



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

Evaluación de afectos positivos y negativos en mujeres
embarazadas con sintomatología ansiosa que cursan una
intervención basada en Atención Plena Compasiva: Un estudio
piloto

Tesis

Que para obtener el título de:

Licenciada

Presenta:

Miriam Lorena Tinoco López

Directora: Dra. Ana Beatriz Moreno Coutiño

Revisora: Dra. María Teresa Monjaras Rodríguez

Sinodales: Dra. Angélica Juárez Loya

Mtra. Alejandra López Montoya

Mtra. Laura Amada Hernández Trejo



Ciudad Universitaria, CD. MX., 2023



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.

Índice

Resumen.....	2
Antecedentes	
Ansiedad en el embarazo.....	3
Afectos positivos y negativos en mujeres embarazadas.....	7
Tratamientos psicológicos para el estado de ánimo en el embarazo.....	12
Atención Plena Compasiva.....	18
Atención plena en embarazadas.....	26
Planteamiento del problema	32
Justificación.....	33
Método	
Participantes.....	33
Hipótesis.....	35
Objetivo.....	35
Procedimiento	
Pretratamiento.....	35
Instrumentos.....	36
Tratamiento.....	38
Postratamiento y seguimiento.....	39
Resultados.....	39
Discusión y conclusiones.....	48
Referencias.....	53
Anexo 1.....	60
Anexo 2.....	61
Anexo 3.....	64
Anexo 4.....	68
Anexo 5.....	69
Anexo 6.....	70
Anexo 7.....	72
Anexo 8.....	73
Anexo 9.....	74
Anexo 10.....	75
Anexo 11.....	77

Resumen

El embarazo es un proceso vital para la vida de una mujer y su familia, el cual se puede enfrentar con diferentes dificultades tanto físicas como psicológicas. Entre las complicaciones más frecuentes se puede encontrar la sintomatología ansiosa, teniendo una probabilidad de 50% en mujeres embarazadas en nuestro país (Aceves et al., 2013). Este estudio tuvo como objetivo constatar las consecuencias de una intervención basada en Atención Plena Compasiva en mujeres embarazadas, tomando en cuenta la sintomatología ansiosa y los afectos positivos y negativos antes, durante y después de cada sesión, así como el seguimiento. Se reportan los resultados de tres mujeres mayores de edad en su segundo trimestre del periodo de gestación, pacientes del Servicio de Salud de un Hospital de segundo nivel de la Ciudad de México. El tratamiento utilizado se basó en el Programa de intervención en Salud: Atención Plena y Compasión (Moreno, 2022). Los instrumentos utilizados para evaluar el tratamiento fueron el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Robles et al., 2001); Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida (IMADIS) reactivos de ansiedad (Jurado, 2017); Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) versión mexicana (De la Rubia, 2011); Escala de Atención Plena (MAAS) versión mexicana (López-Maya et al., 2015); Escala de Compasión (ECOM) para población mexicana (Tello y Moreno-Coutiño, 2019); y autorregistros de Ansiedad y Calma antes y después de cada sesión. Para obtener la magnitud del efecto del tratamiento en cada una de las participantes, se calculó el cambio clínico objetivo (CCO) (Cardiel, 1994), el cual consiste en obtener la diferencia entre las puntuaciones en el postest y el pretest. El principal hallazgo de este estudio fue el registro de la disminución de la sintomatología ansiosa en el BAI al igual que en el IMADIS, donde las participantes obtuvieron un cambio clínico altamente significativo en el postratamiento. En cuanto al afecto positivo y negativo se encontraron cambios moderados, lo cual indica que se tuvo un cambio significativo con esta intervención, pero al realizar el seguimiento, estos afectos perdieron estabilidad. Estos resultados son alentadores ya que a pesar de que se trata de un estudio piloto, con una muestra muy pequeña, los hallazgos fueron favorables. De igual forma, la viabilidad de este tipo de estudios en escenarios hospitalarios quedó comprobada, ya que no se encontró ningún obstáculo importante para llevar a cabo la intervención.

Antecedentes

Ansiedad en el embarazo

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), la ansiedad es el trastorno psiquiátrico más importante en el mundo, con el que viven más de 264 millones de personas (Frías, 2019). En México, se realizó un estudio en el que la ansiedad fue el trastorno más común con un 14.3% de la población, siendo este más frecuente en mujeres (Medina-Mora et al., 2007). Específicamente, en las mujeres embarazadas se da en un 50% (Aceves et al., 2013). En un estudio reciente, se encontró una mayor prevalencia de ansiedad y depresión que la reportada en la literatura, observando que el grupo más afectado fue el de 30 a 34 años. Esto puede ser consecuencia de las diversas responsabilidades en la que se ven envueltas estas mujeres, pues el 90.2% de ellas han tenido al menos un hijo nacido; y ocho de cada diez mujeres ocupadas con al menos un hijo (49.6%), carece de acceso a servicio de guardería, siendo el 69% madres solteras (INMUJERES, 2018).

