuidados en la embarazada, recursos de afrontamiento al parto, técnicas para alivio del dolor en el parto, técnicas de relajación y respiración, ejercicios físicos, cuidados del recién nacido y alimentación del recién nacido (Otero & Tamayo, 2015).

## **Datos y prevalencias**

### **Ansiedad**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de cada trece personas en el mundo sufre de ansiedad, y sus trastornos más comunes son las fobias específicas y las fobias sociales. Estos trastornos se desarrollan a partir de un conjunto complejo de factores de riesgo, los cuales incluyen la genética, la química del cerebro, la personalidad y los eventos de vida (World Health Organization: Mental Health, 2020).

De acuerdo con los resultados en la prevalencia de los trastornos mentales de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2003), 3 de cada 10 mexicanos presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, 3 de cada 20 en los últimos 12 meses, y 1 de cada 20 mexicanos en los últimos 30 días. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Asimismo, los trastornos de ansiedad se reportaron con edades de inicio en la adolescencia y la adultez temprana (Medina-Mora et al., 2003).

En la misma encuesta se reportó que los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres que para los hombres (18.5% versus 9.5%). Sin embargo, sólo 1 de cada 10 personas con algún trastorno de ansiedad utilizó un servicio de salud. Mediante esta encuesta, se observó que los trastornos de ansiedad son los más prevalentes y los más crónicos (Medina-Mora et al., 2003).

Con respecto a la Encuesta Nacional de Salud Mental Adolescente en México, los trastornos individuales más frecuentes en ambos sexos fueron las fobias específicas y la fobia social, sin embargo, las mujeres presentaron un mayor número de trastornos y una mayor prevalencia de cualquier trastorno, además, los trastornos que se presentaron en edades de inicio más tempranas fueron los trastornos de ansiedad. La mayor prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en las mujeres comparadas con los varones, sugiere que la adolescencia podría ser un periodo de mayor vulnerabilidad para aquellas. Los hallazgos de este estudio son relevantes para la práctica clínica así como para la vigilancia epidemiológica en población adolescente (Benjet et al., 2009).

Un estudio realizó una encuesta a hogares en seis colonias de la Ciudad de México, y analizó las prevalencias de los trastornos de ansiedad y depresión a partir de los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades 10ª versión (CIE-10). La selección de los entrevistados se hizo con un diseño muestral aleatorio estratificado, de las 361 personas entrevistadas, la prevalencia de trastornos de ansiedad fue de 16.3% para mujeres y 9.0% para hombres (Berenzon, Alanís, & Saavedra, 2009).

En otros países como España, se calcula que a lo largo de la vida cerca del 20% de la población presenta algún trastorno de ansiedad (Barrondo et al., 2008). Según la OMS, entre 1990 y 2013, en el mundo, el número de personas con ansiedad ha aumentado de 416 millones a 615 millones, cerca de un 10% de la población mundial está afectada. Las emergencias humanitarias aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas (Organización Mundial de la Salud, 2016).

De acuerdo con la OMS, es imperante el aumento de las inversiones de los servicios de salud mental en todos los países, ya que, por cada dólar invertido en la ampliación del tratamiento de la

ansiedad y depresión, se regresan cuatro dólares en mejora de la salud y de la capacidad laboral, beneficiando económicamente al sector sanitario a nivel mundial. Se argumenta que es primordial otorgar tratamiento a los más desfavorecidos, la salud mental tiene que ser una prioridad mundial (Organización Mundial de la Salud, 2016).

### **Embarazo**

En 2014, en México habitaban 48.7 millones de mujeres con edades de 12 años en adelante y el 67% tuvieron al menos un hijo nacido. Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID (2018), en el trienio de 2015 a 2017, la tasa global de fecundidad fue de 2 hijos por mujer, el 97% de las mujeres recibieron atención prenatal y en promedio 8 consultas prenatales durante su embarazo.

Los embarazos disminuyen conforme aumenta la edad, al pasar de 15% en aquellas de 35 a 39 años, a 1% en las mujeres del grupo de 45 a 49 años. Sin embargo, siete de cada 100 embarazos ocurridos, suceden en jóvenes de 15 a 19 años. Pese a que las mujeres de 20 a 34 años son las que tienen el mayor número de embarazos, también representan el mayor porcentaje de abortos con 56%, cifra que se incrementa a 75% cuando se incluyen a las mujeres de 35 a 39 años (un aborto se refiere al término del embarazo anterior a las 20 semanas de gestación). Asimismo, del total de hijos nacidos vivos, 57% ocurren en mujeres de entre 15 y 29 años, 21% en las de 30 a 34 años y 22% en las de 35 a 49 años de edad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015).

Según la Encuesta Nacional de Juventud 2010, a nivel nacional, 38.2% del total de mujeres de entre 15 y 29 años, reportaron haber estado embarazadas. Durante su juventud las mujeres procrean gran parte de los hijos que tendrán a lo largo de su vida reproductiva y definen las pautas que configuran los cambios intergeneracionales que

se producen en el conjunto de la sociedad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015).

### **Sintomatología ansiosa durante el embarazo**

Con frecuencia, gran parte de las pacientes con síntomas ansiosos padecen también síntomas depresivos, encontrando una correlación positiva entre los índices de ansiedad y de depresión (Lieb et al., 2005).

Un estudio tuvo como objetivo estimar la prevalencia y los factores de riesgo para la ansiedad y la depresión prenatal. Se realizó una investigación transversal de 432 mujeres que asistían a una clínica privada en la Ciudad de Osasco, Sao Paulo Brasil. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger, Inventario de Depresión de Beck y un cuestionario para datos sociodemográficos y obstétricos. Los criterios de inclusión fueron: mujeres embarazadas sin historial de depresión, sin tratamiento psiquiátrico, sin abuso de alcohol o drogas y sin complicaciones clínicas y obstétricas. Como resultados, la prevalencia de ansiedad prenatal, estado y rasgo fueron 59.5% y 45.3%, respectivamente. La prevalencia de depresión prenatal fue de 19,6%. En el análisis multivariado, ansiedad y depresión prenatal se asociaron con un nivel educativo bajo, un menor ingreso económico, no estar casadas y un mayor número de abortos (Faisal-Cury & Menezes, 2007).

Un estudio correlacional en una muestra de 236 embarazadas que acudieron a consulta de perinatología en un Hospital Materno infantil de Venezuela, se les aplicó la prueba de Hamilton para depresión y ansiedad. El 67% tuvo algún nivel de ansiedad y el 61% algún nivel de depresión. Además, las embarazadas con pareja inestable obtuvieron un riesgo de 8.5 veces mayor de presentar ansiedad con respecto a las que tienen pareja estable. Asimismo, en mujeres con embarazo no deseado, el riesgo de presentar ansiedad fue 1.6 veces mayor que las mujeres que si lo desearon (Diaz et al., 2013).

En nuestro país, un estudio descriptivo tuvo como objetivo estimar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. De forma aleatoria, la muestra se conformó de diferentes grupos etarios en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) número 51 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Se estudiaron 103 embarazadas, con un promedio de edad de 27 años (D.E. de 5 años). La ansiedad y depresión se evaluó mediante la escala de Goldberg. Los trimestres de embarazo que cursaban las mujeres en ese momento fueron: primer trimestre 19%, segundo trimestre 27% y tercer trimestre 54%. De forma global se encontró ansiedad en 50.5% y depresión en 67%. Por grupos etarios la ansiedad se presentó como sigue: en el grupo de 12 a 19 años, en 41%, en el de 20 a 29 años 46%, en el de 30 a 34 años, en 76%, y en el de 35 a 39 años, 46%. En esta investigación transversal se observó que en dicho grupo de mujeres embarazadas existió una alta prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva (Aceves et al., 2013).

En España se realizó un estudio con el objetivo de conocer el nivel de ansiedad en 78 gestantes, se midió esta variable con el Cuestionario Ansiedad-Estado de Spielberg, los resultados mostraron que un 30% de las mujeres mostraron un nivel de ansiedad alto, se concluyó que es necesario mejorar la experiencia del parto en estas mujeres (Molina-Fernández et al., 2015).

En Estados Unidos de América, Un estudio señaló que el estrés durante el embarazo es particularmente prevalente. De 5,395 participantes, el 58% reportó uno o más estresores clasificados de la siguiente forma (problemas de pareja 26%, estresores traumáticos 16%, problemas económicos 29% y problemas emocionales 30%). Además, quienes reportaron uno o más de estos estresores, se asoció con un incremento en la prevalencia de síntomas depresivos postparto (Stone et al., 2015).

Otro estudio tuvo el objetivo de evaluar la frecuencia de la ansiedad en mujeres embarazadas y factores asociados a su ocurrencia, además de comparar la presencia de ansiedad en cada trimestre gestacional mediante un estudio descriptivo, correlacional y transversal. Los datos fueron recolectados mediante una escala de ansiedad hospitalaria en 209 embarazadas de un municipio de Brasil. Como resultados la ansiedad se presentó en un 26.8% de las mujeres embarazadas, siendo más frecuente en el tercer trimestre. Las variables asociadas a los niveles altos de ansiedad durante el embarazo fueron: complicaciones en embarazos previos, historia de aborto espontáneo o parto prematuro, número de abortos, número de cigarrillos fumados al día y uso de drogas. Se concluyó que la ansiedad en el embarazo es frecuente y que es importante entender los factores asociados a su ocurrencia, así como elaborar medidas preventivas para disminuir ansiedad en mujeres embarazadas (Silva et al., 2017).

## **Aspectos fisiológicos**

### **Ansiedad**

La ansiedad es un sistema de advertencia biológica que prepara al cuerpo para reaccionar física y mentalmente ante situaciones potencialmente peligrosas. El cuerpo se prepara, simultáneamente, para huir o para luchar. Al enfrentar una situación de estrés agudo, una persona aumenta su tensión muscular y activa el Sistema Nervioso Simpático y, en menor grado, el Sistema Nervioso Parasimpático. La estimulación autónoma conduce a un aumento de la respiración, frecuencia cardíaca, la presión arterial y la actividad de las glándulas sudoríparas, así como a una disminución de la actividad gastrointestinal y de la vejiga. La persona afectada se siente tensa, con palpitaciones, dificultad para respirar, y aumento de la transpiración (Hoehn-Saric, 1998).

Asimismo, la respuesta fisiológica del miedo se produce por acción de la amígdala y el hipotálamo lateral, responsables de generar un incremento de la activación simpática. Dicha activación produce un aumento en la secreción de catecolaminas desde la médula adrenal, fundamentalmente de epinefrina y se traduce en incrementos en la frecuencia cardíaca, conductancia cutánea, vasoconstricción y disminución de la temperatura (Palmero, 2002).

La ansiedad conlleva la activación del Sistema Nervioso Central (SNC) y del Sistema Nervioso Autónomo (SNA), y las manifestaciones pueden ser de dos tipos: Las manifestaciones periféricas por estimulación del Sistema Nervioso Simpático (SNS), como taquicardia, mareos, náuseas, parestesias y disnea. Las manifestaciones centrales que se derivan de la estimulación del Sistema Límbico y de la Corteza Cerebral, y consisten en despersonalización y dificultades para la concentración (Barrondo et al., 2008).

Castillo y González-Leandro (2010), explican que la respuesta de estrés-ansiedad, es debida al incremento general de la activación fisiológica, y a continuación se describen dos de sus principales mecanismos:

1. Eje simpático-medular-adrenal. A partir de la activación del SNC ante una señal de peligro o alarma, se produce un aumento en la activación de los sistemas nervioso autónomo o periférico. El SNS activa la médula suprarrenal, la cual reacciona liberando adrenalina o noradrenalina. Cuando estas sustancias llegan a los diversos órganos y tejidos por medio del flujo sanguíneo, producen un conjunto de respuestas fisiológicas que preparan al organismo para hacer frente a la situación de emergencia. Por ejemplo, se incrementa la actividad del sistema cardiovascular (presión arterial y frecuencia cardíaca), se produce una tensión muscular generalizada, ocurren cambios metabólicos (aumento de hiperglucemia, liberación de lípidos), y el

sistema activador reticular ascendente produce una elevación del nivel de alerta general del organismo.

2. Eje hipotalámico-hipofisario-adrenal. La activación de este eje se produce cuando la respuesta al estrés-ansiedad es más crónica y prolongada. Interviene el hipotálamo, la hipófisis y la corteza suprarrenal. El proceso comienza con la liberación del factor estimulante de corticotropina (CRF) procedente del hipotálamo, que, al llegar a la hipófisis, ésta reacciona liberando la hormona adrenocorticotropa (ACTH). Una vez incorporada esta hormona al flujo sanguíneo, alcanza las células de la corteza suprarrenal y produce glucocorticoides, como el cortisol. Éstos a su vez, se difunden por los tejidos reparando los efectos producidos por la respuesta crónica de ansiedad-estrés. Ahora bien, el cortisol ejerce una retroalimentación negativa sobre la producción de ACTH de la hipófisis, y también sobre el hipotálamo, en ambos casos, inhibiendo su actividad. De este modo, los glucocorticoides (cortisol) estarían implicados en el control de los efectos de sobre activación del sistema simpático, a fin de restaurar el equilibrio homeostático y frenar el desgaste excesivo. Sin embargo, si la situación estresante o el estado de ansiedad se prolonga, los efectos inhibidores se anulan, generando niveles elevados de ACTH y de cortisol, aumentando la estimulación nerviosa hipotalámica, y ocasionando efectos perniciosos en el organismo (disminución de respuestas inmunitarias, incrementos en la presión arterial y tasa cardíaca, daños en los tejidos y aparición de enfermedades).

### **Ansiedad en el embarazo**

Díaz, Aguilar, & Santillán (1999), explican que el órgano principal sobre el cual actúa el embarazo es el útero, asimismo, la contractilidad uterina y el flujo sanguíneo está bajo control neuro-hormonal. Los estrógenos gobiernan la actividad parasimpática mientras que la progesterona influye indirectamente en la actividad

simpática. El mecanismo contráctil básico depende de acetilcolina, prostaglandinas y oxitocina, mientras que la actividad simpática refuerza mecanismos de expulsión para liberar al útero de su contenido. El flujo adecuado de sangre se mantiene mientras haya un equilibrio entre el sistema simpático y el sistema parasimpático.

La ansiedad aumenta la adrenalina, mientras que la tensión se asocia con la descarga de noradrenalina, esta hiperactividad simpática puede provocar una serie de perturbaciones del embarazo: aborto espontáneo, malnutrición fetal, retardo en el crecimiento intrauterino, parto prematuro, ruptura prematura de membranas e hipertensión. Con regularidad, durante el embarazo se generan estados de tensión y ansiedad, debido a que la gestación es un proceso que demanda una serie de adaptaciones que pueden ser desequilibrantes, asimismo, en esta etapa suele presentarse angustia al cambio de vida (Díaz et al., 1999).

En una revisión sistemática se analizó la producción científica entre 1998 y 2003 de estudios empíricos en la temática de ansiedad en las fases prenatal y posnatal, enfocando nacimientos del pretérmino o del término. Los resultados mostraron que altos niveles de ansiedad maternal en la fase prenatal fueron asociados a complicaciones obstétricas, daños al desarrollo fetal, problemas emocionales y comportamentales en la infancia y la adolescencia. Además se verificó la co-ocurrencia entre los niveles de ansiedad maternal y la depresión (Leonetti & Martins, 2007).

La ansiedad influye negativamente en el proceso del parto. La estimulación del sistema nervios simpático provoca la vasoconstricción que produce una reducción del flujo sanguíneo a la placenta. La respiración ineficiente debido a la ansiedad, puede obstaculizar la dilatación cervical, generando tensión muscular y el endurecimiento del suelo pélvico, lo que puede resultar en una mayor duración de la

labor de parto, y un aumento en el riesgo de complicaciones para la madre y el bebé (Reck et al., 2013).

La ansiedad durante el embarazo es un estado emocional que afecta biológicamente a la mujer y puede provocar algunas alteraciones en la fisiología y morfología del bebé. El funcionamiento de la placenta es alterado si la madre se encuentra ansiosa, este estado psicofisiológico de la embarazada, provoca la exposición del cerebro del feto a algunas hormonas incluyendo el cortisol, neurotransmisores y otros factores neurotróficos derivados del cerebro, los cuales pueden afectar el neuro-desarrollo del cerebro (Glover et al., 2016).

### **Aspectos psicosociales**

Durante el periodo de gestación, en la mujer suele prevalecer una preocupación por el bienestar del bebé y el bienestar propio, miedo al parto o la lactancia, y muchas veces intranquilidad por su desempeño como madre. Todo ello puede aumentar los niveles de sintomatología ansiosa durante esta etapa de transición a la maternidad (Rodrigues et al., 2004).

La ansiedad excesiva en la etapa del embarazo, causa sufrimiento y dificultades psicosociales, tanto en la mujer que la padece, como en su sistema familiar (Maldonado-Durán & Lartigue, 2008).

La ansiedad y el estrés son notablemente frecuentes entre la población embarazada y pueden tener un impacto negativo en la salud materna y neonatal. A pesar de esta alta tasa de prevalencia, la educación actual sobre el parto no aborda las mejoras en la salud mental, además, hay pocos tratamientos no farmacológicos disponibles para controlar los síntomas de ansiedad y estrés durante el embarazo y el parto en el ámbito hospitalario (Duncan & Bardacke, 2010).

Un estudio tuvo como objetivo estudiar la sintomatología ansiosa perinatal en una muestra de madres mexicanas, se concluyó que la

sintomatología ansiosa prenatal no tratada, predice síntomas ansiosos y depresivos en el postparto, por ello se argumentó que es necesario detectar y tratar estos padecimientos de manera oportuna. Además, se observó que las mujeres sin pareja o que carecen de apoyo social, son una población particularmente vulnerable para presentar síntomas de ansiedad (Navarrete et al., 2012).

El contexto sociocultural de la mujer embarazada, la desorganización del funcionamiento en relaciones de pareja, familiares, laborales y/o sociales, así como carecer de redes de apoyo, recursos sociales y recursos económicos, son factores que ponen en desventaja a las mujeres y pueden asociarse a problemas de ansiedad y/o depresión en este periodo de vida (Pimentel-Nieto et al., 2013).

La mujer es susceptible de padecer malestar emocional debido a los cambios hormonales durante su ciclo menstrual y con más fuerza en el embarazo, por esto, la ansiedad podría ser un problema presente de manera más frecuente en las embarazadas, además, todos los sentimientos y las emociones desencadenadas son capaces de afectar tanto a la madre como a su hijo (Díaz et al., 2013).

En general, las mujeres son propensas a sufrir trastornos de depresión y ansiedad con mayor frecuencia que los hombres, además, la vulnerabilidad se puede incrementar en los periodos de su vida reproductiva: la adolescencia, el embarazo, el postparto y la perimenopausia (Flores-Ramos, 2013).

El embarazo es una situación que propicia cambios en el funcionamiento mental de la mujer. Cuando existen factores maternos y/o fetales que afecten el resultado del embarazo, se dice que hay un embarazo de alto riesgo, lo que aumenta la problemática emocional, depresiva y ansiosa. Asimismo, el embarazo no planeado, así como el número de gestaciones y abortos, contribuyen en el malestar psicológico de la mujer. Las pacientes con diabetes gestacional pueden

presentar mayor riesgo de descontrol glucémico en el curso del embarazo, la atención psicológica es pertinente en estos casos (Pimentel-Nieto et al., 2013).

Los factores asociados a la ansiedad de las mujeres embarazadas pueden ser desempleo, uso de sustancias antes del embarazo, historia de desórdenes psiquiátricos de depresión y ansiedad, entre otros factores (Giardinelli et al., 2012; Rubertsson et al., 2014).

### **Problemas de salud**

Un estudio determinó los problemas físicos experimentados durante el embarazo y se llevó a cabo con 195 gestantes registradas en unidades de salud primaria. Se registraron los datos mediante un cuestionario sociodemográfico de características de fertilidad, y una lista de problemas del embarazo. Los resultados indicaron que los problemas más experimentados durante el embarazo fueron; poliuria (90%), fatiga (85%), náusea-vómito (80%) y lumbagos (83%). Otros problemas presentados fueron, fumar durante el embarazo, la armonía entre las mujeres y los maridos, y los ingresos familiares (Yanikkerem et al., 2006).

Otro estudio en un hospital investigó el insomnio experimentado por las mujeres embarazadas y sus factores asociados. Participaron 486 embarazadas elegidas con un método de muestreo aleatorio no probabilístico. Los datos fueron recolectados a través de la Escala de Evaluación del Insomnio de la Iniciativa de Salud de la Mujer, el Inventario de Depresión de Beck y el Formulario de Entrevista. La prevalencia de insomnio en las mujeres que participaron en este estudio se encontró en un 52.2%. Los resultados del análisis de regresión logística mostraron que el riesgo de insomnio era 2.03 veces más alto para aquellas en el tercer trimestre que aquellas en el primer y segundo trimestre, 2.19 veces más para aquellas de 20 años, y 2.63 veces más para aquellas que presentaron síntomas de depresión. El

insomnio en las mujeres embarazadas que participaron en este estudio se encontró en altas tasas (Kızılırmak et al., 2012).

La amenaza de aborto es la patología más común dentro del primer trimestre de la gestación con una incidencia aproximada del 25%. Un estudio descriptivo con una muestra no probabilística de 71 pacientes observó que la etapa de embarazo de mayor riesgo está comprendida entre la quinta y octava semana de gestación, casi el 50% de las gestantes terminaron presentando aborto espontáneo. Se concluyó que los valores bajos de progesterona tiene una relación directa con la aparición de la amenaza de aborto (Avendaño, Arévalo, & Ariño, 2014).

Se realizó una revisión para describir la evidencia sobre el riesgo de parto prematuro asociado con la depresión, ansiedad y estrés prenatal. Se realizaron cuatro búsquedas electrónicas en bases de datos para identificar ensayos controlados aleatorios centrados en la asociación entre depresión prenatal, ansiedad y estrés y el nacimiento pretérmino. De 1,469 artículos recuperados electrónicamente, 39 estudios revisados por pares cumplieron los criterios de selección final y se incluyeron en esta revisión. Se encontró que la angustia prenatal durante el embarazo aumenta la probabilidad de parto prematuro. Las vías de interacciones significativas entre la depresión, la ansiedad y el estrés, los factores de riesgo y el nacimiento prematuro se indicaron de forma directa e indirecta. Los efectos de la angustia durante el embarazo se asociaron con el nacimiento prematuro espontáneo (Staneva et al., 2015).

Con respecto a la comorbilidad de la ansiedad y la depresión durante el embarazo, las estimaciones de su prevalencia varían según los criterios utilizados, las metodologías aplicadas y las características de la población. Una investigación utilizó un diseño de encuesta transversal, y un total de 175 madres prenatales participaron. Se

registraron sus historias sociodemográficas y obstétricas. Se utilizó la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS) y la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I.). Como resultados, la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en madres prenatales que utilizaron entrevista clínica diagnóstica fue de 9.1% y 8.6%, respectivamente. Los factores asociados con la ansiedad prenatal fueron el estado civil (no estar casada), los antecedentes positivos de enfermedad mental, la edad gestacional menor a 20 semanas, el embarazo no planificado y la comorbilidad depresiva. Sin embargo, solo la edad gestacional de menos de 20 semanas y el trastorno depresivo permanecieron factores significativos en el análisis multivariado. Se concluyó que en vista de los efectos nocivos de la ansiedad y depresión prenatal en las madres y los niños, estas dos afecciones deben ser controladas y manejadas de manera apropiada (Fadzil et al., 2013).

La hipertensión gestacional es un tipo de hipertensión que se presenta por primera vez después de 20 semanas de gestación sin proteinuria significativa demostrada. La preeclampsia se caracteriza por la presencia de hipertensión y proteinuria significativa, lo que ocurre después de la semana 20 del embarazo. Proteinuria significativa es una cantidad de proteínas en la orina mayor o igual a 300 mg en una recolección de orina de 24 horas. La eclampsia se caracteriza por la ocurrencia de crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas en mujeres con preeclampsia que no son atribuidas a otras causas (Hernández-Pacheco et al., 2013).

La hipertensión arterial en el embarazo complica el 10% de las gestaciones a nivel mundial y es una de las principales causas de morbilidad, mortalidad materna, fetal y neonatal, representando un grave problema de salud pública (Marín-Iranzo, 2006). La hipertensión en el embarazo está caracterizada por elevación sostenida de la presión

arterial por arriba de 140/90 mm Hg, y se presenta entre la semana 28 y 32 de la gestación (Ruiz, 2007).

Los síntomas de ansiedad y depresión pregestacional con antecedentes de por vida o un año antes del embarazo se asociaron con trastornos hipertensivos en el embarazo. La preeclamsia acompañada de parto prematuro también se relacionó con la historia de estos síntomas (Thombre et al., 2015).

En México la principal complicación relacionada al proceso de embarazo, parto y puerperio entre las mujeres hospitalizadas de 15 a 49 años es el aborto, principalmente en las del grupo de 40 a 49 años, con 25.5%. Le sigue el edema, proteinuria y los trastornos hipertensivos, enfermedad en la que se observa un incremento con la edad, al pasar de 7.4% en mujeres de 20 a 29 años, a 11.6% en aquellas de 40 a 49 años. En cuanto a los trastornos hipertensivos, se debe destacar que son complicaciones graves durante el embarazo, siendo la preeclamsia la más peligrosa de sus formas, y en muchas ocasiones puede pasar desapercibida por la mujer que la padece o ser mal diagnosticada, pudiendo evolucionar a otra complicación denominada eclampsia, que puede ser mortal. De manera general, los trastornos hipertensivos tienen como característica el aumento de la presión arterial, que puede acompañarse de diversos síntomas como el edema, la proteinuria (proteínas en la orina por un mal funcionamiento del riñón), mareos e inclusive pérdida del conocimiento y convulsiones. En 2013, la hipertensión gestacional y la preeclamsia son las enfermedades con las tasas más altas de morbilidad hospitalaria por trastornos hipertensivos y ambas tienen sus picos máximos entre las mujeres de 20 a 24 años (Vélez, 2014).

## Diagnóstico y Evaluación

### Diagnóstico

La guía clínica para el manejo de la ansiedad (Heinze & Camacho, 2010), señala que para realizar una detección general de síntomas de ansiedad, al paciente se le puede realizar las siguientes preguntas, si el sujeto responde afirmativamente a cualquiera, amerita una evaluación más detallada: A lo largo de su vida, o durante el último mes: 1. ¿Se ha llegado a sentir continuamente intranquilo(a), temeroso(a), nervioso(a) o preocupado(a)? 2. ¿Ha llegado a sentirse con una crisis de miedo o angustia, en la que de repente llegó a presentir que le iba a dar un paro cardíaco, o que se iba a volver "loco(a)"? 3. ¿Existe alguna situación o cosa que le genere mucho temor, tales como la oscuridad, las arañas, las alturas, o alguna otra cosa? 4. ¿Ha llegado a ser víctima de una situación traumática, tal como un asalto, un secuestro o un abuso, del cual, con sólo recordarlo le vuelva a dar un miedo que le paralice?

Otro objetivo importante para el diagnóstico de ansiedad es descartar siempre la presencia de comorbilidad médica, psiquiátrica o de uso de sustancias. La coexistencia de síntomas depresivos es muy frecuente, particularmente en aquellos cuya intensidad es grave. Finalmente se debe determinar la severidad de la sintomatología tanto numérica como categóricamente. La determinación de la severidad diagnóstica es de gran ayuda al clínico y al paciente. Al médico, le ayuda para la correcta toma de decisiones, así como un índice de eficacia, efectividad y eficiencia del tratamiento, y al paciente, como apoyo para favorecer el autocuidado en su tratamiento (Heinze & Camacho, 2010).

La característica en común de todos los trastornos de ansiedad es la atención selectiva a los estímulos amenazadores. A continuación se menciona un muy breve resumen respecto a los trastornos de ansiedad

y sus principales síntomas: los individuos con trastorno de pánico exhiben hipervigilancia ante ciertas sensaciones físicas, los individuos con trastorno de estrés postraumático demuestran un sesgo atencional hacia los estímulos relacionados con su trauma en particular, los individuos con fobia social muestran un sesgo ante el reconocimiento de expresiones faciales que demuestran una atención centrada en sí mismos, por último, los individuos con trastorno de ansiedad generalizada, mediante pensamientos de preocupación asociados a un estado de peligro, pueden detonar reacciones emocionales y fisiológicas al anticipar eventos negativos displacenteros (Alonso, 2012).

Las dos principales clasificaciones diagnósticas internacionales son: 1. El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-V) y la Décima Revisión de la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE-10). Ambas disponen de versiones específicas para atención primaria en las que se describen los trastornos más frecuentes, con pautas de actuación y de derivación al especialista. En concreto las categorías son: trastornos de ansiedad fóbica (agorafobia, fobia social, fobias específicas); trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso-depresivo, trastorno obsesivo-compulsivo; reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación. Los tratamientos psicológicos para estas afectaciones suelen ser cognitivos-conductuales: terapia cognitiva, relajación muscular, entrenamiento respiratorio, desensibilización sistemática, terapias de exposición y en ocasiones el entrenamiento en habilidades sociales (Barrondo et al., 2008; Feliú, 2014).

Según la guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), se identifican distintos trastornos de ansiedad, cada uno con características específicas basadas en la manifestación de síntomas ansiosos, a continuación se enlistan con una breve definición:

Trastorno de ansiedad por separación: miedo excesivo e inapropiado para el nivel de desarrollo del individuo referente a su separación de aquellas personas por las que siente apego. La ansiedad es persistente y dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en el adulto. La alteración causa malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas importantes del funcionamiento. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

Mutismo selectivo: fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar. La alteración interfiere en los logros educativos o laborales. La duración es como mínimo de un mes. El fracaso de hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento. La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación.

Fobia específica: miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (por ejemplo, volar, alturas, animales, ver sangre, etcétera). El objeto o situación provoca ansiedad inmediata y se evita o resiste activamente. El miedo es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica, además, la ansiedad es persistente y dura seis o más meses afectando clínicamente diversas áreas sociales.

Trastorno de ansiedad social: miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto a la posible crítica, al rechazo, o a la burla por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales, ser observado al realizar una actividad delante de otras personas, miedo de desempeñar alguna tarea de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente. Se evitan o resisten dichas situaciones sociales, el miedo es desproporcionado a la amenaza real, persiste y dura típicamente seis o más meses, causando malestar clínicamente

significativo, y este miedo no se explica mejor por síntomas de otros trastornos.

Trastorno de pánico: se caracteriza por temor extremo a los desastres o miedo a perder el control, incluso cuando no hay peligro real. Es la aparición súbita de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos, acompañado de los siguientes síntomas: a) Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca. b) Sudoración. c) Temblor o sacudidas. d) Sensación de dificultad para respirar o de asfixia. e) Sensación de ahogo. f) Dolor o molestias en el tórax. g) Náuseas o malestar abdominal. h) Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo. i) Escalofríos o sensación de calor. j) Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo). k) Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo). l) Miedo a perder el control o de “volverse loco.” m) Miedo a morir.

Agorafobia: miedo extremo a encontrarse en lugares públicos o en situaciones en las que se perciba una dificultad para escapar y sentirse seguro, o sentirse en lugares donde no se pueda disponer de ayuda. Es la ansiedad intensa acerca de dos o más de las cinco situaciones siguientes: viajar por cualquier medio de transporte, estar en espacios abiertos, estar en una fila, estar en sitios cerrados, estar en medio de una multitud y/o estar solo en casa.

Trastorno de ansiedad generalizada: ansiedad y preocupación excesiva, que se produce durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar). Al individuo le es difícil controlar la preocupación, y se asocia a tres o más de los seis síntomas siguientes: inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño. La ansiedad causa malestar clínicamente significativo, no se

puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia, y no se explica mejor por otro trastorno.

### **Evaluación psicométrica**

Síntomas de la ansiedad como son: fatiga, irritabilidad, tensión, dificultades de concentración, e insomnio, si bien son comunes en el embarazo y en el postparto, no son deseables ni saludables (Weisberg & Paquette, 2002). El médico familiar debe realizar una valoración inicial sobre el estado de ánimo y la sintomatología ansiosa en las pacientes embarazadas, ya que las mujeres que han tenido pérdidas perinatales llegan a sus embarazos con mayores niveles de angustia y ansiedad (Arroyo-Guadarrama et al., 2014). Además, frecuentemente se manifiesta la ansiedad en mujeres embarazadas con preocupación excesiva e historia familiar de trastornos de ansiedad o que hayan sufrido de algún otro trastorno del estado del ánimo (Misri et al., 2015).

A continuación, se reseñarán los principales instrumentos que se han utilizado para evaluar ansiedad en lengua hispana:

1. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg. Instrumento sencillo, breve y de fácil manejo apropiado para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en atención primaria: la ansiedad y depresión. Ha sido utilizada en estudios epidemiológicos, con fines diagnósticos y preventivos, además, es un instrumento exploratorio útil para la orientación del diagnóstico (Balanza, Morales, y Guerrero, 2009). Puede servir de guía de la entrevista, así como un indicador de presencia, gravedad y evolución de dichos trastornos. Explora si los pacientes han presentado en las últimas dos semanas algunos de los síntomas a los que hacen referencia los reactivos. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez, tiene una sensibilidad de 83.1%, una especificidad del 81.8% y un valor predictivo positivo del 95.3% (Goldberg et al., 1989).

2. Escala de Ansiedad de Hamilton. Se trata de una escala de 14 ítems y evalúa el grado de ansiedad del paciente. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia de la ansiedad. La puntuación total del instrumento, que se obtiene por la suma de las puntuaciones parciales de los 14 ítems, puede oscilar en un rango de 0 puntos (ausencia de ansiedad) a 56 (máximo grado de ansiedad). Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados. Además, no existen puntos de corte y una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. Tanto en la versión original como en la castellana, la escala ha demostrado poseer unas buenas propiedades psicométricas: *a*) validez discriminante (Hamilton-Impresión Clínica Global de Gravedad:  $p < 0.001$ ); *b*) validez convergente (Hamilton-Depression Rating Scale:  $p < 0.05$  y  $0.01$ , respectivamente; Hamilton-EuroQoL 5D:  $p < 0.05$ ; Hamilton-State Trait Anxiety Inventory:  $p < 0.05$ ); *c*) consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach: Hamilton = 0.89); *d*) fiabilidad test-retest y entre observadores (coeficiente de correlación intraclase: Hamilton = 0.92), y *e*) sensibilidad al cambio (tamaño del efecto: Hamilton = 1.36). Resulta apropiada para su uso en la práctica asistencial y en investigación clínica (Lobo et al., 2002).

3. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Breve (ISRA-B). El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) fue desarrollado en 1984 por Miguel-Tobal y Cano-Vindel, para ser un instrumento de evaluación de las respuestas cognitivas de ansiedad y un primer detector de las respuestas fisiológicas y motoras (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 1988). El nivel general de ansiedad está formado por tres subescalas de respuestas (cognitiva, fisiológica y

motora), que son evaluadas ante determinadas situaciones, que se agrupan en cuatro tipos: evaluación, interpersonales, fóbicas y cotidianas. Se trata de un inventario interactivo tipo situación-respuesta (S-R). Sin embargo, una de las limitaciones del ISRA es su aplicabilidad. Dado que consta de 224 ítems y un complejo formato interactivo de filas (situaciones) por columnas (respuestas), resulta difícil de responder en forma colectiva y su tiempo aproximado de respuesta es de 35-45 minutos. Para extender su aplicabilidad y reducir el tiempo de respuesta, se desarrolló una versión breve (ISRA-B), con un formato no interactivo, con lo que el número de ítems se reduce considerablemente a 46 (24 para respuestas y 22 para situaciones). Al igual que su original, la versión breve (ISRA-B) mostró buena capacidad de discriminación, consistencia interna, fiabilidad y validez, tanto estructural como externa (González-Ramírez et al., 2014).

4. Inventario de ansiedad rasgo-estado de Spielberger. Tiene como objetivo medir dos dimensiones de ansiedad: Estado (se refiere a cómo se siente el sujeto en ese momento) y Rasgo (cómo se siente generalmente). La subescala ansiedad-rasgo consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los examinandos describir cómo se sienten generalmente. La subescala ansiedad-estado también consta de 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).

5. Inventario de Ansiedad Beck (BAI). Es una de las escalas más utilizadas en el mundo para medir ansiedad. En su versión mexicana (Robles et al., 2001), es un reporte de síntomas auto aplicable, con alta consistencia interna (coeficiente Alfa de Cronbach superior a 0.90), así como validez convergente adecuada (correlaciones mayores a 0.50) y validez divergente moderada (correlaciones menores a 0.60). Clasifica a la ansiedad en distintos niveles de acuerdo con su intensidad:

- Ansiedad mínima 0-5 puntos, con un percentil de 1-10%
- Leve 6-15 puntos, con un percentil de 25-50%
- Moderada 16-30 puntos, con un percentil de 75-90%
- Grave 31-63 puntos, con un percentil de 95-99%

6. Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida Versión Beta, llamado también IMADIS Versión Beta por sus siglas (Jurado y Col. 2017 en prensa). Es un reporte de síntomas auto aplicable. La escala de Ansiedad obtuvo un valor del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach's = 0.96. La validez concurrente fue adecuada, ya que el coeficiente de correlación de Pearson entre la escala Ansiedad del IMADIS y el Inventario de Ansiedad de Beck fue de  $r = 0.70$ ,  $p = 0.000$ . El instrumento clasifica a la ansiedad en distintos niveles de acuerdo con su intensidad y cuenta con 21 reactivos con categoría de respuesta escala Likert, que van de nunca a siempre (de 1 a 5). El IMADIS Versión Beta Ansiedad, está compuesto por 3 subescalas representativas de este constructo y a continuación se describen: a) Respuesta Cognitiva: esta subescala retoma los sesgos que las personas llegan a presentar ante diversas situaciones, señales o estímulos activadores, que permiten una valoración, percepción o interpretación primaria de amenaza, sobreestimando la probabilidad de que se produzca algún daño. Asimismo, la persona se percibe incapaz de afrontar tal daño o peligro anticipado. Por lo tanto, los reactivos de esta subescala evalúan la presencia de pensamientos o sentimientos de miedo, preocupación, temor o amenaza (son cuatro reactivos que lo componen). b) Respuesta Fisiológica: se asocia a un incremento en la actividad de dos sistemas; Sistema Nervioso Autónomo y Sistema Nervioso Somático, produciendo aumentos en la actividad cardiovascular, electrodérmica, el tono músculo-esquelético y la frecuencia respiratoria (siete son los reactivos que componen este rubro). c) Interacción Social: esta última subescala se enfoca en la

presencia de ansiedad ante situaciones cotidianas y diversos contextos (familiar, laboral, entre otros), en los que se perciben diversas situaciones como amenazantes (son diez reactivos que componen esta subescala).

### **Evaluación psicofisiológica**

Los autores Schwartz & Andrasik (2003), señalan que existen tres reacciones fisiológicas comúnmente asociadas con la activación-inhibición del Sistema Nervioso Simpático (SNS) y el Sistema Nervioso Parasimpático (SNP) y son: la tensión muscular esquelética, la vasoconstricción periférica y la actividad electrodérmica. Estas manifestaciones han sido reconocidas por estar íntimamente vinculadas a procesos psicológicos como la ira, el miedo, la excitación, la activación, entre otros. Andreassi (2010), menciona que la psicofisiología es el estudio de las relaciones entre la manipulación psicológica y las respuestas fisiológicas medidas en un organismo vivo, para promover el entendimiento de la relación entre los procesos mentales y los procesos corporales.

Las medidas psicofisiológicas están bajo el control de nuestro Sistema Nervioso (SN). El SN puede dividirse en dos grandes ramas, el Sistema Nervioso Central (SNC), el cual incluye el cerebro y la médula espinal, y el Sistema Nervioso Periférico (SNP), que se refiere al tejido nervioso que se encuentra fuera del cerebro y la médula espinal. Asimismo, el SNP se puede dividir en el Sistema Nervioso Somático (SNS), concerniente a la actividad muscular, y el Sistema Nervioso Autónomo (SNA), el cual controla las estructuras viscerales (glándulas y órganos del cuerpo). Finalmente, el SNA se clasifica en el Sistema Nervioso Simpático (SNS), el cual predomina en situaciones que se requiere movilización de la energía y trabajo, y el Sistema Nervioso Parasimpático (SNP), el cual predomina cuando el individuo se encuentra en descanso o reposo (Andreassi, 2010).

Ahora tomando en consideración estas subdivisiones del SN, encontramos que el correlato llamado electroencefalograma (EEG) es una medición fisiológica del SNC, el electromiograma es una medición fisiológica dependiente del SNS, y los indicadores: tasa cardiaca, presión sanguínea, actividad electrodérmica, y la respuesta pupilar, corresponden a medidas del SNA (Andreassi, 2010).

A continuación, se describen las principales mediciones psicofisiológicas en la respuesta de estrés-ansiedad:

1. Respiración. Está compuesta por la actividad mecánica de los pulmones, el diafragma y las vías aéreas que sirven para facilitar el intercambio de gases con la sangre. El oxígeno inhalado en el aire pasa a través de la pared de los alveolos y es indispensable para la vida de los organismos, el dióxido de carbono se difunde desde la sangre hacia los alvéolos y se expulsa durante la exhalación (Cacioppo et al., 2007). La respiración es un proceso fisiológico que se registra para la evaluación del estrés; y forma parte del entrenamiento para la disminución de los síntomas asociados a la ansiedad (Alcaraz & García, 2012). El ejercicio del ritmo lento y profundo de la respiración ha sido utilizado como un método para la relajación y estabilización de diversos problemas emocionales. El entrenamiento en la respiración es un tratamiento base para distintas enfermedades y problemas físicos relacionados con el estrés.

2. Frecuencia cardiaca (FC). Representa el número de contracciones del corazón en un lapso determinado. Típicamente se mide en latidos por minutos (LPM). El rango normal de un adulto sano en condiciones de reposo es de 60 a 90 LPM, este proceso es mediado por el sistema parasimpático, mientras que el incremento en la frecuencia cardiaca es regulado por el sistema simpático, contrayendo el corazón y elevando la presión sanguínea (Moravec, 2008). Hay diversas maneras de medir la frecuencia cardiaca: puede hacerse un

electrocardiograma para registrar la actividad eléctrica del corazón, colocando electrodos sobre el pecho de la persona, lo que permite medir las variaciones en dicha actividad y así identificar los distintos componentes del latido; también mediante un pletismógrafo o fotopletismógrafo el cual se encarga de medir el pulso sanguíneo, pues es este un referente directo de la frecuencia cardiaca, que a su vez funge como mediador de la vasoconstricción periférica. Esta técnica, en comparación con poner electrodos en el pecho del individuo, tiene la ventaja de ser menos invasiva y cómoda para el sujeto, más tiene la desventaja de tender a interferencia provocada por el tono muscular (Alcaraz & García, 2012).

3. Actividad eléctrica muscular o electromiografía (EMG). Es una técnica que permite el estudio de los potenciales de acción del músculo y aporta información sobre el estado en que se encuentran los diferentes componentes de la unidad motora (UM). Los equipos EMG para registro y análisis de los potenciales de acción del músculo y nervio están compuestos por electrodos de superficie o aguja que captan la señal eléctrica y una vez amplificados y filtrados son convertidos en una señal digital. Hoy en día los aparatos incorporan unidades de estimulación, líneas de retraso, sistema de almacenamiento y el promedio de las señales. La actividad eléctrica muscular en la evaluación de estrés suele medirse colocando electrodos sobre la piel que cubre el músculo o grupos musculares a monitorear; la unidad de medida empleada son los milivolts (mV) (Lúzar et al., 2005). La tensión muscular: es un fenómeno fisiológico de tensión o distensión, sin embargo, para medir la contracción muscular se debe realizar un correlato eléctrico de las fibras musculares mediante señales eléctricas. La tensión muscular corresponde a una actividad eléctrica medida por medio de electrodos que penetran la piel. La actividad electromiográfica es producida por los músculos

esqueléticos, aunque no mida directamente la contracción muscular (Schwartz & Andrasik 2003).

4. La actividad electrodérmica o respuesta psicogalvánica de la piel. Su correlato es la actividad de las glándulas sudoríparas. Es otro proceso fisiológico que no es directamente accesible, sin embargo, la sudoración tiene sales que conducen actividad eléctrica, y corresponde a la actividad de la glándula sudorípara, la medida empleada es en siemens (uS).

5. La temperatura periférica de la piel: Es un correlato accesible y práctico de la vasoconstricción periférica o cambio en el diámetro vascular. Al dilatarse o contraerse un vaso arterial pasa mayor o menor cantidad de sangre caliente, y la piel que se encuentra alrededor de este fenómeno tiende a calentarse o enfriarse. Suele medirse colocando un termistor en la punta de alguno de los dedos de las manos o de los pies, de donde surge el reflejo del grado de vasoconstricción periférica, asociado a cambios de la actividad simpática del sistema nervioso autónomo (Alcaraz & García, 2012).

## **Terapia Cognitivo Conductual (TCC)**

### **Definición de la TCC**

El marco básico de la teoría cognitiva de la psicopatología y el tratamiento cognitivo-conductual para trastornos psiquiátricos específicos se desarrolló hace más de 40 años. Desde ese momento, el tratamiento cognitivo-conductual es una forma de psicoterapia empíricamente validada que ha demostrado ser efectiva para diferentes trastornos psiquiátricos, que van desde la depresión y los trastornos de ansiedad, hasta trastornos de personalidad y psicóticos (Beck, 2005).

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), se ha implementado con éxito durante las últimas cuatro décadas, y en una gran cantidad de problemas clínicos, psicológicos, trastornos psiquiátricos, trastornos de la personalidad, entre otros. Además, se puede aplicar de forma individual o grupal, y es efectiva en diferentes grupos de edad, en la comparación directa con otras intervenciones y en el mantenimiento de los beneficios al término del tratamiento (Kingdon & Dimech, 2008).

La TCC se ha evaluado como un tratamiento para una amplia gama de trastornos de ansiedad y, por lo general, incluye psicoeducación, reestructuración cognitiva y componentes fisiológicos para combatir la ansiedad. Además, la TCC ha demostrado tener eficacia a largo plazo. Algunos estudios han encontrado que las terapias que incorporan una combinación de componentes conductuales y cognitivos son percibidas como menos aversivas para los participantes y las tasas de abandono son menores. Asimismo, la evidencia indica que la farmacoterapia y la TCC son igualmente eficaces para el tratamiento a corto plazo de los trastornos de ansiedad, pero la TCC reduce el riesgo de recaída en contraste con la farmacoterapia entregada de manera única (Epp et al., 2009).

Asimismo, una revisión sistemática sobre el manejo de los trastornos de ansiedad analizó 18 artículos donde se implementaron tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Se encontró que la terapia cognitivo-conductual para atender a mujeres embarazadas con trastornos de ansiedad obtuvo mayores resultados positivos y se argumentó que la TCC debe ser el primer tratamiento ofrecido en las mujeres embarazadas, en contraste con los tratamientos farmacológicos (Marchesi et al., 2016).

## **Generaciones de Terapias**

### **Terapias de primera generación**

La primera generación de terapia de conducta se sitúa en la década de 1950, sustentada en los principios científicos de la psicología del aprendizaje. La terapia de conducta tiene dos raíces, el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante. El condicionamiento clásico maneja el esquema de Estímulo-Respuesta, y aborda las técnicas de desensibilización sistemática y exposición, apropiadas para los problemas clínicos relacionados con el miedo, ansiedad y obsesiones. El condicionamiento operante se enmarca en términos de Respuesta-Estímulo, y sus técnicas de reforzamiento fueron aplicadas a contextos institucionales de pacientes internos, posteriormente se identificarían como análisis conductual aplicado (Pérez, 2006).

Esta primera ola enfatizó la necesidad de crear una aproximación clínica cuya teoría y tecnología estuvieran basadas en los principios del comportamiento humano establecidas científicamente. En vez de manejar constructos intrapsíquicos propios del psicoanálisis como es el inconsciente, se identificaron otras variables tales como las contingencias de reforzamiento o el control discriminativo de ciertos estímulos sobre la conducta. No obstante, ninguna de estas aproximaciones ofreció un análisis empírico adecuado de la cognición humana, el cual se considera importante para el tratamiento psicológico integral de las personas (Mañas, 2007).

### **Terapias de segunda generación**

La segunda generación de la terapia de conducta se sitúa en torno a 1970 con la terapia cognitivo-conductual, tiene origen en dos terapias: Terapia Racional Emotiva de *A. Ellis* y la Terapia Cognitiva de la Depresión de *A. Beck*. Después, cuando se dio el giro cognitivo de la psicología, estas terapias influyeron en la terapia de conducta. La

ciencia psicológica ahora implicaba el procesamiento de la información y se dispuso a estudiar lo que está entre el Estímulo y la Respuesta, relación entendida ahora a través de la metáfora del procesamiento de la información (Pérez, 2006).