Hayes et al. (2001), refieren que las mujeres embarazadas experimentan un estrés considerable cuando se enfrentan a cambios físicos y emocionales que se producen durante la gestación, así como una variedad de emociones ambivalentes, con respecto a su capacidad para hacer frente a la maternidad o incapacidad para adaptarse al embarazo. En este análisis se comenta que hay una comorbilidad importante de la ansiedad con la depresión, ya que la ansiedad se experimenta en relación con la salud física del futuro bebé y los cambios de estilo de vida que esto conlleva; el estrés, en este contexto, es un estado en el que una mujer embarazada puede caer al percibir que su bienestar está en peligro y la depresión se da como un intento de ajuste a la situación transitoria a través de oscilaciones en el estado de ánimo, mayor labilidad e hipersensibilidad emocional, pesimismo, preocupación e interés significativo por su salud, lo que puede manifestarse mediante quejas somáticas (Arroyo-Guadarrama et al., 2014).

Entre las características más frecuentes en mujeres embarazadas con esta problemática se encuentran sentimientos de inconformidad y las parejas inestables.

En un estudio realizado en Venezuela con mujeres en su mayoría de entre 20 y 34 años, (Díaz et al., 2013) se reportó que una alta calidad en la relación de pareja puede contribuir a mejorar el bienestar materno infantil antes y después del parto. Otro aspecto relevante en este mismo estudio fue el estado de inconformidad o rechazo hacia el embarazo, teniendo más percepciones negativas y sensibilidad hacia los eventos externos.

En México, se realizó un estudio en el que se evaluaron a mujeres del estado de Campeche que se encontraban en diversas etapas del embarazo (secundigestas, multigestas y primigestas en su primer trimestre de gestación), el cual arrojó como resultado niveles medios de Ansiedad Estado-Rasgo. Se concluye que este estado es más evidente en el primer trimestre y se recomienda una forma de prevenir o disminuir la ansiedad, que, aunque es propia del embarazo, puede llegar a niveles altos y convertirse en una patología con graves consecuencias maternas y fetales (Rodríguez et al., 2010).

En otro estudio realizado en mujeres primigestas de bajo riesgo del estado de Sonora, se evaluó el nivel de ansiedad rasgo relacionado con el Modelo de Adaptación Psicosocial al embarazo y sus siete dimensiones de Lederman (Ontiveros y España, 2010) el cual explica que, durante los nueve meses de gestación, la mujer evoluciona su forma de pensar para prepararse para la llegada de un bebé. Se encontró que cuando la adaptación psicosocial es menor, la ansiedad se incrementa; mostrando una relación más fuerte con la aceptación del embarazo y la preocupación por el bienestar de ella y su bebé (Ontiveros y España, 2010). Esto lo asocian las autoras con que una relación deficiente con la madre puede afectar en la aceptación y rol que va a desarrollar la madre, lo cual repercute en su bienestar y el del bebé.

Otro factor importante que se encontró fue que la relación con la pareja tiene mucha importancia en este periodo, ya que las mujeres quieren ser consideradas como buenas madres por sus esposos (Ontiveros y España, 2010). Si esta relación se ve afectada, puede repercutir en la autoestima y en el temor a tener complicaciones en el parto. También en esta dimensión se encontró que las embarazadas casadas se encuentran con mayor estabilidad. Las autoras explican que, al tener una relación

formal, la mujer puede percibir a la pareja con mayor compromiso hacia ella y al sentirse con más seguridad, le facilita también aceptar el embarazo.

A pesar del grave impacto e importancia de los trastornos de ansiedad, éstos suelen pasar desapercibidos, aún por el personal de salud de atención primaria. En una investigación realizada a 70 mujeres primigestas programadas para cesárea, se encontró que su frecuencia en ansiedad fue de 73% en el cual un factor destacable en el análisis fue la necesidad de información, sobre todo en el grupo de mujeres de 31 a 35 años (Montoya y Basilio, 2013).

Maldonado-Durán y Lartigue (2008) afirman:

Hay evidencia de que la ansiedad excesiva (como el elevado estrés psicosocial) puede asociarse con algunas alteraciones en la fisiología e incluso la morfología del bebé, también con bajo peso al nacer y con cambios en la actividad y desarrollo del feto. La ansiedad excesiva da lugar a cambios en el funcionamiento, comportamiento y estado emocional del bebé. (p. 100)

Entre los efectos que se pueden observar en un embarazo influenciado por la ansiedad, se encuentran un bajo peso al nacer, una baja calificación en los estudios neonatales de comportamiento, temperamento difícil, problemas para dormir, y bajo procesamiento cognitivo, así como el ritmo cardíaco del producto, trascendiendo a cambios epigenéticos que se reflejan en el ADN (Glover et al., 2016).

En la presentación del modelo llamado “Orígenes del desarrollo del comportamiento, la salud y la enfermedad” probado en mujeres danesas (Van den Bergh, 2016), se muestran los resultados de cuatro estudios, los cuales se enfocan en factores que influyen en el embarazo, así como el desarrollo del bebé. El modelo ilustra que los eventos de la vida temprana influirán en el desarrollo de los órganos, como el corazón, los pulmones, los huesos, los riñones, el desarrollo del cerebro y los circuitos neuronales, así como en el comportamiento, y que evolucionarán hacia un cierto fenotipo programado que finalmente conduce a problemas de salud mental y física en algunos entornos de vida posterior. Esta investigación consta de cuatro estudios:

En el primer estudio se examina la influencia de las emociones maternas en la actividad relacionada con el estado conductual fetal y neonatal y en la actividad infantil, el cual concluye que la exposición prenatal a la ansiedad materna (eventos de la vida temprana) en interacción con supuestos factores genéticos (epi), puede tener una influencia duradera sobre el desarrollo del cerebro fetal / neonatal y el funcionamiento conductual reflejado en una mayor reactividad fetal y neonatal. Esta mayor reactividad puede evolucionar hacia un fenotipo programado, incluida la búsqueda de eventos inductores de excitación. Además, las alteraciones conductuales observadas en la descendencia de la madre con altos niveles de ansiedad pueden influir en la calidad de la interacción entre la madre y el niño (es decir, el entorno del cuidador o cuidadora) de manera negativa, aumentando el riesgo de problemas de salud mental o de comportamiento posteriores de la descendencia.

El segundo estudio examina la relación entre los estados conductuales fetales y la autorregulación en la infancia y la adolescencia. La supuesta interacción entre los factores genéticos ambientales y (epi) fetales se refleja en las transiciones sincrónicas del estado fetal del sueño tranquilo al sueño activo en algunos y en los asincrónicos en otros; estos tipos de transiciones son un elemento de los primeros procesos de comportamiento cerebral. Estas diferencias tempranas pueden evolucionar hacia un fenotipo programado que implica una autorregulación óptima o una autorregulación subóptima en el futuro.

El tercer estudio explora cómo la variación en las emociones negativas (la ansiedad materna) y las emociones positivas (la atención materna) influyen en el desarrollo neurocognitivo infantil, el cual conjunta los estudios anteriores concluyendo que la exposición prenatal a la ansiedad materna (eventos de la vida temprana) en interacción con supuestos factores epigenéticos conduce a una alteración de la emoción y la neurocognición, y puede evolucionar hacia una mayor vigilancia (que constituye el fenotipo programado). Se concluye que una intervención de Atención Plena para mujeres embarazadas que sufren ansiedad puede ser una alternativa deseable o un complemento de las intervenciones farmacológicas.

Finalmente, el cuarto estudio evalúa cómo la exposición a un trastorno de ansiedad materna en el pasado influye en la variabilidad de la frecuencia cardíaca materna durante el embarazo, en la variabilidad de la frecuencia cardíaca infantil, y ésta a su vez influye en su temperamento. Estos resultados revelaron que las mujeres embarazadas con un trastorno de ansiedad pasado tenían alteraciones autonómicas (función parasimpática reducida) al principio del embarazo, lo cual pudo haber influido en el atributo psicológico (temperamento temeroso) de su descendencia.

Por otro lado, otros investigadores han reportado que la ansiedad en el embarazo tiene repercusiones en la lactancia materna. En un estudio realizado en mujeres cubanas en el cual la mayoría tenía entre 20 y 35 años, se encontró que lograron mejores índices de lactancia materna exclusiva a los 4, 5 y 6 meses aquellas con menores niveles de vulnerabilidad al estrés y de estado de ansiedad, evidenciando que existe una estrecha relación entre los niveles de estrés y ansiedad y el éxito de la lactancia materna (Gorrita et al., 2014).

Además de la ansiedad, los afectos positivos y negativos son elementos importantes que se pueden asociar con las emociones en el embarazo, ya que, al comprender su interacción, se pueden explicar diversos comportamientos y consecuencias durante y después del periodo de gestación, tanto en la madre como en el bebé.

Afectos positivos y negativos en mujeres embarazadas

La afectividad es un concepto que tiene distintas maneras de ser estudiada y se desglosa en elementos más simples para su entendimiento, tal como lo es la emoción. Alonso et al (2002) Coon y Mitter (2010) y Cosacov (2010) definen la afectividad como una reacción emotiva generalizada que produce efectos concretos en el cuerpo y la psique. Es así como las emociones son referidas como respuestas fisiológicas que se ponen en marcha ante determinados estímulos externos y surgen como respuestas al significado que otorgamos a determinadas situaciones, atribuyendo un valor positivo las que satisfacen las metas del individuo o un valor negativo a las que amenazan sus intereses.