Se cambió el sentido contextual e ideográfico que ponía acento en las causas ambientales y en el caso único. La terapia cognitivo-conductual entiende que las cogniciones son las causas de los problemas emocionales y conductuales, y que cada trastorno tiene su condición o disfunción cognitiva específica. Esta terapia es la más representada en el movimiento de los tratamientos psicológicos que han probado su eficacia. Para este enfoque, los trastornos mentales se basan en un déficit o disfunción psicológica, de modo que se requiere de una técnica específica que aborde condiciones clínicas particulares (Hayes, 2004; Pérez, 2006).

Las denominadas terapias cognitivo-conductuales mantuvieron las técnicas centradas en el cambio por contingencias o de primer-orden (generadas por la primera ola de terapias), pero las variables de interés por excelencia fueron trasladadas a los eventos cognitivos considerándolos, ahora, como la causa directa del comportamiento y, por tanto, transformándose el pensamiento en el objetivo principal de intervención. Muchas de las técnicas se centraron primordialmente en la modificación, eliminación, reducción o alteración de los eventos privados entendiéndose como las emociones, creencias, recuerdos o sensaciones corporales (Mañas, 2007).

### **Terapias de tercera generación**

Las terapias de tercera generación son contextualistas y se centrarán en el cambio de la función-interacción de los "eventos internos", más que en su forma o contenido de los pensamientos, ideas o creencias. La terapia cognitivo-conductual de segunda generación desde un punto de vista de la filosofía de la ciencia se considera

mecanicista, es decir, la complejidad humana está compuesta por partes elementales, relaciones y fuerzas (por ejemplo, el sistema nervioso o los mecanismos cognitivos). La perspectiva atencional y meta-cognitiva de las terapias de tercera generación, propone que en vez de abordar la frecuencia o forma de los pensamientos problemáticos, debemos enfocarnos en el contexto de estos pensamientos, utilizar estrategias de afrontamiento para abordarlos, y dar mayor énfasis al momento presente (Hayes, 2004).

A nivel filosófico el contextualismo funcional en su base epistemológica no trata de encontrar qué es objetivamente verdadero o real, sino pretende conocer el mundo a través de sus interacciones las cuales siempre son históricas y contextualmente limitadas. Los clientes deben de ser alentados para abandonar cualquier interés en una verdad literal acerca de sus propios pensamientos o evaluaciones. Además, se les anima a abrazar un interés apasionado y continuo en cómo vivir de acuerdo con sus valores (Hayes, 2004).

Bajo esta perspectiva, existe una postura de apertura y aceptación hacia todos los acontecimientos psicológicos, incluso si son formalmente "negativos", "irracionales" o incluso "psicóticos": La cuestión no es la frecuencia de algún evento en particular, sino su función contextualmente establecida y su significado. El objetivo en el contextualismo es dar énfasis en los valores elegidos como un componente necesario de una vida significativa y un curso de tratamiento significativo (Hayes, 2004).

Los tratamientos de la tercera ola conllevan las siguientes características: la apertura a las tradiciones clínicas más antiguas, un enfoque en el cambio contextual, y un énfasis de la función sobre la forma, además de la construcción de repertorios flexibles y efectivos (Hayes, 2004). En estas terapias se trata del abandono de la lucha

contra el síntoma, y en su lugar, la aceptación, reconstrucción y reorientación de la vida (Pérez, 2006).

Estas terapias no se centran en la eliminación, cambio o alteración de los eventos privados (cognición o pensamiento) con el objetivo de alterar o modificar la conducta. Se focalizan en la alteración de la función psicológica del evento en particular a través de la alteración de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos (Mañas, 2007).

Los métodos de intervención y técnicas que utilizan estas terapias, se basan frecuentemente en la experimentación por parte de los clientes, es decir, son técnicas más enfocadas a experimentar, sentir, vivir en uno mismo, en vez de ser didácticas o directas, como en el caso de las terapias de la primera y segunda generación (Mañas, 2007).

Las terapias de tercera generación ocupan técnicas que se enfocan en modificar la experiencia subjetiva y la conciencia de ella, las principales son:

La activación conductual (*Behavioral Activation* o BA, por sus siglas en inglés). Es un tratamiento independiente para la depresión. Las estrategias que utiliza contrarrestan los patrones de evitación y de inactividad, que pueden exacerbar los episodios depresivos y generar problemas secundarios en la vida de las personas. La BA está diseñada para ayudar a las personas a acercarse y acceder a fuentes de reforzamiento positivos en sus vidas, que pueden servir a una función antidepresiva natural (Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001).

La terapia de reducción del estrés basada en la atención plena (*Mindfulness-Based Stress Reduction* o MBSR, por sus siglas en inglés). Desarrollada por *Jon Kabat-Zinn* y sus colegas en la Facultad de Medicina de la Universidad de *Massachusetts*, ayuda a los individuos a desarrollar la atención a través del entrenamiento intensivo en la meditación consciente. MBSR es un enfoque intensivo, estructurado y

centrado en el cliente que se ha utilizado con éxito para la recuperación y el mantenimiento de la salud física y mental en una amplia gama de clínicas, hospitales y escuelas, así como para el manejo de cualquier síntoma del estrés y la ansiedad, tales como: dolor de cabeza, fatiga, dificultades de concentración, preocupación, perturbaciones del sueño, abuso de sustancias y trastornos alimentarios (Kabat-Zinn, 2003).

Terapia cognitiva basada en la atención plena (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* o MBCT, por sus siglas en inglés). Es un enfoque terapéutico derivado del budismo que implica enfocar la atención en la experiencia del momento presente, incluyendo sentimientos y pensamientos, estados corporales y otros eventos privados, así como al ambiente externo, sin juzgar ni analizar, sino adoptando una actitud de apertura curiosidad y aceptación (Bishop et al., 2004).

La terapia de conducta dialéctica (*Dialectical Behavior Therapy* o DBT, por sus siglas en inglés). El objetivo fundamental del tratamiento es que el paciente aprenda a modular la emocionalidad extrema, reduciendo las conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo, y que aprenda a confiar y validar sus propias experiencias, emociones, pensamientos y comportamientos. Mientras la terapia cognitivo-conductual de segunda generación se centra en conseguir la resolución de problemas emocionales a través del cambio comportamental y cognitivo, la DBT pone el énfasis en la aceptación y la validación, para desde ahí conseguir el cambio clínico (Lynch et al., 2006).

Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy* o ACT, por sus siglas en inglés). Es un enfoque que busca transformar cómo el individuo experimenta sus sensaciones fisiológicas, sus emociones displacenteras y sus pensamientos; en vez de evitarlos, eliminarlos, o reemplazarlos como es común en las terapias de primera y segunda generación. En la ACT se anima al

individuo a observar y aceptar tales eventos internos, a reevaluar sus significados, a concentrarse en la realidad presente, a identificar valores fundamentales y a elegir comportamientos que se adecuen con esos valores (Hayes et al., 2013).

La Psicoterapia Analítica Funcional (*Functional Analytic Psychotherapy* o FAP, por sus siglas en inglés), aunque aparece formalmente en los años noventa, basa sus fundamentos en el conductismo radical. Forma parte de las terapias de tercera generación, en cuanto a que comparten los principios de la psicología contextual, pero aporta elementos genuinos que la distinguen: un cuerpo conceptual propio; el énfasis en la relación terapéutica; la consideración de la conducta verbal de manera funcional, y el análisis funcional continuo de la sesión clínica. La FAP pretende el cambio y la mejora del paciente dentro de la sesión terapéutica y la generalización de ese cambio en su vida cotidiana (Aguayo et al., 2015).

Las terapias de tercera generación han alcanzado gran relevancia mundial para el tratamiento de pacientes con trastornos relacionados al estrés, la ansiedad y la depresión, sin embargo, en nuestro país la investigación en estos tratamientos apenas comienza y sigue siendo escasa (Paquin & Coutiño, 2017).

### **Modelo teórico de la terapia cognitivo conductual**

La teoría cognitiva de Beck sobre los trastornos de ansiedad (Beck et al., 2005), menciona que el principal factor cognitivo que opera en la ansiedad es la evaluación inapropiada o exagerada de los estímulos internos o externos. Una percepción inexacta de peligro es responsable de la activación, control y modulación de la respuesta conductual asociada con la ansiedad. La sobre activación de esquemas cognitivos de peligro subyace a malinterpretaciones. Las personas con ansiedad procesan la información sobre los eventos internos y externos

como peligrosos para sus intereses vitales. Así la conceptualización y el procesamiento cognitivo de tales experiencias se convierten altamente selectivos. El procesamiento de pensamientos disfuncionales como el pensamiento catastrófico o el pensamiento dicotómico, magnifican el sentido de peligro y vulnerabilidad. Esta teoría sugiere que gran parte de este procesamiento ocurre fuera de una percepción consciente de la realidad, por lo que esta activación de ansiedad puede ser contraria a un intento consciente e independiente de controlar este proceso de manera racional. La ansiedad que es por ende exagerada e inapropiada puede ser reducida a través de una confrontación racional del pensamiento distorsionado y los esquemas de peligro, mediante el método Socrático de cuestionamiento. Las técnicas cognitivas han sido desarrolladas para ayudar a los clientes a monitorizar y reestructurar sus cogniciones (Rygh & Sanderson, 2004).

Las intervenciones cognitivo-conductuales han sido aplicadas recurrentemente y de manera internacional para tratar un amplio rango de problemas psicológicos. Se enfoca en los vínculos entre los pensamientos, emociones, síntomas físicos, conductas, y su ambiente, enfatizando el rol central de los pensamientos y su procesamiento. El reconocimiento de las interacciones entre estos elementos forma la base de un número de ejercicios que los participantes pueden hacer de forma individual, o de forma colaborativa con sus terapeutas, para profundizar en la comprensión de los problemas psicológicos a tratar. La premisa es que el cambio en cualquiera de estos componentes, aunque sea mínimo, puede afectar el resto de forma significativa (Kingdon & Dimech, 2008).

Este modelo permite que el terapeuta y el cliente comprendan su problemática. El objetivo es identificar qué cambios maximizan las ganancias y minimizan la problemática, por lo que esta terapia es particularmente activa y colaborativa. La TCC empodera a los clientes

a participar en el mismo nivel que el terapeuta, realizando decisiones y tomando responsabilidad en cada etapa del tratamiento. El cliente debe hacer el trabajo terapéutico durante sesiones mediante tareas y ejercicios, para convertirse en su propio terapeuta. Finalmente este tipo de intervención debe ser entregada de forma breve, es planeada y se deben de ofrecer sesiones de seguimiento (Kingdon & Dimech, 2008). A continuación en la figura 1 se muestra la representación visual de este modelo.

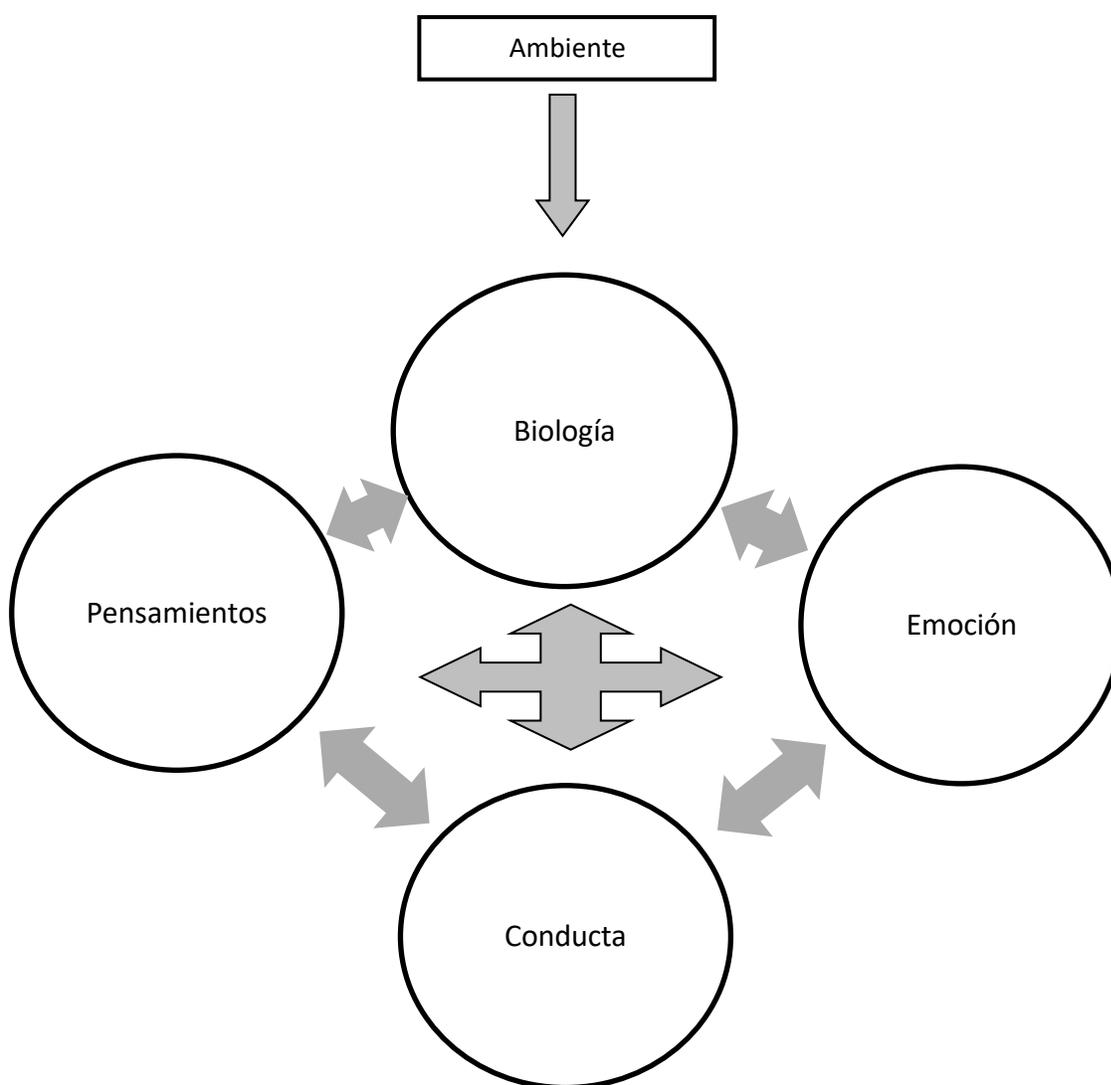


Figura 1. Representación visual del Modelo de la TCC (Kingdon & Dimech, 2008).

Con respecto a la terapia cognitivo-conductual para la ansiedad, Rygh & Sanderson (2004), proponen un modelo visual relativamente simple que se puede utilizar en la intervención. Para facilitar el entendimiento del mecanismo de la ansiedad tanto de los clientes como de los terapeutas, se divide la experiencia de ansiedad en tres partes diferentes: el área cognitiva, la fisiológica y la conductual. Un cuarto componente es incluido en el modelo para representar el estímulo que dispara el episodio de ansiedad, se dibuja este modelo en la figura 2.

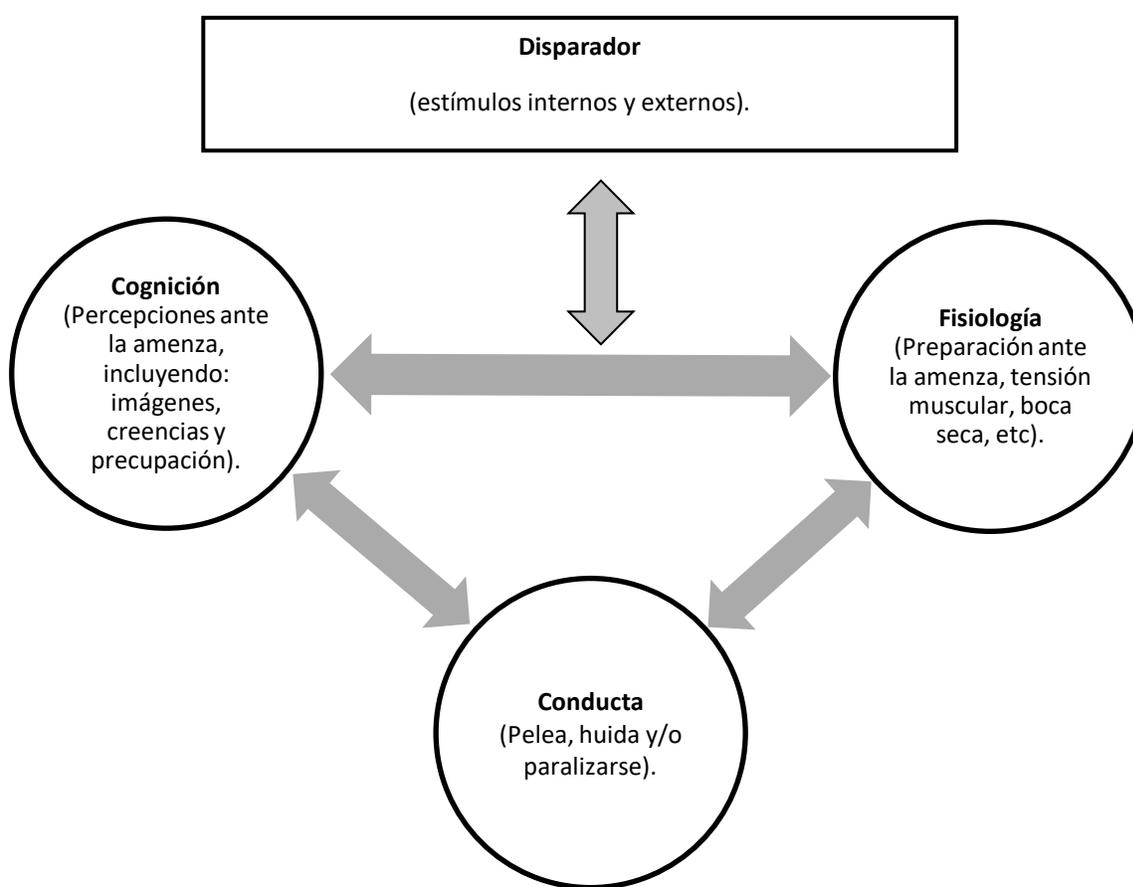


Figura 2. Representación visual del modelo de la ansiedad en el tratamiento cognitivo-conductual.

## Componentes de la TCC

### Psicoeducación

Se considera la psicoeducación como un campo importante en el manejo de diversos trastornos mentales. Se entiende por psicoeducación el proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar las situaciones de un modo más adaptativo. Sirve para identificar con mayor entendimiento y claridad el problema psicológico a enfrentar. La psicoeducación abarca contenidos psicológicos del problema a tratar, es decir, un conocimiento teórico y práctico para combatir la patología desde los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales (Bulacio et al., 2006).

El término psicoeducación se usó a partir de la década de 1980 para describir la transmisión del conocimiento sobre los trastornos psiquiátricos con fines terapéuticos, primero a los familiares y luego a las personas que padecen esquizofrenia. Desde finales de la década de 1990, el uso de la psicoeducación se extendió a otros trastornos psicológicos como los trastornos alimentarios, el trastorno bipolar, los ataques de pánico y la agorafobia o los trastornos de estrés postraumático (Bonsack et al., 2015).

La psicoeducación se puede definir como una intervención didáctica y psicoterapéutica sistemática que tiene como objetivo informar a los pacientes y familiares sobre un trastorno psiquiátrico y permitir su capacidad para hacer frente a la enfermedad. Esto no es solo una transmisión de información, sino también un método de enseñanza ajustado al desorden con los objetivos de aclarar la identidad, promover el empoderamiento y cambiar las actitudes y el comportamiento en los pacientes. Asimismo, la psicoeducación tiene una eficacia basada en la evidencia para prevenir la recaída y la

hospitalización cuando se asocia con otros tratamientos, incluida la medicación o la rehabilitación psicosocial (Bonsack et al., 2015).

### **Técnicas de relajación**

La respiración diafragmática como técnica de relajación tiene como objetivo reducir el estado de activación fisiológica, facilitando la recuperación de la calma, el equilibrio mental y la sensación de paz interior. Sus efectos, por tanto, no pertenecen a una mera dimensión fisiológica, sino que también afectan a procesos emocionales, cognitivos y conductuales (Ruiz et al., 2012).

La respiración es un proceso voluntario e involuntario, controlado principalmente por el SNA. La estimulación del SNS en estado de ansiedad desencadena respuestas físicas que incluyen una frecuencia cardíaca elevada, músculos tensos, así como una respiración rápida y superficial. Sin embargo, la respiración diafragmática estimula el SNP, reduciendo los niveles de ansiedad y aumentando los niveles de dióxido de carbono en la sangre (Subbalakshmi et al., 2014). La respiración diafragmática es una técnica que utiliza la contracción del músculo del diafragma para aumentar la duración y eficiencia respiratoria. Además, la respiración diafragmática ha demostrado tener un efecto relajante y estabilizador en el SNA (Subbalakshmi et al., 2014).

En 1938, Edmund Jacobson defendía que la experiencia central de la ansiedad era la tensión muscular y presentó la relajación muscular progresiva como método para reducir la ansiedad y esta tensión asociada. Mediante la tensión y distensión de varios grupos musculares, Jacobson comprobó que las contracciones musculares podrían ser prácticamente eliminadas y se podría inducir un estado de relajación profunda (Jacobson, 1938). En la actualidad, este enfoque sigue siendo el más utilizado en el tratamiento cognitivo-conductual, y

consiste en instruir a los participantes para tensar un grupo muscular específico “con tanta fuerza como pueda sin que produzca ningún dolor”, mantener tal tensión durante 5-7 segundos, percibir la tensión en el grupo muscular, después relajar y descargar la tensión y percibir la sensación de relajación que se produce cuando se descarga la tensión. Contrastando estados de tensión-relajación se busca desarrollar mayor conciencia y control sobre dicha respuesta (Clark & Beck, 2012).

Un estudio tuvo como objetivo evaluar la efectividad del entrenamiento en respiración diafragmática para reducir niveles de ansiedad. Treinta participantes fueron asignados a un grupo de tratamiento de ocho semanas o a un grupo control. Fueron evaluados mediante el Inventario de Ansiedad de Beck, y cuatro indicadores fisiológicos de ansiedad (conductancia de la piel, temperatura periférica, tasa cardiaca y tasa de respiratoria). Se utilizó un diseño pre y post evaluación. Como resultados el grupo experimental logró reducciones significativas en el inventario de ansiedad ( $p$  menor al 0.05), temperatura periférica ( $p = 0.026$ ), tasa cardiaca ( $p = 0.005$ ) y tasa de respiración ( $p = 0.004$ ). El estudio proporcionó evidencia preliminar para efectuar una asociación positiva entre la respiración diafragmática y la reducción de los niveles de ansiedad (Chen et al., 2017).

Un ensayo controlado aleatorizado tuvo como objetivo comparar los efectos inmediatos de dos técnicas de relajación vs un grupo control, en indicadores fisiológicos de relajación. Participaron 39 embarazadas saludables en un diseño de medidas repetidas y fueron asignadas ya sea al grupo de relajación muscular progresiva, o al de imaginería guiada, o a la condición control de 10 minutos. Se aplicó el inventario estado-rasgo de ansiedad (STAI-S) y también se evaluaron parámetros endócrinos (cortisol y ACTH), indicando la actividad del eje hipotalámico pituitario-adrenal y la del sistémica medular-adrenal-

simpático (epinefrina y norepinefrina), así como respuesta cardiovascular (tasa cardiaca y presión arterial sistólica y diastólica). Estos correlatos fueron medidos cuatro momentos antes y después de cada ejercicio de relajación. Como resultados, la relajación muscular progresiva junto con la imaginación guiada, se asociaron con una reducción en la tasa cardiaca, y una disminución en las medidas endócrinas, con excepción de la epinefrina. Estos datos indicaron que los diferentes tipos de relajación tuvieron diferentes efectos en los sistemas psicológicos y biológicos del estrés (Urech et al., 2010).

Por otro lado, la relajación puede ser una estrategia efectiva de afrontamiento al estrés en el periodo de gestación. Una investigación tuvo como meta evaluar los efectos de la práctica regular de una técnica de relajación en mujeres gestantes sobre variables emocionales y físicas: estrés ansiedad, depresión, tasa cardiaca y presión arterial en 24 mujeres embarazadas. El tratamiento fue realizado con un grupo de participantes que recibieron entre el segundo y octavo mes de gestación entre veinte y veinticinco sesiones de 35 minutos de relajación progresiva y visualización. Se realizaron evaluaciones en pre y post tratamiento mediante la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (EADS por sus siglas en inglés). Los resultados pre y post intervención indicaron con un nivel alfa de 0.05, una reducción significativa de las puntuaciones obtenidas en el grupo experimental, tras la aplicación del tratamiento en todas las subescalas del EADS, mientras que en el grupo control no se dieron estas diferencias. También se observaron diferencias al comparar el grupo experimental vs el grupo control con un nivel de 0.05 mediante la prueba U de Mann-Whitney. Con respecto a la medida de la tasa cardiaca, se confirmó una reducción significativa en el grupo experimental entre la pre y post prueba ( $z = -2.81$  y  $p = 0.005$ ). En cuanto a la presión arterial, con un nivel de significancia  $\alpha$  de 0.05, también se observaron diferencias significativas en los momentos pre vs post tanto para la presión sistólica ( $z = -2.85$ ,  $p = 0.004$ ), como

para la diastólica ( $z = -2.28$ ,  $p = 0.023$ ). Se concluyó que el estudio apoyó la eficacia de la práctica de la relajación en un grupo de mujeres embarazadas en niveles psicométricos y fisiológicos de ansiedad (Nereu, Neves de Jesusa, & Casado, 2013).

Otra investigación tuvo como objetivo determinar el efecto de la técnica de la respiración diafragmática en los niveles de ansiedad de embarazadas en su tercer trimestre. Fue un estudio cuasiexperimental de pre y post prueba y con grupo control. Participaron dieciocho mujeres embarazadas asistentes de una clínica del gobierno local. Al grupo de intervención se le administró una técnica de respiración diafragmática durante 30 minutos por día durante siete días. El grupo de control recibió solo atención prenatal de rutina. El instrumento de medición de la ansiedad fue la escala de ansiedad de Hamilton. Los resultados señalaron que la técnica de respiración diafragmática fue efectiva al disminuir los niveles de ansiedad en las mujeres embarazadas que asistieron al tratamiento (Resmaniasih et al., 2016).

Una investigación tuvo como objetivo estudiar el efecto de la relajación muscular progresiva y la técnica de control de respiración en la presión arterial de mujeres embarazadas. Sesenta mujeres embarazadas con presión arterial sistólica  $\geq 135$  milímetro de mercurio (mmHg) o presión arterial diastólica  $\geq 85$  mmHg, se asignaron a tres grupos. Se administraron ejercicios progresivos de relajación muscular y control de la respiración a los dos grupos experimentales una vez a la semana en persona y el resto de los días mediante instrucciones dadas en un CD durante 4 semanas. La presión arterial se verificó antes y después de las intervenciones. La presión arterial se midió antes y después de 15 minutos de espera de los sujetos sin ninguna intervención especial en el grupo de control. Como resultados, después de 4 semanas de intervención, se obtuvo una presión arterial sistólica (por una media de 131.3 a 117.2,  $P = 0.001$  y por una media de 131.05 a

120.5,  $P = 0.004$ , respectivamente) y diastólica (por una media de 79.2 a 72.3,  $P = 0.001$  y por una media de 80.1 a 76.5,  $P = 0.047$ , respectivamente). La presión arterial disminuyó significativamente en los grupos de relajación muscular progresiva y control respiratorio, y no fueron estadísticamente significativos en el grupo control. Las intervenciones fueron efectivas para disminuir la presión arterial sistólica y diastólica al rango normal después de 4 semanas en ambos grupos. Los efectos de ambas intervenciones fueron más notorios en la presión arterial sistólica en comparación con la diastólica (Aalami et al., 2016).

### **Reestructuración Cognitiva**

Es una técnica basada en el modelo de *A. Beck* (Beck et al., 2005). Esta técnica provee al cliente de herramientas para la evaluación crítica y modificación de las interpretaciones sobre un evento amenazante, así como sus respuestas que genera la persona ante estímulos internos o externos ambientales (Rygh & Sanderson, 2004).

La reestructuración cognitiva se completa en cuatro pasos básicos. Primer paso: las imágenes, suposiciones, pensamientos y creencias asociadas con episodios de preocupación son traídos a la consciencia a partir de varios métodos, estos métodos incluyen automonitoreo mediante un formato de episodio de preocupación, aprender a diferenciar entre hechos y las interpretaciones en torno a estos hechos, identificar distorsiones cognitivas comunes, y descubrir la esencia de estas creencias. Segundo paso: las cogniciones son sistemáticamente confrontadas y evaluadas con el método del descubrimiento de la gravedad y probabilidad de tales eventos o amenazas, también se utiliza el método socrático para cuestionar la validez de las cogniciones y obtener una evaluación más realista de los eventos amenazadores. Tercer paso: el cliente desarrolla puntos de vista alternativos con métodos tales como tomar la perspectiva de una tercera persona, realizar cambio de roles, entre otros. Cuarto paso: el

cliente es entrenado en integrar toda la información desde el primero hasta el cuarto paso, para que mediante un formato emita una nueva respuesta racional, también se le enseña al cliente cómo verificar sus nuevas interpretaciones mediante la prueba de hipótesis. El formato de respuesta racional permite al cliente generar pensamientos, hipótesis y creencias más adaptativas. La comprobación de hipótesis involucra llevar a cabo experimentos conductuales en la vida real que provean datos concretos para la evaluación de la validez de las respuestas cognitivas. En estos experimentos el cliente es instruido de tratar varias otras interpretaciones que las escritas en los formatos de ejercicios, y generar conductas consistentes con estas interpretaciones. Los resultados de estos experimentos son examinados como evidencia que apoyan o refutan pensamientos, imágenes, pensamientos y creencias específicas (Rygh & Sanderson, 2004).

Si bien la reestructuración cognitiva es una técnica que no se emplea de forma aislada, es parte de los componentes claves de la TCC para tratar la ansiedad, y ha tenido éxito en la reducción de la ansiedad en mujeres embarazadas (Green et al., 2015).

### **Prevención de recaídas**

Otro de los componentes implicados en las intervenciones cognitivo-conductuales es el de prevención de recaídas desarrollado por Marlatt y Gordon en los años ochenta. Este componente tiene el propósito de incrementar la conciencia del sujeto en el proceso general de recaída, por ejemplo, examinando el patrón conductual de previas recaídas. Este componente incrementa el darse cuenta de las propias fortalezas y debilidades de las estrategias de enfrentamiento (Wanigaratne, 2006). La prevención de recaídas requiere el desarrollo de estrategias específicas para lidiar con las situaciones de alto riesgo. En el caso específico de la ansiedad, la prevención de recaídas sirve para reforzar y generalizar las habilidades aprendidas durante el tratamiento cognitivo conductual (Albano & Kendall, 2002).

## **Terapia cognitivo conductual para la ansiedad**

Asimismo, la terapia cognitivo conductual se considera efectiva para tratar la ansiedad (Powers et al., 2008). Un metaanálisis, tuvo como objetivo evaluar la efectividad de la terapia cognitivo conductual individual o grupal, para trastornos de ansiedad primarios en adultos. Como resultado se observó que la terapia cognitivo conductual fue efectiva reduciendo los síntomas específicos de cada trastorno de ansiedad en quienes terminaron su tratamiento, por lo que se concluyó que es bastante efectiva y ampliamente aceptable en escenarios de práctica clínica (Hans & Hiller, 2013). Las intervenciones cognitivas conductuales son las intervenciones psicológicas más ampliamente estudiadas y con mejores resultados para abordar problemas psiquiátricos (Butler et al., 2006; (Olatunji et al., 2010). La TCC es efectiva para el trastorno de ansiedad social (Acarturk et al., 2009), trastorno de ansiedad generalizada (Cuijpers et al., 2014) y en trastornos de pánico (Sánchez-Meca et al., 2010). Asimismo, numerosos ensayos aleatorizados han demostrado que la TCC es efectiva en la reducción de la ansiedad y sus síntomas observando tamaños del efecto considerablemente amplios (Cuijpers et al., 2016).

Con respecto a las mujeres en el periodo perinatal, de acuerdo con la investigación que realizaron Maldonado-Durán y Lartigue (2008), a continuación en la tabla 1 se exponen los diversos trastornos de ansiedad en mujeres embarazadas, su prevalencia, manifestaciones clínicas, los componentes del tratamiento cognitivo-conductual adecuados para cada trastorno, y tratamientos farmacológicos:

Tabla 1. Trastornos de ansiedad en mujeres embarazadas, prevalencia, manifestaciones clínicas y sus tratamientos psicológicos y farmacológicos.

Tipo de Trastorno	Prevalencia	Diagnóstico, síntomas y manifestaciones clínicas	Tratamiento psicológico	Tratamiento farmacológico
Trastorno de pánico.	Tiene una prevalencia de 2% en la población general. En población clínica, la prevalencia se eleva entre un 5% y 10%.	<p>El trastorno comprende dos grupos de síntomas:</p> <p>1. Ideacionales: Despersonalización, Desrealización y miedo de morir o tener un infarto.</p> <p>2. somáticos: Parestesias, sensación de falta de aire, dolor intenso en el pecho, temblor, sudoración, escalofríos mareo y náuseas.</p>	Se prioriza el ocupar técnicas que no impliquen el uso de medicamentos. Las psicoterapias que más se han estudiado son de índole cognitivo conductual la cual es eficaz para el trastorno de pánico (Sánchez-Meca et al., 2010). Este tratamiento es de duración de tres a seis meses e incluyen estrategias psicoeducativas, técnicas de respiración, así como reestructuración cognoscitiva y exposición.	Los más usados son los antidepresivos llamados inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos. Los medicamentos benzodiazepínicos deben evitarse ya que pueden causar adicción en la mujer y al feto y producir efectos teratógenos o de malformaciones en el feto.
Trastorno Obsesivo Compulsivo.	Prevalencia de 2% al 3% en población general. No se sabe si el embarazo mejora o empeora los síntomas. No se conoce la prevalencia exacta en el embarazo, pero puede oscilar entre el 3% y 4%.	El principal síntoma es el pensamiento intrusivo que puede referirse a dañar al bebé, las compulsiones pueden consistir en lavarse las manos para "descontaminarse".	La terapia cognitivo-conductual tiene mayor beneficio que los medicamentos, y produce cambios a largo plazo. El objetivo de esta psicoterapia es demostrar a la paciente que tiene ideas falsas y pueden ser sustituidas por otras más "correctas". Se le ayuda a identificar los pensamientos angustiosos y compulsiones. Otro método es disminuir las compulsiones al exponerse gradualmente a los temores.	Se pueden utilizar medicamentos inhibidores de la recaptación de la serotonina, tales como la paroxetina, fluoxetina, venlafaxina, y la fluvoxamina.  Siempre habrá que valorarse el balance entre los beneficios y los riesgos de estos medicamentos.

Tipo de Trastorno	Prevalencia	Diagnóstico, síntomas y manifestaciones clínicas	Tratamiento psicológico	Tratamiento farmacológico
Trastorno de Ansiedad Generalizada	Se estima que afecta al rededor del 5% de la población en general. Algunos estudios encontraron una frecuencia de 8.5% en el primer trimestre del embarazo.	Miedo y preocupación excesiva por la salud del feto. Temor a lo que pudiera suceder en el evento del parto y en el postparto, con respecto a su salud y a la del bebé.	Psicoeducación en la ansiedad y cómo impacta en la salud. Técnicas de tensión muscular progresiva y respiración diafragmática favorecen a la regulación de la respuesta de ansiedad y relajación en las pacientes. Reestructuración cognoscitiva, auto vigilancia y exponer gradualmente a situaciones atemorizantes por imaginación guiada.	Los antidepresivos pueden ser útiles (inhibidores de la recaptura de la serotonina). En casos muy graves pueden utilizarse ansiolíticos de tipo benzodiazepínicos, pero de preferencia por muy corto tiempo, y no durante el primer trimestre.
Trastorno por Estrés Postraumático	En la población abierta de adultos las frecuencias oscilan entre el 1% y el 4%. En mujeres del 2.5% y 7.5%.	Presentan síntomas somáticos y psicológicos: pesadillas, temor, miedo a que se repitan las experiencias y recuerdos perturbadores. La mujer puede pedir que se le realice una operación cesárea para evitar revivir experiencias relacionadas con los órganos sexuales.	Es importante que exprese sentimientos relacionados con sus recuerdos, y reflexionar sobre ellos. Es útil implementar terapia de manejo de las emociones. Los formatos de terapia grupal pueden contribuir a no sentirse tan aislada y culpable. Las estrategias terapéuticas involucran la relajación, la imaginación guiada, terapia de desensibilización y reprocesamiento de experiencias traumáticas.	La terapia con psicofármacos puede ser un tratamiento adjunto debido a la gravedad de los síntomas. Con antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina y los alfa-adrenérgicos (guanfacina y la clonidina).

Por otro lado, un estudio piloto tuvo como objetivo examinar la eficacia de un programa de terapia cognitivo-conductual grupal de seis semanas, adaptado para diez mujeres diagnosticadas con ansiedad en su etapa de embarazo. La intervención utilizó los siguientes componentes: psicoeducación, reestructuración cognitiva, preocupaciones productivas vs preocupaciones improductivas, experimentación conductual, activación conductual y entrenamiento en asertividad. Como resultados hubo una reducción estadísticamente significativa en sintomatología ansiosa y depresiva al término del

tratamiento. Se midieron las siguientes escalas: Cuestionario de Preocupación de la Universidad de Estado de Pensilvania (The Penn State Worry Questionnaire o PSWQ por sus siglas en inglés), y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (The Edinburgh Postnatal Depression Scale o EPDS por sus siglas en inglés). Asimismo, los participantes también reportaron alta aceptabilidad y satisfacción con la intervención. Estos hallazgos sugieren que el tratamiento cognitivo conductual es útil para disminuir síntomas de ansiedad y depresión en mujeres embarazadas (Green et al., 2015).

Otro estudio tuvo como objetivo realizar una revisión sistemática de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para mujeres embarazadas con trastornos de ansiedad. Se analizaron 18 estudios que utilizaron terapia cognitivo conductual para reducción de síntomas de ansiedad durante el embarazo y posparto. Los resultados sugirieron que el tratamiento cognitivo conductual debería ser el primero en ofrecerse a las mujeres embarazadas con diagnóstico de ansiedad debido a su eficacia para la reducción de la ansiedad. Sin embargo, el diseño en su mayoría fueron estudios de caso y el reclutamiento de las participantes fueron de unidades de especialidad médica, lo que puede reducir la generalización hacia toda la comunidad de embarazadas (Marchesi et al., 2016).

## **Modelo teórico de la atención plena compasiva**

### **Definición de la atención plena**

La atención plena es una práctica usada en técnicas budistas de meditación para el desarrollo de la ecuanimidad y la aceptación. En un nivel básico, implica seguir el movimiento rítmico de la respiración con una actitud de conciencia sin juicio, centrada en el presente. Esta conciencia también puede estar dirigida hacia todos los pensamientos,

sentimientos y sensaciones que ocurren durante la práctica (Kumar, 2002).

Atención plena es la traducción de la palabra inglesa "*Mindfulness*", la cual a su vez viene de la palabra Pali "*Sati*", que se puede traducir como "estar atento", "mantenerse consciente" "conciencia plena", o "presencia plena", lo cual se refiere a que el sujeto se concentre en la tarea que está realizando en ese momento, sin que la mente divague sobre el futuro o el pasado, y sin sensación de apego o rechazo, provocando en éste energía, alegría y claridad de mente (Brown & Ryan, 2003).

La atención plena como alternativa psicoterapéutica forma parte de las terapias contextuales de tercera generación, es una propuesta enriquecida y que puede traer mejoras en la atención a la salud (Pérez, 2006).

El entrenamiento en atención plena es una práctica milenaria conservada a lo largo de generaciones en el contexto budista, pero también ha sido conceptualizada como una habilidad psicológica, y se lleva a cabo en el ámbito de la clínica. De hecho, se ha integrado a la mayor parte de los modelos psicoterapéuticos actuales (Miró, 2006).

La atención plena es una forma concreta de atender a las experiencias del aquí y el ahora, desarrollando una forma especial de atención (Siegel & Carrillo, 2011). En la vida cotidiana también se refiere a la meditación, lo que se hace al practicarla es poner en reposo la mente conceptual y concentrarnos en la experiencia para ser plenamente conscientes de la vivencia que en ese momento estamos experimentando (Simón, 2012).

La atención plena consiste en concentrarse en el momento presente, aceptando, sin juzgar las experiencias que se viven, y con la finalidad de aliviar el sufrimiento, es una función mental que nos permite mantener el foco de nuestra atención en una experiencia

inmediata del presente. Se distinguen tres acepciones: es un constructo teórico, un proceso psicológico y una práctica que se fundamenta en la meditación (Moñivas, García, & García de Silva, 2012).

La atención plena se centra en prestar atención a lo que vivimos bajo los siguientes aspectos: a) dándonos cuenta de la experiencia presente; b) con aceptación; c) estando en el aquí y en el ahora que acontece en nuestro organismo biopsicosocial; d) siendo conscientes de nuestro cuerpo y de nuestra sociedad. Es una práctica que nos lleva a calmar la mente para ver con claridad (Moñivas et al., 2012). El cultivo de la atención plena y la auto observación terapéutica requiere practicar continuamente de manera formal e informal para incorporar esta vivencia a la vida cotidiana (Miró, 2012).

Asimismo, la atención plena es una técnica que se desprende de la filosofía milenaria del budismo, es sencilla, breve, fácil de aprender y aplicar, que puede utilizarse tanto en formato grupal como individual, la cual ha demostrado su eficacia en múltiples enfermedades y entornos sanitarios, y resulta especialmente aceptable en atención primaria (Coutiño, 2012). La atención plena con sus orígenes en la filosofía budista, se considera una capacidad universal básica de los seres humanos que nos ayuda a ser conscientes de los contenidos de nuestra mente instante a instante (González-Santana, 2016).

### **Definición de la compasión**

La compasión es una práctica del budismo que integra la teoría del karma (acción), junto con los principios de la interdependencia. Es necesario aceptar la ubicuidad del sufrimiento para que surja la compasión. Involucra adoptar una actitud incondicional de aceptación. También requiere disipar los límites del yo y desarrollar una ecuanimidad hacia todos los seres vivos. Se dice que la atención plena

es una extensión de la actitud compasiva, y al mismo tiempo la compasión es necesaria para desarrollar atención plena (Kumar, 2002).

La palabra compasión se deriva de las raíces latinas y griegas *patiri* y *pashkein* (sufrir) y de la raíz latina *com* ("con"), de manera que compasión significa "sufrir con" otra persona. El diccionario de la RAE define compasión como: "*sentimiento de conmiseración y lástima que se tiene hacia quienes sufren penalidades o desgracias*". En 2009, líderes de todo el mundo redactaron la Carta de la Compasión en la que la definieron como: "tratar a todos los demás como quisiéramos ser tratados nosotros mismos" (Armstrong, 2010).

La práctica de la atención plena no estaría completa si se deja de lado el cultivo de la compasión. La compasión viene del sánscrito *karuna*, en tibetano *snymg-rje* y significa un sincero deseo de aliviar el sufrimiento del prójimo y la acción que se pone en práctica para conseguirlo (Simón et al., 2011).

La atención plena consiste principalmente en tres habilidades; conciencia focalizada, conciencia de campo abierto y bondad amorosa o compasión, este tercer aspecto es muy importante para liberarnos del sufrimiento emocional. La compasión surge cuando sufre alguien amado o no amado, o cuando nosotros sufrimos, proporcionando amor hacia los demás y hacia nosotros mismos. Estas tres habilidades son de ayuda para vivir de una forma más pacífica con nosotros y los demás. La clave está en focalizar tu atención, mirar lo que aparece sin juzgar y darte cariño a ti mismo y a los demás (Simón et al., 2011).

La definición de la compasión está integrada por dos partes: una motivacional que implica la aspiración verdadera de aliviar el sufrimiento de todos los seres sintientes, incluyéndose uno mismo, por lo que no se trata de sacrificarse a costa del bienestar de los demás; la segunda parte habla de las acciones concretas que se emprenden y que son motivadas por la aspiración compasiva, y que formarán parte de

las causas que generarán un cambio en la experiencia propia y en la de los demás (Hangartner, 2013).

El budismo, así como diversas filosofías espirituales, dan especial importancia a la práctica de la compasión y la bondad como un medio para contrarrestar las fuentes del sufrimiento de la existencia humana. Además, la ciencia ha encontrado razones suficientes para practicar la compasión y los actos bondadosos, pues ahora se sabe que estamos fisiológicamente mejor regulados cuando el ser humano se siente querido, amado y conectado con otros (Bornemann & Singer, 2013).

La compasión por ser parte fundamental de la filosofía que sustenta la atención plena, puede ser entrenada con ayuda de prácticas meditativas, como *shamata* (mente en calma), ya que para lograr una práctica correcta es importante que sea bajo un entorno tranquilo y que la persona se encuentre atenta y relajada (Bornemann & Singer, 2013).

Un aspecto importante con referencia a la actitud de la meditación es designado como amor, amabilidad, bondad, cariño o afecto. En la lengua pali se le llama *metta*. Lo esencial de este aspecto afectivo es que, al examinar los contenidos de la mente, esa observación debe realizarse con cariño y compasión. La compasión hacia uno mismo posee efectos benéficos para el cuerpo y la mente (Simón, 2012).

La compasión es una sensibilidad hacia nuestro sufrimiento y el de los otros, con el deseo de aliviarlo y prevenirlo. En primer término, es la habilidad de estar emocionalmente conectados con el sufrimiento sin sentirnos abrumados por él. En segundo término, se refiere a la sabiduría de saber cómo aliviarlo y prevenirlo. Esta sabiduría es la comprensión de las fuentes o causas del sufrimiento, su interconexión con todos los fenómenos y su naturaleza impermanente. Las causas del sufrimiento humano abarcan factores biológicos como pueden ser las enfermedades y los mecanismos de supervivencia (búsqueda de

comida, defensa, pareja sexual y alianzas), también los factores psicológicos (el apego, el odio y la aversión), y finalmente también se involucran factores socioculturales, ya que personas que vivieron en ambientes amorosos, tienen mayor probabilidad de ser más compasivos que aquellas personas que provienen de ambientes negligentes y hostiles (Gilbert, 2013).

La compasión comienza con el entendimiento de qué tan arbitraria es nuestra construcción del yo. La compasión es reconocer la tragedia de la existencia humana (trastornos mentales, enfermedad, pobreza, guerra, etc.), como una condición de nuestra programación genética y evolutiva, así como de factores sociales y contextuales (Gilbert, 2013).

La compasión es un componente básico de la atención plena de raíz y define la motivación y ejecución de las acciones encaminadas a la liberación del sufrimiento propio y el de los demás; hay que resaltar que la práctica de la atención plena y de la compasión están íntimamente relacionadas, no puede existir una sin la otra, y ambas prácticas tienen un entendimiento milenar que se desprende de la filosofía budista (Paquini & Coutiño, 2017).

### **Definición de la atención plena compasiva**

La Atención Plena Compasiva (APC), es un programa de intervención psicológica que se fundamenta en las terapias de tercera generación (Barraca, 2009; Hayes, 2004; Pérez, 2006). Tiene como antecedente el programa de reducción del estrés basado en la atención plena (Kabat-Zinn, 2003) y la terapia cognitiva basada en la atención plena (Teasdale et al., 2000). El enfoque compasivo de este tratamiento está basado en programas como la terapia centrada en la compasión (Gilbert, 2009) y la perspectiva budista del sufrimiento humano (Hangartner, 2013). La intervención Atención Plena Compasiva se ha aplicado en México para tratar sintomatología depresiva y conducta de

atracción en la obesidad (Maldonado et al., 2017), así como para intervenir en ansiedad, calidad de vida y asma (Paquin & Coutiño, 2017), obteniendo buenos resultados en mediciones psicométricas, así como en biomarcadores de la ansiedad. El entrenamiento en la atención plena para las mujeres que se encuentran en periodo perinatal es un campo que apenas está emergiendo como intervención clínica, y puede ofrecer una estrategia segura y aceptable para apoyar la salud mental de las mujeres embarazadas (Hall et al., 2016).

### **Componentes y mecanismos de la atención plena**

Una forma de comprender la atención plena es considerando que surge de un texto proveniente de la tradición oral budista llamado "*Satipatthana*" el cual significa presencia en la atención plena. Esta práctica requiere de cuatro cualidades mentales que son: la diligencia o esfuerzo, la clara comprensión o sabiduría, la atención plena en sí misma y finalmente la concentración. La atención plena considera tres aspectos: la contemplación de los mecanismos corporales como puede ser la respiración, observar los sentimientos que puede hacer referencia a estar atentos a la tonalidad afectiva, y percibir las emociones agradables, desagradables o neutras, con el fin de disminuir las reacciones mentales automáticas (Miró, 2012).

Simón (2012), menciona que en el budismo suelen describirse tres fases en el camino hacia la liberación: *Sila* (virtud moral), *Samadhi* (concentración y calma) y *Panna* (sabiduría). Con *Sila* la idea es que en la vida haya un poco de moderación y disciplina. Se refiere principalmente a los "cinco preceptos" (no robar, no matar, no mentir, no promiscuidad y no consumo de sustancias tóxicas). *Samadhi* es la quietud atenta que es capaz de mantener la atención en un objeto de forma unipuntual. Finalmente *Panna* es la mente que es capaz de ver las cosas como son, y en un nivel profundo nos permite discernir entre lo que nos conviene y nos perjudica (Simón, 2012).

Para la tradición budista, una de las características básicas de la realidad es lo que se conoce como impermanencia (*annica*). Todas las cosas de este mundo tienen una duración limitada y mantienen un ciclo temporal, son pasajeras y transitorias. De ahí que nuestros aferramientos y la separación no prevista de las cosas que queremos nos produzca sufrimiento. El soltar y no agarrarse a las cosas ni las personas es otra característica de la actitud meditativa (Simón, 2012).

Se ha propuesto que la atención plena en su definición operacional, es un proceso psicológico que puede ser desarrollado mediante la práctica, y en la cual se distinguen dos componentes: el primer componente es la autorregulación de la atención para mantenerla en la experiencia inmediata y así reconocer los eventos mentales (pensamientos, sentimientos y sensaciones) en el momento presente; el segundo componente involucra adoptar una orientación particular hacia la experiencia del momento presente caracterizada por curiosidad, apertura, y aceptación (Bishop et al., 2004).

Dentro del componente de la autorregulación de la atención, encontramos la habilidad de la atención sostenida, la cual nos ayuda a mantener el estado de vigilancia por periodos prolongados; los pensamientos, sentimientos y sensaciones se reconocen en el momento que aparecen dentro del continuo de la consciencia. Otra habilidad es el cambiar el foco de atención hacia una experiencia u otra sin perder la atención plena, los eventos son considerados objetos de contemplación, no de distracción. Las experiencias no están filtradas por nuestras creencias, asunciones, expectativas ni deseos, la atención plena involucra una observación directa de los objetos como si fuera por primera vez (Bishop et al., 2004).

El segundo componente es el de la orientación particular de la experiencia presente, y se refiere a hacer un compromiso de mantener una actitud de curiosidad y aceptación ante la experiencia de los

eventos mentales, sin tratar de lograr un estado particular de relajación, sino simplemente permitir y notar cada pensamiento, emoción, o sensación que surge en la corriente de la consciencia. Al hablar de aceptación nos referimos a estar abiertos a la experiencia de la realidad del momento presente, como consecuencia nos lleva a la supresión de la evitación hacia la experiencia presente (Bishop et al., 2004).

De acuerdo con otro modelo que define los mecanismos de la atención plena, los tres componentes esenciales en la práctica de atención plena son: intención, atención y actitud (Shapiro et al., 2006), y a continuación se describirá cada uno de ellos:

I.- Intención: contesta la pregunta del por qué practicar atención plena, y se refiere a una visión que desde la tradición budista es alcanzar la iluminación y efectuar la compasión hacia todos los seres sintientes (Shapiro & Schwartz, 2000).

II.- Atención: se refiere a la observación momento a momento de las propias experiencias internas y externas. La atención se ha sugerido en el campo de la psicología como un aspecto del proceso terapéutico, como es el caso de la terapia cognitiva-conductual que se basa en la capacidad de atender conductas externas e internas (Shapiro et al., 2006).

III.- Actitud sin juzgar, evaluar o interpretar la experiencia, con un sentido de curiosidad, amabilidad y apertura, incluso si lo que ocurre es contrario a lo que deseamos que ocurra o es diferente a las expectativas que tenemos hacia los eventos. Sin embargo, es crucial llevar a cabo esta cualidad actitudinal de la atención de forma explícita e intencional; por ejemplo "que yo pueda traer amabilidad, curiosidad y apertura a mi conciencia". Si intencionalmente traemos una actitud de paciencia y compasión a nuestra práctica atencional, se desarrolla la habilidad de no aferrarse constantemente a las experiencias placenteras

ni repudiar las experiencias displacenteras (Bishop et al., 2004; Shapiro et al., 2006).

Otro mecanismo que encontramos en la atención plena es la defusión cognoscitiva, en este mecanismo el énfasis está en cambiar la relación de uno con el pensamiento en lugar de intentar alterar el contenido del pensamiento. A medida que uno fortalece la capacidad de observar atentamente o atestiguar la actividad mental, a menudo hay un cambio correspondiente en el sentido del sí mismo. El yo comienza a ser visto y se da cuenta de ser una construcción psicológica, un sistema siempre cambiante de conceptos, imágenes, sensaciones y creencias. A través de este cambio de perspectiva, la identidad comienza a cambiar de los contenidos de la consciencia a la consciencia misma. Es el cambio del "yo como contenido" (aquello que puede ser observado como un objeto en la consciencia) al "yo como contexto" (lo que es observar o atestiguar, es decir, la consciencia misma). Este mecanismo puede ser responsable de las transformaciones facilitadas por la práctica de la atención plena (Shapiro et al., 2006).

Asimismo, Simón (2012), señala que al practicar la atención plena, se producen dos procesos psicológicos muy relacionados entre sí, el desarrollo del testigo y la desidentificación, y a continuación se explican:

El "testigo" se genera al tiempo que se va aprendiendo a observar los fenómenos como eventos mentales, es decir, prestar atención a los contenidos de la consciencia, fijándonos en sus contenidos con actitud ecuánime y curiosa para que "el observador" o testigo adquiera mayor fuerza.

La desidentificación, es cuando no nos creemos iguales a los contenidos de la consciencia, es decir, no somos aquello que nos aparece en la mente en ese momento. Nuestra relación con los fenómenos de la consciencia cambia por completo. El desarrollo del

testigo y la desidentificación tienen como consecuencia el desprendimiento de los diversos condicionamientos adquiridos a lo largo de los años, y ese desapego a los condicionamientos es lo que nos hace libres del sufrimiento. Las condiciones para que la atención plena sea terapéutica son: atender a lo que ocurre en el presente, no comparar el estado actual con uno ideal, no juzgar lo que se observa y aceptar la no permanencia de la experiencia (Miró, 2012).

La sobrerreacción emocional que surge de la no aceptación de cualquier experiencia, así como la sobre implicación en estas experiencias desagradables, juegan un papel importante en la génesis de la psicopatología, estos procesos están implicados en los patrones de la ansiedad y la depresión. Por el contrario la atención plena es un estado de conciencia no reactivo y no prejuicioso, de aceptación y observación de la experiencia tal y como es en el momento presente que mejora y regula los estados emocionales (Miró, 2012).

Algunas características comunes a los trastornos de ansiedad son: la atención selectiva a estímulos potencialmente amenazadores (visión de túnel), el sesgo interpretativo de estos estímulos y un pensamiento orientado hacia el futuro con expectativas de consecuencias negativas. Esta inflexibilidad en la atención puede derivar en la pérdida de la información adicional importante. Por lo anterior, puede ser muy útil ayudarles a las personas ansiosas a expandir y ampliar su percepción, atención y conciencia, de forma que puedan incorporar todos los aspectos de su medio interno y externo sean amenazadores o no. También enseñar a refocalizar la atención plena al momento presente puede ayudar a disipar las consecuencias negativas asociadas al repertorio de pensamientos negativos (Alonso, 2012).

Alonso (2012), comenta que los objetivos de la atención plena en el tratamiento de los trastornos de ansiedad se pueden clasificar en tres aspectos: Primero: expandir en el paciente la toma de conciencia sobre

sus experiencias emocionales, sus eventos internos y externos, sus acciones y sus consecuencias. Segundo: provocar un cambio radical en la actitud de vida: pasar de una actitud mental enjuiciadora y controladora hacia una actitud ecuánime y compasiva. Tercero: mejorar la calidad de vida en el paciente, enfatizando la flexibilidad psicológica e implicándose en la presencia vital.

Alonso (2012), menciona que la atención plena nos da una nueva perspectiva sobre algunos procesos mentales, a continuación, se describen:

La primera habilidad que se desarrolla en el paciente es la del testigo u observador silencioso. Observar atentamente y de forma imparcial todos los fenómenos que acontecen en el espectro de la conciencia. Es una presencia consciente que implica la simple práctica de la observación de la mente y su realidad presente, así como enfocarnos en la respiración del cuerpo para producir un estado natural de calma profunda y armonía.

La segunda habilidad es la aceptación. Se hace una distinción entre el dolor, como parte ineludible de la existencia humana, y el sufrimiento, el cual es opcional y el paciente experimenta como resultado de su resistencia al dolor. La aceptación no es una resignación, es oponerse a sobre reaccionar ante el sufrimiento. La aceptación es el antídoto de la resistencia, entre más resistencia mayor sufrimiento. Se enseña al paciente a observar a los fenómenos como eventos mentales, los cuales emergen, se mantienen por un instante y se disuelven en sí mismos, para dejar pasar todas las experiencias agradables, desagradables y neutras.

La tercera habilidad es la defusión cognitiva. La tendencia en los trastornos de ansiedad es identificarse con el miedo y aumentar las sensaciones desagradables. La continua observación de experiencias internas como fenómenos pasajeros que están separados del sentido de

"uno mismo" promueve este mecanismo. Al identificarse cada vez menos con los contenidos mentales, el paciente experimenta al "uno mismo" como una consciencia que observa.

La cuarta habilidad es la desliteralización. Los pacientes con trastorno de ansiedad se pueden beneficiar aprendiendo a describir sus experiencias internas simplemente tal y como son "una emoción es solo eso, una emoción". Aprender que los pensamientos y discursos verbales no son la realidad en sí misma, no hay por qué comportarse conforme a ellos.

Finalmente, la quinta habilidad es la regulación emocional: Los sujetos ansiosos pueden experimentar las emociones como aversivas y ponerse ansiosos cuando ocurren. El término regulación emocional denota la capacidad de modular o controlar la intensidad de la emoción. La atención plena facilita la regulación emocional, puesto que mejora la atención sobre los acontecimientos cognitivos y emocionales tal como aparecen. Ver las emociones negativas como estados que aparecen y después se pasan, cortando el ciclo de malestar, evitación y control emocional.

Actualmente se plantea que existen tres componentes que interactúan entre sí para dar lugar a un amplio rango de beneficios gracias a la práctica de la atención plena: (a) la mejora a nivel cognitivo y atencional, (b) un aumento en la capacidad de regulación emocional y (c) una transformación de la autoconsciencia, que incluiría un menor procesamiento autorreferencial, una mejor conciencia del cuerpo y una mayor ecuanimidad (Tang et al., 2015).

A nivel cognitivo, las intervenciones basadas en atención plena mejoran el control atencional y la capacidad de focalización (Chiesa et al., 2011). Paralelamente, se ha reportado cómo la práctica de la atención plena genera una mejora en otros procesos cognitivos, como la memoria de trabajo y la memoria específica (Chiesa et al., 2011),

asimismo, se ha reportado que disminuye la divagación mental (Levinson et al., 2014).

### **Terapia basada en la atención plena para la ansiedad**

Las terapias basadas en la atención plena (MBSR y MBCT), han resultado ser favorables para mejorar la salud mental en pacientes con condiciones psiquiátricas depresivas (Kaviani et al., 2012; Teasdale et al., 2000), trastornos de estrés post traumático (King et al., 2013), trastornos alimenticios (Masuda & Hill, 2013), y trastornos del uso de sustancias (Brewer et al., 2009).

Asimismo, las terapias basadas en atención plena también han obtenido resultados positivos en diversas enfermedades crónicas tales como: diabetes (van Son et al., 2013), hipertensión (Hughes et al., 2013), cáncer (Hoffman et al., 2012; Piet et al., 2012), artritis (Pradhan et al., 2007), obesidad (Lillis et al., 2009; O'Reilly et al., 2014), así como en problemas del corazón y vasculares (Abbott et al., 2014; Johansson et al., 2012; Parswani et al., 2013).

Con respecto a los trastornos de ansiedad, un estudio clásico determinó la efectividad del programa MBSR de *Jon Kabat-Zinn* para pacientes con desórdenes de ansiedad. La muestra fue de 22 participantes que cumplieron con criterios de ansiedad generalizada o trastorno por pánico con o sin agorafobia. Se midieron autoinformes y registros por parte del terapeuta, semanalmente, antes, durante la intervención y con seguimiento de 3 meses. El análisis de medidas repetidas documentó reducciones significativas en ansiedad en 20 de los sujetos. Dichos cambios se mantuvieron en seguimientos, por lo que se concluyó que el grupo de MBSR, logró reducir síntomas de ansiedad generalizada y de pánico (Peterson & Pbert, 1992).

Un estudio aplicó la MBCT con ocho semanas de duración. Se midieron aspectos cualitativos en usuarios de dos Unidades de Salud Mental con sintomatología ansiosa y depresiva. Un total de 32

participantes obtuvieron buenos niveles de aceptación, además, la mayoría notó cambios en su forma de pensar, de sentir, y en su relación con los demás (Martí & Barrachina, 2008).

Con respecto a la MBCT, otro estudio remarcó que es un tratamiento potencialmente efectivo para reducir ansiedad y síntomas del estado del ánimo, así como incrementar el darse cuenta de las experiencias diarias en los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (Evans et al., 2008).

Otros estudios han señalado que la MBCT es efectiva para reducir síntomas de estrés (Chiesa & Serretti, 2009), así como reducir reactividad emocional y mejorar la regulación emocional en pacientes con trastorno de ansiedad social (Goldin & Gross, 2010).

Un metaanálisis apoyó la eficacia del uso de las terapias basadas en atención plena para reducir síntomas de ansiedad en población clínica, incluso en condiciones crónicas médicas (Hofmann et al., 2010). De igual manera, un estudio probó la eficacia de la MBCT en la mejora de los síntomas de ansiedad en una muestra de personas diagnosticadas con fibromialgia, los resultados indicaron que este tratamiento resultó efectivo en la mejora a corto plazo de la ansiedad (Delgado et al., 2012).

Siguiendo con las intervenciones para tratar síntomas de ansiedad y depresión, a partir de una revisión sistemática de la literatura científica, se conoció el grado de eficacia clínica de los tratamientos basados en atención plena. De un total de 1,450 referencias bibliográficas se seleccionaron 15 estudios, el análisis sistemático de estos estudios indicó que las intervenciones terapéuticas basadas en la atención plena resultan moderadamente eficaces en la reducción de síntomas de depresión y ansiedad (Miró et al., 2011).

Al estudiar los efectos de la MBCT en trastornos psiquiátricos, una revisión sugirió que este tratamiento fue significativamente mejor

que los cuidados usuales contra la depresión mayor (en cuatro estudios), así como en la reducción de síntomas de ansiedad en pacientes con trastorno de ansiedad (en un estudio). Sin embargo, algunas cuestiones metodológicas de estos estudios fueron las siguientes: muestras pequeñas, diseños no aleatorizados, y ausencia de comparación con grupos control (Chiesa & Serretti, 2011).

Los programas terapéuticos MBSR y MBCT, han sido descritos como opciones viables, de bajo costo y basadas en evidencia para el manejo del estrés. Se considera que estas intervenciones ayudan a reducir síntomas en la salud mental y a prevenir recaídas en la depresión (Hofmann et al., 2010; Rodgers et al., 2012).

Un estudio de metaanálisis tuvo como objetivo clarificar inconsistencias en los hallazgos reportados en la intervención de la terapia basada en la atención plena, y se condujo un análisis del tamaño del efecto para evaluar la eficacia. La estimación del tamaño del efecto sugirió que la terapia basada en atención plena es moderadamente efectiva en comparaciones pre intervención y post intervención, en contraste con controles en listas de espera, y versus otros tratamientos. Sin embargo, esta intervención no difiere con la tradicional terapia cognitiva-conductual, o tratamientos farmacológicos. Se concluyó que la intervención basada en la atención plena es un tratamiento efectivo para una variedad de problemas psicológicos, especialmente efectivo para reducir ansiedad, estrés y depresión (Khoury et al., 2013).

Las intervenciones basadas en la atención plena han reunido una gran cantidad de estudios tanto básicos como aplicados. Considerada en estos últimos años como parte de las terapias de tercera generación, estos tratamientos han resultado útiles en diversos problemas tanto físicos como psicológicos y para incrementar el bienestar. Revisiones sugieren que las intervenciones basadas en la atención plena junto con

sus técnicas, son ideales para contextos de atención primaria, y logran sus mayores tasas de eficacia en pacientes con sintomatología ansiosa y depresiva (Hervás et al., 2016).

Algunos estudios han corroborado que los niveles de atención plena y de compasión correlacionan negativamente con la ansiedad (Bergen-Cico & Cheon, 2014; Fulton & Cashwell, 2015). Asimismo, diferentes autores han señalado que los tratamientos basados en la atención plena, reducen sustancialmente síntomas de ansiedad en diversos tipos de trastornos (Vøllestad et al., 2011), en personas con cáncer (Zhang et al., 2015) y en sintomatología ansiosa que presentan los alumnos de licenciatura y posgrado al ser evaluados académicamente (Dundas et al., 2016).

Una revisión sistemática de la bibliografía científica actual sobre los tratamientos de atención plena para los trastornos de ansiedad mostró la evidencia en relación con su eficacia. Dicha eficacia se reflejó en el tamaño de los efectos elevados y consistentes en todos los estudios. Asimismo, excepto en un estudio, los cambios se mantuvieron en las evaluaciones de seguimiento. El análisis de estos estudios sugirió que las intervenciones psicológicas basadas en atención plena son un tratamiento eficaz para los trastornos de ansiedad generalizada, angustia, fobia social y estrés postraumático (Hodann-Caudevilla & Serrano-Pintado, 2016).

Otro estudio evaluó la factibilidad y la eficacia inicial de una intervención basada en la atención plena en un grupo de doce sesiones por semana, adaptada para personas con trastorno de ansiedad social. La intervención incluyó elementos del programa MBSR y la capacitación explícita en la autocompasión, con el fin de cultivar una postura más aceptable y amable hacia uno mismo. También se utilizaron procedimientos de exposición para ayudar a los participantes a practicar la respuesta consciente a las experiencias

internas evocadas por las situaciones sociales temidas. Como resultado se obtuvo un 80% de nivel de usabilidad y aceptabilidad. El grupo de tratamiento obtuvo mejores resultados que un grupo control, al mejorar la gravedad de los síntomas de ansiedad social y depresión, además, la intervención también aumentó la compasión hacia uno mismo y estas mejoras se mantuvieron por un periodo de tres meses (Koszycki et al., 2016).

Mediante la MBSR aplicada a adultos jóvenes con Trastorno de Ansiedad Social (*SAD* por sus siglas en inglés), los participantes reportaron reducciones significativas en los síntomas de *SAD* y la angustia psicológica global, así como un aumento en la atención plena, la autocompasión y la autoestima (Hjeltnes et al., 2017).

Con respecto a mecanismos psicológicos, las intervenciones basadas en atención plena pueden mejorar las estrategias de regulación emocional positiva, así como los niveles de autocompasión, así como disminuir rumiación y evitación experiencial. Asimismo, estos cambios están asociados con diferentes beneficios clínicos, incluyendo la reducción de niveles de estrés y el mejoramiento de emociones positivas (Chiesa et al., 2014).

Otro metaanálisis, evaluó la eficacia y los mecanismos de acción del MBSR en población no clínica. En un total de 29 estudios se estimó que este programa es moderadamente efectivo en los análisis pretratamiento y postratamiento, los cambios fueron mantenidos en un promedio de 9 semanas de seguimiento. Los resultados sugirieron largos efectos en la disminución del estrés, y moderados efectos en la reducción de la ansiedad y la depresión. Además, cambios en medidas de atención plena y compasión, correlacionaron con cambios en medidas clínicas, en postratamiento y seguimiento. Como conclusión el programa MBSR es moderadamente eficaz en la reducción del estrés, la depresión, la ansiedad y la angustia y mejora la calidad de vida de

los individuos sanos; sin embargo, se necesita más investigación para identificar los elementos más efectivos del programa (Khoury et al., 2015).

Un estudio que evaluó los mecanismos que subyacen a los efectos de las intervenciones basadas en la atención plena, encontraron una fuerte y consistente evidencia en el mecanismo de reactividad emocional y cognitiva, moderada consistencia en el mecanismo de atención plena y rumiación, y preliminar evidencia para el mecanismo de autocompasión y flexibilidad psicológica, por lo que se concluyó que estos mecanismos están mediando los efectos positivos de estas intervenciones en la salud mental (Gu et al., 2015).

Tras aplicar las intervenciones basadas en la atención plena, se han observado mejorías con respecto al correlato neurobiológico de la emocionalidad (Davidson et al., 2003). Algunos estudios mencionan que la atención plena aumenta los estados afectivos positivos (Jain et al., 2007), y regula el procesamiento automático de la emoción y la tristeza (Farb et al., 2010).

Hay evidencia que sugiere que las emociones positivas aumentan tras asistir a intervenciones en atención plena, tanto en población general (Nyklíček & Kuijpers, 2008), como en población clínica (Geschwind et al., 2011). A nivel de regulación emocional, numerosos estudios han demostrado que las intervenciones basadas en atención plena mejoran el funcionamiento emocional en general, la regulación emocional en particular y el funcionamiento de sus bases neurológicas (Tang et al., 2015).

Las intervenciones basadas en la atención plena también han sido utilizadas en la atención de mujeres embarazadas. Estudios clínicos experimentales recientes sugieren que la práctica de la atención plena disminuye niveles de estrés, ansiedad, depresión y aumentan estados afectivos positivos de bienestar en las mujeres que están en su fase de

embarazo. Además, estas terapias son una excelente opción, ya que las embarazadas han reportado buena adherencia a estas intervenciones, así como sentirse cómodas con las intervenciones. Estos tratamientos no generan gastos extras ni para la paciente ni para el hospital, al disminuir el número de nacimientos con complicaciones, la atención plena puede reducir la duración de la hospitalización y el costo para las organizaciones hospitalarias. Otra ventaja es su costo-efectiva aplicación, ya que pueden brindarse tanto en formato individual como en modalidad grupal (Duncan & Bardacke, 2010; Goodman et al., 2014; Guardino et al., 2014; Matvienko-Sikar et al., 2016; Muzik et al., 2012; O'Leary et al., 2016).

Debido a que la sintomatología ansiosa es prevalente en las mujeres embarazadas, se han realizado intervenciones basadas en atención plena que incluyen el componente de la compasión, dando buenos resultados, ya que los datos indican que la autocompasión puede ser importante en aumentar estados de bienestar en las mujeres embarazadas (Pereira et al., 2016; Xavier et al., 2016).

### **Justificación del estudio**

En el ámbito de la salud, los problemas mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de las personas, las familias y la sociedad. Millones de personas en el mundo luchan diariamente contra la ansiedad clínica y sus síntomas. Es por ello que la ansiedad se considera como uno de los problemas de salud de mayor importancia a investigar, con el propósito de desarrollar y aplicar intervenciones que puedan resolver con efectividad y eficacia este padecimiento (Clark & Beck, 2012).

En la actualidad dos terceras partes de las mujeres mexicanas se embarazan (Vélez, 2014). Una proporción considerable de las mujeres embarazadas pueden presentar algún trastorno específico o síntomas

de ansiedad (Stern, 2004), además, los síntomas de ansiedad son frecuentes en el periodo perinatal y pueden tener un impacto negativo en la salud materna y neonatal (Meades & Ayers, 2011). En esta etapa las mujeres son proclives a desarrollar sintomatología ansiosa debido a que sienten preocupación por la salud de sus bebés, miedo al parto, inquietud por la lactancia, y angustia por su desempeño como futuras madres. Por lo anterior, es importante atender este tipo de problemática para aplicar tratamientos eficaces y oportunos en las mujeres embarazadas (Maldonado-Durán & Lartigue, 2008; Rodrigues et al., 2004).

Internacionalmente la prevalencia de la ansiedad en mujeres embarazadas se encuentra en un rango que va de entre 15% y 30% (Alderdice et al., 2013; Fairbrother et al., 2016; Giardinelli et al., 2012; Rubertsson et al., 2014; Silva et al., 2017). En un hospital del IMSS de Jalisco, México, un estudio descriptivo estimó una prevalencia de ansiedad en un 50% de las mujeres embarazadas, por lo que se reportó una alta incidencia de sintomatología ansiosa para esta población (Aceves et al., 2013).

Uno de los principales conflictos estriba en que la ansiedad en el embarazo provoca un desequilibrio fisiológico y una hiperactividad del Sistema Nervioso Simpático (SNS). Estas respuestas fisiológicas están asociadas con una serie de perturbaciones como las siguientes: aborto espontáneo, retardo en el crecimiento intrauterino, parto prematuro, así como hipertensión gestacional. Asimismo, esta sobre estimulación del SNS puede resultar en una mayor duración de la labor de parto, aumentando el riesgo de complicaciones para la madre y el bebé (Díaz et al., 1999; Reck et al., 2013). Además, la ansiedad en el embarazo pone en riesgo la salud del futuro bebé provocando en algunos casos bajo peso al nacer, malnutrición fetal e incluso problemas en el neurodesarrollo (Ding et al., 2014; Uguz et al., 2013).

Por lo anterior señalado, se considera primordial atender a las mujeres embarazadas que presenten sintomatología ansiosa mediante tratamientos psicológicos basados en evidencia científica, con el fin de prevenir y reducir riesgos en la salud de este sector de la población (Lemon et al., 2015).

La terapia cognitivo conductual se considera efectiva para tratar los trastornos de ansiedad y sintomatología ansiosa (Powers et al., 2008). Una revisión sistemática de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para las mujeres embarazadas diagnosticadas con trastornos de ansiedad, sugirió que el tratamiento cognitivo-conductual debería ser el primero en ofrecerse a las mujeres embarazadas que presenten esta problemática, debido a los resultados positivos que genera este tipo de terapia en la reducción de los niveles de ansiedad (Marchesi et al., 2016).

Un estudio piloto tuvo como objetivo examinar la efectividad de la terapia cognitivo conductual grupal para diez mujeres diagnosticadas con ansiedad en su etapa perinatal. Las participantes completaron el programa en seis sesiones semanales con duración de dos horas cada una. Como resultados hubo una reducción estadísticamente significativa en sintomatología ansiosa y depresiva al término del tratamiento, asimismo, las participantes también reportaron alta aceptabilidad y satisfacción con la intervención. Estos hallazgos sugirieron que el tratamiento cognitivo conductual puede ser eficaz para disminuir síntomas de ansiedad en mujeres embarazadas (Green et al., 2015).

Asimismo, los componentes de relajación muscular progresiva y ejercicios de respiración profunda y diafragmática, además de reducir síntomas de ansiedad y afectar procesos emocionales y cognitivos, han demostrado tener un efecto relajante y estabilizador en el SNS (Kim, Roth, & Wollburg, 2015; Subbalakshmi, Adhikari, & Shanmugavel

Jeganathan, 2014). La aplicación de estas técnicas de relajación pueden promover cambios fisiológicos en la presión arterial, la frecuencia cardiaca y parámetros endócrinos en mujeres embarazadas (Nereu et al., 2013; Resmaniasih et al., 2016; Teixeira et al., 2005; Urech et al., 2010).

Por otro lado, la literatura científica internacional indica que los tratamientos basados en la atención plena, en conjunto con la aplicación de componentes de meditación en la compasión, mejoran la salud mental en la regulación emocional y la atención plena, y disminuyen niveles de estrés y sintomatología ansiosa, los beneficios se han observado entre diversos grupos etarios (adultos y de tercera edad). Además, estos tratamientos son alternativas eficaces para intervenir en los trastornos de ansiedad generalizada, de pánico y de ansiedad social (Evans et al., 2008; Goldin & Gross, 2010; Helmes & Ward, 2017; Hofmann et al., 2010; Jazaieri et al., 2012; Y. W. Kim et al., 2009; Koszycki et al., 2016; Vøllestad et al., 2011).

Estudios clínicos recientes sugieren que la práctica de la atención plena disminuye niveles de estrés, ansiedad, depresión y aumentan estados afectivos positivos de bienestar en mujeres embarazadas, las participantes han reportado buena adherencia a estos tratamientos. Además, al disminuir el número de nacimientos con complicaciones, la atención plena reduce la duración de la hospitalización, sin generar gastos extras ni para el paciente ni para el hospital, otra ventaja es que esta intervención puede ser entregada en formato individual o grupal (Duncan & Bardacke, 2010; Goodman et al., 2014; Guardino, Dunkel Schetter, Bower, Lu, & Smalley, 2014; Matvienko-Sikar, Lee, Murphy, & Murphy, 2016; O'Leary, Dockray, & Hammond, 2016).

Las intervenciones basadas en la atención plena y con componentes centrados en la autocompasión, han dado resultados favorables para el tratamiento de sintomatología ansiosa en las mujeres

embarazadas, en específico, la compasión puede ser importante en aumentar estados de bienestar en las mujeres embarazadas (Pereira et al., 2016; Xavier et al., 2016).

Con respecto al componente de meditación en la atención plena, algunos estudios han reportado generar cambios en variables psicofisiológicas como son: regulación respiratoria, (Vlemincx et al., 2013), variabilidad en la frecuencia cardiaca y tasa cardiaca (Krygier et al., 2013; Lumma et al., 2015; van der Zwan et al., 2015), conductancia electrodérmica de la piel (Lush et al., 2009), y temperatura periférica de la piel (Kuan et al., 2016).

Con respecto al componente de la compasión, un estudio examinó el papel de la compasión y el apoyo social en la reactividad al estrés fisiológico. Se encontró que mayores niveles de compasión se asociaron con menor reactividad en la presión arterial y una menor reactividad de la hormona cortisol en la sangre. Además, la compasión dirigida hacia los demás, puede aumentar nuestra capacidad de recibir apoyo social, lo que puede conducir a un perfil más adaptativo de la reactividad al estrés (Cosley et al., 2010).

Haciendo un resumen de la información hasta aquí señalada, la ansiedad durante el embarazo es común y causa malestar en la futura madre y su producto, además, se ha prestado poca atención a este importante problema, existen escasas investigaciones en el tema y se han dejado a las mujeres embarazadas con pocas opciones de tratamientos psicológicos probados científicamente (Lemon et al., 2015). Aunque la mayoría de las mujeres en nuestro país se embarazan, en los hospitales públicos no se cuenta con servicios de salud psicológica enfocados específicamente a la reducción de la ansiedad en la etapa del embarazo, debido a que en estas instituciones solamente se manejan talleres psicoprofilácticos, así como criterios y pautas de derivación a atención psicológica (Pimentel-Nieto et al., 2013).

## **Propósito del estudio**

Debido a que en el campo de la psicología y la salud se requiere de nuevas intervenciones que sean de fácil aplicación y de mayor utilidad terapéutica, modernas, eficaces, de alta aceptación social, y que logren abarcar mayores sectores de la población; el propósito de este proyecto fue el siguiente: en una primera fase, se propuso evaluar de manera preliminar las dos intervenciones psicológicas con mayor eficacia según la literatura; la terapia cognitivo conductual y la atención plena compasiva, con el objetivo de reducir la sintomatología ansiosa en mujeres embarazadas que asistieron a un hospital de la Ciudad de México, en este estudio se evaluó el cambio clínico objetivo. En la segunda fase de este estudio, se implementó la alternativa terapéutica de la atención plena compasiva para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa en dos escenarios clínicos de la Ciudad de México, fue una investigación clínica que se realizó mediante un diseño intrasujetos de medidas repetidas.

## **Estudio 1**

### **Objetivos de la investigación del estudio 1**

#### **Objetivo general**

Evaluar dos intervenciones psicológicas para tratar a mujeres embarazadas que presentaron síntomas de ansiedad, realizando mediciones en el pretratamiento, en el postratamiento y en seguimiento.

#### **Objetivos específicos**

##### **Atención Plena Compasiva (APC)**

1. Evaluar el cambio clínico objetivo (CCO) en cada mujer embarazada con sintomatología ansiosa, al aplicarles la

intervención atención plena compasiva (APC) por medio de un taller individualizado. Los indicadores psicométricos que se midieron fueron: sintomatología ansiosa, atención plena, compasión, afecto positivo y afecto negativo.

2. Medir indicadores fisiológicos así como los registros y los seguimientos en las mujeres que participaron en el modelo de la APC. Estas evaluaciones se efectuaron en el pretratamiento, en cada módulo, en el postratamiento y en el seguimiento a tres meses.

### **Terapia Cognitivo Conductual (TCC)**

3. Evaluar el cambio clínico objetivo (CCO) en cada mujer embarazada con sintomatología ansiosa, al aplicarles la terapia cognitivo conductual (TCC), por medio de un taller individualizado. Los indicadores psicométricos que se midieron fueron: sintomatología ansiosa, afecto positivo y afecto negativo.
4. Medir indicadores fisiológicos así como los registros y los seguimientos en las mujeres que participaron en el modelo de la TCC. Estas evaluaciones se efectuaron en el pretratamiento, en cada módulo, en el postratamiento y en el seguimiento a tres meses.

## **Preguntas de investigación del estudio 1**

### **APC**

1. ¿Cómo influye la APC aplicada a mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa en las mediciones psicométricas: escala de ansiedad, escala de atención plena, escala de compasión, subescala de afecto positivo y subescala de afecto negativo?

2. ¿Se observarán mejoras en los indicadores fisiológicos así como en los registros y en el seguimiento, después de aplicar la APC en mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa?

### **TCC**

3. ¿Cómo influye la TCC aplicada a mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa en las mediciones psicométricas: escala de ansiedad, subescala de afecto positivo y subescala de afecto negativo?
4. ¿Se observarán mejoras en los indicadores fisiológicos así como en los registros y en el seguimiento, después de aplicar la TCC en mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa?

### **Participantes en el estudio 1**

En la consulta externa de un Hospital de la Ciudad de México, se invitaron a 40 mujeres embarazadas para cursar un taller psicológico dirigido a reducir sintomatología ansiosa en mujeres embarazadas. En total, 18 mujeres completaron la evaluación inicial, así como la preevaluación y cumplieron con los criterios de inclusión al estudio. Posteriormente, las participantes fueron asignadas mediante un método aleatorio simple a las dos condiciones de tratamiento (nueve participantes a la APC y otras nueve participantes a la TCC). Seis participantes (tres en APC y tres en TCC) concluyeron los 8 módulos de estas intervenciones, realizaron la evaluación postratamiento y efectuaron el seguimiento al mes y a los tres meses.

Las razones reportadas por las participantes para no continuar en este estudio fueron las siguientes: horarios de trabajo inflexibles, distancias largas que dificultaban el arribo de la sesión, cambio de hospital para continuar con sus controles médicos, y problemas económicos. En la tabla 2 se resumen las características generales de las seis participantes que concluyeron todas las evaluaciones.

Tabla 2. Características generales de las participantes n = 6

Participante	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Edad Gestacional	Diagnóstico psiquiátrico
1 TCC	39	Unión libre	Licenciatura	21 semanas	No
2 TCC	34	Soltera	Licenciatura	24 semanas	No
3 TCC	37	Soltera	Licenciatura	24 semanas	No
1 APC	32	Casada	Preparatoria	21 semanas	No
2 APC	36	Casada	Doctorado	22 semanas	No
3 APC	25	Soltera	Licenciatura	23 semanas	No

### **Criterios de inclusión**

a) Mujeres embarazadas atendidas en el hospital, que presentaran sintomatología ansiosa en algún nivel, ya sea leve, moderado o grave, de acuerdo con la escala IMADIS Ansiedad Versión Beta.

b) Que las mujeres se encontraran en el primero, segundo o a inicios del tercer trimestre de embarazo.

### **Criterios de exclusión**

a) Tener una edad gestacional mayor a 30 semanas de embarazo.

b) Que presentaran algún diagnóstico de trastorno psiquiátrico.

c) Que se encontraran en otro tratamiento psicológico o farmacológico.

d) Que padecieran alguna enfermedad médica que requiriera otro tipo de tratamiento.

### **Criterios de eliminación**

a) Abandono del tratamiento.

b) Tres faltas consecutivas sin aviso previo, durante el tratamiento.

## **Escenario del estudio 1**

Servicio de la División de Gineco-Obstetricia, Área de Psicoprofilaxis del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Los procedimientos de evaluación, intervención y seguimiento se llevaron a cabo en el Aula 1 del Hospital. Este lugar contó con iluminación, cuatro sillas, un escritorio y los materiales para llevar a cabo las intervenciones (pantalla con bocinas y computadora). Todas las participantes fueron expuestas a las mismas condiciones ambientales.

## **Diseño de investigación del estudio 1**

Se aplicó un diseño intra-sujetos con medidas repetidas de las variables dependientes en pretratamiento, postratamiento y seguimiento (Barlow, 2009; Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

## **Variables independientes del estudio 1**

### **A) Atención Plena Compasiva:**

La APC constó de 8 módulos más una sesión de evaluación pretratamiento, una sesión de evaluación postratamiento, y una sesión de seguimiento. A continuación se describen los módulos y las sesiones:

#### Sesión de evaluación pretratamiento (60 minutos).

- Firma del Consentimiento Informado.
- Toma de los signos vitales previa a la sesión.
- Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, previa a la evaluación.
- Entrevista inicial.
- Aplicación de los instrumentos psicométricos de la evaluación basal.

- Explicación y enseñanza de la importancia de realizar el autorregistro diario de ansiedad.
- Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, posterior a la evaluación.
- Toma de los signos vitales posterior a la sesión.

### Módulo 1. Psicoeducación: ansiedad en el embarazo (120 minutos).

- Bienvenida al módulo 1.
  - Toma de los signos vitales previa al presente módulo.
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, previa al presente módulo.
  - Revisión y entrega del autorregistro diario de ansiedad.
- Reglas, propósito del taller y encuadre.
  - Lineamientos del servicio psicológico.
  - Visión del tratamiento: propósito y estructura del taller, acuerdos, cantidad y frecuencia de las sesiones, asistencia, habilidades a desarrollar, importancia del autorregistro.
- Ansiedad en el embarazo.
  - Problemática general de la ansiedad en el embarazo.
  - Datos sobre el embarazo en México.
  - ¿Por qué es común la ansiedad durante el embarazo?
  - Aspectos fisiológicos de la ansiedad durante el embarazo.
  - Antagonismo oxitocina-adrenalina.
  - Marco normativo, Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016.
- Definición de las emociones y su impacto en la salud.
- Beneficios del taller individualizado para embarazadas con ansiedad.
- Evaluación del conocimiento adquirido.
- Cierre del módulo 1.

- Resumen de las actividades realizadas en el presente módulo.
- Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, posterior al presente módulo.
- Toma de los signos vitales posterior al presente módulo.

## Módulo 2. Introducción a la atención plena compasiva (120 minutos).

- Bienvenida al módulo 2.
  - Toma de los signos vitales previa al presente módulo.
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, previa al presente módulo.
  - Revisión y entrega del autorregistro diario de ansiedad.
- Repaso del módulo 1.
- Definición y práctica de la Atención Plena.
  - Meditaciones: postura de los siete puntos y la naturaleza de la mente.
- Definición y práctica de la compasión.
  - Introducción al entendimiento y a la práctica de la Compasión.
- Definición de la Atención Plena Compasiva (APC).
- Beneficios de la práctica de la Atención Plena Compasiva en la salud.
- Evaluación del conocimiento y de las habilidades adquiridas en el módulo 2.
  - Aprender a realizar el autorregistro y asignar prácticas de meditación en casa (al menos una práctica diaria por cada meditación).
- Cierre del módulo 2.
  - Resumen de las actividades realizadas en el presente módulo.

- Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, posterior al presente módulo.
- Toma de los signos vitales posterior al presente módulo.

### Módulo 3. Bases de la atención plena y de la compasión (120 minutos).

- Bienvenida al módulo 3.
  - Toma de los signos vitales previa al presente módulo.
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, previa al presente módulo.
  - Revisión y entrega del autorregistro diario de ansiedad.
  - Revisión y entrega del autorregistro diario de meditación.
- Repaso del módulo 2.
- Atenta a lo que sientes (eventos mentales).
- La realidad es impermanente.
- Meditación: conteo de las respiraciones.
- Apego y aversión.
- Juicios internos (etiquetas).
- Meditación: liberarse del deseo.
- Evaluación del conocimiento y de las habilidades adquiridas en el módulo 3.
- Cierre del módulo 3.
  - Resumen de las actividades realizadas en el presente módulo.
  - Asignar las prácticas de meditación en casa (al menos una práctica diaria por cada meditación).
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, posterior al presente módulo.
  - Toma de los signos vitales posterior al presente módulo.

#### Módulo 4. El sufrimiento y las características de la realidad (120 minutos).

- Bienvenida al módulo 4.
  - Toma de signos vitales previa al presente módulo.
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental previa al presente módulo.
  - Revisión y entrega del autorregistro diario de ansiedad.
  - Revisión y entrega del autorregistro diario de meditación.
- Repaso del módulo 3.
- Meditación conteo de las respiraciones.
- La verdad del sufrimiento.
- Ley de la causa y el efecto.
- Ley de la interdependencia.
- Ley de la impermanencia.
- Meditación: la impermanencia en una flama.
- La realidad de la vacuidad.
- Evaluación del conocimiento y habilidades adquiridas.
- Cierre del módulo 4.
  - Resumen de las actividades realizadas en el presente módulo.
  - Asignar prácticas de meditación en casa (al menos una práctica diaria por cada meditación).
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, posterior al módulo.
  - Toma de los signos vitales posterior al presente módulo.

#### Módulo 5. Atención Plena Compasiva en la vida cotidiana (120 minutos).

- Bienvenida al módulo 5.
  - Toma de los signos vitales previa al presente módulo.

- Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental, previa al presente módulo.
- Revisión y entrega del autorregistro diario de ansiedad.
- Revisión y entrega del autorregistro diario de meditación.
- Repaso del módulo 4.
- Identificando los hábitos de la mente.
- Piloto automático.
- Meditación: conteo de las respiraciones.
- Meditación Shamata y Vipassana.
- Meditaciones formales e informales en la atención plena y la compasión.
- Meditación: compasión hacia uno mismo y hacia los demás.
- Evaluación del conocimiento y de las habilidades adquiridas.
- Cierre del módulo 5.
  - Resumen de las actividades realizadas en el presente módulo.
  - Asignar práctica de meditación en casa (al menos una práctica diaria por cada meditación).
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental, posterior al módulo.
  - Toma de los signos vitales posterior al presente módulo.

#### Módulo 6. Comunicación atenta y compasiva (120 minutos).

- Bienvenida al módulo 6.
  - Toma de los signos vitales previa al presente módulo.
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental, previa al presente módulo.
  - Revisión y entrega del autorregistro diario de ansiedad.
  - Revisión y entrega del autorregistro diario de meditación.
- Repaso del módulo 5.
- Ecuanimidad.

- Meditación: la práctica del perdón.
- El desapego.
- Renuncia o compasión hacia uno mismo.
- Compasión vs empatía.
- Amor bondadoso.
- Meditación: Intercambio de uno mismo por los demás.
- Evaluación del conocimiento y de las habilidades adquiridas.
- Cierre del módulo 6.
  - Resumen de las actividades realizadas en el presente módulo.
  - Asignar las prácticas de meditación en casa (al menos una práctica diaria por cada meditación).
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental de la participante, posterior al presente módulo.
  - Toma de los signos vitales posterior al presente módulo.

#### Módulo 7. Acciones que favorecen el bienestar (120 minutos).

- Bienvenida al módulo 7
  - Toma de los signos vitales previa al presente módulo.
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental en la participante, previa al presente módulo.
  - Revisión y entrega del autorregistro diario de ansiedad.
  - Revisión y entrega del autorregistro diario de meditación.
- Repaso del módulo 6.
- Meditación: amor bondadoso.
- Generosidad.
- Ética.
- Paciencia.
- Esfuerzo gozoso.
- Concentración.

- Sabiduría.
- Meditación: nada es ordinario.
- Evaluación del conocimiento y de las habilidades adquiridas.
- Cierre del módulo 7.
  - Resumen de actividades realizadas en el presente módulo.
  - Asignar las prácticas de meditación en casa (al menos una práctica diaria por cada meditación).
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental de la participante, posterior al presente módulo.
  - Toma de los signos vitales posterior al presente módulo.

Módulo 8 Mantenimiento de la práctica: “viviendo con atención plena compasiva” (120 minutos).

- Bienvenida al Módulo 8.
  - Toma de los signos vitales previa al presente módulo.
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental de la participante, previa al presente módulo.
- Revisión y entrega del autorregistro diario de ansiedad.
- Revisión y entrega del autorregistro diario de meditación.
- Repaso del módulo 7.
- Meditación: amor bondadoso.
- La flecha envenenada.
- Todos deseamos ser felices.
- Características de la realidad como antídotos.
- La aspiración.
- Meditación formal en la aspiración.
- Plan de actividades.
- Evaluación del conocimiento y de las habilidades adquiridas.
- Cierre del taller, dudas generales del taller y resumen de las actividades realizadas en el presente módulo y en el taller.

- Resumen de actividades realizadas en el presente módulo y en el taller.
- Asignar prácticas de meditación para realizar hasta la sesión de seguimiento (continuar practicando diariamente la meditación de su interés).
- Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental en la participante, posterior al módulo.
- Toma de los signos vitales posterior al módulo.

#### Sesión de evaluación postratamiento (60 minutos).

- Toma de los signos vitales previa a la sesión.
- Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental.
- Evaluación psicométrica postratamiento.
- Satisfacción del usuario.
- Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental.
- Toma de los signos vitales posterior a la sesión.

#### Sesión de seguimiento (60 minutos).

- Toma de los signos vitales previa a la sesión.
- Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental.
- Entrevista de seguimiento.
- Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental.
- Toma de los signos vitales posterior a la sesión.

### **B) Tratamiento Cognitivo-Conductual (TCC):**

El TCC constó de 8 módulos, más una sesión de evaluación pretratamiento y otra sesión de evaluación postratamiento, a continuación, se describen los módulos y las sesiones:

### Sesión de evaluación pretratamiento (60 minutos).

- Firma del Consentimiento Informado.
- Toma de los signos vitales previa a la sesión.
- Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, previa a la evaluación.
- Entrevista inicial.
- Aplicación de los instrumentos psicométricos de la evaluación basal.
- Explicación y enseñanza de la importancia de realizar el autorregistro diario de ansiedad.
- Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, posterior a la evaluación.
- Toma de los signos vitales posterior a la sesión.

### Módulo 1. Psicoeducación: ansiedad en el embarazo (120 minutos).

- Bienvenida al módulo 1.
  - Toma de los signos vitales previa al presente módulo.
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, previa al presente módulo.
  - Revisión y entrega del autorregistro diario de ansiedad.
- Reglas, propósito del taller y encuadre.
  - Lineamientos del servicio psicológico.
  - Visión del tratamiento: propósito y estructura del taller, acuerdos, cantidad y frecuencia de las sesiones, asistencia, habilidades a desarrollar, importancia del autorregistro.
- Ansiedad en el embarazo.
  - Problemática general de la ansiedad en el embarazo.
  - Datos sobre el embarazo en México.
  - ¿Por qué es común la ansiedad durante el embarazo?
  - Aspectos fisiológicos de la ansiedad durante el embarazo.

- Antagonismo oxitocina-adrenalina.
- Marco normativo, Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016.
- Definición de las emociones y su impacto en la salud.
- Beneficios de taller individualizado para embarazadas con ansiedad.
- Evaluación del conocimiento adquirido.
- Cierre del módulo 1.
  - Resumen de las actividades realizadas en el presente módulo.
  - Evaluación de la percepción de niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, posterior al módulo.
  - Toma de los signos vitales posterior al presente módulo.

Módulo 2. Explicando el proceso de la preocupación-ansiedad e introducción al entrenamiento en la relajación (120 minutos).