Las teorías de la conducta emocional, (Alonso et al., 2002; Coon y Mitter, 2010; Cosacov, 2010) distinguen tres elementos comunes que se relacionan en la expresión de emociones, tal como la de W. James-K y Lange en 1884, que se concentra en los factores físicos que, según su teoría, estos preceden a la emoción; Canon en 1927 y Bard en 1938 subrayan que la expresión de emociones y la activación fisiológica se dan de manera simultánea y se enfocan en el contenido cognitivo; y la teoría de Schachter-Singer en 1962, sugiere a la persona como una evaluadora de sus sensaciones y su visión del ambiente, siendo la emoción un resultado de estas observaciones y su interacción.

Entre sus características, se toma en cuenta que las emociones pueden ser controladas, con el motivo de una mejor adaptación al ambiente social, gracias al aprendizaje y la cultura que modelan la expresión emocional (Alonso et al., 2002; Coon y Mitter, 2010; Cosacov, 2010). Gil (2008) expone desde la psicología social crítica, que la emoción se puede definir con “algo más” que la parte fisiológica y cognitiva del ser humano. Esta parte faltante se concentra en la interacción social, explica la expresión emocional como un resultado de la relación con los otros, pues gracias a ella formamos la conciencia de sí, adoptando la actitud del otro hacia uno mismo por medio del lenguaje y la afectividad que reflejan. Este punto de vista es conocido como construccionismo social.

Adentrándonos en las dimensiones de la afectividad, Watson y Tellegen (1985 como se citó en Moral, 2011) indican que existe consenso entre los teóricos del afecto en torno a dos dimensiones básicas, (antes mencionadas como atribuciones sobre la emoción) las cuales se denominan afecto positivo y afecto negativo. Clark et al. (2000 como se citó en Moral, 2011) definen a detalle estas dimensiones. El afecto positivo representa la dimensión de emocionalidad placentera manifestada a través de motivación, energía, deseo de afiliación y sentimientos de dominio, logro o éxito. Las personas con afecto positivo alto suelen experimentar sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, energía, amistad, unión, afirmación y confianza. Se relaciona con la extroversión, el optimismo y la resiliencia. En contraste, el afecto negativo representa la dimensión de emocionalidad displacentera y el malestar, manifestada por miedos, inhibiciones, inseguridades, frustración y fracaso. Las personas con alto afecto negativo suelen experimentar desinterés, aburrimiento, tristeza, culpa,

angustia, vergüenza y envidia. Se relaciona con la sensibilidad temperamental ante estímulos negativos, estresores y ambientes desfavorables.

Estos afectos se pueden relacionar con diversos trastornos e incluso son parte de su explicación. Tellegen en 1985 y Watson junto con sus colaboradores en 1988 proponen una diferenciación conceptual entre la ansiedad y la depresión desde los niveles diferenciales relativos de afecto positivo y negativo, tomando al afecto positivo como relevantemente bajo en la depresión. Más tarde, Clark y Watson en 1991 como se citó en Moral, 2011) se basaron en los conceptos de malestar general, activación física excesiva y anhedonia, característicos de estos trastornos para relacionarlos con los afectos positivos y negativos. Como resultado surgió el modelo tripartito, el cual relaciona el malestar y la activación fisiológica excesiva (características específicas de la ansiedad) con el afecto negativo, y el malestar y la anhedonia (característica común de la depresión) con la falta de afecto positivo.

Recientemente, Domaradzka (2019) expuso la teoría de Fajkowska como una herramienta nueva para explorar la ansiedad y la depresión en términos de sus mecanismos, así como las similitudes y diferencias que ocurren entre ellos en diferentes niveles. Como base, menciona a los marcadores de comportamiento, los cuales pueden usarse para determinar las funciones dominantes (reactivas o regulatorias) en el procesamiento de tipos particulares de estímulos, ya que estas funciones tienen sus raíces en estructuras y son observables en el comportamiento. Con esto da entrada a los tipos tanto de ansiedad como de depresión.

Fajkowska en 2013 y 2015 sugiere que la función reactiva domina en la ansiedad por excitación (porque está relacionada con una reactividad autónoma elevada y el patrón de atención-evitación que indica un procesamiento de estimulación más automático), mientras que la ansiedad por aprehensión muestra un predominio de la función de regulación (debido al control atencional reducido que se exhibe en un patrón de procesamiento de estimulación más estratégico, pero ineficaz); incluso menciona que existen patrones de procesamiento de estimulación tipo mixto, pero son objeto de futuras investigaciones (Domaradzka, 2019).