- Bienvenida al módulo 2.
  - Toma de los signos vitales previa al presente módulo.
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, previa al presente módulo.
  - Revisión y entrega del autorregistro diario de ansiedad.
- Repaso del módulo 1.
- Explicando el proceso de la preocupación-ansiedad y sus componentes.
  - Introducción a la naturaleza de la ansiedad y la preocupación.
  - Explicación gráfica de cómo se relaciona la ansiedad con el aspecto fisiológico, las cogniciones y las conductas de las personas.

- Entrenamiento para darse cuenta de los eventos internos y externos que producen ansiedad y de las reacciones a los mismos mediante ejemplo personal.
- Introducción a la relajación.
  - Explicar la utilidad y los beneficios del entrenamiento en la relajación.
- Ejercicio tensión-relajación de 15 grupos musculares en posición sentada.
- Ejercicio de respiración diafragmática
- Respiración relajada y final de la relajación.
- Aprender a realizar el autorregistro y asignar prácticas de relajación en casa (al menos una práctica diaria).
- Evaluación del conocimiento y de las habilidades adquiridas.
- Cierre del módulo.
  - Resumen de las actividades realizadas en el presente módulo.
  - Evaluación de la percepción de niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, posterior al presente módulo.
  - Toma de los signos vitales posterior al presente módulo.

### Módulo 3. Aumentando la consciencia de nuestros pensamientos y relajación muscular (120 minutos).

- Bienvenida al módulo 3.
  - Toma de los signos vitales previa al presente módulo.
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, previa al presente módulo.
  - Revisión y entrega del autorregistro diario de ansiedad.
  - Revisar la práctica y el registro diario de la relajación, entrega de un nuevo autorregistro.
- Repaso del módulo 2.

- Diferenciar entre los hechos y las interpretaciones.
- Distorsiones comunes en el pensamiento.
- Entrenamiento del autorregistro: episodios de preocupación.
- Tensión-relajación de 5 grupos musculares en posición sentada.
- Respiración diafragmática.
- Respiración naturalmente relajada y final del ejercicio de relajación.
- Evaluación del conocimiento y de las habilidades adquiridas.
- Cierre del módulo 3.
  - Resumen de las actividades realizadas en el presente módulo.
  - Asignar las prácticas de relajación en casa (al menos una práctica diaria).
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, posterior al presente módulo.
  - Toma de los signos vitales posterior al presente módulo.

Módulo 4. Desafiando las distorsiones cognitivas y relajación mediante recuerdo (120 minutos).

- Bienvenida al módulo 4.
  - Toma de los signos vitales previa al presente módulo.
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, previa al presente módulo.
  - Revisión y entrega del autorregistro diario de ansiedad.
  - Revisar la práctica y el registro de la relajación, entrega de un nuevo autorregistro.
  - Revisar el registro: episodios de preocupación.
- Repaso del módulo 3.
- Desafiando las distorsiones en mi pensamiento.

- Descubrimiento guiado.
- Descatastrofización.
- Relajación mediante recuerdo.
- Respiración diafragmática.
- Respiración naturalmente relajada y final del ejercicio de relajación.
- Evaluación del conocimiento y de las habilidades adquiridas.
- Cierre del módulo 4.
  - Resumen de las actividades realizadas en el presente módulo.
  - Asignar las prácticas de relajación en casa (al menos una práctica diaria).
  - Asignar la realización del autorregistro: desafiando distorsiones cognitivas.
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, posterior al módulo.
  - Toma de los signos vitales posterior al presente módulo.

Módulo 5. Generando puntos de vista alternativos y relajación suscitada por señal (120 minutos).

- Bienvenida al módulo 5.
  - Toma de los signos vitales previa al presente módulo.
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, previa al presente módulo.
  - Revisión y entrega del autorregistro diario de ansiedad.
  - Revisar práctica y registro de la relajación, entrega de nuevo autorregistro.
  - Revisar el registro: desafiando distorsiones cognitivas.
- Repaso del módulo 4.
- Generando puntos de vista alternativos.

- Ver la situación desde un contexto más amplio, imaginar los extremos y el punto medio, imaginar la perspectiva de una tercera persona.
- Relajación suscitada por señal.
- Respiración diafragmática.
- Respiración naturalmente relajada y final del ejercicio de relajación.
- Evaluación del conocimiento y de las habilidades adquiridas.
- Cierre del módulo 5.
  - Resumen de las actividades realizadas en el presente módulo.
  - Asignar las prácticas de relajación en casa (al menos una práctica diaria).
  - Asignar la realización del autorregistro: generando puntos de vista alternativos.
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, posterior al módulo.
  - Toma de los signos vitales posterior al presente módulo.

Módulo 6. Desarrollando respuestas racionales y relajación diferencial (120 minutos).

- Bienvenida al módulo 6.
  - Toma de los signos vitales previa al presente módulo.
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, previa al presente módulo.
  - Revisión y entrega del autorregistro diario de ansiedad.
  - Revisar práctica y registro de la relajación, entrega de nuevo autorregistro.
  - Revisar el registro: generando puntos de vista alternativos.
- Repaso del módulo 5.

- Desarrollando respuestas racionales.
- Prueba de hipótesis evaluadas en experiencias de la vida real.
  - Crear una interpretación más adaptativa de cada evento ansiógeno mediante la técnica de comprobación de hipótesis empíricas.
- Relajación suscitada por señal.
- Relajación diferencial sentada y de pie.
  - Primero se debe tensar solamente aquellos músculos directamente requeridos por una posición o actividad, la tensión por los músculos no requeridos por la actividad se reduce al mínimo.
  - Hacer el ejercicio de relajación cuando no se está activa, cuando se está mínimamente activa, y cuando se está claramente activa.
- Evaluación del conocimiento y de las habilidades adquiridas.
- Cierre del módulo 6.
  - Resumen de las actividades realizadas en el presente módulo.
  - Asignar las prácticas de relajación en casa (al menos una práctica diaria por cada posición entrenada).
  - Asignar la realización del autorregistro: creando y probando las respuestas racionales.
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, posterior al módulo.
  - Toma de los signos vitales posterior al presente módulo.

Sesión 7. Mantenimiento de la reestructuración de pensamientos y Relajación rápida (120 minutos).

- Bienvenida al módulo 7.
  - Toma de los signos vitales previa al presente módulo.

- Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, previa al presente módulo.
- Revisión y entrega del autorregistro diario de ansiedad.
- Revisar práctica y registro de la relajación, entrega de nuevo autorregistro.
- Revisar el registro: creando y probando las respuestas racionales.
- Repaso del módulo 6.
- Mantenimiento de la reestructuración de los pensamientos ansiógenos.
- Aplicación de la relajación rápida en cuatro ocasiones y en las siguientes condiciones: sentada, de pie, no activa y activa.
  - Primero: hacer 1-3 inspiraciones profundas y exhalar lentamente después de cada inspiración. Segundo: repetirse mentalmente y de un modo lento alguna de las siguientes palabras: "calma", "relajación" o "tranquilidad" cada vez que exhale. Tercero: examinar su cuerpo para localizar cualquier tensión existente e intentar relajarse tanto como le sea posible en la situación.
- Evaluación del conocimiento y de las habilidades adquiridas.
- Cierre del módulo 7.
  - Resumen de las actividades realizadas en el presente módulo.
  - Asignar las prácticas de relajación en casa (la relajación rápida se practica de 15 a 20 veces al día en situaciones normales de su vida cotidiana).
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, posterior al módulo.
  - Toma de los signos vitales posterior al presente módulo.

## Sesión 8. Mantenimiento de la relajación y prevención de recaídas (90 minutos).

- Bienvenida al módulo 8.
  - Toma de los signos vitales previa al presente módulo.
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, previa al presente módulo.
  - Revisión y entrega del autorregistro diario de ansiedad.
  - Revisar práctica y registro de la relajación, entrega de nuevo autorregistro.
- Repaso módulo 7.
- Mantenimiento de la relajación.
  - Hacer una jerarquía de situaciones que producen tensión o ansiedad.
  - Ir utilizando estas técnicas de las situaciones menos estresantes, a las más estresantes.
  - Explicar que la relajación se "oxida" si se deja de usar como cualquier otra habilidad, por ello es importante que siga practicando y desarrolle el hábito de explorar la tensión en su cuerpo al menos una vez al día.
  - Se pide a la participante que deje de realizar el registro de práctica de relajación y reacciones tensión-ansiedad.
- Prevención de recaídas.
  - Metáfora del viaje y de la montaña del cambio.
  - Explicar diferencia entre caída y recaída.
  - Repaso del modelo explicativo del TCC.
  - Preguntas sobre el aprendizaje en la terapia.
  - Proyecto terapéutico de acción (plan nuevo vs plan viejo).
- Programar sesiones de seguimientos al primer mes y a los tres meses.
- Evaluación del conocimiento y de las habilidades adquiridas.

- Cierre del módulo 8 y cierre del presente taller.
  - Resumen de las actividades realizadas en la sesión.
  - Asignar las prácticas de relajación para el seguimiento (continuar practicando diariamente la relajación de su interés).
  - Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, posterior al módulo.
  - Toma de los signos vitales posterior al último módulo.

#### Sesión de Evaluación Postratamiento (60 minutos).

- Toma de los signos vitales previa a la sesión.
- Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, previa a la sesión.
- Evaluación psicométrica postratamiento.
- Satisfacción del usuario.
- Evaluación de la percepción de niveles de ansiedad y calma mental por parte de la participante, posterior a la sesión.
- Toma de los signos vitales posterior a la sesión.

#### Sesión de seguimiento (60 minutos).

- Toma de los signos vitales previa a la sesión.
- Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental.
- Entrevista de seguimiento.
- Evaluación de la percepción de los niveles de ansiedad y calma mental.
- Toma de los signos vitales posterior a la sesión.

## Variables dependientes del estudio 1

### A) Variables Psicométricas

1. Escala de Depresión Perinatal de Edinburg (EPDS por sus siglas en inglés). Adaptada para población mexicana (Ortega et al., 2001), consta de diez cortas declaraciones, la mujer escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. Se validó en una muestra de 360 mujeres embarazadas en las semanas 28-34 de gestación. Con relación a la validez de constructo, se identificaron dos factores con valores eigen superiores a 1.0, que dan cuenta del 50.3% de la varianza total: el primer factor agrupó los reactivos 1,2,7,8,9,10, que están más relacionados con sentimientos depresivos; y el segundo factor se integró con los reactivos 3,4,5,6, más relacionados con la ansiedad. Respecto de la confiabilidad, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.81 en la escala global, un alfa estandarizada de 0.82 y un coeficiente de 0.75, por el método de mitades de Guttman. En el retest con 97 mujeres, a las seis semanas postparto, se obtuvieron coeficientes de correlación adecuados (0.79, 0.65 y 0.62). Cabe mencionar que esta escala psicométrica se utilizó en este estudio exclusivamente para descartar la posibilidad de depresión en las participantes y la necesidad de aplicarles alguna otra intervención.

2. Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida Versión Beta, llamado también IMADIS Versión Beta por sus siglas (Jurado y Col. 2019 en prensa). Con respecto a la escala de Ansiedad, está diseñada para la identificación de síntomas de ansiedad, por lo que el lenguaje empleado y la construcción de cada uno de los reactivos son propios de la población. Puede aplicarse tanto en forma individual como colectiva. La escala de Ansiedad obtuvo un valor del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach's = 0.96. La validez concurrente fue adecuada, ya que el coeficiente de correlación de Pearson entre la

escala Ansiedad del IMADIS y el Inventario de Ansiedad de Beck fue de  $r = 0.70$ ,  $p = 0.000$ . El instrumento clasifica a la ansiedad en distintos niveles de acuerdo con su intensidad y cuenta con 21 reactivos con categoría de respuesta escala Likert, que van de nunca a siempre (de 1 a 5). El IMADIS Versión Beta escala Ansiedad, está compuesto por 3 subescalas representativas de este constructo y a continuación se describen: a) Respuesta Cognitiva: esta subescala retoma los sesgos que las personas llegan a presentar ante diversas situaciones, señales o estímulos activadores, que permiten una valoración, percepción o interpretación primaria de amenaza, sobreestimando la probabilidad de que se produzca algún daño. Asimismo, la persona se percibe como incapaz de afrontar tal daño o peligro anticipado. Por lo tanto, los reactivos de esta subescala evalúan la presencia de pensamientos o sentimientos de miedo, preocupación, temor o amenaza (son cuatro reactivos que lo componen). b) Respuesta Fisiológica: se asocia a un incremento en la actividad de dos sistemas; Sistema Nervioso Autónomo y Sistema Nervioso Somático, produciendo aumentos en la actividad cardiovascular, electrodérmica, el tono músculo-esquelético y la frecuencia respiratoria (siete son los reactivos que componen este rubro). c) Interacción Social: esta última subescala se enfoca en la presencia de ansiedad ante situaciones cotidianas y diversos contextos (familiar, laboral, entre otros), en los que se perciben diversas situaciones como amenazantes (son diez reactivos que componen esta subescala).

**3. Escala de Atención Plena** (*Mindful Attention Awareness Scale* o "MAAS" por sus siglas en inglés), adaptada y validada para población mexicana (López-Maya et al., 2015). La confiabilidad de este instrumento es adecuada, ya que cuenta con un valor del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach's = 0.89. Esta prueba obtuvo validez concurrente al correlacionar directamente con el Cuestionario de Cinco Facetas de la

Atención Plena  $r = 0.45$ . La escala cuenta con 15 reactivos que van de casi siempre a casi nunca (de 1 a 6 como rango de respuesta).

4. Escala de Compasión para población mexicana (Tello & Coutiño, 2019). El coeficiente de consistencia interna fue alto con un valor de  $\alpha$  de Cronbach's = 0.90. Este instrumento obtuvo validez estructural, y a continuación se desglosa: Los indicadores de bondad de ajuste absoluto obtenidos para la escala fueron: (1)  $\chi^2$  entre los grados de libertad (el cociente debería ser  $< 4.00$ ; a menor índice, mejor ajuste) =  $236.837 / 115 = 2.05$ ; (2) índice de ajuste comparativo de Bentler (CFI, *Comparative fit index*; el valor debería acercarse a 0.90; cuanto mayor sea el valor, mejor ajuste) = 0.962, y (3) raíz cuadrada media de error de aproximación (RMSEA, *Root Mean Square Error of Approximation*; para un buen ajuste el valor debería ser  $\leq 0.05$ ) = 0.05. Los indicadores de ajuste relativo obtenidos los cuales oscilan entre 0 y 1 ( $\leq 0.90$  generalmente es considerado un buen ajuste) fueron: (1) Índice de ajuste normalizado (NFI Normed Fit Index) = 0.92; (2) Índice de Ajuste Incremental (IFI, *Incremental Fit Index*) = 0.96; (3) Índice de Ajuste Comparativo (CFI, *Comparative Fit Index*) = 0.96. En suma, los indicadores de bondad de ajuste para la Escala de Compasión para población mexicana presentaron niveles adecuados de ajuste a los datos, lo cual confirma la estructura factorial obtenida en el análisis exploratorio.

5. Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo en parejas casadas mexicanas o PANAS por sus siglas en inglés (Moral de la Rubia, 2011). Se definieron por el criterio de Cattell los dos factores esperados de Afecto Positivo (AP-10) con un  $\alpha = 0.84$  y Afecto Negativo (AN-10) con un  $\alpha = 0.88$ . Al reducir a cinco indicadores por factor ( $\alpha = 0.85$  en ambos), el modelo de dos factores correlacionados mostró un ajuste de bueno a adecuado. La correlación de AP-10 con depresión fue -0.24 y con ansiedad-estado -0.49. La correlación de AN-10 con depresión fue 0.60 y con ansiedad-estado 0.71. El PANAS en parejas casadas

mexicanas posee propiedades adecuadas para su uso en México. El *PANAS* cuenta con 20 sentimientos que van de nada a muchísimo (de 1 a 5).

## **B) Variables fisiológicas**

La Evaluación de los indicadores fisiológicos se realizaron al inicio y al final de cada sesión y de cada módulo. También se midió este indicador en los seguimientos. El método para registrar estos datos consistió en los siguientes pasos:

a) Antes de realizar la evaluación de los signos vitales de cada sesión, se aseguró que la participante reposara durante cinco minutos para observar los parámetros iniciales. La instrucción para esta fase fue la siguiente: "por favor permanezca sentada con los ojos abiertos durante cinco minutos".

b) inmediatamente después, se realizaba la medición basal de los indicadores fisiológicos. La instrucción para esta fase fue la siguiente: "continúe sentada con los ojos abiertos, realizaremos la evaluación inicial de los signos vitales".

c) Al término de la medición fisiológica basal se daba inicio al módulo. El comienzo y el final de cada módulo dependió de una señal dada por el terapeuta. La instrucción para esta fase fue la siguiente: "iniciaremos el módulo y al final volveremos a realizar las mediciones fisiológicas".

d) Después de concluido el módulo, se procedía a hacer el segundo registro fisiológico. La instrucción para esta fase fue la siguiente: "hemos concluido con este módulo, por favor nuevamente permanezca sentada con los ojos abiertos para realizar la evaluación final de los signos vitales".

La evaluación de los indicadores fisiológicos de la respuesta de estrés-ansiedad, la cual está asociada con la regulación emocional, se llevó a cabo mediante dos fases:

- Fase 1. Mediciones previas a los módulos.
  - Frecuencia respiratoria.
  - Frecuencia cardiaca.
  - Temperatura de la piel.
- Realización del módulo.
- Fase 2. Mediciones posteriores a los módulos.
  - Frecuencia respiratoria.
  - Frecuencia cardiaca.
  - Temperatura de la piel.

A continuación, se describen las mediciones fisiológicas.

**1. Frecuencia respiratoria:** es un proceso natural en nuestro organismo que al registrarse nos ayuda a evaluar la respuesta fisiológica del estrés-ansiedad. La forma y el ritmo de la respiración se entrena para la disminución de síntomas asociados a la ansiedad (Clark & Beck, 2012). Se midió mediante un Estetoscopio Simple Medimetrics 588, el cual permite escuchar y contar la frecuencia respiratoria por minuto.

**2. Frecuencia cardiaca.** Es el número de veces que se contrae el corazón en un minuto. Se registró con apoyo de un Baumanómetro Automático de Brazo Nebucor MOD HL-888JA con 99 memorias, el cual se encargó de medir el pulso sanguíneo, pues este es un referente directo de los latidos por minuto.

**3. Temperatura periférica de la piel en mano.** Es un correlato fisiológico de la respuesta de la relajación-ansiedad (Domínguez et al., 2001). Se midió mediante un Termómetro Infrarrojo Digital Libre de

contacto marca Neutek Modelo NT1. Con un rango de medición de 10°C a 50°C, y con un rango de error de calibración de  $\pm 0.3^\circ\text{C}$ .

### **C) Registros**

1. Escala de valoración diaria del estado del ánimo (Barlow, 2004). Es una valoración ideográfica diaria del nivel de ansiedad o de calma en general, y es muy útil para detectar las fluctuaciones de la ansiedad subjetiva. La escala permite examinar al terapeuta los cambios en la ansiedad general y la calma mental en general como parte de la evaluación de la efectividad del tratamiento y para identificar las situaciones asociadas a la percepción de la ansiedad. Es una escala del 0 al 10 que registra los cambios cotidianos en la percepción de la ansiedad.

2. Formato de Supervisión Clínica (Díaz, 2019). Es un cuestionario que evalúa la integridad del tratamiento psicológico. Se trata del registro de un observador independiente sobre la forma en que da los módulos el terapeuta. Se puede aplicar en sesiones individuales o grupales. El propósito de este instrumento es evaluar de forma objetiva al terapeuta encargado de dar los componentes de la intervención. El instrumento mide la aplicación de los conceptos teóricos del modelo terapéutico, las habilidades clínicas y los procedimientos terapéuticos propios de las intervenciones cognitivo conductuales de segunda y tercera generación. En cada reactivo se puede obtener cero puntos o un punto, dependiendo de si el terapeuta presentó o no la habilidad al brindar el módulo.

Esta escala se clasifica en tres áreas de evaluación y a continuación se explican:

A. Fundamentos teóricos del modelo (TCC o APC) para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa: son los conocimientos teóricos sobre el embarazo, la ansiedad, la ansiedad en el embarazo, la atención plena y la compasión en el caso del modelo de APC y la

reestructuración cognitiva y técnicas de relajación en el caso de la TCC. Evalúa si el terapeuta identifica y logra definir los conceptos teóricos de cada intervención, así como aplicar correctamente las estrategias de cada intervención. Esta subescala cuenta con 4 reactivos.

B. Enseñanza-Aprendizaje: Es el método de aplicación de los componentes del taller y la transmisión de los conocimientos. Evalúa la planeación de la sesión, si organización del tiempo, si el terapeuta brinda información apropiada del tema principal del módulo, si da las instrucciones claras para realizar las actividades, si modela las herramientas, si corrige y si reconoce conductas eficientes. También mide, si proveen los materiales de la sesión, si cierra la sesión de forma apropiada y si se brindan las actividades de práctica diaria. Esta subescala cuenta con 14 reactivos.

C. Habilidades terapéuticas: son las acciones del terapeuta que favorecen la alianza terapéutica y la adherencia terapéutica y mide los siguientes aspectos: si el terapeuta hace contacto con la participante, si mantiene una actitud tranquila, si brinda bienvenida a la sesión y encuadre, si sonríe, si apoya y maneja las resistencias para favorecer la práctica de los componentes. Por otro lado también mide si el terapeuta retoma comentarios de la participante, realiza cuestionamientos y reflexiona, aplica metáforas, escucha participaciones, resume y señala puntos clave de las herramientas. Esta subescala cuenta con 17 reactivos.

3. Cuestionario de Satisfacción del Usuario (Quiroga, 2008). Es un cuestionario que consta de 10 reactivos en total. Las primeras 7 preguntas son de una escala tipo Likert, con puntuaciones que van del 1 al 4 donde a mayor puntuación significa mayor satisfacción del usuario con el tratamiento. Estas 7 preguntas cuestionan sobre la satisfacción, la calidad y si fue de ayuda el servicio que recibió cada participante. Las últimas tres preguntas en el cuestionario son abiertas,

en las cuales se indaga la opinión de las participantes sobre qué fue lo más útil, lo menos útil y qué mejoras le harían al servicio terapéutico.

#### **D) Seguimiento**

Tiene el propósito de identificar los avances de cada usuaria en la consecución de sus metas alcanzadas, después de concluido el programa de intervención. La entrevista mide si la participante mantuvo la aplicación de las estrategias terapéuticas aprendidas después de asistir a su tratamiento. Para el modelo de la TCC se indagó sobre si utilizó las siguientes 12 estrategias: relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, relajación mediante recuerdo, relajación suscitada por señal, relajación diferencial, relajación rápida, diferenciar entre los hechos y sus interpretaciones, identificar tipos de distorsiones en el pensamiento, realizar el descubrimiento guiado, aplicar la descatastrofización, generar puntos de vista alternativos y probar puntos de vista alternativos. Por otro lado, en las usuarias que asistieron al modelo de la APC se midieron en esta entrevista el mantenimiento de las siguientes 12 estrategias y/o formas de meditación: postura de los siete puntos, metáfora de la roca a la orilla del mar, conteo de las respiraciones, controlar el deseo, “metta” o amor compasivo, nada es ordinario, la impermanencia en una flama, amor bondadoso, la práctica del perdón, intercambiarse a uno mismo por los demás, meditación informal en la atención plena, y meditación informal en la compasión.

De las variables dependientes utilizadas en este estudio piloto, se explicó a cada una de las participantes que era importante confirmar su comprensión cabal de cada pregunta, cada reactivo y cada instrumento. Si alguna participante tenía dudas, se le volvía a explicar el objetivo de cada medición o el significado de cada pregunta, para reducir en la medida de lo posible algún sesgo en los hallazgos. También se aseguró que las participantes supieran que el objetivo de

las mediciones y la importancia de recabar estos datos era que ellas tuvieran una métrica de sus avances, así como lograr evaluar el impacto en este tipo de intervenciones.

## **Procedimiento del estudio 1**

### **I. Detección.**

El reclutamiento se realizó con las mujeres embarazadas que asistieron a revisión médica dentro del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. La selección de cada participante fue intencional no probabilística. Por medio de una invitación personal en formato de tríptico, se les explicó el objetivo, duración y beneficios de asistir a un tratamiento psicológico. Quienes estuvieron interesadas, fueron citadas a una sesión de evaluación mediante un pase que contenía los siguientes datos: nombre y teléfono del psicólogo, así como día y fecha de la consulta.

### **II. Evaluación.**

La evaluación se realizó en una sesión de pretratamiento. Las actividades realizadas en cada sesión de evaluación fueron las siguientes: evaluación de los criterios de inclusión, firma del consentimiento informado, medición de los signos vitales al inicio y al final de la sesión, aplicación de una entrevista inicial semiestructurada, aplicación de los instrumentos psicométricos (Inventario Ansiedad, Escala de Atención Plena, Escala de Compasión y Escala de Afectos Positivos y Negativos), y asignación aleatoria de cada participante a uno de los tratamientos psicológicos (TCC o APC). La duración promedio de estas sesiones fue de 60 minutos. Al final de estas sesiones a cada participante se le citó para que asistiera al taller individualizado asignado. A continuación, se describen brevemente los

formatos consentimiento informado y entrevista inicial, los demás instrumentos se describieron en el apartado variables dependientes:

a) Consentimiento informado. Documento que la participante firma en acuerdo de ingresar a una intervención psicológica y colaborar en la investigación clínica. Se justifica el objetivo del estudio, se expone el procedimiento para efectuarlo, los beneficios de asistir al tratamiento y se da a conocer la confidencialidad de los datos. También queda explícito que la participación es voluntaria y que tiene la libertad de retirarse en cualquier momento si así lo desea. Este documento cumple con las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud, Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, artículo 100, fracción IV; así como del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos” Capítulo I, Disposiciones Comunes, artículo 13, el cual señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, artículos 14 fracción V, 20, 21 y 22 de dicho Reglamento; y, de conformidad con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki.

b) Entrevista inicial. Instrumento mediante el cual se obtiene información sobre diversos factores: datos de identificación personal, datos sociodemográficos, datos sobre el embarazo, motivo de consulta, definición y análisis del problema, historia del problema, antecedentes patológicos, trastornos o padecimientos actuales, tratamientos previos y actuales, motivación, expectativas, recursos y limitaciones de la participante.

### **III. Tratamientos.**

La intervención de la atención plena compasiva para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa es una adaptación del

Programa de Atención Plena Compasiva en Salud, implementada por Sánchez-Paquini y Moreno Coutiño (2017). Este modelo es una intervención dirigida a población con problemas de sintomatología ansiosa y/o depresiva. En la Ciudad de México se ha utilizado este modelo para atender diversas problemáticas de salud física y mental, a continuación se mencionan algunos estudios; calidad de vida y asma (Paquin & Coutiño, 2017), conducta de atracción en la obesidad (Maldonado et al., 2017), policonsumidores de drogas (Gutiérrez et al., 2021) y dolor en pacientes con artritis reumatoide (Patoni et al., 2022).

La intervención de la terapia cognitivo conductual para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa se adaptó del modelo cognitivo conductual del grupo de Borkovec y colaboradores, este modelo ha sido efectivo para el tratamiento para personas con trastorno de ansiedad generalizada (Behar & Borkovec, 2010; Borkovec, 2006; Borkovec, Hazlett-Stevens, & Diaz, 1999; Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004). Este modelo de intervención combina la terapia cognitiva y la reestructuración cognitiva con el entrenamiento en diferentes tipos de relajación. La intervención de la TCC para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa fue revisada, aprobada y supervisada por un comité de expertos en salud mental y académicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, y se ajustó de acuerdo con los criterios de viabilidad de la intervención en el escenario aplicado y en la población objetivo.

Los tratamientos se implementaron respectivamente en 8 módulos con duración aproximada de dos horas. Las intervenciones fueron instrumentadas por un psicólogo con entrenamiento para aplicar el modelo de la APC así como el modelo de la TCC. El terapeuta tuvo un rol directivo y llevó a cabo las intervenciones mediante una exposición teórica y ejercicios prácticos para el desarrollo de las diferentes habilidades establecidas en los diferentes componentes que integraron los programas de tratamiento y las metas

correspondientes a cada módulo. La integridad del tratamiento se efectuó por medio de dos psicólogas observadoras independientes quienes presenciaron todos los módulos y calificaron cada sesión mediante una lista cotejable de actividades a realizar por parte del terapeuta. A continuación se describe el componente de psicoeducación que se utilizó por igual en ambos tratamientos, posteriormente se desglosan los componentes utilizados por cada intervención.

### **Componente de psicoeducación para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa**

En la psicoeducación, ambos tratamientos utilizaron el mismo componente de ansiedad en el embarazo y desregulación emocional, a continuación se describen:

a) Ansiedad y embarazo: se explicaron los factores que inciden en la ansiedad, (Sierra et al., 2003), la frecuencia de la ansiedad en el embarazo (Aceves et al., 2013), la asociación entre sintomatología ansiosa elevada y las complicaciones obstétricas (Leonetti & Martins, 2007), los daños provocados por la ansiedad en el desarrollo fetal (Ding et al., 2014), y el desequilibrio fisiológico característico de los estados de ansiedad (Reck et al., 2013).

b) Desregulación emocional: Explicación de cómo se relaciona la mente con el cuerpo. Indicar que la respuesta fisiológica del miedo genera un desequilibrio en las funciones de nuestro sistema nervioso central y autónomo (eje simpático-medular-adrenal y eje hipotalámico-hipofisario-adrenal), generando procesos de estrés y ansiedad en las personas, y en específico, afectando en la salud de las mujeres embarazadas y su producto (Barrondo et al., 2008; Leonetti & Martins, 2007; Reck et al., 2013).

En seguida se explican los componentes pertenecientes a cada tratamiento psicológico (APC y TCC).

## **Componentes de la APC para mujeres embarazadas**

### **1. Introducción a la atención plena compasiva**

A) Atención plena compasiva: Se explicó qué es la atención plena, se realizaron meditaciones para percibir la atención plena, se explicó qué es la compasión, y finalmente se definió a la atención plena compasiva como la capacidad de permanecer en el momento presente, sin juzgar, con aceptación, sin generar aversión o apego a los eventos mentales, y con el reconocimiento y aspiración de aliviar el sufrimiento propio y el de los demás (Paquini & Coutiño, 2017). Se indicó que las personas que no practican la atención plena ni la compasión pueden traer a su mente pensamientos que no se encuentran centrados en el presente, produciendo así una experiencia de malestar. Cuando la mente se centra en el pasado, pueden surgir emociones, sensaciones y conductas relacionadas con la sintomatología depresiva, y cuando la mente se enfoca en eventos futuros, se pueden generar preocupaciones, aumentando la experiencia de la sintomatología ansiosa (Paquini & Coutiño, 2017).

B) Eventos mentales: Se introdujo este tema al definir a los eventos mentales como todas las sensaciones, emociones y pensamientos que se caracterizan por surgir dentro del continuo mental de las personas. Los eventos mentales son fenómenos observables únicamente para el individuo, tienen una duración breve y permanecen en constante cambio. Estos eventos mentales son el resultado de la interpretación de los estímulos internos y externos, los cuales sirven como una herramienta que permite percibir las experiencias y darles un sentido y un significado. Al explicar este tema se enseñó que los eventos mentales comúnmente están influenciados por las experiencias pasadas, por las normas culturales y por las expectativas personales, y que en muchos casos no son congruentes con la realidad de la experiencia presente (Paquini & Coutiño, 2017).

## 2. Atención Plena

A) Entrenamiento en el entendimiento de la causalidad: Mediante ejemplos y reflexiones se trató el tema de la causalidad, se explicó que a cada acción (ya sea un pensamiento, palabra o conducta), le corresponde una reacción. Se expuso el ejemplo de un derrame de petróleo en el mar, analizando las posibles causas iniciales y todas las consecuencias posibles. El terapeuta también utilizó el ejemplo del “efecto dominó” para explicar cómo un leve empujón a una ficha puede ejercer una influencia sobre todas las demás. Se escucharon los ejemplos de la participante, identificando causas y efectos. Se identificó el efecto de la causalidad en experiencias personales de la vida de las participantes.

B) Entrenamiento en la percepción de la interdependencia: Se explicó que la interdependencia es la característica de la realidad que afirma la codependencia e interrelación de todos los fenómenos. Por medio de análisis e indagaciones, se analizó cómo surgen y se modifican los fenómenos por una combinación de una infinidad de factores. El terapeuta utilizó el ejemplo de un árbol, el cual depende de diferentes condiciones externas e internas para que pueda mantenerse con vida, y cómo su existencia genera condiciones que ejercen un efecto en otros. El terapeuta mencionó ejemplos de situaciones cotidianas, señalando que la motivación al realizar algo puede tener un rol parcial o determinante en determinados efectos y resultados. La participante identificó alguna experiencia personal que le haya causado sufrimiento y observó las distintas causas y condiciones que han contribuido a generarla y a modificarla.

C) Entrenamiento en la percepción de la impermanencia: Se expuso que la impermanencia es una de las características de la realidad que hace referencia al cambio constante de los fenómenos. Por medio de cuestionamientos, se analizó cómo se manifiesta la

impermanencia en diferentes situaciones, inicialmente con ejemplos sugeridos por el terapeuta, y después la participante mencionó otros. Mediante una lluvia de ideas, se elaboró una lista de cosas “permanentes” e “impermanentes”, el terapeuta induce a que la participante reconozca que no existe ningún fenómeno que sea permanente, todo ha tenido un inicio y un fin o bien se modifica momento a momento incluso de forma imperceptible a los sentidos. La participante identificó alguna experiencia de su vida que le haya generado sufrimiento y observó cómo ha cambiado a lo largo del tiempo.

D) Entrenamiento en el reconocimiento de la vacuidad: Se mencionó que los fenómenos compuestos (incluyendo nuestros pensamientos, palabras y acciones), están carentes de existencia inherente. Se ejemplificó la naturaleza de la mente con la metáfora del vaso de cristal, la cual menciona que la naturaleza de nuestra mente es puramente cognoscente. El vaso de cristal representa la naturaleza de nuestra mente y se argumenta que este vaso no puede ser manchado por los contenidos mentales. La mente tiene la facultad de contener diferentes pensamientos y emociones, sin embargo, nosotros al reconocer la vacuidad de los fenómenos, tenemos la capacidad de ser observadores de los fenómenos y distanciarnos de los contenidos mentales para así no fusionarnos con ellos, ni asignarles valores absolutos de verdad o realidad a nuestros pensamientos y emociones.

### **3. Compasión**

A) Experiencia del sufrimiento humano: Se señaló que el sufrimiento es una condición presente en la vida de todas las personas, sin embargo, este sufrimiento tiene sus causas, se puede vencer, y existe una metodología correcta para alcanzar la liberación del sufrimiento, mediante la práctica de la atención plena y la compasión. Cuando se considera que la felicidad solamente se obtiene al alcanzar

aquellas cosas que son agradables, y evitar las que son desagradables, se producirá apego y aversión. Sin embargo, mediante la práctica de la meditación se enseñó a cada participante a ser más observadora de su propia realidad, a aceptarla tal cual como es, a no sobre reaccionar ante los eventos mentales, y distanciarse emocionalmente de los contenidos mentales (Paquini & Coutiño, 2017).

B) Experiencia de la compasión: Se explicó que la compasión es una actitud voluntaria que a nivel cognitivo identifica el sufrimiento de los seres vivos, incluyéndose a sí mismo, y a nivel emocional reconoce el estado de aflicción y genera acciones encaminadas a aliviar el sufrimiento. Se explicó que la compasión es el ingrediente activo de la atención plena, ya que la compasión dirige la mente y la conducta a generar soluciones que permitan una experiencia de vida con mayor bienestar, reconociendo con la misma importancia a todos los seres vivos. Se analizaron las diferencias entre la empatía y la compasión (Paquini & Coutiño, 2017).

C) Experiencia de la sabiduría: Se entrenó en la experiencia del vacío, se explicó que la vacuidad es una característica de la realidad y se define como la carencia de existencia inherente de todos los fenómenos compuestos, nada es independiente a la mente y los fenómenos no están separados de la percepción del observador. La participante elaboró dos listas, la primera con cualidades o defectos que se perciben como propias y la segunda con las características que otras personas le han asignado a ella. Se analizaron las diferencias entre ambas listas y el terapeuta condujo a la participante a notar que estas etiquetas son producto de juicios internos o de otros observadores, y que estos juicios pueden cambiar momento a momento.

#### **4. Meditación**

A) Meditación formal: entrenamiento en técnicas de meditación *Shamata* o mente en calma: se compone de tres habilidades: la postura, la respiración y la motivación adecuada.

I. Postura: el terapeuta modeló la postura de los siete puntos (*Vajrasana*) hasta que los participantes lograron realizarla: 1) Sentarse en la orilla de la silla sin recargar la espalda. 2) La mano derecha sobre la izquierda con la punta de los pulgares en contacto. 3) Espalda recta pero no rígida. 4) Hombros ligeramente hacia atrás, relajados y brazos sin pegarlos al cuerpo. 5) Ojos relajados y entreabiertos, dirigiendo la vista hacia un punto fijo. 6) Labios y dientes relajados y boca entreabierta, la punta de la lengua toca el paladar. 7) La cabeza inclinada en un ángulo de 45 grados (Ricard, 2009).

II. Respiración: se indicó que la respiración debe ser natural, suave, calmada, rítmica y silenciosa, observando los cambios sutiles del cuerpo y la mente. Las sensaciones, pensamientos y emociones que emerjan se reconocen gentilmente, se aceptan y no se juzgan, para luego soltarlas y dejarlas ir, mientras la atención regresa a la respiración u objeto de concentración. Se utilizaron diferentes objetos de atención mientras se realizaba la respiración; el conteo de las respiraciones, observar una vela encendida, la escucha de audios, escaneo del cuerpo y observar el contenido de nuestros pensamientos (Paquini & Coutiño, 2017).

III. Motivación: se refiere al cultivo de la compasión mediante la meditación, que se lleva a cabo generando mentalmente la aspiración de liberar a los seres del sufrimiento. Para lograr este objetivo específico, se utilizaron las técnicas guiadas de amor bondadoso o *Metta Bhavana* (Hangartner, 2013) y una meditación de intercambio de uno mismo por los demás o *Tonglen* (Ricard, 2009). La descripción de cada meditación se entregó por escrito para que pudieran ser repetidas y practicadas en casa.

B) Entrenamiento en la práctica informal de la atención plena: se enseñó a cada participante a dirigir y regular intencionalmente la atención, cuidando que los pensamientos, las palabras y las acciones se enfoquen en la experiencia del momento presente. Se realizaron meditaciones informales al comer, cocinar, bañarse, caminar, transportarse, lavarse las manos, pero también al platicar y al estar en interacciones sociales. El terapeuta indicó que también en esos momentos de práctica se debía prestar atención a las sensaciones corporales y a la causalidad, impermanencia e interdependencia de cada situación. Se motivó a que las participantes comenzaran a integrar su práctica en el día a día y se pidió que en los módulos describieran su experiencia de forma hablada y escrita.

C) Entrenamiento en la práctica informal de la compasión: Se refiere a utilizar la práctica informal de la atención plena con una actitud compasiva. Se explicó a la participante que la práctica correcta de la compasión implica realizar acciones que prevengan o alivien el sufrimiento propio y el de los demás, por ejemplo, al cuidar su salud y la de su futuro bebé o asistiendo al médico para supervisar adecuadamente su fase de embarazo. Para ello se pidió que permanecieran con atención constante en las actividades del diario vivir, reconociendo el sufrimiento y anhelando liberarse de él, y así, generar acciones, palabras o pensamientos que detengan o contribuyan a cambiar la experiencia (tomando en cuenta la causalidad). Como práctica en casa, se realizó un ejercicio de escucha compasiva con algún familiar o amistad. Consistió en platicar con una persona de confianza y escucharle hablar sobre alguna situación que le hubiera causado sufrimiento, la participante debía escuchar con la intención de detectar lo que sentía la otra persona, y al mismo tiempo generar pensamientos, palabras y acciones dirigidas a brindarle un momento de aceptación, sin juzgarle, y expresar verbalmente el anhelo de que pudiera alcanzar el bienestar. En la sesión, se revisaron las impresiones de la

participante al realizar esta práctica. Otra actividad fue la de salir a caminar y observar su entorno con la intención de identificar virtudes. También se explicó que una virtud consiste en aquellas acciones que producen beneficios a algún ser vivo, por ejemplo, una persona que se levanta temprano para salir a ejercitarse, alguien que compra y preparara el alimento para la familia, el notar que la banqueta por la que caminan fue construida en beneficio de muchos seres, etc. Mientras se realizó este ejercicio, la participante debía notar cualquier juicio que la mente pudiera emitir, por ejemplo: “esa persona está haciendo mal”, y cuando se notara el juicio, simplemente el pensamiento se deja ir y su atención regresa a identificar alguna virtud en la experiencia, se indicó a la participante que también podía estar atenta constantemente a las acciones virtuosas en el momento en el que se estuvieran realizando. También se le pidió a la participante que escribiera una lista de las acciones que considerara benéficas hacia algún ser vivo, ya sea hacia sí mismas o hacia los demás, y que la llevara a cabo.

## **Componentes de la TCC para mujeres embarazadas**

### **1. Explicación del modelo cognitivo-conductual de la experiencia de la ansiedad y la preocupación**

A) Entrenamiento para darse cuenta de los estímulos internos (cogniciones, emociones y sensaciones) y externos (ambientes, situaciones, lugares, personas y objetos) que disparan la ansiedad y las reacciones fisiológicas asociadas. Se explicó el modelo cognitivo-conductual de la experiencia de la ansiedad y la preocupación, imaginando y describiendo durante la sesión los estímulos provocadores de la ansiedad y la preocupación, para notar las sensaciones, pensamientos e imágenes asociadas. La experiencia de la ansiedad se divide en el estímulo disparador, y posteriormente en tres diferentes áreas, la cognitiva, la fisiológica y la conductual. El reconocer este modelo de la ansiedad, permitió que la participante

fuera consciente de los factores que mantiene su ansiedad y que aprendiera a identificar tempranamente los cambios que ocurren durante este proceso.

B) Desregulación emocional: Se explicó la distinción entre la ansiedad adaptativa y no adaptativa. La ansiedad no es buena ni mala, es simplemente una emoción que sirve para funciones adaptativas o no adaptativas. Se comentó que la meta del tratamiento no era eliminar la ansiedad por completo, sino reducir los episodios no adaptativos de ansiedad y preocupación. También se señaló que la respuesta fisiológica del miedo activada por la ansiedad y la preocupación, provoca un desequilibrio en las funciones de nuestro sistema nervioso central y autónomo (eje simpático-medular-adrenal y eje hipotalámico-hipofisario-adrenal), generando procesos de estrés y ansiedad en las personas, y en específico, afectando en la salud de las mujeres embarazadas y su producto (Barrondo et al., 2008; Leonetti & Martins, 2007; Reck et al., 2013).

## **2. Relajación**

A) Se explicó a la participante que el fin de la relajación es reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad y de este modo, contribuir a la reducción de las preocupaciones. Se comenzó con dos semanas de ejercicios de tensión-relajación en 15 grupos musculares. Estos ejercicios consistieron en enseñar a discriminar las sensaciones de tensión y relajación en cada grupo muscular. Tras acabar los 15 grupos, se emplearon técnicas de profundización de la relajación como la respiración lenta, regular y diafragmática y la respiración relajada. Todo este proceso tuvo una duración de aproximadamente 30 minutos. La secuencia de músculos que se siguió fue brazos, piernas, abdomen, pecho, hombros, cuello, cara, ojos y frente. Al final de cada sesión se dio entrenamiento para efectuar el autorregistro de relajación en casa y

se solicitó que realizaran al menos una práctica diaria de este proceso de relajación.

B) Tras dominar los 15 grupos musculares, lo cual suele llevar unas 2 semanas, el siguiente paso fue el entrenamiento de la relajación mediante recuerdo: concentrarse en los grupos musculares y liberar la tensión existente en los mismos músculos mediante el recuerdo de las sensaciones de relajación logradas en las prácticas anteriores. Se alentó a la participante para que comenzara a practicar la relajación mediante recuerdo en entornos que no suscitaban síntomas de ansiedad (transporte, lugar de trabajo, escuchando radio o viendo televisión, etc).

C) Una vez dominada la relajación mediante recuerdo, se pasó a la relajación suscitada por señal: consistió en hacer 4-5 respiraciones lentas, repetirse la palabra calma u otra similar al espirar y, al hacer esto, liberar toda la tensión en el cuerpo y concentrarse en las sensaciones de relajación. Se pidió a la participante practicar este tipo de relajación en situaciones inductoras de tensión o ansiedad. Además, se indicó continuar periódicamente con el ejercicio de 14 grupos musculares con el fin de potenciar el entrenamiento en la discriminación y la asociación de la señal “calma” con las sensaciones de relajación.

D) Borkovec, Hazlett-Stevens & Diaz (1999), aconsejan alentar a la participante a que durante la relajación deje pasar las preocupaciones que detecten en vez de intentar suprimirlas activamente, ya que esto último incrementa el valor ansiógeno de estas y quizá su frecuencia. Además, se alentó a la participante a que tan pronto como aplicara una respuesta de relajación, practicara el dirigir su atención a experiencias del momento presente y no a los pensamientos del pasado o el futuro en torno a sus preocupaciones.

E) Posteriormente se entrenó en la relajación diferencial en posición sentada y de pie. Se debe tensar solamente aquellos músculos directamente requeridos por una posición o actividad, la tensión por los músculos no requeridos por la actividad se reduce al mínimo y se debe hacer cuando no se está activo, cuando se está mínimamente activo, y cuando se está claramente activo. Se dejó de tarea realizar el ejercicio tres veces al día durante cinco minutos máximo.

F) Después se entrenó en la relajación rápida cuatro veces en las siguientes condiciones: sentada, de pie, no activa y activa. Primero: hacer de una a tres inspiraciones profundas y exhalar lentamente después de cada inspiración. Segundo: repetirse mentalmente y de un modo lento alguna de las siguientes palabras: "calma", "relajación" o "tranquilidad" cada vez que exhale. Tercero: examinar su cuerpo para localizar cualquier tensión existente e intentar relajarse tanto como le sea posible en la situación. La relajación rápida combina varias de las estrategias de relajación aprendidas: respiración profunda, la relajación suscitada por señal y la relajación diferencial. Se pide que se practique 10 veces al día en situaciones normales de su vida cotidiana y que siga llevando registro de la práctica de relajación.

G) Finalmente, se entrenó en el mantenimiento de la relajación: primero se hace una jerarquía de situaciones que producen tensión o ansiedad. Ir utilizando estas técnicas de las situaciones menos estresantes, a las más estresantes. Se explicó que, como cualquier otra habilidad, la relajación se "oxida" si se deja de practicar, por ello es importante seguir practicando y desarrollar el hábito de explorar la tensión en su cuerpo al menos una vez al día. Se pidió a la participante que dejara de realizar el registro de práctica de relajación y reacciones tensión-ansiedad. Como tarea de mantenimiento, se dejó que practicara dos veces a la semana las técnicas de relajación tanto en situaciones normales, como en situaciones estresantes de su vida cotidiana.

### 3. Reestructuración cognitiva

A) Primer paso: aumentar la consciencia de la actividad cognitiva durante los episodios de preocupación. El darse cuenta de los pensamientos y emociones puede incrementarse mediante el uso de un registro de episodio de preocupación el cual lleva los siguientes datos: día, duración, intensidad, nivel de control, emoción asociada, disparador, pensamientos, acciones y sensaciones corporales en torno al episodio de ansiedad. Se aplicaron técnicas para observar la yuxtaposición y diferenciación de los hechos concretos de una experiencia, con la interpretación de estos. Finalmente se educó a la participante en el reconocimiento de las distorsiones cognitivas más comunes en los pensamientos y las suposiciones.

B) Segundo paso: desafiar las distorsiones cognitivas. Conforme la participante confiablemente identificaba imágenes, pensamientos, suposiciones y creencias asociadas con episodios problemáticos de preocupación, ella aprendía a desafiar estas cogniciones mediante las siguientes técnicas:

a) Técnica Descubrimiento Guiado: se realizó mediante el método socrático para cuestionar y alterar las cogniciones y por consiguiente sus respuestas emocionales. Se guiaba a la participante a percibir distorsiones o errores lógicos en sus pensamientos, mediante una serie de cuestionamientos. Aunque el terapeuta reconozca distorsiones en el pensamiento, no podrá decirle directamente que ha cometido un error en su modo de pensar, tampoco se argumenta o persuade para que se vean los pensamientos desde el punto de vista del terapeuta. El rol del terapeuta fue ayudar a la participante a que determinara por sí misma si su propia perspectiva era válida, falsa, exacta o inexacta.

b) Técnica de Descatastrofización: la técnica consiste en pedir a la participante que se enfoque en el peor escenario asociado con una

preocupación específica, después de que lo verbalice en detalle, examinar las distorsiones cognitivas de este escenario planteado. Es un modo de confrontar la evitación cognitiva. Se indaga sobre el porcentaje de veracidad, probabilidad y evidencia de la situación, si se están ignorando factores protectores, si siempre se aplica de esa forma, si está basado en hechos o sentimientos, y lo realista o posible que es la expectativa de ese evento.