Dentro de estas clasificaciones, ambas autoras describieron que los tipos de ansiedad y depresión están relacionados con estados afectivos específicos (contenido del afecto) que pueden asociarse con su estructura y sus funciones. (Domaradzka, 2019). Este hallazgo sugiere que, aunque los factores generales de afecto negativo (disminuido) y positivo pueden ser comunes tanto a la ansiedad como a la depresión, los estados emocionales específicos subyacentes son diferentes, y proponen que el estudiar el contenido del afecto en los tipos de ansiedad y depresión es útil para diferenciarlos.

En las mujeres embarazadas, los afectos tienen una participación en distintas dimensiones. En un estudio hecho en Canadá con madres saludables, sin ninguna condición médica significativa conocida, se relacionan tanto los niveles de afecto positivo como el negativo con el patrón diurno del bebé medido con el flujo sanguíneo de la arteria uterina. Concluyeron que las madres que informan altos niveles de afecto negativo mostraron un flujo reducido de la arteria uterina, una variabilidad disminuida de frecuencia cardíaca fetal, un patrón diurno alterado y un área transversal de la arteria uterina reducida. Con esto sugieren que incluso en ausencia de un trastorno de depresión mayor, el afecto materno puede afectar la fisiología fetal y uterina (Ken-Lim et al., 2014).

En otro estudio, se buscó el papel del afecto positivo y negativo como predictores o protectores de la depresión posparto. Los resultados sugieren que la experiencia de los afectos positivos amortigua la reactividad de los afectos negativos y podría atenuar la expresión endofenotípica de la vulnerabilidad genética para la depresión (Bos et al., 2013). En contraste, consideran que los afectos positivos han sido un área de investigación descuidada, y su papel protector contra los síntomas depresivos puede identificarse mediante el uso de instrumentos que midan aspectos emocionales relacionados con los mismos para luego poder tratarse.

En una investigación en la cual se indagó el papel moderador en el embarazo entre las estrategias de afrontamiento y los afectos positivos y negativos, se menciona que evaluar el afecto es importante, ya que es la fuente principal y el resultado de construcciones relacionadas con el afrontamiento y la socialización (Farooq et al., 2018). Se dice que, para hacer frente a diferentes cambios tanto físicos y psicológicos,

es necesario que las mujeres embarazadas utilicen algún tipo de habilidad para manejar su angustia y grados cambiantes de ambos tipos de afectos.

Finalmente, resaltan que el trabajo realizado sobre el bienestar general de las mujeres embarazadas ha sido escaso, sin embargo, las investigaciones han concluido que el estilo de afrontamiento evitativo activo está influyendo negativamente en el estado físico y el bienestar psicológico de las mujeres embarazadas, así como también es perjudicial para la salud fetal (Rudnicki et al., 2001 como se citó en Farooq et al. 2018).

Las dimensiones negativas y positivas del afecto también se asocian con variables psicosociales en el embarazo y el posparto. En un estudio realizado con mujeres colombianas, se buscó evaluar las manifestaciones afectivas tanto positivas como negativas con el funcionamiento familiar y el riesgo obstétrico. Se obtuvo como resultado que aquellas gestantes que presentan mayor privilegio de emociones negativas suelen presentar mayores niveles de disfunción en sus relaciones familiares, a la vez que perciben menor apoyo familiar (Osorio et al., 2018). Esto lo relacionan con emociones que se asocian con las estrategias de afrontamiento del pesimismo y resolución de conflictos sociales.

En las madres que reportaron no tener riesgo obstétrico y se observó un mayor nivel de afectos positivos. Osorio et al. (2018) lo atribuyen a lo siguiente:

Los aspectos emocionales como el optimismo permiten aumentar la percepción de control de las situaciones que exigen un proceso de adaptación, y también ayudan a la posterior implementación de estrategias de afrontamiento centradas en el problema, lo cual lleva a aumentar la percepción de bienestar y a la reducción del malestar emocional en el embarazo. Por lo tanto, al mantener un estado emocional más positivo, es posible que se reduzcan las consecuencias negativas que el embarazo puede causar a nivel fisiológico en el feto y en la madre. (p. 96)

Tratamientos psicológicos para el estado de ánimo en mujeres embarazadas

Maldonado-Durán y Lartigue (2008) postulan que las psicoterapias que más se han estudiado y utilizado para los diagnósticos de ansiedad son de índole cognitivo conductual, regularmente de duración corta (tres a seis meses). Éstas pueden producir cambios a largo plazo, implementando estrategias psico-educativas y maniobras para evitar crisis. Incluyen respiración con técnicas de biorretroalimentación (respiración abdominal), imaginación guiada, así como reestructuración cognitiva y exponerse gradualmente a situaciones que causen miedo, es decir, se trabaja en las conductas evitativas que son maladaptativas. En el caso de mujeres embarazadas, se ayuda a la paciente a identificar el “pensamiento catastrófico” como irracional, pues se trata de pensamientos mágicos que aparecen como plausibles.