C) Tercer paso: generar puntos de vista alternativos. Una vez que se reconocieron las distorsiones y se desafiaron, lo siguiente fue ayudar a la participante a generar puntos de vista alternativos. El terapeuta ayudó a la participante a aprender diferentes estrategias: imaginar el evento desde la perspectiva de una tercera persona, cambiar los roles con alguien que pueda pasar la misma situación, ver el evento en un contexto más amplio o desde un cuadro diferente al preguntar sobre otros sentimientos generados por la ansiedad, así como imaginar lo peor, lo mejor, y un escenario más realista entre ambos y enlistar la ayuda de otras personas de confianza sobre el evento concreto, para ver otras interpretaciones del mismo.

D) El último paso fue diseñar una respuesta racional ante la ansiedad que pueda ser evaluada por experiencias de la vida real. Se enseña a la participante cómo usar un formato de respuesta racional para crear una interpretación más adaptativa del evento ansiógeno. También se enseña a la participante el cómo evaluar mediante experimentos la validez de sus nuevas interpretaciones desarrolladas, para solidificar el cambio en las cogniciones. Se observaron y registraron los resultados de sus nuevas cogniciones en la vida real para que finalmente se pudiera sentir relajada con cada situación en específico.

#### **4. Mantenimiento y prevención de recaídas**

Para el módulo de prevención de recaídas se utilizaron las llamadas “metáfora del viaje y “la montaña del cambio”, con el fin de explicar la diferencia entre caída y recaída. Se efectuó un repaso del modelo explicativo de la terapia cognitivo conductual recordando los pasos aprendidos con respecto a las técnicas de relajación y la reestructuración de los pensamientos ansiógenos. Si quedaban dudas con respecto a las técnicas, se clarificaban para que el aprendizaje fuera más efectivo. También se trabajaron planes de acción y un proyecto terapéutico en caso de enfrentarse a una situación de riesgo que le provocara ansiedad. Se programaron sesiones de seguimiento a un mes y a tres meses. Se dejó de tarea de mantenimiento continuar con la práctica semanal de las técnicas de relajación en situaciones normales y estresantes de su vida cotidiana.

## **5. Seguimiento**

Se realizó la entrevista de seguimiento a tres meses después de finalizada la intervención. Para conocer si las participantes vivieron momentos de ansiedad después de la intervención, se evaluaron las estrategias que efectuaron las usuarias para enfrentar dichas situaciones. Se aplicaron los mismos instrumentos psicométricos que se llevaron a cabo en el pretratamiento y en el postratamiento.

### **Análisis de los resultados del estudio 1**

Las variables psicométricas se midieron en escalas de nivel intervalo, y fueron evaluadas mediante el índice de Cambio Clínico Objetivo (Cardiel, 1994). Este índice compara la diferencia entre la puntuación postratamiento y pretratamiento, dividida entre el puntaje del pretratamiento, también puede comparar la diferencia entre la puntuación de seguimiento en contraste con la de pretratamiento, dividida entre el puntaje del pretratamiento. Este análisis indica deterioro o mejoría clínica de las participantes en las variables

dependientes cuantificadas. Las variables fisiológicas, los registros y los seguimientos se midieron en una escala de razón. Las figuras y gráficas se realizaron mediante los programas Microsoft Office Excel y GraphPad Prism 6.

## Resultados del estudio 1

### A. Variables Psicométricas

#### Depresión perinatal

La tabla 3, establece los puntajes en bruto de acuerdo con los niveles obtenidos por todas las participantes en la Escala de Depresión Perinatal Edinburgh (EPDS). Los indicadores son: con 10 puntos o menos probablemente sin depresión, con 10 puntos o más probablemente con depresión. Los datos muestran que ninguna participante tuvo probabilidad de presentar depresión antes ni después del estudio.

Tabla 3. Puntajes en bruto en la escala de depresión perinatal EPDS

Tratamiento	Participante	Pretratamiento	Postratamiento	Seguimiento
TCC	1	1	0	0
	2	6	4	2
	3	4	3	2
APC	1	7	0	0
	2	4	0	0
	3	7	0	0

#### Ansiedad

La figura 3, señala los niveles de sintomatología ansiosa en la escala IMADIS, medidos en las evaluaciones del pretratamiento, postratamiento y del seguimiento a tres meses. La grafica izquierda muestra la disminución de esta variable en tres participantes del modelo de TCC, asimismo, la gráfica derecha muestra la reducción de dicha variable, en tres participantes del modelo de APC. Los

indicadores en esta escala son los siguientes: poca ansiedad (1-29), algo de ansiedad (30-34), Bastante ansiedad (35-41) y mucha ansiedad (42-93).

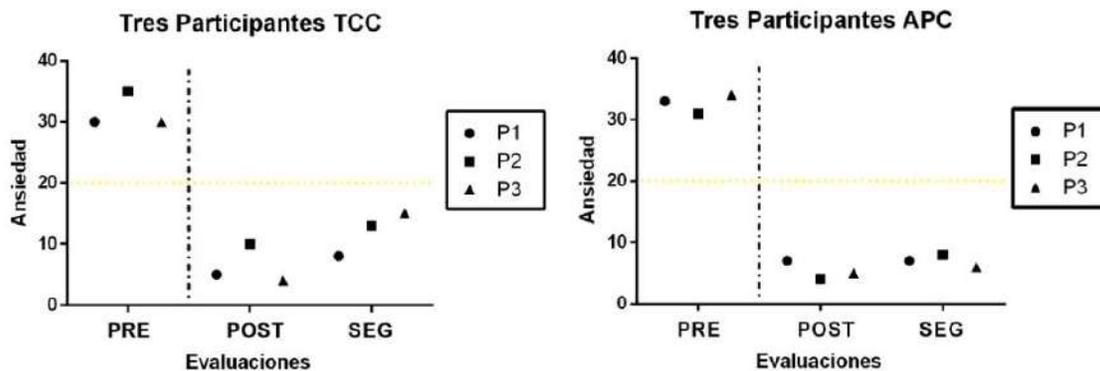


Figura 3. Niveles de sintomatología ansiosa

### Atención plena

Con respecto a la escala de atención plena (MAAS), en la gráfica de la izquierda de la figura 4, se observa que no hubo cambios en los niveles de atención plena en las tres participantes que asistieron al modelo de la TCC, mientras que, en la gráfica de la derecha se puede notar el aumento de la atención plena en las tres participantes que completaron el programa de la APC.

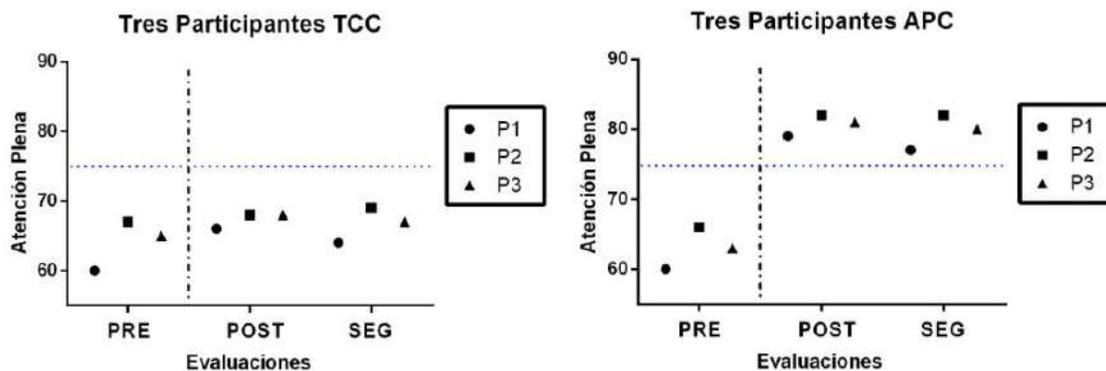


Figura 4. Niveles de atención plena

## Compasión

En cuanto a la escala de compasión (ECOM), la figura 5, muestra que no hubo variaciones en los niveles de compasión en las tres participantes que asistieron al modelo de la TCC, sin embargo, las participantes que acudieron al modelo de la APC aumentaron sus niveles de compasión en las evaluaciones postratamiento y en los seguimientos a tres meses.

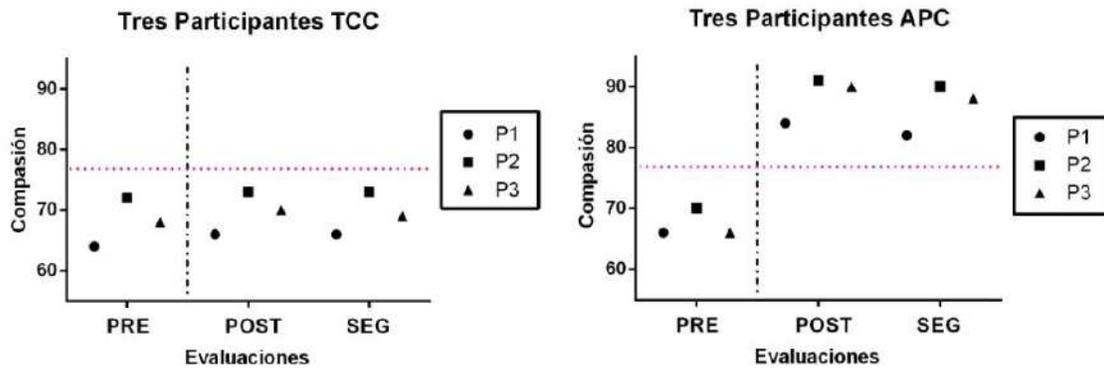


Figura 5. Niveles de Compasión ECOM

La tabla 4, describe los porcentajes obtenidos por cada participante, mediante el índice del Cambio Clínico Objetivo (CCO), en las variables ansiedad, atención plena y compasión. Las tres participantes que asistieron al modelo de la TCC obtuvieron una mejoría clínicamente significativa al reducir sus niveles de ansiedad en el postratamiento y en el seguimiento, sin embargo, en las variables atención plena y compasión, no lograron cambios clínicos significativos en el postratamiento ni en el seguimiento. En contraste, las tres mujeres que asistieron al modelo de la APC obtuvieron una mejora clínica significativa en las variables de interés: ansiedad,

atención plena y compasión, estos resultados se mantuvieron en el postratamiento y en el seguimiento.

Tabla 4. CCO en las variables: ansiedad, atención plena y compasión

Trata- miento	Partici- pantes	Ansiedad		Atención Plena		Compasión	
		post- pre/pre	seg- pre/pre	post- pre/pre	seg- pre/pre	post- pre/pre	seg- pre/pre
TCC	P1	-83%*	-73%*	10%	06%	03%	03%
	P2	-71%*	-62%*	01%	02%	01%	01%
	P3	-86%*	-50%*	04%	03%	02%	01%
APC	P1	-78%*	-78%*	31%*	28%*	27%*	24%*
	P2	-87%*	-74%*	24%*	24%*	30%*	28%*
	P3	-85%*	-82%*	28%*	26%*	36%*	36%*

\*Nota: el cambio es clínicamente significativo cuando es mayor a 20%

### Afecto positivo

La figura 6, señala los niveles de afecto positivo del instrumento psicométrico PANAS, medidos en las evaluaciones pretratamiento, postratamiento y en el seguimiento. La grafica de la izquierda muestra el aumento de esta variable en tres participantes del modelo de la TCC. Asimismo, la gráfica de la derecha muestra el incremento de esta variable en tres participantes del modelo de la APC. Se puede notar que el aumento de esta variable fue superior en las participantes que asistieron al modelo de la APC.

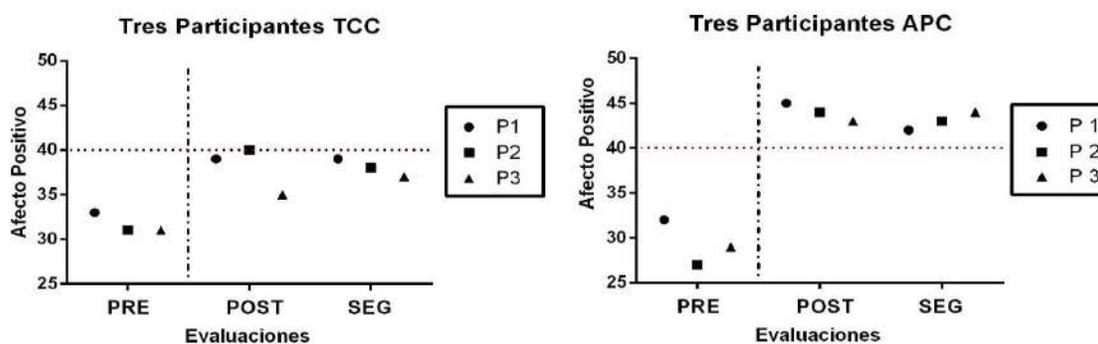


Figura 6. Niveles de Afecto Positivo

## Afecto negativo

Con respecto a las tres participantes que asistieron al modelo de la TCC, de acuerdo con los datos obtenidos del instrumento psicométrico PANAS, en la gráfica de la izquierda de la figura 7, se observa que sólo la participante tres tuvo una disminución en la variable afecto negativo medida en el postratamiento, sin embargo, en el seguimiento volvió a los niveles basales en esta variable. En la gráfica de la derecha se puede notar la disminución de la variable afecto negativo en el postratamiento y en los seguimientos en las tres participantes que ingresaron al modelo de la APC.

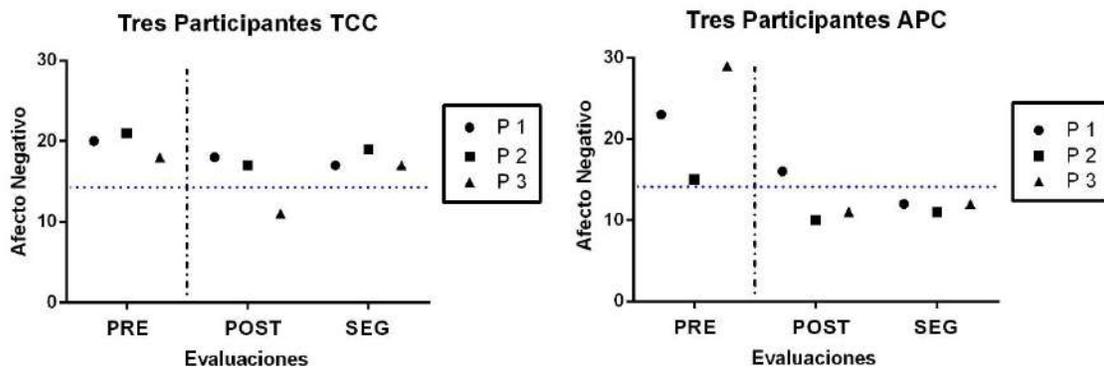


Figura 7. Niveles de Afecto Negativo

La tabla 5, describe los porcentajes obtenidos por cada participante, mediante el análisis del Cambio Clínico Objetivo (CCO), en las variables afecto positivo y afecto negativo. Con respecto a las participantes que asistieron al modelo de TCC, la participante 1 no tuvo mejora clínica en la variable de afecto positivo, ni reducción clínicamente significativa en la variable afecto negativo. La participante 2 tuvo mejora clínicamente significativa en sus niveles de afecto positivo, pero no obtuvo mejora clínica en sus niveles de afecto negativo. La participante 3 no tuvo mejora clínica en sus niveles de

afecto positivo, sin embargo, tuvo mejora clínica en sus niveles de afecto negativo en el postratamiento, pero no se mantuvo en el seguimiento de tres meses. En contraste, las tres participantes que asistieron al modelo de la APC obtuvieron un cambio clínico significativo tanto en sus niveles de afecto positivo, como en sus niveles de afecto negativo, en las evaluaciones postratamiento y en los seguimientos a los tres meses de concluida la intervención.

Tabla 5. CCO en las subescalas de afecto positivo y afecto negativo PANAS

Tratamiento	Participantes	Afecto Positivo		Afecto Negativo	
		post-pre/pre	seg-pre/pre	post-pre/pre	seg-pre/pre
TCC	P1	18%	18%	-10%	-15%
	P2	29%*	22%*	-19%	-9%
	P3	12%	19%	-38%*	-5%
APC	P1	40%*	31%*	-30%*	-47%*
	P2	62%*	59%*	-33%*	-26%*
	P3	48%*	51%*	-62%*	-58%*

\*Nota: el cambio es clínicamente significativo cuando es mayor a 20%

## B. Variables fisiológicas

La tabla 6, resume todas las puntuaciones en bruto obtenidas por las seis participantes que concluyeron ambos tratamientos. Las variables fisiológicas medidas fueron: frecuencia respiratoria (FR) frecuencia cardiaca (FC) y temperatura de la piel (Temp-d). Se puede apreciar que en todas las participantes que asistieron a la TCC y a la APC, no hubo una gran variación en estos indicadores. Hubo una tendencia a la reducción de su frecuencia respiratoria y cardiaca durante la fase de tratamiento en comparación con la fase de pretratamiento. Asimismo, se pudo observar que tendieron a aumentar su temperatura periférica durante la intervención en comparación con las puntuaciones obtenidas en la fase de pretratamiento.

Tabla 6. FR, FC y Temp-d en seis participantes

VD	Tx	P	Pre	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	Post
FR	TCC	1	18	18	17	15	17	15	16	16	16	16
		2	20	19	18	17	17	17	18	17	17	18
		3	18	17	15	15	14	14	15	16	16	17
	APC	1	18	17	17	16	17	16	16	16	16	16
		2	18	17	15	14	15	15	14	15	14	15
		3	20	18	16	17	17	17	16	17	16	18
FC	TCC	1	87	74	65	67	69	76	75	78	79	78
		2	95	78	80	79	80	78	80	76	76	83
		3	84	79	76	75	79	80	81	76	79	84
	APC	1	80	72	76	75	78	72	74	73	74	75
		2	86	74	72	75	73	71	74	71	76	78
		3	93	83	80	78	78	76	74	74	75	76
Temp-d	TCC	1	36.0	36.4	36.6	36.5	36.5	36.7	36.6	36.4	36.5	36.2
		2	36.0	36.3	36.8	36.7	36.6	36.7	36.7	36.9	36.6	36.4
		3	36.2	36.4	36.7	36.5	36.7	36.4	37.0	37.0	36.8	36.9
	APC	1	36.2	36.3	36.5	36.9	36.8	36.9	36.9	36.8	37.0	36.9
		2	36.0	36.2	36.4	36.2	36.1	36.6	36.9	36.6	36.5	36.3
		3	36.0	36.2	36.5	36.8	36.6	36.9	36.3	36.9	36.6	36.4

Nota: VD = Variable Dependiente; Tx = Tratamiento; P = Participante; Pre = Pretratamiento; M = Módulo; Post = Postratamiento; FR = Frecuencia respiratoria; FC = Frecuencia cardiaca; Temp-d = Temperatura distal

## C. Registros

1. Escala de valoración diaria del estado del ánimo. La figura 8, representa los datos obtenidos en este auto registro diario de ansiedad,

cada punto equivale al promedio semanal de ansiedad percibida en cada participante. Todas las mujeres de este estudio reportaron haber reducido sus niveles de ansiedad percibida en el transcurso de su intervención.

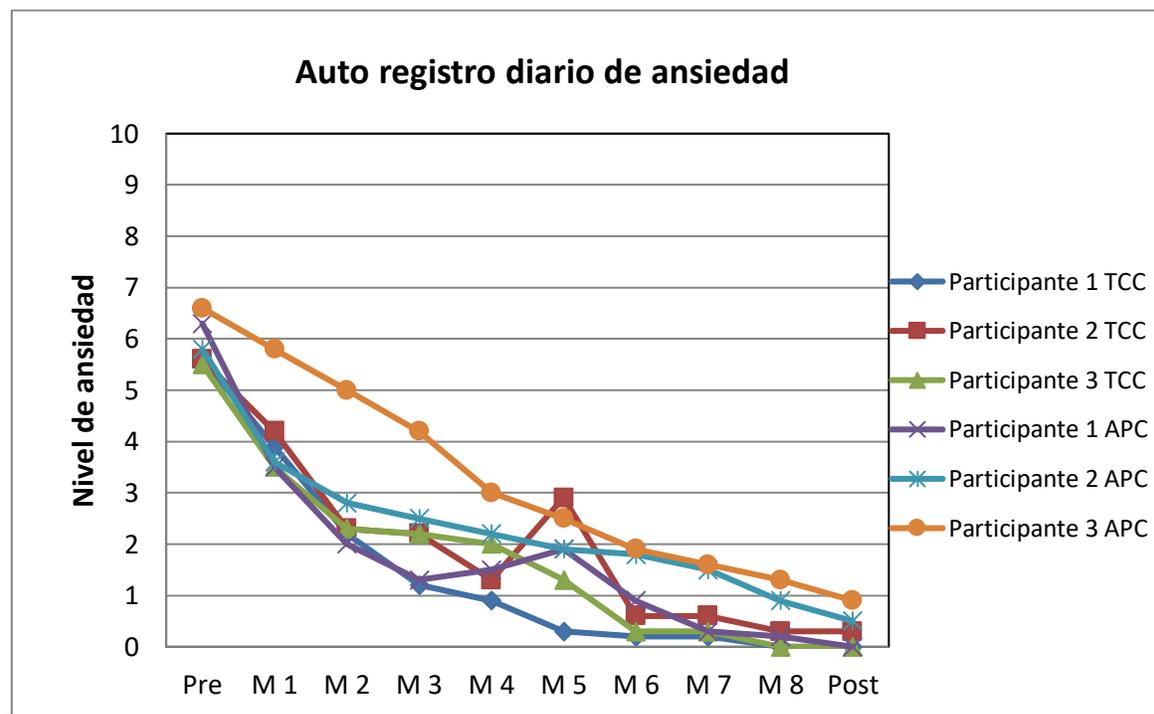


Figura 8. Valoración diaria del estado del ánimo

2. Formato de Supervisión Clínica. La tabla 7, muestra los resultados de la Escala de Supervisión Clínica. Podemos notar los promedios que el terapeuta obtuvo en todos los módulos implementados y por cada participante. Las subescalas son las siguientes: 1. Fundamentos teóricos del modelo. 2. Enseñanza-aprendizaje. 3. Habilidades terapéuticas. El terapeuta obtuvo índices altos en los tres parámetros evaluados y en el total de la escala.

Tabla 7. Porcentajes en la Escala de Supervisión Clínica

Tratamiento	Participante	Fundamentos Teóricos	Enseñanza Aprendizaje	Habilidades terapéuticas	Promedio total de la escala
TCC	1	84%	85%	93%	88%
	2	88%	88%	96%	91%
	3	88%	91%	95%	91%
APC	1	91%	89%	90%	90%
	2	91%	92%	94%	92%
	3	88%	88%	95%	90%

**3. Cuestionario de satisfacción del usuario.** Las participantes en su mayoría calificaron el servicio como excelente, obtuvieron el servicio que esperaban, se encontraron satisfechas con la intervención, recomendarían a un amigo o familiar acudir al programa, también mencionaron que el servicio les ayudó a manejar eficazmente sus problemas y que si tuvieran problemas regresarían al programa de intervención. Algunas de las respuestas que dieron las participantes en las preguntas abiertas fueron las siguientes:

¿En su opinión cuál fue la parte del programa más útil? “las técnicas de relajación y del control del pensamiento”, “todo el programa fue bueno y sirve para quien desea aprender y cambiar”, “fue buena intervención y en cada sesión me sentí a gusto”, “las técnicas me permitieron aprender cambios para mejorar en mi vida”, “me ayudo a trabajar más en la compasión y la atención plena”.

¿Cuál fue la parte menos útil del servicio? “No encontré alguna parte no aprovechable en mi caso”, “todo fue de utilidad”.

¿Qué mejoras le gustaría ver en el servicio? “Tener mejores espacios” “tener menos ruido externo” “que se den más meditaciones”.

#### **D) Seguimiento**

La tabla 8, muestra los resultados de los seguimientos a tres meses de cada participante con respecto al total de las estrategias

realizadas y los porcentajes de las habilidades realizadas después haber asistido a su intervención. Podemos notar que tanto las asistentes al modelo de la TCC como las participantes del modelo de la APC continuaron practicando la mayoría de las habilidades aprendidas durante su intervención.

Tabla 8. Porcentajes de las estrategias realizadas en el seguimiento a tres meses

Tratamiento	Participantes	Total de estrategias realizadas	Porcentaje de estrategias realizadas
TCC	1	9/12	75%
	2	8/12	66%
	3	10/12	83%
APC	1	9/12	75%
	2	10/12	83%
	3	9/12	75%

## Discusión del estudio 1

De acuerdo con los resultados, en esta investigación observamos que las dos intervenciones aplicadas (la TCC y la APC) lograron favorecer la disminución de la sintomatología ansiosa en las seis mujeres embarazadas que concluyeron su intervención. Ambos tratamientos pudieran ser considerados de beneficio para el manejo de la ansiedad en las mujeres embarazadas que tengan características similares a las que participaron en este estudio piloto. Además, este hallazgo concuerda con estudios preliminares, donde tanto la terapia cognitivo-conductual (Green et al., 2015), como la intervención basada en atención plena (Matvienko-Sikar et al., 2016), lograron cambios clínicos benéficos en mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa.

Por otra parte, las participantes que asistieron al modelo de APC lograron aumentar sus niveles de atención plena y de compasión. Estudios como el de Goodman et al., (2014), corroboran los beneficios del entrenamiento en la atención plena, al incidir en estados afectivos positivos, y en la disminución de niveles de estrés y ansiedad en mujeres embarazadas.

Sin embargo, si ponemos especial atención a los resultados del CCO en la escala de afectos positivos y negativos, podemos notar que en los seguimientos a tres meses, las participantes asistentes al programa de la APC mantuvieron cambios clínicamente significativos en contraste con las mujeres que participaron a la TCC quienes en su mayoría, no mantuvieron estos cambios en el seguimiento de tres meses.

Con respecto a los resultados de la medición de las variables fisiológicas, las seis participantes que concluyeron sus respectivos tratamientos lograron una estabilidad en su temperatura de la piel e incluso una ligera disminución de la frecuencia respiratoria y frecuencia cardíaca durante las sesiones, dichos resultados sugieren

que las mujeres no corrieron riesgo de estar en situaciones de estrés prolongado, las cuales pudieran ser perjudiciales para su salud y la de su bebé, como lo señalan los autores Nereu, Neves de Jesusa, y Casado, (2013). Sin embargo, estos resultados corrieron el riesgo de estar sesgados debido a que en cada participante no se establecieron líneas base mayores a una sola medición. Además la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardiaca y en especial la temperatura periférica son variables difíciles de estabilizar debido a su naturaleza fluctuante. Posiblemente registros psicofisiológicos nos darían resultados más contundentes, pero al mismo tiempo pudieran ser procedimientos poco viables y difíciles de orquestar para este tipo de intervenciones y en esta población.

En ambos tratamientos se observaron en las medias semanales de los auto registros de ansiedad percibida un descenso al paso de las sesiones con respecto a su sintomatología ansiosa, lo cual coincide con la disminución de esta sintomatología evaluada a través de la escala psicométrica y con el hecho de que no hubo alteraciones en las evaluaciones fisiológicas.

Con respecto a la escala de supervisión clínica se pudo constatar que el terapeuta hizo un trabajo similar con las seis participantes, los índices en su mayoría no difieren entre los dos modelos de intervención. Se aplicaron correctamente los principios teóricos de cada modelo, el proceso de enseñanza-aprendizaje fue adecuado para la transmisión de los conocimientos por parte del terapeuta así como la adquisición de estos conocimientos por parte de las usuarias. También se pudo observar un dominio de las habilidades clínicas suficientes para favorecer la alianza y adherencia terapéutica. Sin embargo, dicha evaluación está atendida a la posibilidad de sesgo por parte de las observadoras independientes, quienes evaluaron el desempeño del psicólogo que proporcionó las dos intervenciones.

Con respecto a los resultados desplegados por las entrevistas de seguimiento, se observó que en su mayoría, las seis participantes continuaron utilizando las habilidades y estrategias aprendidas durante el periodo de intervención. En el caso de las asistentes al modelo de la TCC prosiguieron con las técnicas de relajación y el manejo de la reestructuración cognitiva. En las mujeres que cumplieron con el programa de APC, mantuvieron la práctica de las principales técnicas de meditación en la atención plena y en la compasión ya sea de manera formal e informal. Estos datos respaldan los hallazgos favorables que las participantes presentaron en las variables psicométricas estudiadas.

Entre las limitaciones del presente estudio, el número de participantes fue pequeño, esto debido a las dificultades que presentaron las mujeres embarazadas para asistir o continuar con los tratamientos psicológicos, así como los pocos horarios disponibles en la institución. En estudios posteriores sería conveniente ofrecer más horarios de intervención e incluso dar la opción de ser atendidas en otro escenario clínico, con el fin de incrementar el número de participantes. Esto permitiría intervenir en más usuarias que requieran la intervención así como adquirir mayor validez externa.

Esta investigación preliminar permitió desarrollar e implementar dos servicios de salud mental de bajo costo y alta eficacia, los cuales intervinieron en la sintomatología ansiosa de mujeres embarazadas de nuestra sociedad mexicana. Sin embargo, debido a que el modelo de la APC obtuvo hallazgos favorables, se sugiere que este modelo de tratamiento continúe siendo probado en otros escenarios clínicos, para que en un futuro pueda ser otorgado a un mayor número de mujeres con riesgo de escalar a un trastorno de ansiedad durante su periodo de gestación, para así prevenir y disminuir los riesgos asociados a la ansiedad durante el embarazo.

## **Estudio 2**

### **Objetivos de la investigación del estudio 2**

#### **Objetivo general**

Evaluar la eficacia del modelo de la Atención Plena Compasiva (APC) en 15 mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa.

#### **Objetivos específicos**

1. Evaluar el cambio clínico objetivo (CCO) en cada mujer embarazada con sintomatología ansiosa, al aplicarles la intervención atención plena compasiva (APC) por medio de un taller individualizado. Se realizaron comparaciones en el pretratamiento, el postratamiento y en dos seguimientos. Las variables psicométricas que se examinaron fueron: inventario de ansiedad, escala de atención plena, escala de compasión, escala de afecto positivo y escala de afecto negativo.
2. Analizar las diferencias intrasujetos en las evaluaciones pretratamiento, postratamiento y en el seguimiento a 3 meses en 15 mujeres embarazadas que asistieron al programa de APC para la reducción de la ansiedad. Las escalas psicométricas que se midieron fueron: inventario de ansiedad, escala de atención plena, escala de compasión, escala de afecto positivo y escala de afecto negativo.
3. Evaluar los indicadores fisiológicos así como los registros y los seguimientos en cada participante que asistió al modelo de la APC para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa.

#### **Preguntas de investigación en el estudio 2**

1. ¿Cómo influye la APC aplicada a mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa en el cambio clínico objetivo de las

siguientes mediciones: escala de ansiedad, escala de atención plena, escala de compasión, subescala de afecto positivo y subescala de afecto negativo?

2. ¿Cómo influye la APC aplicada a mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa en las mediciones intrasujetos de las variables ansiedad, atención plena, compasión, afecto positivo y afecto negativo?
3. ¿Cómo influye la APC aplicada a mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa en indicadores fisiológicos, registros de la intervención y en sus seguimientos?

### **Participantes en el estudio 2**

Por medio de carteles publicitarios compartidos en redes sociales, universidades, comercios, clínicas de salud y medios de transporte público, se invitaron a mujeres embarazadas interesadas en tratar su síntomas de ansiedad. Quienes hicieron contacto, primero realizaron una evaluación inicial y posteriormente las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión, ingresaron al Programa de APC para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa. El estudio se efectuó en dos escenarios clínicos de la Alcaldía de Coyoacán de la Ciudad de México. En total 22 mujeres completaron la preevaluación y cumplieron con los criterios de inclusión al estudio (siete mujeres en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” y quince mujeres en la Facultad de Psicología de la UNAM). Finalmente 15 participantes concluyeron los 8 módulos, realizaron sus evaluaciones y seguimientos (cinco embarazadas en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” y diez en la Facultad de Psicología de la UNAM).

Las razones por las cuales las mujeres no continuaron en el estudio fueron diversas, las más frecuentes fueron tener actividades alternas que dificultaban proseguir con los módulos y recorrer distancias largas para el arribo a las sesiones. Cabe señalar que todas

las participantes que asistieron al tratamiento en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” asistieron a un taller de psicoprofilaxis, mientras que las participantes que asistieron al tratamiento en la facultad de psicología no reportaron haber asistido a algún taller psicoprofiláctico. En la tabla 9, se resumen las características generales de las 15 participantes.

Tabla 9. Características generales de las participantes

Escenario	P	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Edad Gestacional	Trastorno psiquiátrico
Facultad de Psicología UNAM	1	29	Unión libre	Maestría	20 semanas	No
	2	25	Unión libre	Licenciatura	25 semanas	No
	3	33	Casada	Licenciatura	14 semanas	No
	4	27	Unión libre	Bachillerato	19 semanas	No
	5	35	Casada	Licenciatura	12 semanas	No
	6	30	Unión libre	Bachillerato	14 semanas	No
	7	35	Casada	Maestría	12 semanas	No
	8	28	Unión libre	Licenciatura	18 semanas	No
	9	31	Casada	Licenciatura	10 semanas	No
	10	33	Casada	Maestría	23 semanas	No
Hospital General Dr. Manuel Gea González	11	34	Casada	Licenciatura	22 semanas	No
	12	26	Unión libre	Licenciatura	23 semanas	No
	13	33	Casada	Maestría	24 semanas	No
	14	36	Casada	Licenciatura	22 semanas	No
	15	32	Casada	Licenciatura	25 semanas	No

### **Criterios de inclusión:**

- a) Mujeres embarazadas que presentaron sintomatología ansiosa en niveles leve, moderado o grave de acuerdo con la escala IMADIS Ansiedad Versión Beta.
- b) Mujeres embarazadas que se encontraban en el primero, segundo o a inicios del tercer trimestre de embarazo.

### **Criterios de exclusión:**

- a) Tener una edad gestacional mayor a 30 semanas de embarazo.

- b) Mujeres embarazadas que presentaran algún trastorno psiquiátrico.
- c) Mujeres embarazadas que se encontraran realizando algún otro tratamiento psicológico o farmacológico.
- d) Mujeres embarazadas con alguna enfermedad o condición médica que requiriera otro tipo de tratamiento.

**Criterios de eliminación:**

- a) Abandono del tratamiento.
- b) Que la participante obtuviera tres faltas consecutivas y sin previo aviso.

**Escenarios del estudio 2**

Escenario 1. Servicio de la División de Gineco-Obstetricia, Área de Psicoprofilaxis del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Los procedimientos de evaluación, intervención y seguimiento se llevaron a cabo en el Aula 1 del Hospital. Este lugar contó con iluminación, cuatro sillas, un escritorio y los materiales para llevar a cabo las intervenciones (pantalla con bocinas y computadora). Todas las participantes que asistieron en este escenario fueron expuestas a las mismas condiciones ambientales.

Escenario 2. Cubículo 230 del edificio C, Facultad de Psicología de la UNAM. Este cubículo contó con iluminación, dos sillas, un escritorio y los materiales para llevar a cabo las intervenciones (computadora con bocinas), todas las participantes que asistieron en este escenario fueron expuestas a las mismas condiciones ambientales.

**Diseño de investigación del estudio 2**

Para la medición del Cambio Clínico Objetivo (CCO) en las variables psicométricas, se implementaron mediciones pretratamiento,

postratamiento y en los seguimientos al mes y a los tres meses (Cardiel, 1994).

Para la valoración de las escalas psicométricas, se efectuaron evaluaciones intra-sujetos con medidas repetidas de las variables dependientes en tres etapas: en el pretratamiento, en el postratamiento y en los seguimientos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Para la medición de las variables fisiológicas, se implementó un diseño de  $n = 1$  con una línea base de tres mediciones previas a la intervención y ocho mediciones durante el tratamiento (Barlow, 2009).

### **Variable independiente del estudio 2**

Programa de Atención Plena Compasiva (APC) para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa. Este modelo utilizó los mismos 8 componentes descritos en el estudio 1, junto con sus evaluaciones pretratamiento, postratamiento y dos sesiones de seguimiento.

### **Variables dependientes del estudio 2**

Se utilizaron los mismo instrumentos psicómetros y las mismas mediciones de los indicadores fisiológicos descritos en el estudio 1.

### **Procedimiento del estudio 2**

#### **I. Detección**

Se realizó publicidad de la intervención psicológica en carteles y se pegaron en escuelas, hospitales y centros de salud. También se compartió la información para acudir al taller individualizado mediante redes sociales y anuncios en los transportes colectivos de Metro y Metrobús. La selección de cada participante fue intencional no probabilística. Se contactaron a las participantes por medio de

mensajes en WhatsApp y vía telefónica, se les explicó el objetivo, duración y beneficios de asistir al tratamiento psicológico. Quienes estuvieron interesadas, fueron citadas a las sesiones de evaluación, previas al inicio de la intervención.

## **II. Evaluación**

La evaluación pretratamiento se realizó en tres sesiones previas a la intervención. Las actividades realizadas en cada sesión de evaluación fueron las siguientes: evaluación de los criterios de inclusión, firma del consentimiento informado, medición de los signos vitales al inicio y al final de la sesión, aplicación de una entrevista inicial semiestructurada y la aplicación de los instrumentos psicométricos (Inventario Ansiedad, Escala de Atención Plena, Escala de Compasión y Escala de Afectos Positivos y Negativos). La duración promedio de estas sesiones fue de menos 60 minutos. Al final de estas sesiones a cada participante se le citó para que iniciara el taller individualizado de APC para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa. Los formatos que se utilizaron fueron los mismos que en el estudio 1.

## **III. Tratamiento**

El tratamiento y sus componentes fueron los mismos que se implementaron en el programa de Atención Plena Compasiva para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa, desarrollado y aplicado en el estudio 1. Las intervenciones fueron realizadas por el mismo psicólogo del estudio piloto que aplicó el entrenamiento en APC. Nuevamente el terapeuta tuvo un rol directivo y llevó a cabo el entrenamiento mediante una exposición teórica y ejercicios prácticos de las diferentes habilidades, de acuerdo con los componentes que integraron el programa y la meta correspondiente a cada módulo. La integridad del tratamiento se efectuó por medio de una psicóloga que fungió el papel de observadora independiente, y que estuvo presente

en los módulos aplicados. Los registros se realizaron por medio de una lista cotejable de cada actividad ejecutada por el terapeuta durante todas las sesiones.

#### **IV. Seguimientos**

Se realizaron las entrevistas de seguimiento a uno y tres meses después de finalizada la intervención. Para conocer si las participantes controlaron momentos de ansiedad después de la intervención, se evaluaron las estrategias que efectuaron las usuarias para enfrentar dichas situaciones. Se aplicaron los mismos instrumentos psicométricos que se llevaron a cabo en el pretratamiento y en el postratamiento.

#### **Análisis de los resultados del estudio 2**

Para medir las variables psicométricas nuevamente se utilizó el análisis del Cambio Clínico Objetivo (Cardiel, 1994), así como pruebas de significancia estadística intrasujetos de medidas repetidas (García et al., 2002), y el índice NAP propio de los diseños  $n = 1$  (Parker & Vannest, 2009). A continuación, se desglosan los resultados obtenidos en el estudio 2.

## Resultados del estudio 2

### A. Evaluaciones psicométricas del CCO en cada mujer embarazada

#### Depresión perinatal

La tabla 10, establece los puntajes en bruto de acuerdo con los niveles obtenidos por cada participante en la Escala de Depresión Perinatal Edinburgh (EPDS). Los indicadores son: con 10 puntos o menos probablemente sin depresión, con 10 puntos o más probablemente con depresión. Se puede observar en los datos que ninguna participante presentó depresión antes del tratamiento, después del tratamiento ni en los seguimientos.

Tabla 10. Puntajes en bruto en la Escala de Depresión Perinatal Edinburgh EPDS

Escenarios	P	Pre Tratamiento	Post Tratamiento	Seguimiento 1 mes	Seguimiento 3 meses
Facultad de Psicología UNAM	1	7	6	6	6
	2	8	7	7	6
	3	6	6	5	5
	4	4	4	3	3
	5	5	4	6	5
	6	8	8	7	7
	7	4	3	3	4
	8	3	3	3	2
	9	3	2	2	3
	10	6	5	1	2
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	11	9	4	5	5
	12	6	5	4	5
	13	9	9	8	7
	14	9	7	6	4
	15	4	2	4	3

Nota: P = Participante

## Ansiedad

La figura 9, señala los puntajes en bruto de los niveles de sintomatología ansiosa en 15 participantes, medidos en las evaluaciones de pretratamiento, postratamiento, y en los seguimientos al mes y a los tres meses. Los indicadores en esta subescala son los siguientes: poca ansiedad (1-29), algo de ansiedad (30-34), Bastante ansiedad (35-41), mucha ansiedad (42-93). La gráfica muestra la disminución de esta variable en las mujeres embarazadas que asistieron al tratamiento de APC en ambos escenarios. Se puede notar que la participante número trece logró una menor reducción en esta variable con respecto a las demás participantes.

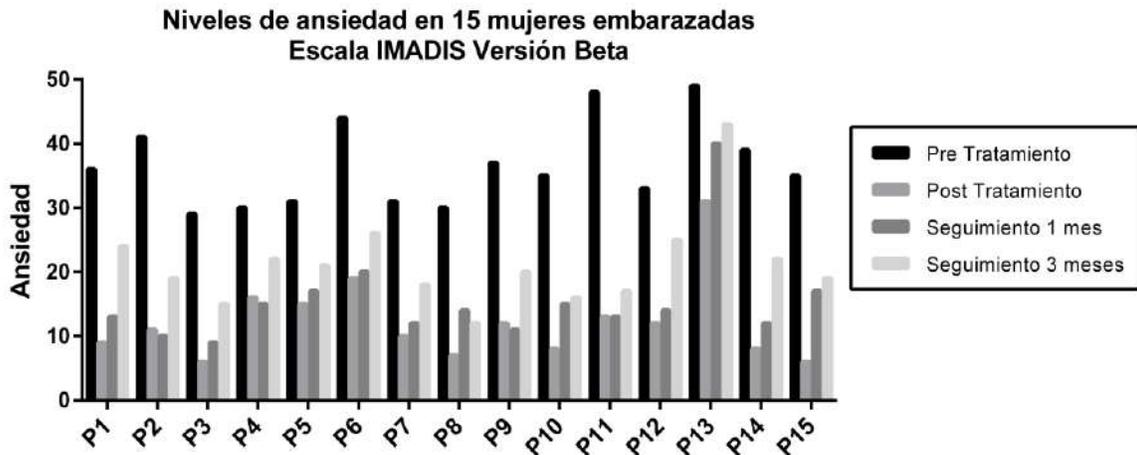


Figura 9. Niveles de sintomatología ansiosa

La tabla 11, establece los índices del Cambio Clínico Objetivo (CCO) medidos a través del Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida (IMADIS), subescala de ansiedad. Las 15 participantes obtuvieron una mejora clínicamente significativa en el postratamiento, así como en el seguimiento a un mes y a los tres meses. La reducción de la ansiedad se simboliza con el signo negativo y la magnitud del cambio con los porcentajes obtenidos.

Tabla 11. CCO en la subescala de ansiedad del IMADIS n = 15

Escenarios	Número de Participantes	Post-Pre/Pre	Seg-Pre/Pre (1 mes)	Seg-Pre/Pre (3 meses)
Facultad de Psicología UNAM	1	-75%*	-64%*	-33%*
	2	-76%*	-73%*	-54%*
	3	-79%*	-69%*	-48%*
	4	-47%*	-50%*	-27%*
	5	-52%*	-45%*	-32%*
	6	-57%*	-55%*	-41%*
	7	-68%*	-61%*	-42%*
	8	-77%*	-53%*	-60%*
	9	-68%*	-65%*	-41%*
	10	-79%*	-38%*	-33%*
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	11	-70%*	-72%*	-63%*
	12	-64%*	-58%*	-24%*
	13	-37%*	-39%*	-33%*
	14	-79%*	-69%*	-44%*
	15	-63%*	-51%*	-46%*

\*Nota: el cambio es clínicamente significativo cuando es mayor a 20%

### Atención Plena

En la gráfica de la figura 10, se notan los puntajes en bruto de los niveles de atención plena medidos mediante la escala de atención plena (MAAS). Se observa que cada participante aumentó su nivel de atención plena, asimismo, se puede notar que se mantuvo el aumento de esta variable en los seguimientos al mes y a los tres meses.

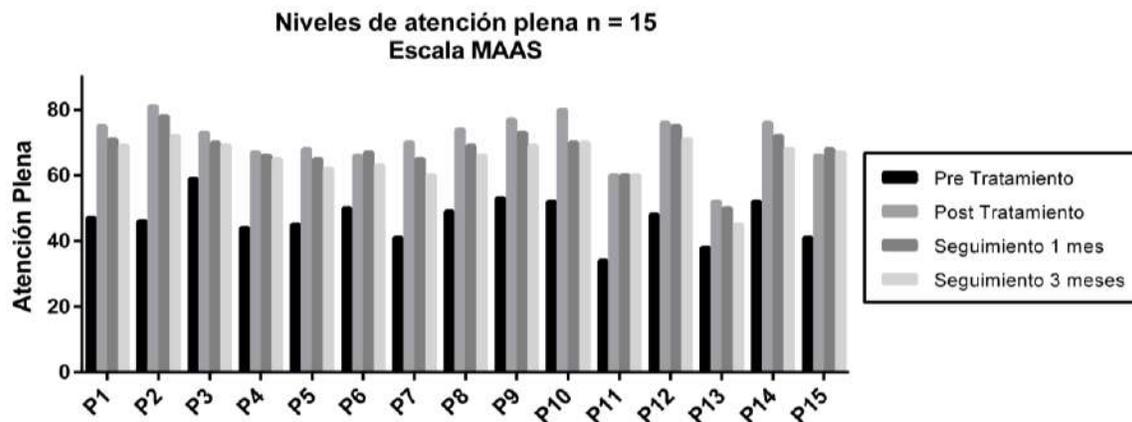


Figura 10. Niveles de atención plena

En la tabla 12, podemos notar los porcentajes del CCO en la variable atención plena, se muestra que las 15 participantes obtuvieron un cambio clínico significativo después de haber asistido al tratamiento de APC. La mayoría de las participantes se mantuvieron con altos niveles de atención plena en el seguimiento al mes y a los tres meses, con excepción de la participantes número tres y trece.

Tabla 12. CCO en la escala de atención plena MAAS n = 15

Escenarios	Número de Participantes	Post-Pre/Pre	Seg-Pre/Pre (1 mes)	Seg-Pre/Pre (3 meses)
Facultad de Psicología UNAM	1	60%*	51%*	47%*
	2	76%*	70%*	57%*
	3	24%*	19%	17%
	4	52%*	50%*	48%*
	5	51%*	44%*	38%*
	6	32%*	34%*	26%*
	7	71%*	59%*	46%*
	8	51%*	41%*	35%*
	9	45%*	38%*	30%*
	10	54%*	35%*	35%*
Hospital General	11	76%*	76%*	76%*
"Dr. Manuel Gea González"	12	58%*	56%*	48%*
	13	37%*	32%*	18%
Manuel Gea González"	14	46%*	38%*	31%*
	15	61%*	66%*	63%*

\*Nota: el cambio es clínicamente significativo cuando es mayor a 20%

## Compasión

La figura 11, muestra que hubo variaciones en los niveles de compasión en las quince participantes que asistieron al modelo de APC en ambos escenarios clínicos, las embarazadas aumentaron sus niveles de compasión, contrastando las evaluaciones pretratamiento versus las puntuaciones de postratamiento, de seguimiento al mes y de seguimiento a los tres meses.

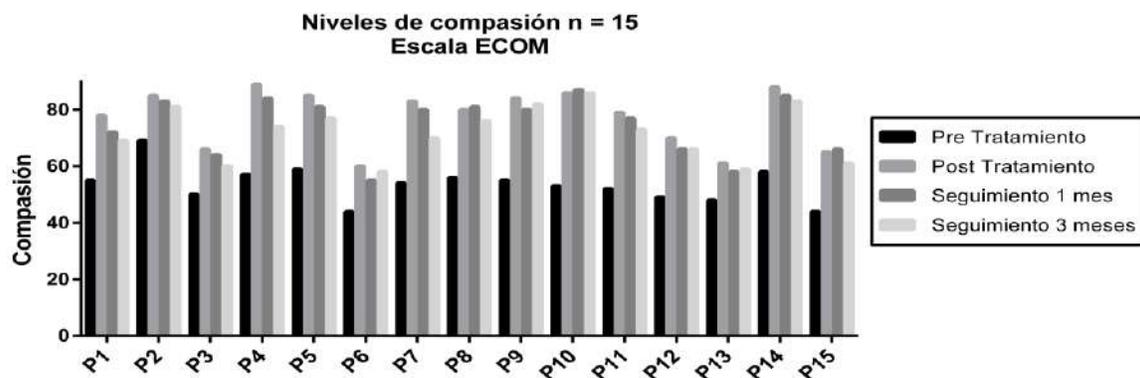


Figura 11. Niveles de Compasión ECOM

En la tabla 13, podemos notar los porcentajes del CCO de Cardiel, con respecto a la escala de Compasión (ECOM). Con la única excepción de la participante número dos, todas las demás participantes que asistieron al programa de atención plena compasiva para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa obtuvieron una mejora clínica significativa al aumentar sus niveles de compasión en el postratamiento, en el seguimiento al mes y en el seguimiento a los tres meses.

Tabla 13. CCO en la escala de compasión ECOM n = 15

Escenarios	Número de Participantes	Post-Pre/Pre	Seg-Pre/Pre (1 mes)	Seg-Pre/Pre (3 meses)
Facultad de Psicología UNAM	1	42%*	31%*	25%*
	2	23%*	20%	17%
	3	32%*	28%*	20%*
	4	56%*	47%*	30%*
	5	44%*	37%*	31%*
	6	36%*	25%*	32%*
	7	54%*	48%*	30%*
	8	43%*	45%*	36%*
	9	53%*	45%*	49%*
	10	62%*	64%*	62%*
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	11	52%*	48%*	40%*
	12	43%*	35%*	35%*
	13	27%*	21%*	23%*
	14	52%*	47%*	43%*
	15	48%*	50%*	39%*

\*Nota: el cambio es clínicamente significativo cuando es mayor a 20%

## Afecto positivo

La figura 12, señala los niveles de afecto positivo medidos mediante el instrumento PANAS, las evaluaciones fueron en el pretratamiento, el postratamiento, en los seguimientos al mes y a los tres meses. La gráfica muestra el aumento de esta variable en quince participantes que asistieron al modelo de APC.

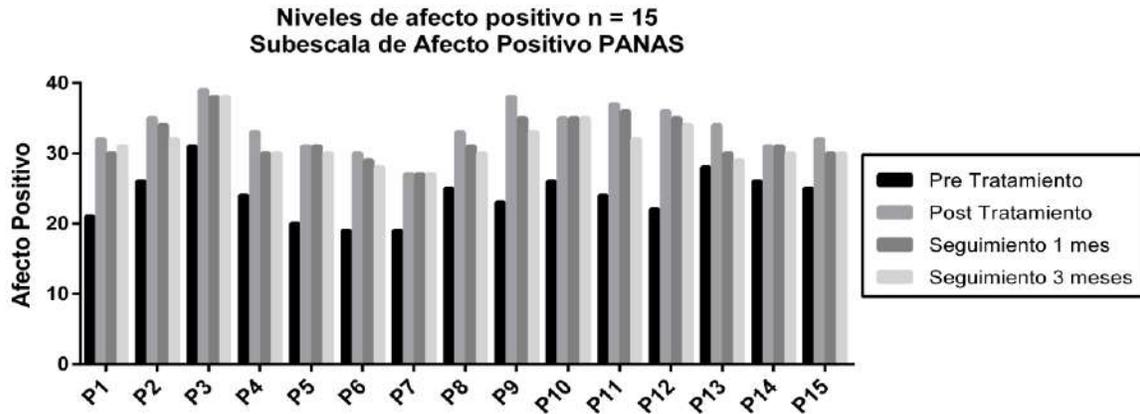


Figura 12. Niveles de Afecto Positivo

La tabla 14, registra el CCO de Cardiel, con respecto a los niveles obtenidos por cada participante en la subescala de afecto positivo del instrumento psicométrico PANAS. Se puede apreciar que la mayoría de las participantes aumentaron significativamente en esta variable, a excepción de las siguientes participantes: la participante número 8 no mantuvo este efecto en su seguimiento a tres meses, además, las participantes número trece y catorce, no obtuvieron un cambio clínico notable en esta variable.

Tabla 14. CCO en la subescala de afecto positivo PANAS n = 15

Escenarios	Número de Participantes	Post-Pre/Pre	Seg-Pre/Pre (1 mes)	Seg-Pre/Pre (3 meses)
Facultad de Psicología UNAM	1	52%*	43%*	48%*
	2	35%*	31%*	23%*
	3	26%*	23%*	23%*
	4	38%*	25%*	25%*
	5	55%*	55%*	50%*
	6	58%*	53%*	47%*
	7	42%*	42%*	42%*
	8	32%*	24%*	20%
	9	65%*	52%*	43%*
	10	35%*	35%*	35%*
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	11	54%*	50%*	33%*
	12	64%*	59%*	55%*
	13	21%*	7%	4%
	14	19%	19%	15%
	15	28%*	20%*	20%*

\*Nota: el cambio es clínicamente significativo cuando es mayor a 20%

### Afecto negativo

Con respecto a la figura 13, se observa que todas las participantes, es decir, tanto las diez mujeres que asistieron a la Facultad de Psicología, como las cinco mujeres que asistieron al Hospital general "Dr. Manuel Gea González", disminuyeron sus niveles de afecto negativo y se mantuvieron en las dos evaluaciones de seguimiento.

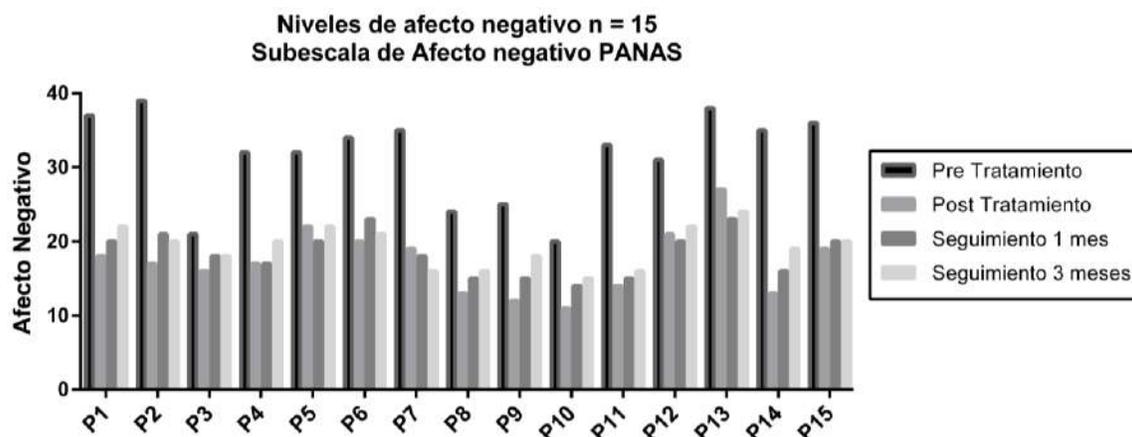


Figura 13. Niveles de Afecto Negativo

La tabla 15, reporta los puntajes en bruto de acuerdo con los niveles obtenidos por todas las participantes en la subescala afecto negativo del instrumento psicométrico PANAS, en casi todos los casos se reportó un cambio clínico significativo, solamente la participante número 3 no logró la reducción de esta variable en sus seguimientos, el signo negativo indica reducción del afecto negativo, el porcentaje indica la magnitud del cambio.

Tabla 15. CCO en la subescala de afecto negativo PANAS n = 15

Escenarios	Número de Participantes	Post-Pre/Pre	Seg-Pre/Pre (1 mes)	Seg-Pre/Pre (3 meses)
Facultad de Psicología UNAM	1	-51%*	-46%*	-41%*
	2	-56%*	-46%*	-49%*
	3	-24%*	-14%	-14%
	4	-47%*	-47%*	-38%*
	5	-31%*	-38%*	-31%*
	6	-41%*	-32%*	-38%*
	7	-45%*	-49%*	-54%*
	8	-46%*	-38%*	-33%*
	9	-52%*	-40%*	-28%*
	10	-45%*	-30%*	-25%*
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	11	-58%*	-55%*	-52%*
	12	-32%*	-35%*	-29%*
	13	-29%*	-39%*	-37%*
	14	-63%*	-54%*	-46%*
	15	-47%*	-44%*	-44%*

\*Nota: el cambio es clínicamente significativo cuando es mayor a 20%

## B. Evaluaciones psicométricas intrasujetos

Con la finalidad de corroborar si las participantes que asistieron a ambos escenarios clínicos (5 participantes en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” y 10 participantes en la Facultad de Psicología de la UNAM), tenían niveles equivalentes en las variables psicométricas antes de haber ingresado al tratamiento, se hizo una comparación por medio de la prueba U de Mann Whitney. Las características psicométricas pretratamiento que se compararon fueron los niveles de ansiedad, atención plena, compasión, afecto positivo y afecto negativo. También se comparó la edad gestacional entre las mujeres que asistieron a ambos escenarios.

En la tabla 16, se puede notar que antes de que iniciaran con su tratamiento, las 15 participantes no obtuvieron diferencias significativas a un nivel alfa de 0.05 en las variables psicométricas. Sin embargo, sí hubo diferencia significativa con respecto a la edad gestacional entre las participantes, antes de ingresar a su tratamiento, ya sea en el Hospital o en la Facultad.

Tabla 16. Comparación de medianas pre tratamiento en las participantes de ambos escenarios clínicos en las variables psicométricas y en la edad gestacional n = 15

Variable dependiente	Mujeres del Hospital Gea González	Mujeres de la Facultad de Psicología	Prueba U de Mann Whitney U valor	Significancia asintótica P valor
IMADIS	Mediana = 39	Mediana = 34	12.5	0.0679
Ansiedad				
MAAS	Mediana = 41	Mediana = 48	13	0.0769
Atención Plena				
ECOM	Mediana = 49	Mediana = 55	12.5	0.0689
Compasión				
PANAS	Mediana = 25	Mediana = 23	17	0.1775
Afecto Positivo				
PANAS	Mediana = 35	Mediana = 32	15.5	0.1332
Afecto Negativo				
Edad Gestacional	Mediana = 23	Mediana = 16	6.5	*0.0196

\*Diferencia significativa a un nivel alfa menor del 0.05

Asimismo, se realizaron análisis de contingencia mediante la prueba de Chi cuadrada de muestras independientes. Los datos que se analizaron se obtuvieron en la entrevista inicial y fueron los siguientes: tener una enfermedad asociada al embarazo, tener un embarazo de alto riesgo y haber tenido embarazos previos. En la tabla 17, se puede observar que no hubo diferencias significativas en un nivel alfa de 0.05, al contrastar el grupo de las mujeres que acudieron al Hospital General "Dr. Manuel Gea González" versus el grupo de 10 mujeres que asistieron a la Facultad de Psicología de la UNAM en dichas variables.

Tabla 17. Análisis de contingencia pre tratamiento en las participantes de ambos escenarios clínicos en la variable datos sobre el embarazo n = 15

Pregunta	Mujeres Hospital Gea González	Mujeres Facultad de Psicología	Prueba Chi cuadrada Valor Z	Significancia asintótica Valor P
Enfermedad asociada al embarazo	Con enfermedad 1	Con enfermedad 0	1.464	0.143
	Sin enfermedad 4	Sin enfermedad 10		
Embarazo de alto riesgo	Con alto riesgo 1	Con alto riesgo 1	0.537	0.591
	Sin alto riesgo 4	Sin alto riesgo 9		
Embarazos previos	Con embarazo 3	Con embarazo 5	0.366	0.714
	Sin embarazo 2	Sin embarazo 5		

La tabla 18, muestra el análisis de la Prueba de Normalidad en las variables psicométricas pretratamiento de las 15 participantes. Para conocer si la distribución de estos quince datos en cada variable provenía de una distribución Gaussiana, se corrió la prueba de Shapiro-Wilk para una muestra con datos no mayores a 50 observaciones. Según los resultados, en las 15 participantes los datos de las variables psicométricas pretratamiento pasaron la prueba de normalidad. Debido a que las probabilidades asociadas fueron mayores a un alfa de 0.05, se acepta la hipótesis nula, no se encontraron diferencias significativas entre la media teórica y las medias poblacionales y se infiere que los datos provienen de una distribución normal.

Tabla 18. Prueba de Normalidad en 15 participantes que asistieron al modelo de la APC

Variable dependiente	Datos Descriptivos	Prueba de normalidad Shapiro-Wilk	Pasó la prueba de normalidad (alfa $\geq$ 0.05)
IMADIS	$\bar{X}$ = 36.8	W = 0.91	Sí
Ansiedad	D.E.= 6.0	P = 0.16	
MAAS	$\bar{X}$ = 46.6	W = 0.98	Sí
Atención Plena	D.E. = 6.4	P = 0.99	
ECOM	$\bar{X}$ = 53.5	W = 0.94	Sí
Compasión	D.E. = 6.3	P = 0.44	
PANAS	$\bar{X}$ = 23.9	W = 0.96	Sí
Afecto Positivo	D.E. = 3.3	P = 0.69	
PANAS	$\bar{X}$ = 31.4	W = 0.89	Sí
Afecto Negativo	D.E. = 6.1	P = 0.07	

$\bar{X}$  = Media o promedio aritmético D.E. = Desviación estándar W = valor de la prueba Shapiro-Wilk  
P = valor de la probabilidad asociada.

La tabla 19, muestra el análisis estadístico de la prueba t de Student para muestras relacionadas en las puntuaciones pretratamiento vs las puntuaciones postratamiento en 15 participantes del modelo de la APC, las escalas psicométricas medidas fueron: ansiedad, atención plena, compasión, afecto positivo y afecto negativo. Se puede observar que en las participantes que concluyeron la intervención de la APC hubo una diferencia estadísticamente significativa en sus niveles pretratamiento en contraste con sus niveles postratamiento en todas las variables psicométricas.

Tabla 19. Análisis de las puntuaciones pre tratamiento vs post tratamiento en las escalas psicométricas, mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas

Escala psicométrica	Descriptivos Pre tratamiento	Descriptivos Post tratamiento	Prueba t de Student para muestras relacionadas	Significancia asintótica de una sola cola
IMADIS	$\bar{X}$ = 36.8	$\bar{X}$ = 13.7	t= 15.89	P = *0.000
Ansiedad	D. E. = 6.0	D. E. = 5.8	gl = 14	
MAAS	$\bar{X}$ = 46.6	$\bar{X}$ = 70.7	t= 16.21	P = *0.000
Atención Plena	D. E. = 6.4	D. E. = 7.8	gl = 14	
ECOM	$\bar{X}$ = 53.5	$\bar{X}$ = 77.27	t= 14.34	P = *0.000
Compasión	D. E. = 6.3	D. E. = 10.1	gl = 14	
PANAS	$\bar{X}$ = 23.9	$\bar{X}$ = 33.5	t= 12.94	P = *0.000
Afecto Positivo	D. E. = 3.3	D. E. = 3.2	gl = 14	
PANAS	$\bar{X}$ = 31.4	$\bar{X}$ = 17.2	t= 11.02	P = *0.000
Afecto Negativo	D. E. = 6.1	D. E. = 4.3	gl = 14	

$\bar{X}$  = Media o promedio aritmético D.E. = Desviación Estándar, t = el valor de la prueba t de Student, gl = grados de libertad, P valor = probabilidad asociada. \*Diferencia significativa a un nivel alfa menor del 0.05.

La figura 14, señala los cambios en los puntajes promedios de los niveles de sintomatología ansiosa, atención plena, compasión, afecto negativo y afecto positivo en 15 participantes que asistieron al tratamiento de APC para mujeres embarazadas, en las evaluaciones de pretratamiento en comparación con las evaluaciones de postratamiento.

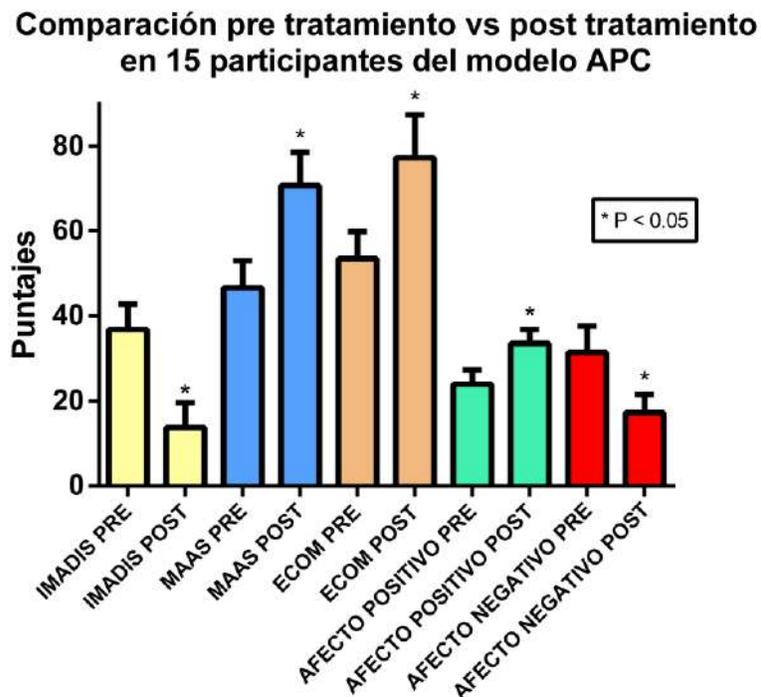


Figura 14. Medias pre vs post tratamiento en las escalas psicométricas

La tabla 20, muestra el análisis estadístico de la prueba t de Student para muestras relacionadas en las puntuaciones pretratamiento vs las puntuaciones de seguimiento a tres meses en las siguientes variables: sintomatología ansiosa atención plena, compasión, afecto positivo y afecto negativo. Se puede notar que en las quince participantes que concluyeron la intervención, mantuvieron sus cambios después de tres meses de seguimiento. Se registraron diferencias estadísticamente significativas en sus niveles psicométricos

del pretratamiento en contraste con sus niveles de seguimiento en las variables evaluadas.

Tabla 20. Análisis de las puntuaciones pre tratamiento vs seguimiento en las escalas psicométricas, mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas

Escala psicométrica	Descriptivos Pre tratamiento	Descriptivos seguimiento	Prueba t de Student para muestras relacionadas	Significancia asintótica de una sola cola
IMADIS Ansiedad	$\bar{X}$ = 36.8 D. E. = 6.0	$\bar{X}$ = 20.6 D. E. = 5.1	t= 10.8 gl = 14	P valor = *0.000
MAAS Atención Plena	$\bar{X}$ = 46.6 D. E. = 6.4	$\bar{X}$ = 65.1 D. E. = 6.7	t= 12.5 gl = 14	P valor = *0.000
ECOM Compasión	$\bar{X}$ = 53.5 D. E. = 6.3	$\bar{X}$ = 71.7 D. E. = 9.3	t= 11.1 gl = 14	P valor = *0.000
PANAS Afecto Positivo	$\bar{X}$ = 23.9 D. E. = 3.3	$\bar{X}$ = 31.3 D. E. = 2.8	t= 9.9 gl = 14	P valor = *0.000
PANAS Afecto Negativo	$\bar{X}$ = 31.4 D. E. = 6.1	$\bar{X}$ = 19.3 D. E. = 2.7	t= 9.4 gl = 14	P valor = *0.000

$\bar{X}$  = Media o promedio aritmético D.E. = Desviación Estándar, t = el valor de la prueba t de Student, gl = grados de libertad, P valor = probabilidad asociada. \*Diferencia significativa a un nivel alfa menor del 0.05.

La figura 15, señala el comparativo de las medias del pretratamiento vs el seguimiento a tres meses en las escalas psicométricas. La gráfica muestra el mantenimiento del cambio de estas variables en las mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa que asistieron al tratamiento de APC.

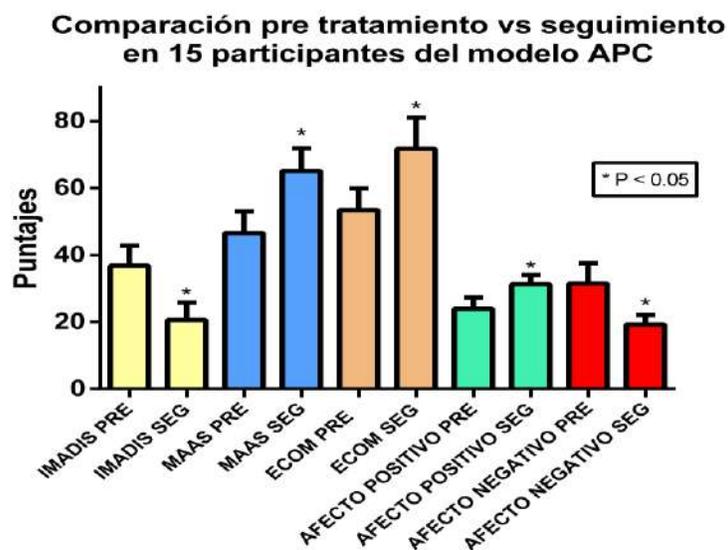


Figura 15. Medias pre vs seguimiento en las escalas psicométricas

### **C. Evaluaciones de los indicadores fisiológicos.**

En las figuras 16, 17 y 18 se grafican los valores obtenidos de la frecuencia respiratoria (FR) en diez mujeres que asistieron al modelo de la APC en la Facultad de Psicología de la UNAM, y en cinco participantes que ingresaron a la intervención APC en el hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Se puede notar que las participantes redujeron sus respiraciones por minuto contrastando los valores de la línea base con los valores que puntuaron en cada módulo.

Las figuras 19, 20 y 21 muestran los datos obtenidos de la frecuencia cardiaca (FC) en las embarazadas que participaron tanto en el escenario de la Facultad de Psicología como en el escenario del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Las mujeres tendieron a disminuir su frecuencia cardiaca durante la intervención en contraste con medición de la línea base.

En las figuras 22, 23 y 24 se graficaron los valores de la variable temperatura de la piel (Temp-d), en las embarazadas que participaron en el escenario de la Facultad de Psicología y en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Se puede observar que las participantes aumentaron levemente su temperatura periférica durante la intervención, en comparación con las puntuaciones obtenidas en la fase de pretratamiento.

A continuación se pueden apreciar todas las figuras en el orden mencionado:

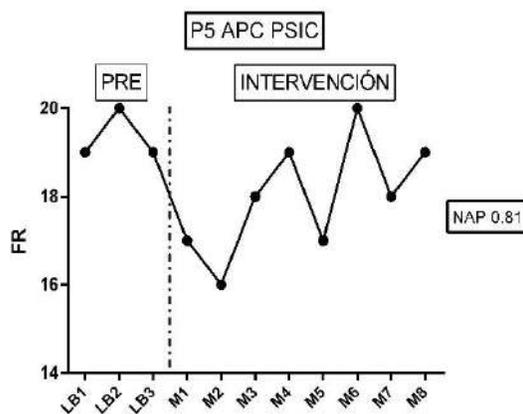
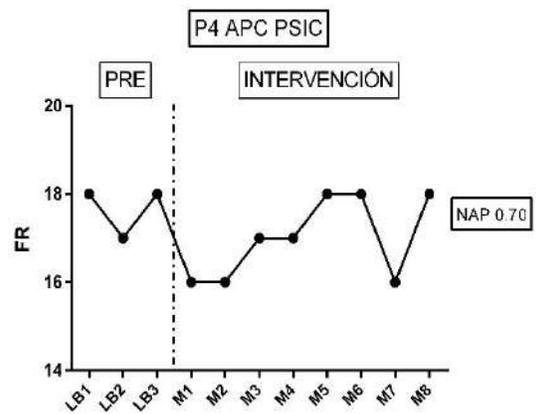
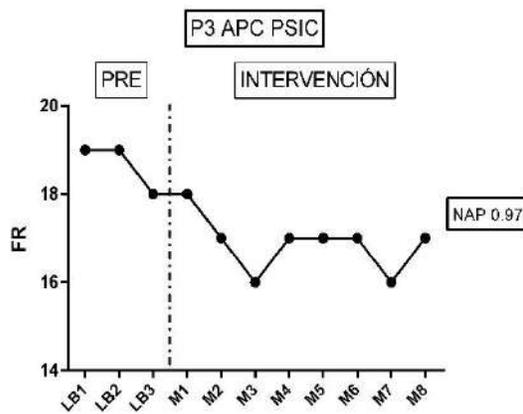
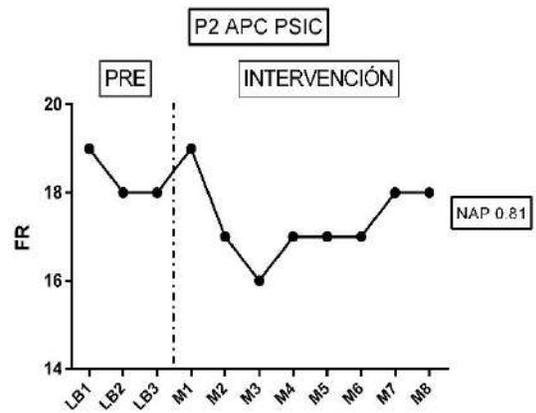
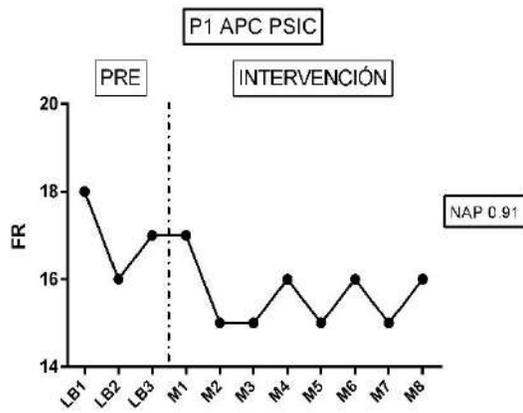


Figura 16. FR en las participantes 1 a la 5 de la Facultad de Psicología

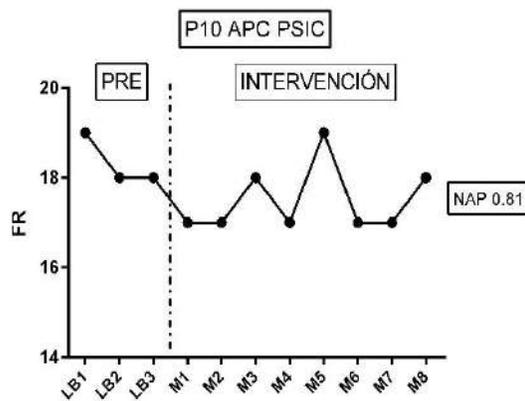
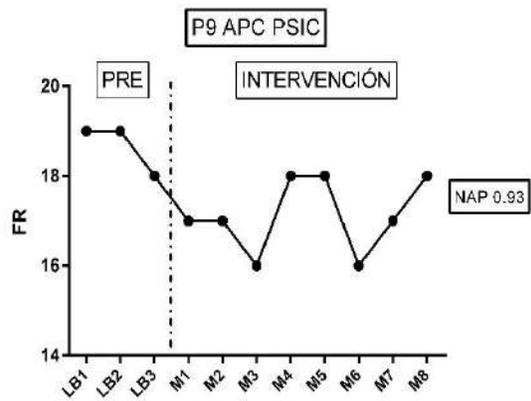
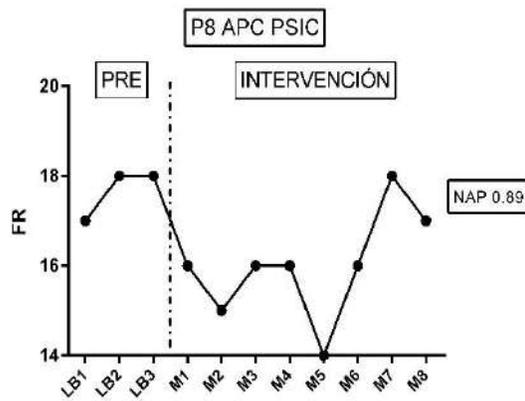
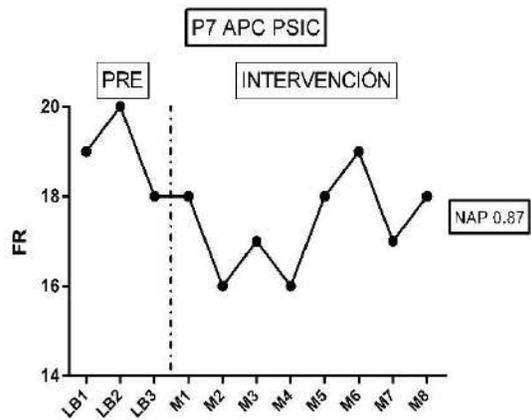
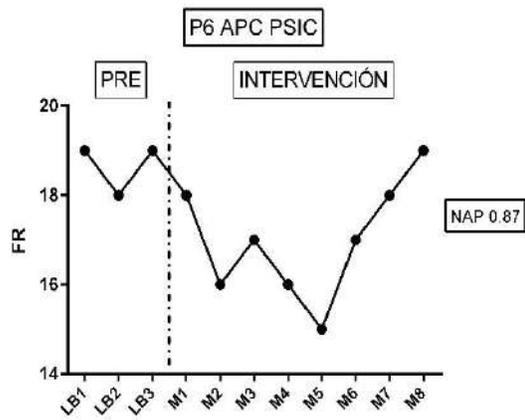


Figura 17. FR en las participantes 6 a la 10 de la Facultad de Psicología

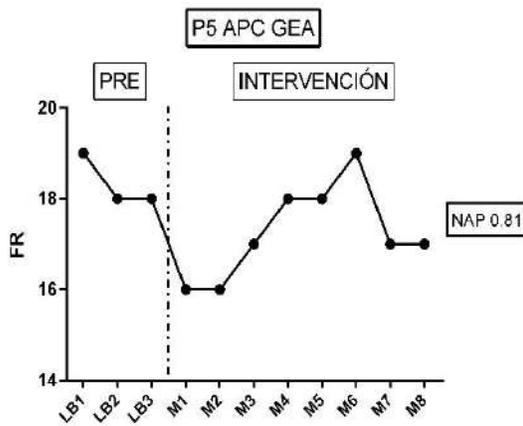
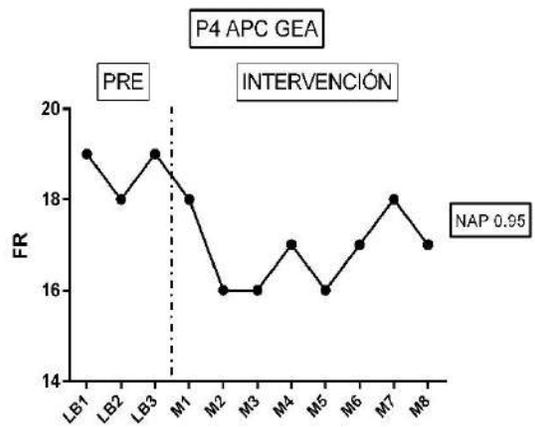
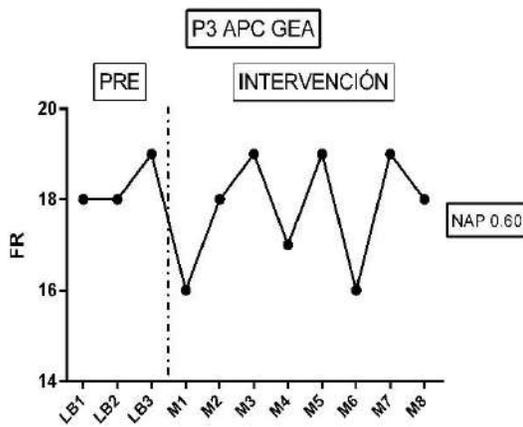
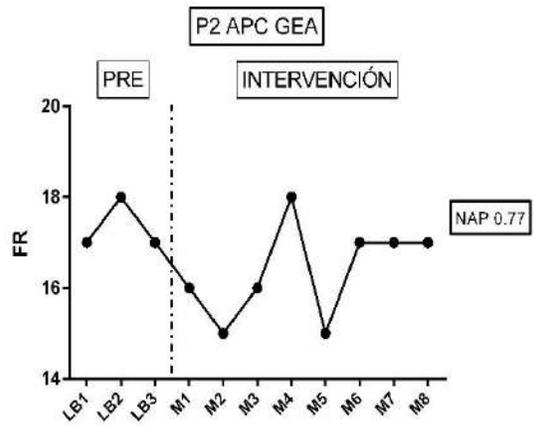
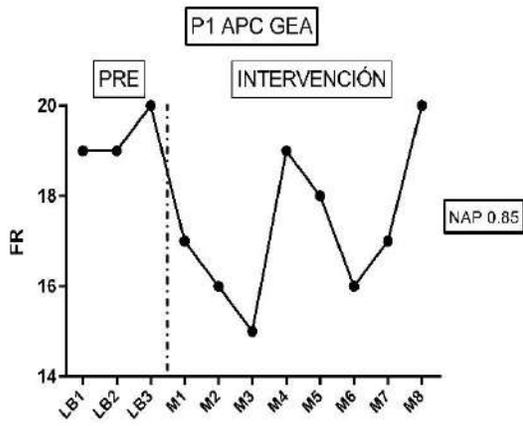


Figura 18. FR en las participantes 1 a la 5 del Hospital “Dr. Manuel Gea González”

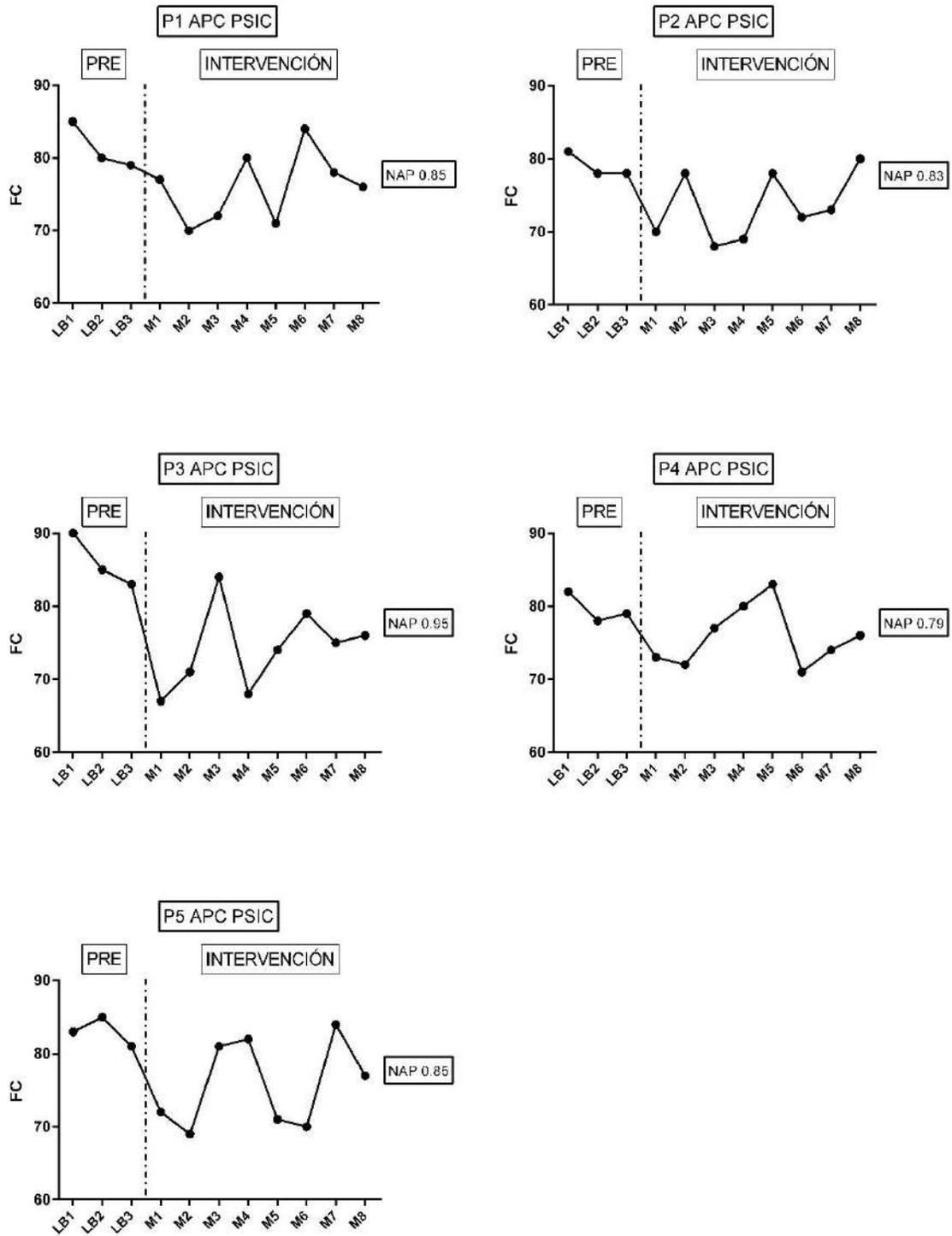


Figura 19. FC en las participantes 1 a la 5 de la Facultad de Psicología

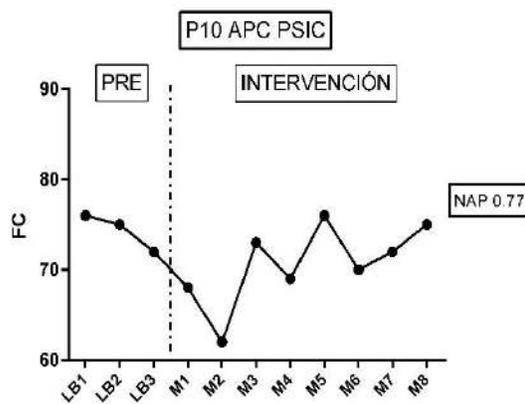
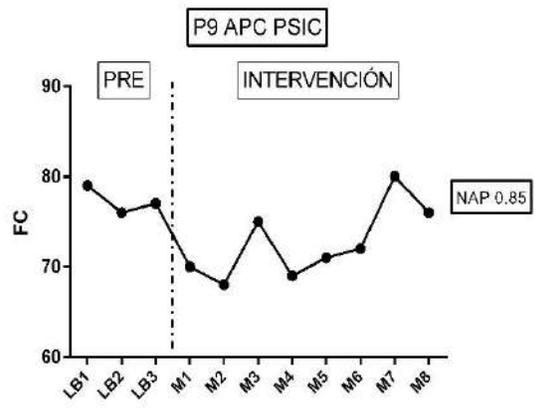
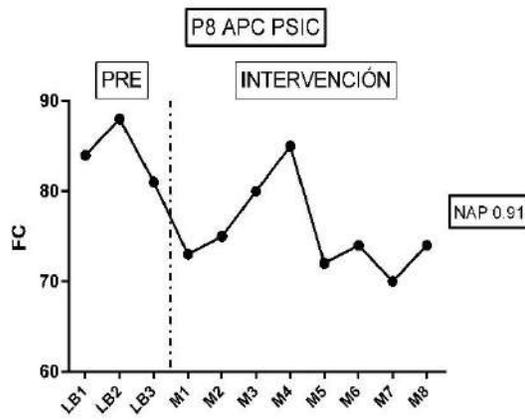
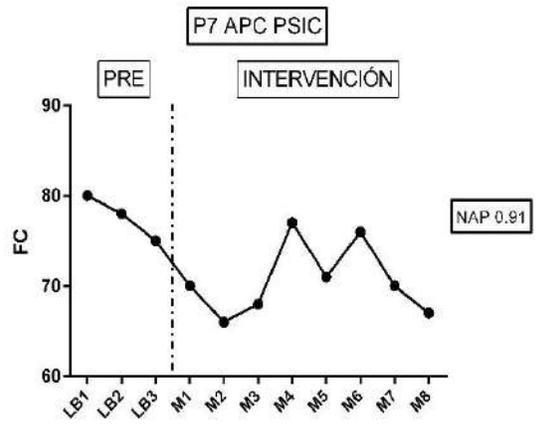
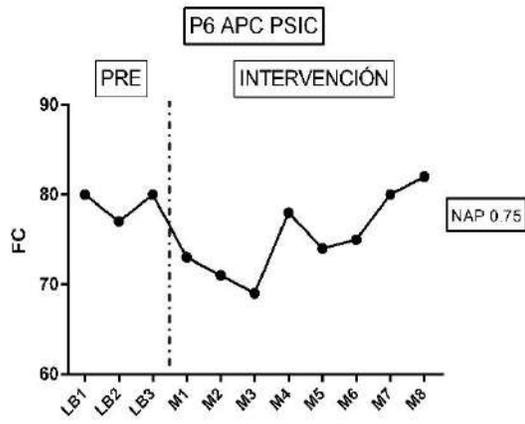


Figura 20. FC en las participantes 6 a la 10 de la Facultad de Psicología

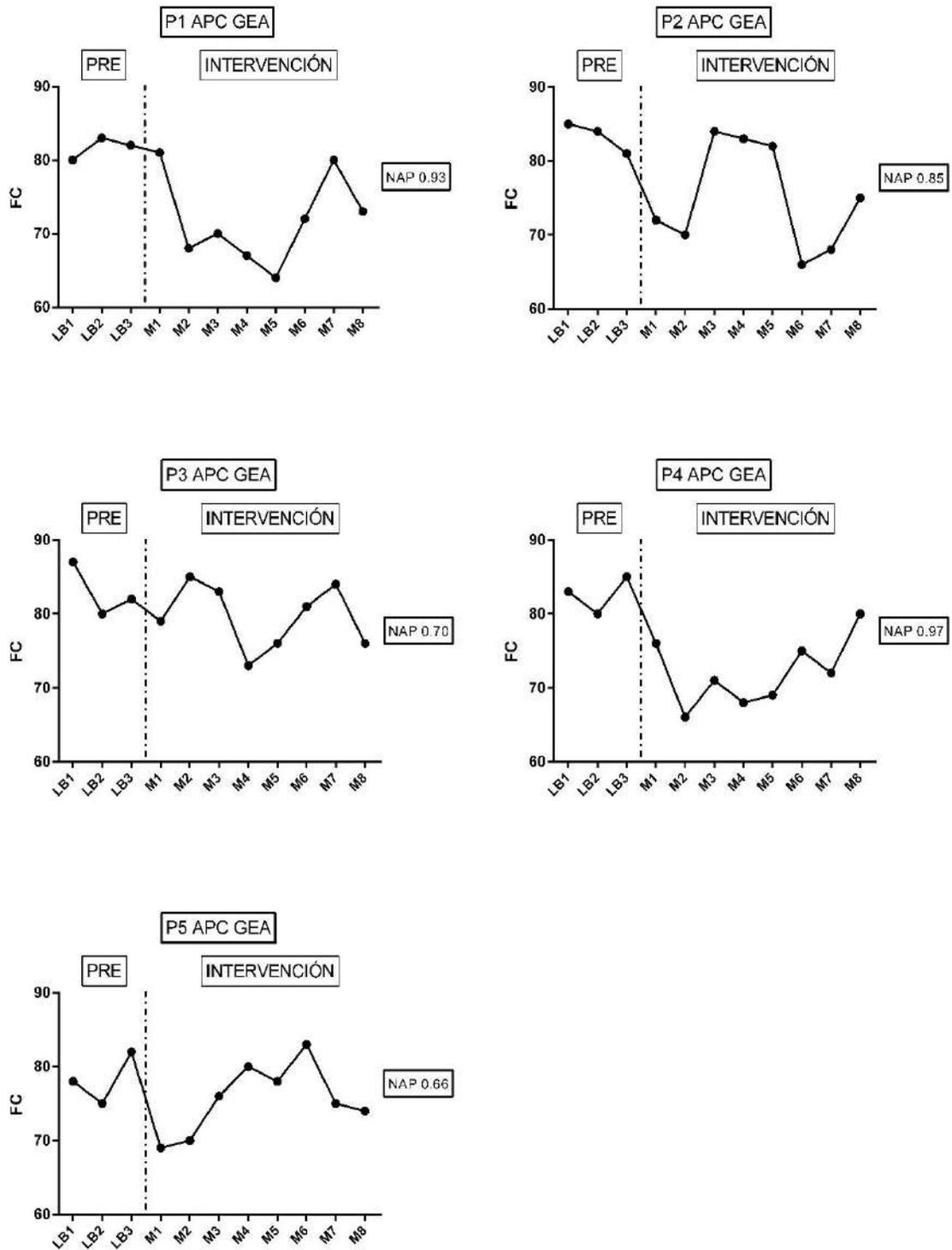


Figura 21. FC en las participantes del Hospital "Dr. Manuel Gea González"

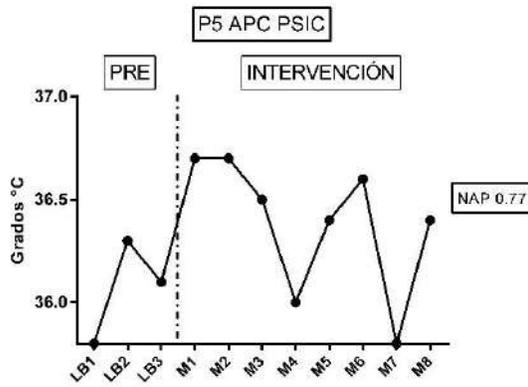
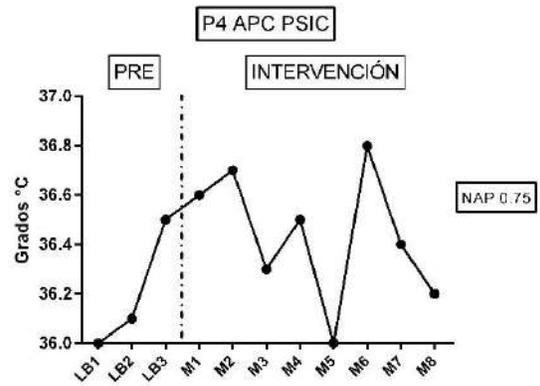
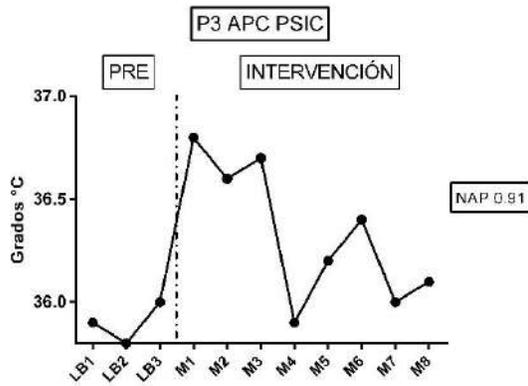
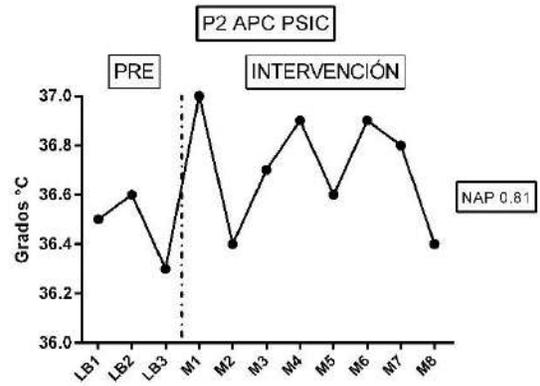
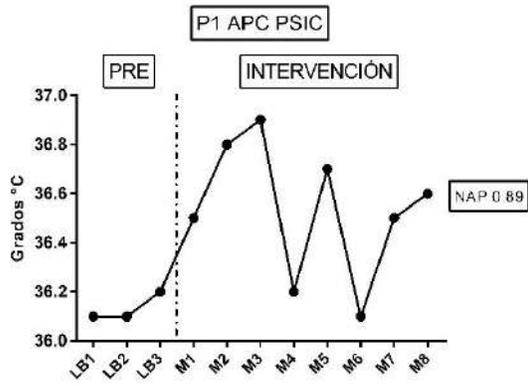