Cuando se involucran conductas, el plan es que la paciente se dé cuenta que sus acciones son un mecanismo de reforzamiento que no le permite adaptarse al medio. Las técnicas de relajación son un componente importante en estos tratamientos como la de tensionar los músculos por unos minutos y luego relajarlos, así como la respiración diafragmática. Los métodos psico-educativos la ayudan a saber que no es la única que sufre de tales pensamientos y temores, y que otras personas los han logrado resolver. Otras técnicas que se utilizan, sobre todo en el tratamiento de estrés postraumático, son hablar de las experiencias de la paciente validándolas y estableciendo empatía e implementar la contención de emociones mediante la terapia de manejo de emociones. Estas técnicas se pueden aplicar en terapias de grupo (Maldonado-Durán y Lartigue, 2008).

Maldonado-Durán y Lartigue (2008), remarcan que se tiene que priorizar el uso de la psicoterapia antes que el uso de psicofármacos. Si el trastorno es grave (ataques muy frecuentes o un trastorno gravemente incapacitante) puede requerirse del uso de un medicamento en conjunción con la psicoterapia. Los tipos de medicamentos más usados son los antidepresivos llamados inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos. Los medicamentos benzodiazepínicos han de evitarse pues pueden causar adicción en la mujer y el feto y producir efectos teratógenos.

Entre sus características se destacan las siguientes (Maldonado-Durán y Lartigue, 2008):

Su efecto terapéutico puede retrasarse incluso varias semanas y se sabe muy poco sobre los efectos en el feto. No se puede afirmar que los medicamentos ISRS, ni los tricíclicos sean completamente “seguros” durante el embarazo, sin embargo, no hay evidencia de que causen alguna malformación; pueden presentarse síndromes de supresión en el neonato cuando la gestante los ha usado continuamente hasta el parto, lo cual causa temblores, llanto excesivo y dificultad para dormir en el neonato y si la mujer deja de tomar uno de estos antidepresivos, puede que vaya a recaer.

Finalmente, Maldonado-Durán y Lartigue (2008) mencionan que puede haber riesgo si el feto está expuesto a estos medicamentos, sobre todo durante el primer trimestre. Desgraciadamente se les prescribe con una cierta facilidad a pesar de ello. Los principales peligros de la exposición del feto son los posibles efectos teratógenos, toxicidad en el neonato y consecuencias conductuales a largo plazo, siendo posible que el mayor efecto teratógeno ocurra durante el primer trimestre.

En Estados Unidos, se evaluó a un grupo de mujeres embarazadas y no embarazadas en cuanto a sus preferencias de tratamiento ante la ansiedad, enfrentando el tratamiento que incluye psicoterapia contra la farmacoterapia. Las mujeres embarazadas calificaron la Terapia Cognitivo Conductual basada en la exposición significativamente más positiva que la farmacoterapia sobre las no embarazadas, expresando menos preocupaciones, calificándola como un tratamiento más creíble y con mayor disposición a tomarla. La credibilidad del tratamiento sirvió como principal determinante de la disposición al tratamiento tanto para la TCC como para la farmacoterapia, y midió la mayor parte de la relación entre el estado del embarazo y la disposición a recibir farmacoterapia (Arch, 2014).

En un estudio aplicado en México a pacientes hospitalarios con síntomas de ansiedad, se comparó la eficacia de tres programas de intervención que se utilizan en la Terapia Cognitivo Conductual con el objetivo de disminuir su activación fisiológica, reducir el malestar psicológico y a facilitar la expresión emocional, tratando de

conseguir mejorar su salud (Sánchez-Román et al., 2006). En los programas asignados se hicieron uso de técnicas como la psicoeducación en donde se explicaron los conceptos como la ansiedad, su naturaleza, causas y consecuencias, así como las diferentes formas de abordarlos. También se les enseñó a los pacientes, técnicas de relajación progresiva y autógena, las cuales mencionan que son las más utilizadas. Dependiendo de los grupos a los que se hayan asignado, a los pacientes se les enseñaron estrategias cognitivas como solución de problemas, promoción de la asertividad y comunicación, entre otras.