Figura 22. Temp-d en las participantes 1 a la 5 de la Facultad de Psicología

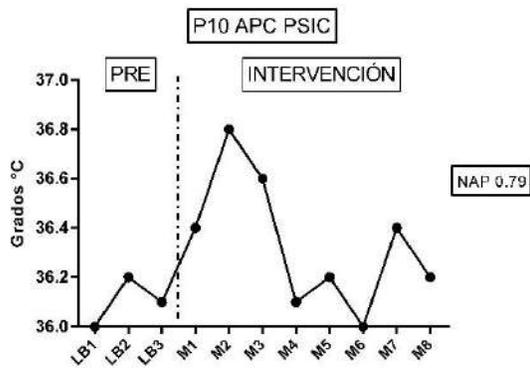
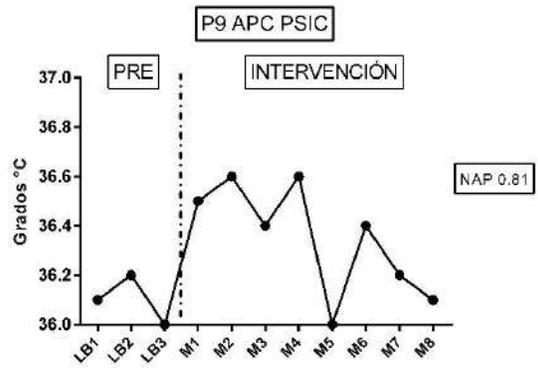
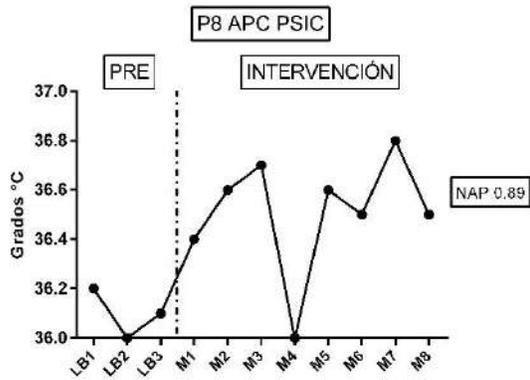
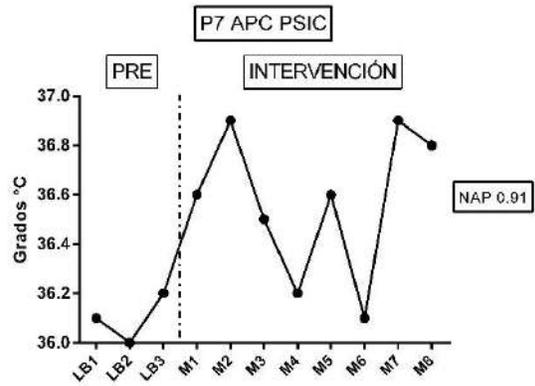
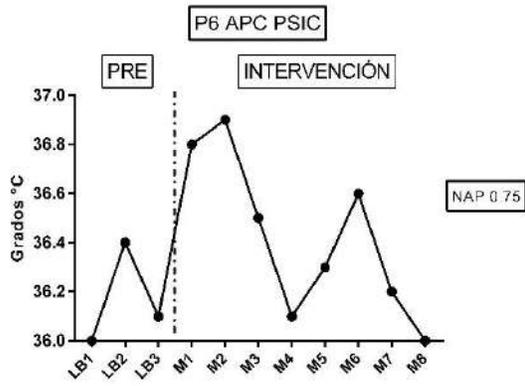


Figura 23. Temp-d en las participantes 6 a la 10 de la Facultad de Psicología

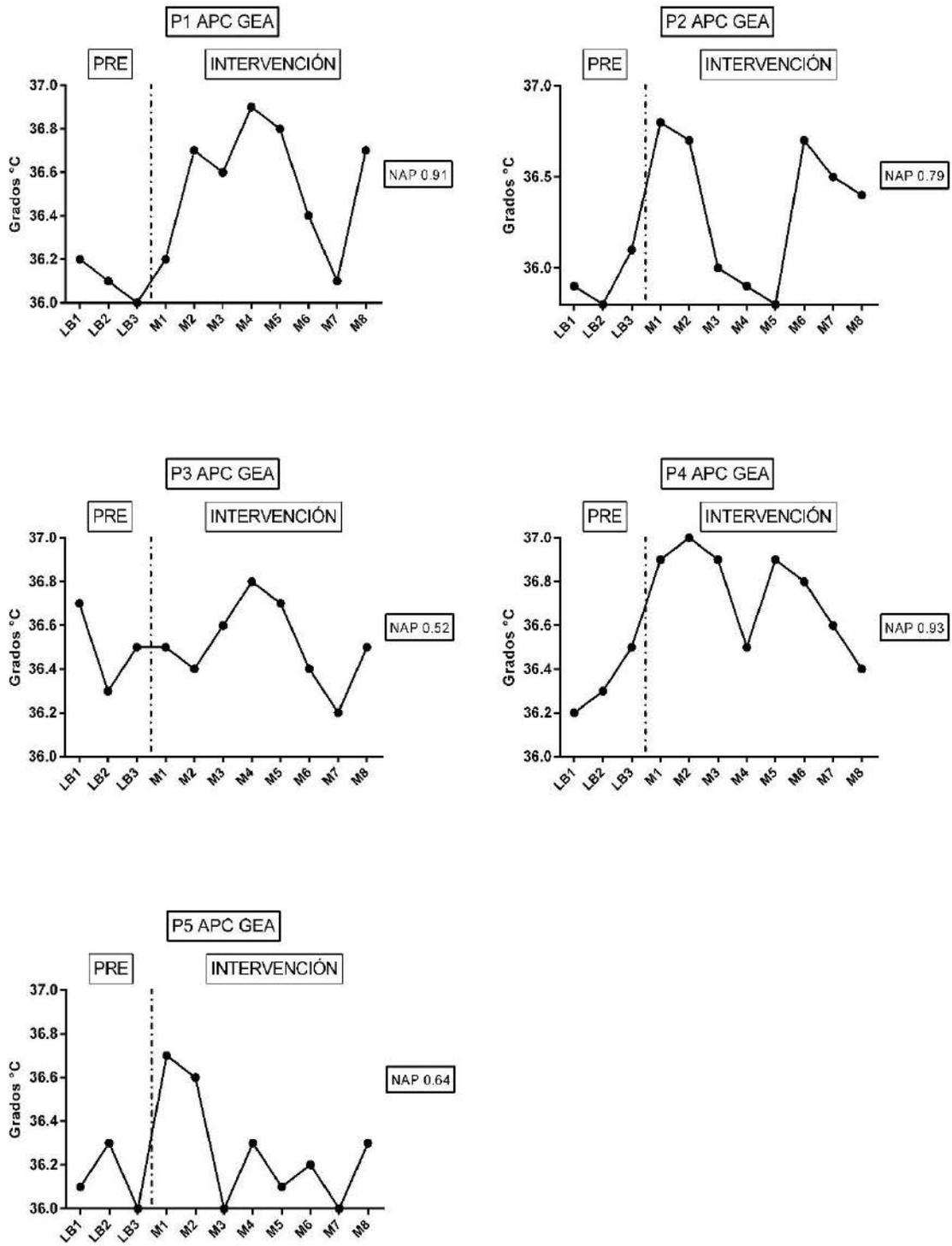


Figura 24. Temp-d en las participantes del Hospital “Dr. Manuel Gea González”

La tabla 21 resume el tamaño del efecto obtenido por cada participante mediante el análisis del índice NAP (*Nonoverlap of All pairs*), en las variables frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, y temperatura periférica. Con respecto a la frecuencia respiratoria, la participante número 13 obtuvo un efecto débil, todas las demás participantes tuvieron un efecto de moderado a grande. Con relación a la frecuencia cardiaca, todas las participantes obtuvieron de un efecto medio a grande. De acuerdo con los datos, en la variable temperatura de la piel, únicamente la participante número 15 obtuvo un efecto débil, las demás participantes lograron un tamaño del efecto moderado, salvo la participante número 14, quien obtuvo un efecto grande.

Tabla 21. Tamaño del efecto en las variables fisiológicas FR, FC y Temp-d

Escenario	Participante	Frecuencia respiratoria	Frecuencia cardiaca	Temperatura de la piel
Facultad de Psicología UNAM	1	91%**	85%**	89%**
	2	81%**	83%**	81%**
	3	97%***	95%***	91%**
	4	70%**	79%**	75%**
	5	81%**	85%**	77%**
	6	87%**	75%**	75%**
	7	87%**	91%**	91%**
	8	89%**	91%**	89%**
	9	93%***	85%**	81%**
	10	81%**	77%**	79%**
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	11	85%**	93%***	91%**
	12	77%**	85%**	79%**
	13	60%*	70%**	52%*
	14	95%***	97%***	93%***
	15	81%**	66%**	64%*

Nota: \*0 a 65% efecto débil; \*\*66% a 92% efecto medio; \*\*\*93 a 100% efecto grande

## D) Registros

1. Escala de valoración diaria del estado del ánimo. Las figuras 25 y 26 representan los datos obtenidos en 15 mujeres que asistieron al taller individualizado de APC. Se registró el promedio de ansiedad percibida en cada participante y en cada sesión de línea base y en los módulos. Todas las mujeres de este estudio disminuyeron sus niveles de ansiedad percibida en el transcurso de su intervención.

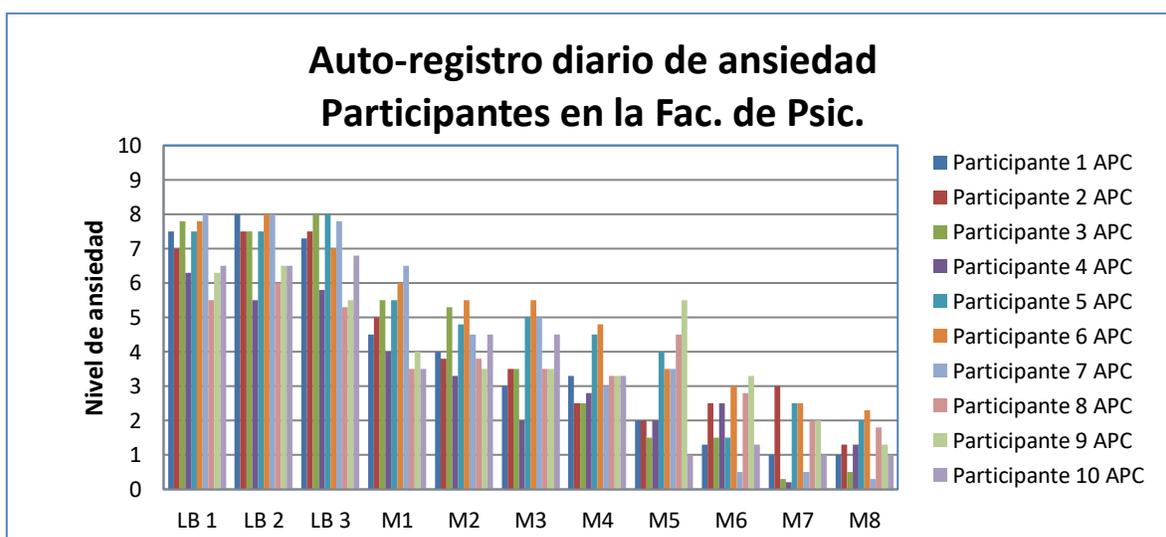


Figura 25. Valoración diaria del estado del ánimo

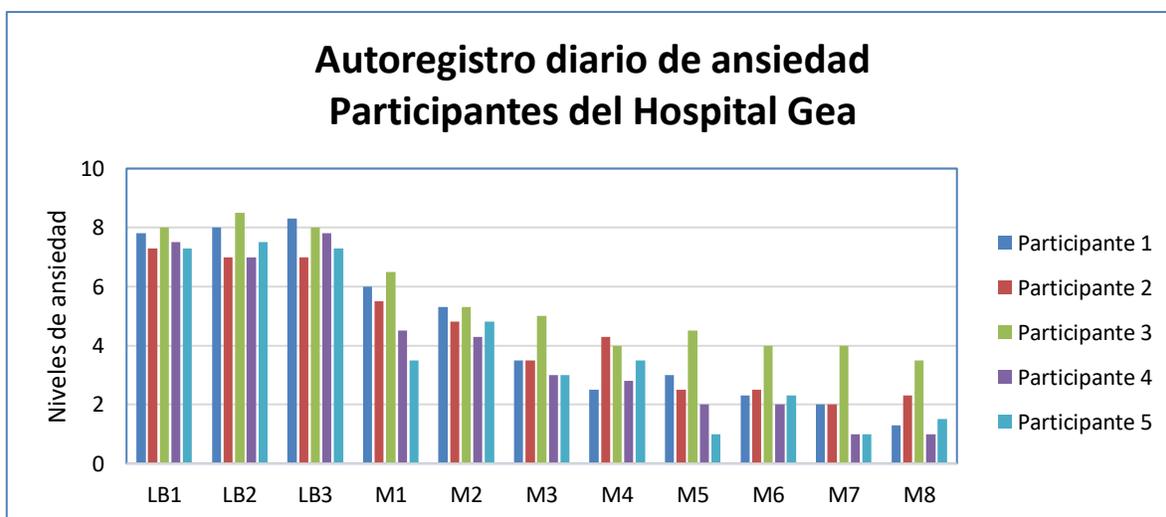


Figura 26. Valoración diaria del estado del ánimo

2. Formato de Supervisión Clínica. En la tabla 22 podemos notar las calificaciones promedio que el terapeuta obtuvo en todas las sesiones por cada participante. Las subescalas evaluadas fueron las siguientes: 1. Fundamentos teóricos del modelo. 2. Enseñanza-aprendizaje. 3. Habilidades terapéuticas. El terapeuta obtuvo índices altos mayores al 90% en los tres parámetros evaluados, así como en el total de la escala.

Tabla 22. Porcentajes en la Escala de Supervisión Clínica

Escenario	P	Fundamentos teóricos	Enseñanza Aprendizaje	Habilidades terapéuticas	Promedio total de la escala
Facultad de Psicología UNAM	1	94%	87%	93%	91%
	2	97%	88%	96%	94%
	3	97%	95%	94%	95%
	4	97%	93%	96%	95%
	5	94%	89%	96%	93%
	6	91%	87%	97%	91%
	7	97%	88%	97%	94%
	8	94%	89%	97%	93%
	9	97%	89%	97%	95%
	10	97%	89%	97%	95%
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	11	94	89%	90%	91%
	12	97	92%	94%	94%
	13	94	88%	95%	93%
	14	91%	91%	94%	92%
	15	97%	90%	97%	95%

Nota: P = Participante

3. Cuestionario de satisfacción del usuario. La tabla 23 indica las calificaciones finales con respecto a la satisfacción percibida de las participantes, así como los comentarios al respecto de la intervención de APC. Se puede notar que las participantes estuvieron satisfechas con la intervención que recibieron. La calificación de la escala se obtiene al promediar los puntajes de los reactivos 1 al 7. Los reactivos 8, 9 y 10 son comentarios de las usuarias sobre la intervención que recibieron.

Tabla 23. Escala de satisfacción del usuario

Escenario	P	Calificación del servicio	Lo más útil del servicio	Lo menos útil del servicio	¿Qué mejorarías del servicio?
Facultad de Psicología UNAM	1	10	Las meditaciones	Nada	Nada
	2	10	Las meditaciones	Nada	Más horarios
	3	10	Aprender a meditar	Todo es útil	Más psicólogos
	4	9.2	Aprender a meditar	Nada	Más espacios
	5	9.2	La atención plena	Ninguna	Nada
	6	9.6	La compasión	Ninguna	Nada
	7	10	La compasión	Todo es útil	Nada
	8	10	La compasión	Todo es útil	Nada
	9	10	Las meditaciones	Ninguna	Nada
	10	10	Los ejercicios	Ninguna	El tiempo
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	11	10	Las meditaciones	Ninguna	Nada
	12	9.6	La atención plena	Todo es útil	Nada
	13	9.2	Aprender a meditar	Los registros	menos evaluaciones
	14	9.6	La compasión	Ninguna	Menos evaluaciones
	15	10	La compasión	Nada	Que dure más

Nota: P = Participante

## E) Seguimientos

En la tabla 24 se registran los resultados de las estrategias realizadas en los seguimientos a tres meses de las 15 participantes que asistieron al programa de APC para mujeres embarazadas. Podemos observar que las asistentes al modelo de la APC continuaron practicando la mayoría de las estrategias aprendidas durante su intervención. Las habilidades que se preguntaron si continuaron realizado hasta los tres meses de seguimiento fueron las siguientes: postura de los 7 puntos, metáfora de la roca a la orilla del mar, conteo de las respiraciones, controlar el deseo, "metta" o amor compasivo, nada es ordinario, la impermanencia en una flama, amor bondadoso, la práctica del perdón, intercambiarse a uno mismo por los demás, meditaciones informales en la atención plena (meditar al hacer actividades de la vida cotidiana), meditación informal en la compasión (meditar al hacer actividades de la vida cotidiana).

Tabla 24. Porcentajes de las estrategias realizadas en seguimiento a tres meses

Escenario	Participantes	Total de estrategias realizadas	Porcentaje de estrategias realizadas
Facultad de Psicología UNAM APC	1	10/12	83%
	2	7/12	58%
	3	6/12	50%
	4	11/12	92%
	5	9/12	75%
	6	9/12	75%
	7	10/12	83%
	8	9/12	75%
	9	8/12	66%
	10	10/12	83%
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	11	10/12	83%
	12	9/12	75%
	13	4/12	33%
	14	8/12	66%
	15	10/12	83%

## Discusión del estudio 2

Analizando los resultados del estudio 2 podemos notar que en general el modelo de la atención plena compasiva (APC) para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa impactó de manera favorable para la población de este estudio.

En primera instancia, de acuerdo con los resultados en la Escala de Depresión Perinatal Edinburgh (EPDS), ninguna de las participantes en esta investigación tuvo problemas de depresión en el pretratamiento, el postratamientos ni en los seguimientos. Posiblemente esto se debió a que la depresión post parto es una variable que es más frecuente en las mujeres que han tenido episodios de depresión ya sean previos a su embarazo o durante su etapa gestacional, y en la población estudiada no tuvieron este antecedente.

Con respecto a las evaluaciones psicométricas del cambio clínico objetivo (CCO), las 15 participantes disminuyeron su sintomatología ansiosa de forma significativa. Estos hallazgos concuerdan con los resultados del estudio piloto de este mismo documento, así como con diversas investigaciones donde las intervenciones basadas en atención plena, lograron la reducción de niveles de ansiedad en mujeres embarazadas (Duncan & Bardacke, 2010; Matvienko-Sikar et al., 2016).

Asimismo, las participantes lograron aumentar sus niveles de atención plena y de compasión. Se pudo notar que las 15 participantes obtuvieron un cambio clínicamente significativo después de haber asistido al tratamiento de APC, todas las mujeres incrementaron estos niveles en el postratamiento, y la mayoría de ellas se mantuvieron con altos niveles de atención plena y compasión en el seguimiento al mes y a los tres meses, previos hallazgos coincidieron con los resultados propuestos (Goodman et al., 2014; O'Leary, Dockray, & Hammond, 2016).

Los resultados también sugirieron que en la mayoría de las participantes este tratamiento fue de beneficio para reducir afectos negativos y promover el aumento de afectos positivos, como se ha reportado en revisiones actualizadas en bases de datos especializadas, donde se ha reportado que las intervenciones basadas en atención plena y compasión pueden coadyuvar en el mejoramiento de los estados afectivos, en la regulación emocional y son un importante factor protector contra la ansiedad y la depresión perinatal (Lucena et al., 2020).

Otra manera de indagar en los resultados de este estudio fue a través de las comparaciones intra grupos de medidas repetidas en el tiempo. Para ello, lo primero fue correr la prueba U de Man Whitney para corroborar que las participantes de ambos escenarios obtuvieron una equivalencia en sus variables psicométricas antes de ingresar al tratamiento. Aunado a ello, mediante una prueba de Chi cuadrada para muestras independientes se constató que en las participantes tampoco hubo diferencias significativas con respecta a variables tales como: número de embarazos previos, embarazos de alto riesgo o enfermedades asociadas al embarazo, esto permitió considerar a las 15 mujeres embarazadas pertenecientes a una misma población y como de un mismo grupo.

Asimismo se hizo una Prueba de Normalidad de Shapiro-Wilk en las variables psicométricas, esto permitió tomar la decisión de realizar estadística paramétrica en los datos de este grupo de personas. Al correr el análisis de la prueba t de Student se hizo el comparativo de las medias pretratamiento vs el postratamiento, así como de las medias pre tratamiento vs el seguimiento a tres meses en las 15 usuarias. Se observó que en las variables psicométricas de sintomatología ansiosa, atención plena, compasión y afectos positivos y negativos, hubo cambios estadísticamente significativos en todas las comparaciones. Las mejoras en estas variables se pueden reflejar en estudios

antecedentes aplicados a mujeres en etapa perinatal como son los de Goodman et al., (2014) o el de O'Leary, Dockray, & Hammond, 2016, donde se corroboró que la atención plena favorece la mejoría en estados de afecto positivo, de gratitud y satisfacción con la vida así como la disminución del estrés y la ansiedad al participar en entrenamientos para adquirir la habilidad de la atención plena.

En cuanto a los resultados de las variables fisiológicas, las 15 participantes que concluyeron el tratamiento lograron una tendencia a la disminución de la frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca, así como una estabilidad y ligero aumento en la temperatura periférica, dichas variables están asociadas a la respuesta al estrés-ansiedad, estados de calma o preocupación, así como a la regulación de las emociones. Estos resultados se asemejan a los reportados por algunos autores los cuales sugieren que la atención plena y la compasión repercuten en variables fisiológicas asociadas al funcionamiento y regulación del sistema nervios autónomo tales como: la respiración (Vlemincx et al., 2013) la tasa cardiaca (Krygier et al., 2013) y la temperatura de periférica (Lush et al., 2009). Sin embargo es importante señalar desde este punto que debemos tomar estos análisis con bastante cautela, en primer término el objetivo de la atención plena no es adquirir la habilidad de una relajación profunda, por ello posiblemente no observamos una modificación amplia en estas variables. Algo importante de tomar en cuenta es que estas variables en la forma como fueron registradas no se pueden considerar como respuestas psicofisiológicas controladas, y no se pudiera hablar como tal de un efecto en estas variables, sino más como mediciones en indicadores fisiológicos con instrumentos de medición más rudimentarios. También cabe resaltar que estos indicadores en específico dependen de múltiples causas y factores, y no es plausible aspirar a controlar la variabilidad en sus mediciones, es decir, el aumento de la temperatura o la frecuencia cardiaca tienen que ver con

una multiplicidad de cambios ambientales y organísmicos los cuales no fueron posible controlar como variables extrañas en este estudio. Por lo anterior señalado, se pierde mucha confiabilidad en estos resultados fisiológicos, estos hallazgos pudieron incurrir en la fuente de invalidación interna llamada “Inestabilidad”, por ello será mejor tomarlos con bastantes reservas.

Con respecto a los resultados de los autorregistros de ansiedad, se pudo notar que las 15 mujeres que asistieron al programa de APC disminuyeron sus niveles de ansiedad percibida durante su asistencia a los 8 módulos de intervención. Estos resultados son compatibles con los hallazgos positivos descritos en las escalas psicométricas y fueron de utilidad para que las usuarias llevaran un control conductual sobre sus avances dentro de su intervención. Sin embargo, en esta medición queda latente el riesgo de un sesgo de reactividad con respecto a la sensibilidad de las participantes al registrar su modificación de la ansiedad percibida.

De acuerdo con las puntuaciones obtenidas por medio de la escala de supervisión clínica pudimos notar que en cada subescala se obtuvieron índices altos mayores de 90%, el terapeuta logró aplicar adecuadamente los módulos cursados por las participantes. Se aplicaron los principios teóricos del modelo de la APC, el proceso de enseñanza-aprendizaje consiguió la transmisión y adquisición de los conocimientos, además, cada sesión fue realizada profesionalmente y con un correcto manejo de las habilidades clínicas y terapéuticas. No obstante, estos datos estuvieron sujetos al sesgo de la deseabilidad social por parte de las observadoras participantes, ya que las psicólogas que hicieron estos registros podían saber lo que se esperaba del terapeuta y por tanto la integridad del tratamiento pudo haber sido afectada por los efectos en las respuestas registradas, ahora bien, para aminorar este problema, la información de las hojas registradas no era

directamente entregada al investigador, sino que solamente se proporcionaba el promedio final de los resultados en esta escala.

Por otra parte, las mujeres que culminaron con su tratamiento en este taller individualizado para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa estuvieron satisfechas con la atención recibida. De acuerdo con los resultados, las usuarias calificaron el servicio con puntuaciones máximas a 9 o cercanas al 10, se reportó que lo más ventajoso para ellas era vivir la experiencia de la meditación y aplicarla a su día a día, también les benefició la práctica de la atención plena y las reflexiones en torno a ello, finalmente el lograr transmitir una actitud compasiva y de mayor conexión hacia su bebé en desarrollo fue una constante mencionada por las participantes que asistieron a este modelo de intervención. El servicio les pareció de bastante utilidad y con respecto a las mejoras que pudieran hacerle al programa, se comentó que sería deseable que pudieran tener más meditaciones, en específico, más audios y ejercicios de meditación, también se sugirió que no se llevaran a cabo tantos registros ni mediciones previas ni posteriores al taller cursado, que existieran más espacios y horarios de atención, que hubiera más psicólogos expertos en el tema para que dieran la intervención, y que se diera más tiempo al diálogo entre el terapeuta y la paciente.

Uno de los objetivos claros en esta intervención fue observar el mantenimiento de los avances obtenidos, la entrevista de seguimiento además de servir para realizar las evaluaciones psicométricas fue de utilidad para saber si las usuarias lograron una consolidación en la práctica de las habilidades realizadas durante la intervención. En este caso, se reportó que en su mayoría, las participantes continuaron con los ejercicios de meditación formal e informal en la atención plena y en la compasión, lo que nos pudiera hablar de un cambio más persistente para el manejo de sintomatología ansiosa y la reperiencia de estados afectivos negativos.

Algo más para reflexionar es si la APC, funcionó igual en un escenario que en otro, es decir, si hubo o no mejoras clínicas diferenciales entre un escenario u otro. Los resultados sugieren que se observó una cierta generalización entre escenarios clínicos o del entorno, ya que se obtuvieron resultados favorables y similares para las participantes de ambos escenarios. Cabe señalar que las condiciones se mantuvieron constantes para ambos escenarios, es decir, se realizaron con el mismo psicólogo, observadores participantes, con el mismo procedimiento y el mismo contenido e incluso mismos materiales tanto en la Facultad de Psicología como en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Esta intervención logró ser altamente factible, ya que se lograron los objetivos del entrenamiento y el aprendizaje de las técnicas propuestas, y fue ampliamente aceptable ya que hubo un alto índice de satisfacción con la intervención que fue diseñada para la población de mujeres embarazadas con síntomas de ansiedad.

## Conclusiones

De acuerdo con los hallazgos obtenidos en este estudio, los objetivos propuestos fueron alcanzados. En primera instancia se pilotearon dos intervenciones psicológicas para mujeres embarazadas con ansiedad, posteriormente se replicó el modelo de la APC para tratar sintomatología ansiosa en mujeres embarazadas y en dos escenarios clínicos, la Facultad de Psicología de la UNAM, y el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Los resultados generales de esta investigación apuntan a que las participantes intervenidas obtuvieron mejoras en sus estados de salud mental medidos a través de las variables dependientes de esta investigación, por lo que se logró combatir un problema psicológico socialmente relevante que incide en la salud perinatal. Además, esta intervención fue la primera en otorgar un dispositivo terapéutico de tercera generación en mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa, sería adecuado continuar sobre la investigación del impacto de estos tratamientos psicológicos. Es importante mencionar que en el campo de la psicología clínica se requiere de evaluar nuevas intervenciones que sean alternativas y de utilidad terapéutica, eficaces, de alta aceptación social, y que logren incidir en los mecanismos del comportamiento. A reserva de algunos resultados, se considera que esta intervención también alcanzó estos objetivos.

Por otro lado, de manera general el procedimiento metodológico que se siguió para desarrollar la investigación fue adecuado en ambos estudios; los escenarios elegidos, el trabajo de detección, la evaluación, los instrumentos y materiales utilizados, así como los tratamientos administrados se aplicaron de forma correcta. Pese a que sí hubo algunos sesgos y áreas de oportunidad en esta investigación, la APC pudiera ser considerada de beneficio para mujeres embarazadas con características similares a las que participaron en esta investigación,

pero también considerando que tendrían que ser intervenidas mediante procedimientos equivalentes a los que se llevaron a cabo en este estudio.

Otras ventajas en esta investigación fueron: se lograron reportar resultados a nivel individual y grupal en el pretratamiento, el postratamiento y los seguimientos de las usuarias. Se tuvo conocimiento de lo que ocurría durante la intervención en las participantes mediante registros conductuales y fisiológicos entre sus sesiones, permitiendo un panorama más completo de los cambios que pueden lograr este tipo de intervenciones. Se corroboró que en cada módulo el terapeuta hiciera un buen desempeño de las sesiones, además, cada procedimiento e incluso los programas de intervención utilizados fueron explicados detalladamente y con un buen nivel descriptivo dentro de este documento, lo anterior permitirá realizar réplicas y trasladar este conocimiento a la práctica clínica en futuras investigaciones, y así saber si es posible obtener resultados congruentes con los aquí propuestos.

Sin embargo, por la naturaleza metodológica del estudio, es prudente señalar que pudieron existir explicaciones rivales con respecto de si las variables independientes (en este caso las intervenciones aplicadas) fueron las responsables de los efectos en las variables dependientes (en este caso las evaluaciones psicológicas y fisiológicas), a causa de una falta de verdadero control experimental. Este estudio estuvo sujeto principalmente a la fuente de invalidación interna llamada "Historia", la cual menciona que puede haber acontecimientos que ocurran durante el desarrollo del experimento, o en este caso de la intervención, que intervenga con los resultados, un ejemplo de ello es que no se pudiera saber con certeza si el apoyo familiar que pudieron recibir las pacientes por el simple hecho de asistir al tratamiento psicológico les reforzó o les generó mayor motivación, y esto a su vez haya influido en que se sintieran mejor

durante el tratamiento; estaríamos hablando de que la pura intervención de la APC no sería el único agente de cambio en estas participantes, vale la pena hacer esta digresión y reflexionar al respecto.

Otra área de oportunidad importante de mencionar es que en este trabajo el mismo investigador pudo haber afectado los resultados del estudio, ya que es un observador activo que pudiera influir en el manuscrito, además, pudo darse el hecho de haber errores en la codificación de los datos como en cualquier otro trabajo de investigación.

Con respecto a la validez externa del presente estudio, pudiera decirse que otras mujeres embarazadas con características similares a la población atendida pudieran ser beneficiadas al ser atendidas con el programa de APC, sin embargo, es difícil hacer esta inferencia ya que las participantes se autoseleccionaron para formar parte de esta investigación. Además, se necesitaría que el programa fuera aplicado por un terapeuta que tuviera conocimientos equivalentes a los constatados en esta investigación, y que fuera evaluado mediante la escala de supervisión clínica. La ventaja de este estudio es que permite perfectamente replicar en futuras investigaciones estos resultados debido a que se da una descripción bastante minuciosa de cómo fue efectuado esta intervención para mujeres embarazadas. Lo importante sería que gracias al análisis aquí expuesto, en próximos estudios se intentara minimizar, corregir o evitar los sesgos que se describen en este documento.

Por otro lado, algo que queda a discusión es saber si las intervenciones lograron cambios favorables y mantenidos en parte también al hecho de que fueron entregadas en un formato de terapia individual, el cual puede ser más efectivo y al mismo tiempo flexible que el formato grupal ya que permite tener una mayor dirección,

conexión y control en cada usuarias atendida. Posteriores investigaciones pudieran arrojar mayor luz al respecto.

Algo positivo a resaltar de los tratamientos psicosociales como el que se aplicó en este estudio, es que a diferencia de los tratamientos farmacológicos, las intervenciones cognitivo conductuales de segunda y tercera generación (y en este caso dirigidas a mujeres embarazadas con ansiedad), pueden tener un efecto duradero y eficaz, ya que inciden en el aprendizaje de habilidades y conductas adaptativas y tienen la ventaja de no interferir médicamente con el organismo de las usuarias, además, estos tratamientos favorecen la prevención de recaídas y mantiene los efectos a mediano y largo plazo, alcanzando resultados relativamente rápidos. Otro beneficio es que se evita la necesidad de participar en tratamientos que exijan medicación, como pueden ser antidepresivos o ansiolíticos los cuales pueden ser teratógenos y provocar dificultades en la madre o el bebé.

Por otra parte, en esta investigación es debatible si la TCC o la APC lograron modificar directa o indirectamente estados afectivos asociados a la sintomatología ansiosa. Es cierto que los tratamientos cognitivo conductuales de segunda y tercera generación aplican técnicas como son la relajación o la meditación, las cuales están directamente relacionadas con la modulación de los mecanismos regulatorios de la fisiología humana y de la conducta, se tiene el conocimiento de que la meditación y la relajación en sí mismas son incompatibles con la sintomatología ansiosa, y en este estudio estas habilidades fueron desarrolladas por las participantes. Sin embargo, en este trabajo no se midió el momento específico donde ocurrieron los cambios clínicos, como sí pudiera medirse mediante otros tipos de diseños experimentales más rigurosos, tales como en los diseños de línea base múltiple, donde se puede observar el momento del cambio clínico o conductual. Por ello más investigación se requiere al respecto.

Lo importante a señalar aquí es que los diseños de investigación en la psicología clínica pueden ser perfectibles y se espera que siempre puedan ser susceptibles de mediciones objetivas, confiables y directamente asociadas con mediciones psicométricas, fisiológicas o conductuales, para evaluar el impacto y eficacia de estos tratamientos.

Los resultados de este estudio tendrán que tomarse con un amplio criterio debido a sus sesgos, para tener un punto de referencia y poder mejorar los aspectos metodológicos en futuras investigaciones, sin embargo, es un antecedente directo de intervenciones que buscan lo más fidedigno posible basar sus hallazgos en evidencia científica, por su naturaleza y marco conceptual metodológico en el cual se desarrolló este estudio.

Con todo y sus limitaciones, la investigación aquí reportada permitió promover la salud mental mediante un servicio de bajo costo y alta eficacia, el cual intervino en la sintomatología ansiosa de mujeres embarazadas sin mejores opciones a tratamiento psicológico y en nuestra sociedad mexicana. Se propone que en futuras investigaciones se indague en variables como la adherencia al tratamiento, el cambio conductual, mecanismos psicofisiológicos y la evaluación de los componentes de cada modelo de intervención. Finalmente, este estudio queda como un antecedente empírico necesario para continuar desarrollando intervenciones psicológicas enfocadas a la mejora de la salud mental en nuestro país.

## Referencias

- Aalami, M., Jafarnejad, F., & ModarresGharavi, M. (2016). The effects of progressive muscular relaxation and breathing control technique on blood pressure during pregnancy. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 21(3), 331.
- Abbott, R. A., Whear, R., Rodgers, L. R., Bethel, A., Coon, J. T., Kuyken, W., Stein, K., & Dickens, C. (2014). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of psychosomatic research*, 76(5), 341-351.
- Acarturk, C., Cuijpers, P., Van Straten, A., & De Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis. *Psychological medicine*, 39(2), 241-254.
- Aceves, K. G. S., Ureña, B. E. C., Contreras, M. E. D., Magaña, M. A. S., & Romero, M. A. R. (2013). Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. *Atención Familiar*, 20(1), 25-27. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30082-7](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30082-7)
- Aguayo, L. V., García, R. F., & Bermúdez, M. Á. L. (2015). *Psicoterapia Analítica Funcional: El análisis funcional en la sesión clínica*. Síntesis.
- Albano, A. M., & Kendall, P. C. (2002). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical research advances. *International review of psychiatry*, 14(2), 129-134.
- Alderdice, F., McNeill, J., & Lynn, F. (2013). A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery*, 29(4), 389-399. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.05.010>
- Alonso, M. M. (2012). Mindfulness en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao, 5, 81-140.
- Andreassi, J. L. (2010). *Psychophysiology: Human behavior and physiological response*. Psychology Press.
- Arroyo-Guadarrama, S., Vite-Sierra, A., & Córdova-Barrios, A. (2014). Evaluación de la sintomatología psicológica en mujeres con embarazo de alto riesgo. *Atención Familiar*, 21(4), 113-116.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.

- Avendaño Reyes, J. P., Arévalo Barba, T. L., & Ariño, R. (2014). *Niveles de progesterona y amenaza de aborto en pacientes que cursan el primer trimestre de gestación en el Hospital José Carrasco Arteaga*.
- Balanza Galindo, S., Morales Moreno, I., & Guerrero Muñoz, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: Factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clínica y Salud*, 20(2), 177–187.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press.
- Barlow, D. H. (2009). *Single case experimental designs Strategies for Studying Behavior Change*. Pearson.
- Barraca, J. B. (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de Tercera Generación Clinical Skills in the Third-Wave of Behavioral Therapy. *Clínica y Salud*, 20(2), 109–117.
- Barrondo, S. M., Martínez, P. A. S., & González, M. P. G.-P. (2008). Trastornos de ansiedad en atención primaria. *Jano: medicina y humanidades*, 1714, 9–14.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953–959. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.953>
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.
- Behar, E., & Borkovec, T. D. (2010). Treatment considerations in generalized anxiety disorder. *Resolving treatment complications*, 185–208.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud mental*, 32(2), 155–163.
- Berenzon Gorn, S., Alanís Navarro, S., & Saavedra Solano, N. (2009). El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: Resultados de una encuesta en la Ciudad de México. *Salud mental*, 32(2), 107–115.
- Bergen-Cico, D., & Cheon, S. (2014). The mediating effects of mindfulness and self-compassion on trait anxiety. *Mindfulness*, 5(5), 505–519.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., & Velting, D. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230–241.

- Bobes, J., Bousoño, M., González, M. P., & Sáiz, P. (2001). Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en Atención Primaria. *Comentarios y Sugerencias dminternet@recoletos.es*, 24.
- Bonsack, C., Rexhaj, S., & Favrod, J. (2015). Psychoéducation: Définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173, 79–84.
- Borkovec, T. D. (2006). Applied relaxation and cognitive therapy for pathological worry and generalized anxiety disorder. *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*, 273–287.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice, 2004*.
- Borkovec, T. D., Hazlett-Stevens, H., & Diaz, M. L. (1999). The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 6(2), 126–138.
- Bornemann, B., & Singer, T. (2013). *What do we (not) mean by training*.
- Brewer, J. A., Sinha, R., Chen, J. A., Michalsen, R. N., Babuscio, T. A., Nich, C., Grier, A., Bergquist, K. L., Reis, D. L., & Potenza, M. N. (2009). Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: Results from a randomized, controlled stage I pilot study. *Substance Abuse*, 30(4), 306–317.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.
- Bulacio, J. M., Vieyra, M. C., Álvarez, C., & Benatuil, D. (2006). Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. *Fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas*. Recuperado de: [http://www.fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster\\_4\\_Uso\\_de\\_la\\_psicoeducacion\\_como\\_estrategia\\_terapeutica.pdf](http://www.fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso_de_la_psicoeducacion_como_estrategia_terapeutica.pdf).
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17–31.
- Cacioppo, J. T., Tassinary, L. G., & Berntson, G. (2007). *Handbook of psychophysiology*. Cambridge University Press.
- Cano-Vincel, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J. M., & Wood, C. M. (2013). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: Una actualización. *Informació Psicològica*, 102, 4–27.

- Cardiel R., M. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano y H. García (Eds.): *Epidemiología clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana-McGraw-Hill.
- Castillo, M. D., & González Leandro, P. (2010). *Estrés y ansiedad. Relación con la cognición*.
- Chen, Y., Huang, X., Chien, C., & Cheng, J. (2017). The effectiveness of diaphragmatic breathing relaxation training for reducing anxiety. *Perspectives in psychiatric care*, 53(4), 329-336.
- Chiesa, A., Anselmi, R., & Serretti, A. (2014). Psychological mechanisms of mindfulness-based interventions: What do we know? *Holistic nursing practice*, 28(2), 124-148.
- Chiesa, A., Calati, R., & Serretti, A. (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical psychology review*, 31(3), 449-464.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *The journal of alternative and complementary medicine*, 15(5), 593-600.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 187(3), 441-453.
- Clark, D., & Beck, A. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Descleé de Brouwer.
- Cosley, B. J., McCoy, S. K., Saslow, L. R., & Epel, E. S. (2010). Is compassion for others stress buffering? Consequences of compassion and social support for physiological reactivity to stress. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46(5), 816-823.
- Coutiño, A. M. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): La atención plena/mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(01).
- Cuevas, S. G., & Gutiérrez, E. J. C. (2012). *Estrés y salud: Investigación básica y aplicada*. Editorial El Manual Moderno.
- Cuijpers, P., Gentili, C., Banos, R. M., Garcia-Campayo, J., Botella, C., & Cristea, I. A. (2016). Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 43, 79-89.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 34(2), 130-140.

- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 564–570.
- Delgado, M. P., Postigo, J. M. L., & Rodríguez, J. M. (2012). *Ansiedad y Estrés*.
- Díaz, D. (2019). Diseño del Programa de Formación a Terapeutas en Atención Plena Compasiva dirigido a dejar de fumar. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Díaz, M., Amato, R., Chávez, J. G., Ramirez, M., Rangel, S., Rivera, L., & López, J. (2013). Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus*, 17(2), 25–30.
- Díaz, R., Aguilar, F., & Santillán, G. (1999). Estrés y embarazo. *Rev. ADM*, 56(1), 27–31.
- Ding, X.-X., Wu, Y.-L., Xu, S.-J., Zhu, R.-P., Jia, X.-M., Zhang, S.-F., Huang, K., Zhu, P., Hao, J.-H., & Tao, F.-B. (2014). Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of affective disorders*, 159, 103–110.
- Domínguez, B., Olvera, Y., Cruz, A., & Cortes, J. (2001). Monitoreo no invasivo de la temperatura periférica bilateral en la evaluación y tratamiento psicológico. *Psicología y salud*, 11(2), 61–71.
- Duncan, L. G., & Bardacke, N. (2010). Mindfulness-based childbirth and parenting education: Promoting family mindfulness during the perinatal period. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 190–202.
- Dundas, I., Thorsheim, T., Hjeltnes, A., & Binder, P. E. (2016). Mindfulness Based Stress Reduction for academic evaluation anxiety: A naturalistic longitudinal study. *Journal of college student psychotherapy*, 30(2), 114–131.
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018. (s/f). Recuperado el 27 de abril de 2020, de <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>
- Epp, A., Dobson, K., & Cottraux, J. (2009). Applications of Individual Cognitive-Behavioral Therapy to Specific Disorders Efficacy and Indications. En *Textbook of psychotherapeutic treatments*. Am Psychiatric Assoc.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 22(4), 716–721.
- Externo, P. J. R. H.-T. (2017). Efecto de atención plena compasiva sobre dolor en pacientes con artritis reumatoide. *XI Congreso de Posgrado en Psicología | UNAM | 2017*.

- Fadzil, A., Balakrishnan, K., Razali, R., Sidi, H., Malapan, T., Japaraj, R. P., Midin, M., Nik Jaafar, N. R., Das, S., & Manaf, M. R. A. (2013). Risk factors for depression and anxiety among pregnant women in Hospital Tuanku Bainun, Ipoh, Malaysia. *Asia-Pacific Psychiatry*, 5(S1), 7-13.
- Fairbrother, N., Janssen, P., Antony, M. M., Tucker, E., & Young, A. H. (2016). Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *Journal of affective disorders*, 200, 148-155.
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of women's mental health*, 10(1), 25-32.
- Farb, N. A., Anderson, A. K., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., & Segal, Z. V. (2010). Minding one's emotions: Mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Emotion*, 10(1), 25.
- Feliú, M. T. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatria de enlace*, 110, 62-69.
- Flores-Ramos, M. (2013). La salud mental en la mujer embarazada. *Perinatología y reproducción humana*, 27(3), 143-144.
- Fulton, C. L., & Cashwell, C. S. (2015). Mindfulness- based awareness and compassion: Predictors of counselor empathy and anxiety. *Counselor Education and Supervision*, 54(2), 122-133.
- García, F. J., Velázquez, J. A. V., & Lugo, E. K. L. (2002). *Apuntes de Estadística Inferencial*.
- Geschwind, N., Peeters, F., Drukker, M., van Os, J., & Wichers, M. (2011). Mindfulness training increases momentary positive emotions and reward experience in adults vulnerable to depression: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(5), 618.
- Giardinelli, L., Innocenti, A., Benni, L., Stefanini, M. C., Lino, G., Lunardi, C., Svelto, V., Afshar, S., Bovani, R., & Castellini, G. (2012). Depression and anxiety in perinatal period: Prevalence and risk factors in an Italian sample. *Archives of women's mental health*, 15(1), 21-30.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
- Glover, V., Ahmed-Salim, Y., & Capron, L. (2016). Maternal Anxiety, Depression, and Stress During Pregnancy: Effects on the Fetus and the Child, and Underlying Mechanisms. En *Fetal Development* (pp. 213-227). Springer.

- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson, D. (1989). Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general. *Br Med J (ed. esp.)*, 4(2), 49-53.
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83.
- González Santana, A. (2016). *Mindfulness: Guía práctica para educadores*.
- González-Ramírez, M. T., Quezada-Berumen, L. del C., Díaz-Rodríguez, C. L., & Cano-Vindel, A. (2014). ADAPTACIÓN PARA MÉXICO Y ESTRUCTURA FACTORIAL DEL INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD BREVE (ISRA-B). *Ansiedad y estrés*, 20(1).
- Goodman, J. H., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., Forget, A., & Freeman, M. (2014). CALM Pregnancy: Results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of women's mental health*, 17(5), 373-387.
- Green, S. M., Haber, E., Frey, B. N., & McCabe, R. E. (2015). Cognitive-behavioral group treatment for perinatal anxiety: A pilot study. *Archives of women's mental health*, 18(4), 631-638.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical psychology review*, 37, 1-12.
- Guardino, C. M., Dunkel Schetter, C., Bower, J. E., Lu, M. C., & Smalley, S. L. (2014). Randomised controlled pilot trial of mindfulness training for stress reduction during pregnancy. *Psychology & health*, 29(3), 334-349.
- Gutiérrez, J. L. B., Cruz, D. M., & Coutiño, A. B. M. (2021). Tratamiento basado en atención plena compasiva: Un estudio piloto en policonsumidores de drogas. *Psicología y Salud*, 31(1), 25-35.
- Hall, H. G., Beattie, J., Lau, R., East, C., & Biro, M. A. (2016). Mindfulness and perinatal mental health: A systematic review. *Women and Birth*, 29(1), 62-71.
- Hangartner, D. (2013). *Human suffering and the four immeasurables: A Buddhist perspective on compassion*.
- Hans, E., & Hiller, W. (2013). A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 954-964.

- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639–665.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 180–198.
- Heinze, G., & Camacho, P. V. (2010). Guía clínica para el manejo de la ansiedad. *Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales ed. Mexico: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente*.
- Helmes, E., & Ward, B. G. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy for anxiety symptoms in older adults in residential care. *Aging & mental health*, 21(3), 272–278.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hernández-Pacheco, J. A., Estrada-Altamirano, A., Nares-Torices, M. A., Casitillo, O., Mendoza-Calderón, S. A., & Ramírez Sánchez, C. D. (2013). Instrumentos de la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de la preeclampsia y eclampsia en el embarazo, parto y puerperio. *Perinatología y reproducción humana*, 27(4), 262–280.
- Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: Estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27(3), 115–124.
- Hjeltnes, A., Molde, H., Schanche, E., Vøllestad, J., Lillebostad Svendsen, J., Moltu, C., & Binder, P.-E. (2017). An open trial of mindfulness- based stress reduction for young adults with social anxiety disorder. *Scandinavian journal of psychology*, 58(1), 80–90.
- Hodann-Caudevilla, R. M., & Serrano-Pintado, I. (2016). Revisión sistemática de la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 22(1), 39–45.
- Hoehn- Saric, R. (1998). Psychic and somatic anxiety: Worries, somatic symptoms and physiological changes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(s393), 32–38.
- Hoffman, C. J., Ersser, S. J., Hopkinson, J. B., Nicholls, P. G., Harrington, J. E., & Thomas, P. W. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast- and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: A randomized, controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 30(12), 1335–1342.

- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology, 78*(2), 169.
- Hughes, J. W., Fresco, D. M., Myerscough, R., van Dulmen, M., Carlson, L. E., & Josephson, R. (2013). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction for prehypertension. *Psychosomatic medicine, 75*(8).
- I Martí, A. C., & Barrachina, M. T. M. (2008). Efectos de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena: Una aproximación cualitativa. *Apuntes de Psicología, 26*(2), 257–268.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). “ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL... DÍA DE LA MADRE (10 DE MAYO)” DATOS NACIONALES.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). “ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA JUVENTUD” DATOS NACIONALES.  
www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/juventud2016\_0.pdf
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation: A physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice*. University of Chicago Press.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: science and practice, 8*(3), 255–270.
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., & Schwartz, G. E. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of behavioral medicine, 33*(1), 11–21.
- Jazaieri, H., Goldin, P. R., Werner, K., Ziv, M., & Gross, J. J. (2012). A randomized trial of MBSR versus aerobic exercise for social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology, 68*(7), 715–731.
- Johansson, B., Bjuhr, H., & Rönnbäck, L. (2012). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) improves long-term mental fatigue after stroke or traumatic brain injury. *Brain injury, 26*(13–14), 1621–1628.
- Kabat- Zinn, J. (2003). Mindfulness- based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice, 10*(2), 144–156.
- Kaviani, H., Hatami, N., & Javaheri, F. (2012). The impact of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on mental health and quality of life in a sub-clinically depressed population. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 1*, 21–28.

- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M.-A., Paquin, K., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical psychology review, 33*(6), 763–771.
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 78*(6), 519–528.
- Kim, S., Roth, W. T., & Wollburg, E. (2015). Effects of therapeutic relationship, expectancy, and credibility in breathing therapies for anxiety. *Bulletin of the Menninger Clinic, 79*(2), 116–130.
- Kim, Y. W., Lee, S.-H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, B., Kim, C. M., Cho, S. J., Kim, M. J., Yook, K., & Ryu, M. (2009). Effectiveness of mindfulness- based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety, 26*(7), 601–606.
- King, A. P., Erickson, T. M., Giardino, N. D., Favorite, T., Rauch, S. A., Robinson, E., Kulkarni, M., & Liberzon, I. (2013). A pilot study of group mindfulness- based cognitive therapy (MBCT) for combat veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Depression and anxiety, 30*(7), 638–645.
- Kingdon, D., & Dimech, A. (2008). Cognitive and behavioural therapies: The state of the art. *Psychiatry, 7*(5), 217–220.
- Kızılırmak, A., Timur, S., & Kartal, B. (2012). Insomnia in pregnancy and factors related to insomnia. *The Scientific World Journal, 2012*.
- Koszycki, D., Thake, J., Mavounza, C., Daoust, J.-P., Taljaard, M., & Bradwejn, J. (2016). Preliminary Investigation of a Mindfulness-Based Intervention for Social Anxiety Disorder That Integrates Compassion Meditation and Mindful Exposure. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 22*(5), 363–374.
- Krygier, J. R., Heathers, J. A., Shahrestani, S., Abbott, M., Gross, J. J., & Kemp, A. H. (2013). Mindfulness meditation, well-being, and heart rate variability: A preliminary investigation into the impact of intensive Vipassana meditation. *International Journal of Psychophysiology, 89*(3), 305–313.
- Kuan, G., Morris, T., & Terry, P. (2016). *The use of Galvanic Skin Response (GSR) and Peripheral Temperature (PT) to Monitor Relaxation during Mindfulness Imagery with Relaxing Music*.
- Kumar, S. M. (2002). An introduction to Buddhism for the cognitive-behavioral therapist. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*(1), 40–43.

- Lemon, E. L., Vanderkruik, R., & Dimidjian, S. (2015). Treatment of anxiety during pregnancy: Room to grow. *Archives of women's mental health, 18*(3), 569.
- Leonetti, L., & Martins, M. (2007). Ansiedad maternal en el periodo prenatal y postnatal: Revisión de la literatura. *Rev Latino-Americana Enfermagem, 15*(4), 677-683.
- Levinson, D. B., Stoll, E. L., Kindy, S. D., Merry, H. L., & Davidson, R. J. (2014). A mind you can count on: Validating breath counting as a behavioral measure of mindfulness. *Frontiers in psychology, 5*.
- Lieb, R., Becker, E., & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology, 15*(4), 445-452.
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K., & Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine, 37*(1), 58-69.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., Baró, E., & (GVEEP, G. de V. en E. de E. P. (2002). Validación de las versiones en castellano de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica, 118*(13), 493-499.
- López, E. (2009). *Las emociones*. (Vol. 2). Trillas.
- López-Maya, E., Hernández-Pozo, M. del R., Méndez-Segundo, L., Gutiérrez-García, J. J., Araujo-Díaz, D., Nuñez-Gazcón, A., Cervantes-Sampayo, L. K., Nava-Alcántara, S., Bautista García, L. E., & Hölzel, B. K. (2015). Psychometric properties of the mexican version of the mindful attention awareness scale (MAAS). *Psicología. Avances de la disciplina, 9*(1), 13-27.
- Lucena, L., Frange, C., Pinto, A. C. A., Andersen, M. L., Tufik, S., & Hachul, H. (2020). Mindfulness interventions during pregnancy: A narrative review. *Journal of Integrative Medicine*.
- Lumma, A.-L., Kok, B. E., & Singer, T. (2015). Is meditation always relaxing? Investigating heart rate, heart rate variability, experienced effort and likeability during training of three types of meditation. *International Journal of Psychophysiology, 97*(1), 38-45.
- Lush, E., Salmon, P., Floyd, A., Studts, J. L., Weissbecker, I., & Sephton, S. E. (2009). Mindfulness meditation for symptom reduction in fibromyalgia: Psychophysiological correlates. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 16*(2), 200.
- Lúzar, J. I., Zorrilla, E. P., & García, C. F. (2005). Electromiografía clínica. *Rehabilitación, 39*(6), 265-276.

- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology, 62*(4), 459–480.
- Maldonado, J. M. S., Barragán, A. M. R., Sosa, J. J. S., & Coutiño, A. B. M. (2017). Sintomatología depresiva y conducta de atracón en la obesidad: Estudio piloto con intervención de atención plena y compasión. *enero-febrero, 15*.
- Maldonado-Durán, M., & Lartigue, T. (2008). Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum [Internet], 22*, 100–110.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología, 40*, 26–34.
- Marchesi, C., Ossola, P., Amerio, A., Daniel, B. D., Tonna, M., & De Panfilis, C. (2016). Clinical management of perinatal anxiety disorders: A systematic review. *Journal of affective disorders, 190*, 543–550.
- Marín-Iranzo, R. (2006). Hipertensión arterial y embarazo. *Hipertensión y riesgo vascular, 23*(7), 222–231.
- Masuda, A., & Hill, M. L. (2013). Mindfulness as therapy for disordered eating: A systematic review. *Neuropsychiatry, 3*(4), 433–447.
- Matvienko-Sikar, K., Lee, L., Murphy, G., & Murphy, L. (2016). The effects of mindfulness interventions on prenatal well-being: A systematic review. *Psychology & Health, 31*(12), 1415–1434.
- Meades, R., & Ayers, S. (2011). Anxiety measures validated in perinatal populations: A systematic review. *Journal of affective disorders, 133*(1), 1–15.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Muñoz, C. L., Benjet, C., & Jaimes, J. B. (2003). Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud mental, 26*(4), 1.
- Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (1988). Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA). *Madrid: TEA Ediciones, Sa*.
- Miró, M. T. (2006). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de psicoterapia, 17*(66–67), 31–76.
- Miró, M. T. (2012). Mindfulness y auto-observación terapéutica. *Mindfulness en la práctica clínica, 15–50*.
- Miró, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez Ramos, J., Rivero, A., González, M., & Serrano, P. (2011). *Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en mindfulness para los trastornos*

*de ansiedad y depresión: Una revisión sistemática= Effectiveness of mindfulness based treatments for anxiety and depressive disorders: A systematic review.*

- Misri, S., Abizadeh, J., Sanders, S., & Swift, E. (2015). Perinatal generalized anxiety disorder: Assessment and treatment. *Journal of Women's Health, 24*(9), 762-770.
- Molina-Fernández, D., Rubio-Rico, L., Roca-Biosca, A., Jimenez-Herrera, M., la Flor-Lopez, D., & Sirgo, A. (2015). ANSIEDAD Y MIEDOS DE LAS GESTANTES ANTE EL PARTO: LA IMPORTANCIA DE SU DETECCIÓN. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing/Revista Portuguesa de Enfermagem de Saude Mental, 13*.
- Moñivas, A., García Diex, G., & García de Silva, R. (2012). *Mindfulness (Atención plena): Concepto y teoría*.
- Moral de la Rubia, J. (2011). La escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en parejas casadas mexicanas. *Ciencia ergo sum, 18*(2).
- Moravec, C. S. (2008). Biofeedback therapy in cardiovascular disease: Rationale and research overview. *Cleveland clinic journal of medicine, 75*(2), S35.
- Muzik, M., Hamilton, S. E., Rosenblum, K. L., Waxler, E., & Hadi, Z. (2012). Mindfulness yoga during pregnancy for psychiatrically at-risk women: Preliminary results from a pilot feasibility study. *Complementary therapies in clinical practice, 18*(4), 235-240.
- Navarrete, L., Lara, M. A., Navarro, C., Gómez, M., & Morales, F. (2012). Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el posparto. *Revista de Investigación clínica, 64*(6), 625-633.
- Nereu Bjorna, M. B., Neves de Jesusa, S., & Casado Morales, M. I. (2013). Estrategias de relajación durante el período de gestación. Beneficios para la salud. *Clínica y Salud, 24*(2).
- Nyklíček, I., & Kuijpers, K. F. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: Is increased mindfulness indeed the mechanism? *Annals of Behavioral Medicine, 35*(3), 331-340.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Deacon, B. J. (2010). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Psychiatric Clinics, 33*(3), 557-577.
- O'Leary, K., Dockray, S., & Hammond, S. (2016). Positive prenatal well-being: Conceptualising and measuring mindfulness and gratitude in pregnancy. *Archives of women's mental health, 19*(4), 665-673.

- O'Reilly, G. A., Cook, L., Spruijt- Metz, D., & Black, D. S. (2014). Mindfulness- based interventions for obesity- related eating behaviours: A literature review. *Obesity Reviews*, 15(6), 453-461.
- Organización Mundial de la Salud. (2015, noviembre). OMS | *¿Por qué siguen muriendo tantas mujeres durante el embarazo y el parto?* WHO. <http://www.who.int/features/qa/12/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). OMS | *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. WHO. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Ortega, L., Lartigue, T., & Figueroa, M. E. (2001). Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatología y Reproducción Humana*, 15(1), 11-20.
- Otero, E., & Tamayo, J. (2015). *Embarazo, parto y puerperio*. Formación Alcalá.
- Palmero, F. (2002). *Psicología de la motivación y la emoción*.
- Paquin, E. M. S., & Coutiño, A. M. (2017). Efectos del tratamiento de atención plena y compasión sobre ansiedad, calidad de vida y asma. *Psicología y Salud*, 27(2), 167-178.
- Parswani, M. J., Sharma, M. P., & Iyengar, S. S. (2013). Mindfulness-based stress reduction program in coronary heart disease: A randomized control trial. *International journal of yoga*, 6(2), 111.
- Pereira, A. T., Xavier, S., Bento, E., Azevedo, J., Marques, M., Soares, M. J., Freitas, V., Pinto, A. M., Roque, C., & Macedo, A. (2016). Mindfulness, self-compassion and depressive symptoms in pregnant women. *European Psychiatry*, 33, S420.
- Pérez, M. P. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- Peterson, L. G., & Pbert, L. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 149(7), 936-943.
- Piet, J., Würtzen, H., & Zachariae, R. (2012). *The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis*. American Psychological Association.
- Pimentel-Nieto, D., Morales-Carmona, F., Sánchez-Bravo, C., & Meza-Rodríguez, P. (2013). Intervención psicológica institucional oportuna en pacientes embarazadas con diabetes mellitus. *Perinatología y reproducción humana*, 27(2), 98-105.

- Powers, M. B., Sigmarsson, S. R., & Emmelkamp, P. M. (2008). A meta-analytic review of psychological treatments for social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy, 1*(2), 94-113.
- Pradhan, E. K., Baumgarten, M., Langenberg, P., Handwerker, B., Gilpin, A. K., Magyari, T., Hochberg, M. C., & Berman, B. M. (2007). Effect of mindfulness- based stress reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Care & Research, 57*(7), 1134-1142.
- Quiroga, H. (2008). Evaluación de un modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Reck, C., Zimmer, K., Dubber, S., Zipser, B., Schlehe, B., & Gawlik, S. (2013). The influence of general anxiety and childbirth-specific anxiety on birth outcome. *Archives of women's mental health, 16*(5), 363-369.
- Resmaniasih, K., Anies, A., Julianti, H. P., Setiani, O., & Yuanita, H. (2016). The Effect of Diaphragmatic Breathing Technique on the Level of Anxiety in the Third Trimester Pregnant Women. *ASEAN/Asian Academic Society International Conference Proceeding Series*.
- Reyes-Ticas, J. A. (2010). Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento. *Trastornos de ansiedad*.
- Ricard, M. (2009). El arte de la meditación. *Barcelona: Urano, SA*.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología, 18*(2), 211-218.
- Rodgers, M., Asaria, M., Walker, S., McMillan, D., Lucock, M., Harden, M., Palmer, S., & Eastwood, A. (2012). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of low-intensity psychological interventions for the secondary prevention of relapse after depression: A systematic review. *Health Technology Assessment (Winchester, England), 16*(28), 1.
- Rodrigues, A. R., Pérez-López, J., & Brito de la Nuez, A. (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos. Un estudio preliminar. *Anales de psicología, 20*(1), 93.
- Rubertsson, C., Hellström, J., Cross, M., & Sydsjö, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: Prevalence and contributing factors. *Archives of women's mental health, 17*(3), 221-228.

- Ruiz, C. (2007). Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia Eclampsia Lineamiento Técnico. *Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Mexico. 2007 Secretaría de Salud.*
- Ruiz, M. Á., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales.* Desclée de Brouwer.
- Rygh, J. L., & Sanderson, W. C. (2004). *Treating generalized anxiety disorder: Evidence-based strategies, tools, and techniques.* Guilford Press.
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., Marín-Martínez, F., & Gómez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta-analysis. *Clinical psychology review, 30(1), 37–50.*
- Schwartz, M. S., & Andrasik, F. (2003). *Biofeedback: A Practitioner's Guide 2nd.* Guilford Press, New York.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology, 62(3), 373–386.*
- Shapiro, S. L., & Schwartz, G. E. (2000). *The role of intention in self-regulation: Toward intentional systemic mindfulness.*
- Siegel, R. D., & Carrillo, B. M. (2011). *La solución mindfulness: Prácticas cotidianas para problemas cotidianos.* Desclée de Brouwer.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: Tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade, 3(1).*
- Silva, M. M. de J., Nogueira, D. A., Clapis, M. J., & Leite, E. P. R. C. (2017). Anxiety in pregnancy: Prevalence and associated factors. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 51.*
- Simón, V. (2012). Formación en mindfulness para psicoterapeutas. *Mindfulness en la práctica clínica. Bilbao: DDB.*
- Simón, V., Germer, C., & Bayes, R. (2011). *Aprender a practicar Mindfulness.* Sello.
- Spielberger, C. D., & Díaz-Guerrero, R. I. (1975). Inventario de ansiedad: Rasgo-estado. *México: El Manual Moderno.*
- Staneva, A., Bogossian, F., Pritchard, M., & Wittkowski, A. (2015). The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth, 28(3), 179–193.*
- Stern, C. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de población, 10(39), 129–158.*

- Stone, S. L., Diop, H., Declercq, E., Cabral, H. J., Fox, M. P., & Wise, L. A. (2015). Stressful events during pregnancy and postpartum depressive symptoms. *Journal of Women's Health, 24*(5), 384–393.
- Subbalakshmi, N. K., Adhikari, P., & Shanmugavel Jeganathan, P. (2014). Comparative study on cardiac autonomic modulation during deep breathing test and diaphragmatic breathing in type 2 diabetes and healthy subjects. *Journal of diabetes investigation, 5*(4), 456–463.
- Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews. Neuroscience, 16*(4), 213.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(4), 615.
- Teixeira, J., Martin, D., Prendiville, O., & Glover, V. (2005). The effects of acute relaxation on indices of anxiety during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 26*(4), 271–276.
- Thombre, M. K., Talge, N. M., & Holzman, C. (2015). Association between pre-pregnancy depression/anxiety symptoms and hypertensive disorders of pregnancy. *Journal of Women's Health, 24*(3), 228–236.
- Uguz, F., Sonmez, E. O., Sahingoz, M., Gokmen, Z., Basaran, M., Gezginc, K., Sonmez, G., Kaya, N., Erdem, S. S., & Cicekler, H. (2013). Maternal generalized anxiety disorder during pregnancy and fetal brain development: A comparative study on cord blood brain-derived neurotrophic factor levels. *Journal of psychosomatic research, 75*(4), 346–350.
- Urech, C., Fink, N. S., Hoesli, I., Wilhelm, F. H., Bitzer, J., & Alder, J. (2010). Effects of relaxation on psychobiological wellbeing during pregnancy: A randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology, 35*(9), 1348–1355.
- Van der Zwan, J. E., de Vente, W., Huizink, A. C., Bögels, S. M., & de Bruin, E. I. (2015). Physical activity, mindfulness meditation, or heart rate variability biofeedback for stress reduction: A randomized controlled trial. *Applied psychophysiology and biofeedback, 40*(4), 257–268.
- Van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. J., Blonk, M. C., Erdtsieck, R. J., Spooren, P. F., Toorians, A. W., & Pouwer, F. (2013). The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality of life, and HbA1c in outpatients with diabetes (DiaMind). *Diabetes care, 36*(4), 823–830.
- Vélez, F. (2014). *ENCUESTA NACIONAL DE LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA 2014*.

- Vlemincx, E., Vigo, D., Vansteenwegen, D., Van den Bergh, O., & Van Diest, I. (2013). Do not worry, be mindful: Effects of induced worry and mindfulness on respiratory variability in a nonanxious population. *International Journal of Psychophysiology*, 87(2), 147–151.
- Vøllestad, J., Sivertsen, B., & Nielsen, G. H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(4), 281–288.
- Wanigaratne, S. (2006). Psychology of addiction. *Psychiatry*, 5(12), 455–460.
- Weisberg, R. B., & Paquette, J. A. (2002). Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women. *Women's Health Issues*, 12(1), 32–36.
- World Health Organization: Mental Health. (2020). *Facts & Statistics | Anxiety and Depression Association of America, ADAA*. <https://adaa.org/about-adaa/press-room/facts-statistics>.
- Xavier, S., Azevedo, J., Bento, E., Marques, M., Soares, M., Martins, M. J., Castilho, P., Nogueira, V., Macedo, A., & Pereira, A. T. (2016). Mindfulness, self-compassion and psychological distress in pregnant women. *European Psychiatry*, 33, S484–S485.
- Yanikkerem, E., Altıparmak, S., & Karadeniz, G. (2006). The Determination of the Physical Health Problems Experienced During Pregnancy Summary. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 35–42.
- Zhang, M.-F., Wen, Y.-S., Liu, W.-Y., Peng, L.-F., Wu, X.-D., & Liu, Q.-W. (2015). Effectiveness of mindfulness-based therapy for reducing anxiety and depression in patients with cancer: A meta-analysis. *Medicine*, 94(45).

# Anexos

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud, Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, artículo 100, fracción IV; así como del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos” Capítulo I, Disposiciones Comunes, artículo 13 que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, artículos 14 fracción V, 20, 21 y 22 de dicho Reglamento; y, de conformidad con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, se me ha explicado e informado que:

### **I. Justificación y objetivo del estudio:**

Se me ha explicado que padezco de ansiedad (angustia, nervios) en mi ciclo de embarazo. Se me propone participar en el proyecto para estudiar el resultado del tratamiento cognitivo-conductual o de la atención plena compasiva (terapias psicológicas), como medio para reducir y saber manejar la ansiedad que padezco, así como disminuir los síntomas de ansiedad que pudieran presentarse.

### **II. Procedimiento:**

Al inicio, como resultado de un sorteo (al azar), se me considerará en la aplicación de sólo una de ambas formas de terapia psicológica; se me aplicarán unas pruebas de manera individual para determinar el nivel de síntomas de ansiedad que padezco, acordando que mi información será confidencial. Se estima que la evaluación inicial se llevará a cabo en una o dos horas, la hora y el día la determinaré yo junto con mi terapeuta. Posteriormente, me será asignado un horario para iniciar mi tratamiento, el cual se llevará a cabo en nueve sesiones y yo deberé asistir una vez por semana. Durante el tiempo que dure mi tratamiento deberé registrar, en casa, los niveles de ansiedad y los ejercicios realizados. Al terminar mi tratamiento, a los tres meses de haber concluido, se me realizará nuevamente una valoración para revisar mi avance.

### **III. Riesgos esperados**

No se esperan riesgos con las terapias psicológicas ofrecidas. Sin embargo, si se presentara algún malestar, yo seré atendida por mi terapeuta y se me ofrecerá la posibilidad de ser referida a los servicios de salud mental del Hospital.

### **IV. Beneficios que puedan observarse.**

Se espera como resultado de este estudio la disminución de la sensación de la ansiedad y disminución de los síntomas de ansiedad.

### **V. Procedimientos alternativos ventajosos para el sujeto.**

Existen otros métodos para disminuir la ansiedad como el tratamiento farmacológico y otros tipos de psicoterapias, para lo cual podré ser referida a los servicios de salud mental del Hospital.

### **VI. Garantía de recibir respuestas y aclaraciones.**

En el transcurso del estudio, podré solicitar cualquier información de mi interés en relación al estudio, procedimiento o investigación al investigador y/o sus colaboradores. Mis dudas serán contestadas en el momento que yo lo solicite sin ninguna amonestación o prejuicio para mí.

### **VII. Libertad de retirar su consentimiento, dejar de participar en el estudio y el compromiso de notificarla decisión a los responsables del proyecto.**

Mi decisión de retirarme del estudio en cualquier momento es totalmente voluntaria, sin que esto afecte mi atención subsecuente en el hospital ni en el servicio.

### **VIII. Privacidad.**

La información personal obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y anonimato por el grupo de investigadores.

### **IX. Compromiso de proporcionar Información actualizada, aún cuando ésta pudiera afectar la permanencia del sujeto en la investigación**

El equipo de investigadores se compromete a que me mantendrá informado de los posibles riesgos, si existieran, en mi participación a lo largo del tratamiento, aunque esto pudiera afectar mi voluntad para continuar participando en el mismo.

**X. Indemnización en el caso de daños causados por la investigación.**

En caso de que yo desarrolle algún efecto adverso o daño secundario no previsto derivado del estudio, tendré derecho a una indemnización.

**XI. Gastos adicionales**

En caso de existir gastos adicionales, estos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Con fecha \_\_\_\_\_, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, yo \_\_\_\_\_ con número de expediente \_\_\_\_\_ acepto participar en el estudio titulado:

**“Efecto de la intervención atención plena compasiva y el tratamiento cognitivo-conductual sobre la ansiedad en mujeres embarazadas”**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente o responsable legal

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre, y firma del testigo 1

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Relación que guarda con el paciente:  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre, y firma del testigo 2

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Relación que guarda con el paciente:  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Investigador Principal

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien aplica el consentimiento informado

## ENTREVISTA INICIAL

FECHA DE LA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_

DÍA / MES / AÑO

- Nombre del psicólogo. \_\_\_\_\_
- Tipo de Intervención. \_\_\_\_\_
- Nombre de la participante. \_\_\_\_\_
- Número de expediente. \_\_\_\_\_
- Nacionalidad. \_\_\_\_\_
- Religión. \_\_\_\_\_
- Teléfono de la usuaria. \_\_\_\_\_
- Dirección de la usuaria. \_\_\_\_\_
- Nombre del colateral. \_\_\_\_\_
- Parentesco del colateral. \_\_\_\_\_
- Teléfono del colateral. \_\_\_\_\_

*\*NOTA: Esta entrevista tiene como objetivo obtener información relevante para dar inicio al tratamiento psicológico. Todos sus datos serán confidenciales y protegidos, sólo se utilizarán con fines clínicos y de investigación.*

### I. MOTIVO DE CONSULTA

---

---

---

### II. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Estado civil:

\_\_\_(1) Casada.

\_\_\_(2) Soltera.

\_\_\_(3) Divorciada.

\_\_\_(4) Separada.

\_\_\_(5) Viuda.

\_\_\_(5) Unión libre.

3. Escolaridad:

\_\_\_(1) Primaria.

\_\_\_(2) Secundaria.

\_\_\_(3) Preparatoria.

\_\_\_(4) Licenciatura.

4. Ocupación:

\_\_\_(1) Trabajo tiempo completo.

\_\_\_(2) Trabajo medio tiempo.

\_\_\_(3) Estudiante.

\_\_\_(4) Ama de casa.

\_\_\_(5) Desempleada. \_\_\_(6) Otro.

### III. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

1. ¿Padece alguna enfermedad psicológica o psiquiátrica? (1) SI (2) NO

Tipo de enfermedad	Nombre de la enfermedad.	Dónde fue diagnosticada	Fecha de inicio de la enfermedad.	Tipo de tratamiento que ha recibido.

2. ¿Padece alguna enfermedad física o médica? (1) SI (2) NO

Tipo de enfermedad	Nombre de la enfermedad.	Dónde fue diagnosticada	Fecha de inicio de la enfermedad.	Tipo de tratamiento que ha recibido.

### IV. DATOS SOBRE EL EMBARAZO

1. Tiempo de embarazo en semanas o edad gestacional.

\_\_\_\_\_

2. ¿Ha presentado alguna enfermedad asociada con este embarazo?

\_\_\_\_\_

3. ¿Este embarazo ha sido diagnosticado como de alto riesgo o con alguna complicación?

\_\_\_\_\_

4. ¿Este embarazo fue deseado?

\_\_\_\_\_

5. Número de embarazos previos.

\_\_\_\_\_

6. ¿Ha tenido problemas en partos previos (aborto espontáneo, embarazo de alto riesgo, etc.)?

\_\_\_\_\_

7. ¿Tiene problemas asociados con su actual embarazo en alguna de las siguientes áreas?

Familiar	Laboral	Escolar	Social	Sexual	Salud
(1) SI (2) NO					

## V. CALIDAD DE VIDA

1. ¿Qué tan satisfecha está con su calidad de vida en este momento?

(1)\_\_\_ (2)\_\_\_ (3)\_\_\_ (4)\_\_\_ (5)\_\_\_  
Muy satisfecha Satisfecha Indecisa Insatisfecha Muy insatisfecha

## VI. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PREVIOS

1. ¿Ha recibido algún taller psicoproláctico, clases de meditación, tratamiento psicológico o psiquiátrico para resolver su problema de ansiedad durante el embarazo?

(1) Si (2) No

2. En caso de responder si, ¿A qué tratamientos ha asistido?

---

---

## VII. NIVEL DE MOTIVACIÓN

1. ¿Qué tan motivada se encuentra en este momento para iniciar tratamiento psicológico?

(1)\_\_\_ (2)\_\_\_ (3)\_\_\_ (4)\_\_\_ (5)\_\_\_  
Muy motivada Motivada Indecisa Poco motivada Nada motivada

## VIII. EXAMEN PSICOLÓGICO

1. Descripción y actitud de la paciente.

---

---

2. Examen mental.

---

---

3. Estructura familiar.

---

---

***Hemos concluido la Entrevista inicial, ¿Tiene algún comentario que desee agregar?***

---

---

# CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN PERINATAL DE EDIMBURGO (EPDS)

Queremos saber cómo te sientes si estás embarazada o has tenido un bebé recientemente. Por favor marca la respuesta que más se acerque a cómo te has sentido en **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solamente cómo te sientas hoy.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

- 0. Tanto como siempre
- 1. No tanto ahora
- 2. Mucho menos
- 3. No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

- 0. Tanto como siempre
- 1. Algo menos de lo que solía hacer
- 2. Definitivamente menos
- 3. No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

- 3. Sí, la mayoría de las veces
- 2. Sí, algunas veces
- 1. No muy a menudo
- 0. No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

- 0. No, para nada
- 1. Casi nada
- 2. Sí, a veces
- 3. Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

- 3. Sí, bastante
- 2. Sí, a veces
- 1. No, no mucho
- 0. No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

- 3. Sí, la mayor parte de las veces
- 2. Sí, a veces
- 1. No, casi nunca
- 0. No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

- 3. Sí, la mayoría de las veces
- 2. Sí, a veces
- 1. No muy a menudo
- 0. No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

- 3. Sí, casi siempre
- 2. Sí, bastante a menudo
- 1. No muy a menudo
- 0. No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

- 3. Sí, casi siempre
- 2. Sí, bastante a menudo
- 1. Sólo en ocasiones
- 0. No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- 3. Sí, bastante a menudo
- 2. A veces
- 1. Casi nunca
- 0. No, nunca

Puntaje total \_\_\_\_\_

Nombre y firma de quien aplicó el instrumento \_\_\_\_\_

Pasante:  Enfermería  Psicología  Otro:

Especifique \_\_\_\_\_

Elaborado por: Mtra. Psic. Cecilia Alderete Aguilar basado en:  
Oquendo, M., Lartigue, T., González-Pacheco, I. & Méndez, S. (2008). Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. Revista de Perinatología y Reproducción Humana, 22(3), 195-202

## ESCALA DE SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA (IMADIS VERSIÓN BETA)

**Instrucciones:** Por favor conteste marcando con una "X" la opción que represente su estado actual o el estado con el que mejor se identifique, sin que se deba a alguna causa médica.

SÍNTOMA	Nunca	De vez en cuando	Usualmente	Muy a menudo	Siempre
1. He tenido dificultad para concentrarme.					
2. Me pongo nerviosa cuando estoy con un grupo de personas.					
3. Me molesta tener temblores y sacudidas.					
4. Experimento sofocos o escalofríos.					
5. Hablar con extraños me atemoriza.					
6. Me dan miedo las fiestas y acontecimientos sociales.					
7. Me molesta ruborizarme delante de la gente.					
8. Me pone tensa y nerviosa que me presenten a otras personas.					
9. Evito hacer cosas o hablar con la gente por temor al ridículo.					
10. Me siento cómoda en un grupo grande de gente.					
11. Sufro mareos.					
12. Se me dificulta expresar desacuerdo o desaprobación a personas que no conozco demasiado.					
13. Me siento segura de mí misma.					
14. Se me dificulta mirar a los ojos a alguien que no conozco demasiado.					
15. Me siento inquieta.					
16. Me siento fatigada.					
17. Mi sueño no es satisfactorio.					
18. Me zumban los oídos.					
19. Me es difícil tragar el alimento.					
20. Los vellos de mi piel se levantan ("piel de gallina").					
21. Estoy molesta por hormigueos o temblores en las manos.					

## ESCALA DE ATENCIÓN PLENA (MAAS VERSIÓN MEXICANA)

**Instrucciones.** A continuación aparece un conjunto de afirmaciones sobre su experiencia diaria. Utilizando la escala del 1 al 6 mostrada más abajo, indique con qué frecuencia tiene usted dichas experiencias. Por favor, responda según su experiencia real, en vez de lo que usted cree que su experiencia debería ser. Por favor, considere por separado cada una de las cuestiones.

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Con mucha frecuencia	Con cierta frecuencia	Con poca frecuencia	Con muy poca frecuencia	Casi nunca

1. Puedo sentir una emoción y no estar consciente de ella hasta tiempo después	1	2	3	4	5	6
2. Rompo o derramo cosas por descuido, al no poner atención, o porque estoy pensando en otra cosa.	1	2	3	4	5	6
3. Se me hace difícil permanecer concentrado en lo que está sucediendo en un momento dado.	1	2	3	4	5	6
4. Tiendo a caminar rápidamente para llegar a donde tengo que ir, sin poner mucha atención a lo que ocurre alrededor.	1	2	3	4	5	6
5. Tiendo a no percibir la tensión física o el nivel de incomodidad a que estoy sometido, hasta que realmente son evidentes	1	2	3	4	5	6
6. Se me olvidan los nombres de las personas, inmediatamente después de que me presentan a alguien.	1	2	3	4	5	6
7. Parece como si estuviera funcionando de manera «automática» sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	5	6
8. Me apresuro a hacer mis tareas sin realmente prestarles mucha atención.	1	2	3	4	5	6
9. Me concentro tanto en la meta que quiero alcanzar, que pierdo contacto con lo que estoy haciendo para conseguirla.	1	2	3	4	5	6
10. Realizo trabajos automáticamente, sin ponerle mucha atención a lo que hago.	1	2	3	4	5	6
11. Escucho a mi interlocutor con un oído, mientras hago otra cosa simultáneamente.	1	2	3	4	5	6
12. Llego a un lugar en «piloto automático» y luego me pregunto qué iba a hacer en ese lugar.	1	2	3	4	5	6
13. Me preocupo por cosas que pueden ocurrir en el futuro o por asuntos del pasado	1	2	3	4	5	6
14. Hago cosas sin ponerles mucha atención.	1	2	3	4	5	6
15. Como entre comidas sin estar consciente de que estoy comiendo.	1	2	3	4	5	6

## ESCALA DE COMPASIÓN PARA POBLACIÓN MEXICANA (ECOM)

En el presente cuestionario se presentan 17 frases. Por favor lea cuidadosamente cada una de las oraciones de la columna "Reactivos" y marque con un **tache** el recuadro que corresponda a la opción de respuesta que mejor describa su forma de pensar, sentir y actuar en cada situación descrita. Recuerde que solo puede marcar una opción de respuesta por cada reactivo.

Reactivos	Nunca	Casi nunca	Rara vez	A veces	Con frecuencia	Casi siempre	Siempre
1. Cuando me doy cuenta de que alguien se siente mal le ofrezco mi ayuda sin dudarle.							
2. Si alguien necesita ayuda económica se la proporciono si tengo la posibilidad.							
3. Procuero cuidar de las personas.							
4. Cuando veo que una persona se siente sola siento deseos de ofrecerle mi compañía.							
5. Siento gran pena por las personas que no tienen que comer.							
6. Procuero cuidar de los animales.							
7. Si veo a alguien pasando un momento difícil, trato de ayudar a esa persona.							
8. Si veo que alguien necesita un consejo, trato de decirle algo que le ayude.							
9. Me entristece el sufrimiento de los seres humanos.							
10. Si veo a un animal en peligro trato de ayudarlo.							
11. Siento gran tristeza cuando veo a personas sin hogar.							
12. Cuando veo a un animal sufriendo maltrato siento deseos de protegerlo.							
13. Cuando alguien está sufriendo suelo ser el primero en intervenir y ayudar.							
14. Cuando otros sienten tristeza, trato de confortarlos.							
15. Dedico parte de mi tiempo libre a ayudar a los demás.							
16. Me duele la pobreza en el mundo							
17. Cuando veo que alguien está pasando un momento difícil le pregunto si puedo ayudarlo.							

## AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO VERSIÓN MEXICANA (PANAS)

A continuación, leerá una serie de palabras que describen sentimientos. Indique con un círculo la intensidad con que usted siente cada uno de estos 20 sentimientos, **desde la última semana hasta el día de hoy**. Conteste lo más sinceramente posible.

1 = Nada	2 = Un poco	3 = Bastante	4 = Mucho	5 = Muchísimo							
1. Interesada	1	2	3	4	5	11. Irritable	1	2	3	4	5
2. Tensa	1	2	3	4	5	12. Alerta	1	2	3	4	5
3. Estimulada	1	2	3	4	5	13. Avergonzada	1	2	3	4	5
4. Disgustada	1	2	3	4	5	14. Inspirada	1	2	3	4	5
5. Enérgica*	1	2	3	4	5	15. Nerviosa	1	2	3	4	5
6. Culpable	1	2	3	4	5	16. Decidida	1	2	3	4	5
7. Asustada	1	2	3	4	5	17. Atenta	1	2	3	4	5
8. Hostil	1	2	3	4	5	18. Miedosa	1	2	3	4	5
9. Entusiasmada	1	2	3	4	5	19. Activa	1	2	3	4	5
10. Orgullosa	1	2	3	4	5	20. Atemorizada	1	2	3	4	5

\*Se aconseja cambiar por motivada.

## AUTO-REGISTRO DIARIO DE ANSIEDAD

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Módulo: \_\_\_\_\_

Día: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Nivel de ansiedad

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poca		Moderada			Grave	Extrema		

Día: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Nivel de ansiedad

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poca		Moderada			Grave	Extrema		

Día: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Nivel de ansiedad

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poca		Moderada			Grave	Extrema		

Día: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Nivel de ansiedad

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poca		Moderada			Grave	Extrema		

Día: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Nivel de ansiedad

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poca		Moderada			Grave	Extrema		

Día: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Nivel de ansiedad

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poca		Moderada			Grave	Extrema		

Día: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Nivel de ansiedad

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poca		Moderada			Grave	Extrema		

## FORMATO DE SUPERVISIÓN CLÍNICA

### Modelo de TCC para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa.

**Instrucciones:** este formato permitirá registrar las acciones realizadas por el terapeuta en cada componente y sesión. Marca con una "X" la casilla que corresponda. Si presentó la conducta marca 1 y si no la presentó marca 2. Si en la sesión no se presentaron las situaciones para aplicar alguna estrategia o no corresponde el reactivo con la actividad seleccione NA, no aplica.

1. Fundamentos teóricos del modelo de TTC			
	SI	NO	NA
1. Aplicó los principios del modelo TCC	1	2	NA
2. Describió adecuadamente la información y los conceptos del módulo	1	2	NA
3. Realizó las actividades vivenciales de los conceptos del módulo	1	2	NA
4. Respondió apropiadamente a las dudas utilizando los conceptos	1	2	NA
2. Enseñanza-Aprendizaje			
	SI	NO	NA
5. Contó con todos los materiales del módulo	1	2	NA
6. Brindó apropiadamente las instrucciones de cada actividad	1	2	NA
7. Guía apropiadamente la actividad	1	2	NA
8. Generó y/o respetó las reglas acordadas dentro de las sesiones	1	2	NA
9. Motivó a la participación	1	2	NA
10. Mantuvo el liderazgo de la sesión	1	2	NA
11. Utilizó un tono de voz apropiado	1	2	NA
12. Puntualizó el tema	1	2	NA
13. Ajustó las estrategias a cada participante	1	2	NA
14. Favoreció la asistencia y puntualidad	1	2	NA
15. Guía las prácticas de relajación y reestructuración cognitiva de la sesión	1	2	NA
16. Promovió la práctica en casa	1	2	NA
17. Explicó la practica en casa	1	2	NA
18. Describió el autorregistro en casa y su importancia	1	2	NA
3. Habilidades terapéuticas			
	SI	NO	NA
19. Brindó la bienvenida	1	2	NA
20. Generó reflexiones con la participante	1	2	NA
21. Resumió la sesión	1	2	NA
22. Realizó repaso de sesión anterior	1	2	NA
23. Retoma ejemplos de la participante	1	2	NA
24. Parafraseó	1	2	NA
25. Se observó una relación cercana entre el terapeuta y la participante	1	2	NA
26. Llama a la participante por su nombre	1	2	NA
27. Se adaptó al contexto, situaciones o necesidades de la participante	1	2	NA
28. Favoreció que la participante aplicara las estrategias	1	2	NA
29. Fue sensible hacia la participante	1	2	NA
30. Escuchó a la participante	1	2	NA
31. Mantuvo la atención en cada momento de la sesión	1	2	NA
32. Sonrió durante la sesión	1	2	NA
33. Respetó los tiempos de las actividades	1	2	NA
34. Llevó un ritmo adecuado de la sesión	1	2	NA

Módulo \_\_ Folio de la participante \_\_

Psicóloga \_\_\_\_\_

## FORMATO DE SUPERVISIÓN CLÍNICA

### Modelo de APC para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa.

**Instrucciones:** este formato permitirá registrar las acciones realizadas por el terapeuta en cada módulo. Marca con una "X" la casilla que corresponda. Si presentó la conducta marca 1, y si no la presentó marca 2. Si en la sesión no se presentaron las situaciones para aplicar alguna estrategia o no corresponde el reactivo con la actividad, seleccione NA para señalar que no aplica.

1. Fundamentos teóricos del modelo de APC			
	SI	NO	NA
1. Aplicó los principios del modelo APC	1	2	NA
2. Describió adecuadamente la información y los conceptos del módulo	1	2	NA
3. Conoce los conceptos de las actividades vivenciales del módulo	1	2	NA
4. Respondió apropiadamente a las dudas utilizando los conceptos	1	2	NA
2. Enseñanza-Aprendizaje			
	SI	NO	NA
5. Contó con todos los materiales del módulo	1	2	NA
6. Brindó apropiadamente las instrucciones de cada actividad	1	2	NA
7. Guía apropiadamente la actividad	1	2	NA
8. Generó y/o respetó las reglas acordadas dentro de la sesión	1	2	NA
9. Motivó a la participación	1	2	NA
10. Mantuvo el liderazgo de la sesión	1	2	NA
11. Utilizó un tono de voz apropiado	1	2	NA
12. Puntualizó el tema	1	2	NA
13. Ajustó las estrategias a la participante	1	2	NA
14. Favoreció la asistencia y puntualidad	1	2	NA
15. Guía las prácticas de meditación del módulo	1	2	NA
16. Promovió la práctica en casa	1	2	NA
17. Explicó la practica en casa	1	2	NA
18. Describió el autorregistro en casa y su importancia	1	2	NA
3. Habilidades terapéuticas			
	SI	NO	NA
19. Brindó la bienvenida	1	2	NA
20. Generó reflexiones con la participante	1	2	NA
21. Resumió la sesión	1	2	NA
22. Realizó repaso de sesión anterior	1	2	NA
23. Retoma ejemplos de la participante	1	2	NA
24. Parafraseó	1	2	NA
25. Se observó una relación cercana entre el terapeuta y la participante	1	2	NA
26. Llama a la participante por su nombre	1	2	NA
27. Se adaptó al contexto, situaciones o necesidades de la participante	1	2	NA
28. Favoreció que la participante aplicara las estrategias	1	2	NA
29. Fue sensible hacia la participante	1	2	NA
30. Escuchó a la participante	1	2	NA
31. Mantuvo la atención en cada momento de la sesión	1	2	NA
32. Sonrió durante la sesión	1	2	NA
33. Respetó los tiempos de las actividades	1	2	NA
34. Llevó un ritmo adecuado de la sesión	1	2	NA

Módulo\_\_ Folio de la participante\_\_

Psicóloga\_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO (CSU)

Por favor ayúdenos a mejorar nuestro programa contestando algunas preguntas sobre los servicios que usted ha recibido. Nosotros estamos interesados en sus opiniones honestas, tanto positivas como negativas. Por favor, conteste todas las preguntas. Nosotros también le agradecemos sus comentarios y sugerencias. ¡Nosotros apreciamos su ayuda - Gracias!

Circule su respuesta:

1. ¿Cómo calificaría la calidad del servicio que recibió?

4	3	2	1
Excelente	Buena	Regular	Mala

2. ¿Obtuvo la clase de servicio que quería?

4	3	2	1
Si, definitivamente	Si, generalmente	No en realidad	Definitivamente no

3. ¿Hasta qué punto nuestro programa ha satisfecho sus necesidades?

4	3	2	1
Casi todas mis necesidades han sido satisfechas	La mayoría de mis necesidades han sido cubiertas	Sólo unas pocas de mis necesidades han sido cubiertas	Ninguna de mis necesidades ha sido cubierta

4. ¿Si un amigo tuviera la necesidad de una ayuda similar, usted le recomendaría nuestro programa?

4	3	2	1
Si, definitivamente	Si, generalmente	No en realidad	Definitivamente no

5. ¿Los servicios que ha recibido le ayudaron a manejar más eficazmente sus problemas?

4	3	2	1
Sí, mucho	Si, algo	Realmente no	No, parece que las cosas empeoraron

6. ¿De manera general, qué tan satisfecho usted está con el servicio que ha recibido?

4	3	2	1
Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Indiferente o levemente satisfecho	Totalmente satisfecho

7. ¿Si usted fuera a buscar ayuda nuevamente, regresaría a nuestro programa?

4	3	2	1
Si, definitivamente	Si, generalmente	No en realidad	Definitivamente no

Las siguientes preguntas dan la oportunidad de que usted haga comentarios sobre nuestros servicios si usted lo desea hacer.

8. ¿En su opinión, cuál fue la parte del programa más útil de los servicios que recibió?

---

---

---

---

---

9. ¿En su opinión, cuál fue la parte del programa menos útil de los servicios que recibió?

---

---

---

---

10. ¿Qué mejoras le gustaría ver en nuestros servicios?

---

---

---

---

---

## ENTREVISTA SEGUIMIENTO TCC

FECHA DE LA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_

DÍA / MES / AÑO

- Nombre del psicólogo. \_\_\_\_\_
- Tipo de Intervención. \_\_\_\_\_
- Nombre de la participante. \_\_\_\_\_
- Número de expediente. \_\_\_\_\_
- Teléfono de la usuaria. \_\_\_\_\_
- Dirección del usuaria. \_\_\_\_\_
- Nombre del colateral. \_\_\_\_\_
- Parentesco del colateral. \_\_\_\_\_
- Teléfono del colateral. \_\_\_\_\_

*\*NOTA: TODAS LAS PREGUNTAS SE RESPONDEN DESPUÉS DE ASISITIR A CUALQUIERA DE LOS DOS TRATAMIENTOS.*

### I. DATOS SOBRE EL EMBARAZO

1. Tiempo de embarazo en semanas o edad gestacional.

\_\_\_\_\_

2. ¿Durante el tratamiento presentó alguna enfermedad asociada con el embarazo?

\_\_\_\_\_

3. ¿Durante el tratamiento, su embarazo fue diagnosticado con alguna complicación?

\_\_\_\_\_

4. ¿Este embarazo es deseado?

\_\_\_\_\_

5. ¿Durante tratamiento tuvo problemas asociados al embarazo en alguna de las siguientes áreas?

Familiar	Laboral	Escolar	Social	Sexual	Salud
(1) SI (2) NO					

## II. DATOS SOBRE EL POST-PARTO

1. Tiempo de post-parto en semanas.

\_\_\_\_\_

2. Modalidad o resultado del parto

\_\_\_\_\_

3. Datos del recién nacido.

Sexo (M) (F)    Apgar \_\_\_\_\_                      Peso \_\_\_\_\_                      Talla \_\_\_\_\_

4. ¿Complicaciones del recién nacido?

\_\_\_\_\_

## III. CALIDAD DE VIDA

1. ¿Qué tan satisfecha está con su calidad de vida en este momento?

(1)\_\_\_\_                      (2)\_\_\_\_                      (3)\_\_\_\_                      (4)\_\_\_\_                      (5)\_\_\_\_  
Muy satisfecha            Satisfecha                      Indecisa                      Insatisfecha                      Muy insatisfecha

2. Marque la alternativa que mejor describa su manera de lidiar con la ansiedad después de haber asistido a tratamiento:

\_\_\_(1) Ya no es un problema.

\_\_\_(2) Es un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero considero que ninguna de ellas fue seria).

\_\_\_(3) Es un problema grave (he tenido algunas experiencias negativas, una de las cuales, considero que fue seria).

## IV. INSTITUCIONAL

1. ¿Ha recibido algún otro tratamiento además de éste para resolver su problema de ansiedad, durante el último mes o 3 meses?

(1) Si

(2) No

2. En caso de responder si, ¿A qué tratamiento asistió?

\_\_\_\_\_.



## ENTREVISTA SEGUIMIENTO APC

FECHA DE LA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_

DÍA / MES / AÑO

- Nombre del psicólogo. \_\_\_\_\_
- Tipo de Intervención. \_\_\_\_\_
- Nombre de la participante. \_\_\_\_\_
- Número de expediente. \_\_\_\_\_
- Teléfono de la usuaria. \_\_\_\_\_
- Dirección de la usuaria. \_\_\_\_\_
- Nombre del colateral. \_\_\_\_\_
- Parentesco del colateral. \_\_\_\_\_
- Teléfono del colateral. \_\_\_\_\_

*\*NOTA: TODAS LAS PREGUNTAS SE RESPONDEN DESPUÉS DE ASISITIR A CUALQUIERA DE LOS DOS TRATAMIENTOS.*

### I. DATOS SOBRE EL EMBARAZO

1. Tiempo de embarazo en semanas o edad gestacional.

\_\_\_\_\_

2. ¿Durante el tratamiento presentó alguna enfermedad asociada con el embarazo?

\_\_\_\_\_

3. ¿Durante el tratamiento, su embarazo fue diagnosticado con alguna complicación?

\_\_\_\_\_

4. ¿Este embarazo es deseado?

\_\_\_\_\_

5. ¿Durante tratamiento tuvo problemas asociados al embarazo en alguna de las siguientes áreas?

Familiar	Laboral	Escolar	Social	Pareja	Salud
(1) SI (2) NO					