En los resultados se mostró que el programa que mezcló las tres modalidades antes mencionadas obtuvo mejores resultados en la sintomatología de los pacientes. De igual manera, se identificaron cambios en los otros grupos de sólo una modalidad, pero en menor escala. Una de sus limitaciones se refiere a que no se hizo un seguimiento a largo plazo de los pacientes, por lo cual existe la posibilidad de que los efectos de esas estrategias tuvieran un tiempo limitado debido a que se necesitan mecanismos de retroalimentación. Otra variable que se propone abordar en esta misma línea es el apego al tratamiento, ya que muchos pacientes dejan los tratamientos sin haberlos terminado. Finalmente, se propone que se desarrolle un programa que: 1) Permita a los pacientes controlar y reducir sus respuestas de ansiedad; 2) Disminuya la sintomatología por medio de la combinación de diferentes técnicas que ya han sido ampliamente utilizadas y su comprobada eficacia; y 3) Desarrollar mediante la enseñanza de la relajación un procedimiento que sirva como autocontrol y así promover la conducta adaptativa (Sánchez-Román et al., 2006).

En una revisión sistemática sobre estudios de alta calidad de intervenciones prenatales no farmacológicas, Stoll et al. (2018) concluyen que las intervenciones breves que brindan los proveedores de atención de maternidad previamente capacitados en TCC, que exploran la raíz de los miedos y las ansiedades específicas del parto (incluidos los embarazos y nacimientos traumáticos previos) y ayudan a las mujeres a desarrollar estrategias para enfrentar sus miedos y ansiedades fueron efectivas, al igual que el yoga prenatal y la educación prenatal, que incluyen exposición a la sala de partos, relajación muscular progresiva y otras técnicas para lidiar con el estrés, el miedo y la ansiedad durante el embarazo.

De la misma forma, se han realizado estudios sobre diferentes formas en las que se ha presentado el tratamiento basado en Terapias Cognitivo-Conductuales. En un ensayo controlado aleatorio (Loughnan et al., 2019), se examinó la eficacia y la aceptabilidad de una intervención breve y no guiada de ICBT (Terapia Cognitivo Conductual por internet de forma asincrónica), el programa de embarazo MUMentum, en mujeres embarazadas con ansiedad y / o depresión. En sus resultados indican que hubo un 76% de tasa de adherencia en su población, la cual informó que ICBT era un tratamiento aceptable para la ansiedad y / o depresión prenatal. Detallan que este programa ofrece varios beneficios con respecto a la psicoterapia cara a cara, incluido un menor costo de bolsillo y mayor privacidad. Sin embargo, mencionan que puede haber una variedad de barreras sociales, geográficas y logísticas que limitan el acceso a este tipo de servicio.

Siguiendo esta línea, en una revisión sistemática sobre diferentes modalidades de la TCC para reducir la ansiedad y el Miedo Al Parto o Miedo Al Nacimiento (MAN) (Badaoui et al., 2019) se menciona a la Terapia Cognitiva Conductual basada en Internet (ICBT en inglés) la cual definen como un material de autoayuda accesible en línea, dividido en módulos con tareas asignadas diseñadas para ayudar a las mujeres con MAN a aprender a reconocer y hacer frente a sus emociones sobre el próximo nacimiento.

Rondung et al. (2018), descubrieron que un año después del nacimiento, los puntajes MAN eran más bajos para las mujeres que recibieron ICBT en comparación con aquellas que recibieron atención estándar que implicaba el asesoramiento de parteras, psicólogos y obstetras según fuera necesario. Sólo el 10% de las mujeres completaron todos los módulos, lo cual podría haber afectado los resultados. El último hallazgo también destaca las bajas tasas de adherencia como una clara desventaja de esta modalidad de tratamiento (Badaoui et al., 2019). Lo cual nos indica que la atención cara a cara puede ser más satisfactoria para las usuarias.

Sin embargo, Nillni y et al. (2018) mencionan que, durante el embarazo, las mujeres tienen muchas citas relacionadas con su cuidado prenatal, lo que puede influir en la cantidad de tiempo adicional que tienen para dedicar a la terapia. No obstante, durante el período posparto, el aumento de los factores estresantes, como

la privación del sueño, las limitaciones de tiempo y las limitaciones financieras, también pueden afectar la adherencia al tratamiento.

En un metaanálisis preliminar realizado por Maguire et al. (2018) los autores indican que, en general, la TCC es un tratamiento eficaz para la ansiedad perinatal con grandes tamaños de efectos dentro del grupo vistos desde el pretratamiento hasta el postratamiento y el seguimiento. Sin embargo, es importante señalar que, aunque favorecen la TCC, los tamaños de los efectos entre los grupos fueron pequeños, lo que indica que la TCC puede no ser más efectiva que las condiciones de control no activas. Se requieren estudios controlados con seguimiento a largo plazo para investigar el papel de la remisión espontánea de los síntomas de ansiedad después del parto.

Estos autores nos dicen en el primer análisis moderador, que las intervenciones específicas de TCC para ansiedad pueden producir tamaños de efecto más grandes para las mujeres con ansiedad perinatal que las intervenciones específicas de depresión o transdiagnósticas. Sin embargo, se requiere más investigación en futuros estudios para dilucidar la respuesta diferencial (Maguire et al., 2018).

Otro tratamiento que se utilizan frecuentemente en las TCC para la ansiedad, son las técnicas de relajación. En una intervención en Portugal, se buscó evaluar los efectos de la práctica regular de una técnica de relajación en mujeres gestantes sobre variables emocionales y físicas: estrés, ansiedad, depresión, tasa cardíaca (TC) y presión arterial (PA) con ayuda de talleres grupales y atención individual y con su pareja (Nereu-Bjorn et al., 2013).

Los autores explican lo siguiente:

La aplicación de la técnica de relajación se desarrolla en sesiones individuales de periodicidad semanal. Cada mujer recibió un total de veinte a veinticinco sesiones de 35 minutos de duración y se aplicó una relajación progresiva con estimulación musical y ejercicios de visualización. Los resultados de este estudio confirman sus hipótesis, apoyando la eficacia de la práctica de la relajación en un grupo de mujeres embarazadas tanto en los en los niveles

de ansiedad, depresión y estrés evaluados a través del EADS-21, como en las medidas de TC y PA; se ha mostrado que esta técnica es una herramienta útil para la reducción de los estados de ansiedad y depresión durante el embarazo y, por tanto, su uso puede ser un vehículo que favorezca estados adecuados de bienestar y emocionalidad positiva, para promover la vinculación afectiva de la madre gestante con el feto, un incentivo de bienestar físico y psicológico y una estrategia efectiva que ayude a afrontar y gestionar el estrés propio de una etapa de la vida especialmente importante, no sólo para la futura madre sino también para el bebé. (Nereu-Bjorn et al., 2013, p. 81)

Finalmente, Alder et al. (2011) realizaron un ensayo controlado aleatorio en el cual examinaron las diferencias basales psicoendocrinas antes y después de un periodo de relajación estandarizado en mujeres con niveles de ansiedad altos versus bajos. Se compara la relajación muscular progresiva (PMR), las imágenes guiadas (GI) y la relajación pasiva (reposo tranquilo) (PR) con respecto a la reactividad psicofisiológica.

En los resultados reportan que no se observó un beneficio psicológico específico para la ansiedad. Mientras que en ambos grupos los niveles de ansiedad y afecto negativo disminuyeron de antes a después de la intervención, no hubo mejoría adicional en mujeres con altos niveles de ansiedad. Aunque el período de relajación se limitó a un período de 10 minutos, este análisis secundario mostró que las mujeres con altos niveles de ansiedad tenían reacciones menos pronunciadas durante estos ejercicios únicos y pueden necesitar más asesoramiento, instrucciones y práctica que las mujeres con poca ansiedad (Alder et al., 2011).

Estas investigaciones han descrito muchos beneficios y descubrimientos que la Terapia Cognitivo Conductual les brinda a las mujeres embarazadas. Sin embargo, hay que tomar en cuenta sus limitaciones más precisas. En los estudios presentados falta un seguimiento a largo plazo, lo cual podría demostrar de mejor forma la efectividad a lo largo del tiempo. La adherencia es otro problema en el que se involucran este tipo de técnicas, ya sea por muerte experimental o por un seguimiento inconcluso. La atención que mayormente se les da a estas mujeres se refiere a la psicoeducación y técnicas de relajación, en las cuales finalmente no se atiende el

origen de sus problemas. Durante el embarazo se pueden ir desencadenando distintas situaciones emocionales del pasado y que se pueden resolver llegando a un entendimiento más exacto de la naturaleza de los fenómenos, por lo cual, las Terapias Cognitivo-Conductuales de Tercera generación (TTG) nos pueden brindar una visión más completa.

Atención Plena Compasiva

En su reseña sobre las Terapias Cognitivo-Conductuales de Tercera Generación, Moreno-Coutiño (2012) expone diversos elementos de esta terapia. Este concepto viene de la acepción “Mindfulness” la cual se traduce como “atención plena”, “estar atento”, “conciencia plena”, o “presencia plena”, implicando que el sujeto se concentre en la tarea que está realizando en el momento, sin que la mente divague sobre el futuro o el pasado, sin sensación de apego o rechazo, provocando en éste energía, claridad de mente y alegría. Se trata de un concepto desarrollado desde la filosofía budista.

Kumar (2002) explica que, existe una relación entre la filosofía budista y la psicología, las cuales buscan la facilitación de crecimiento, conocimiento y conexión significativa con otros y el cese del sufrimiento, compartiendo la motivación para facilitar los cambios beneficiosos en el individuo y la sociedad.

Según Segal et al., 2002 como se citó en Moreno-Coutiño, 2012):

A través de la práctica de Atención Plena, tanto en instancias formales como en la vida cotidiana, el practicante se vuelve progresivamente capaz de reconocer y observar tal y como son sus pensamientos, en vez de tomarlos como si fuesen hechos indiscutibles, dejando de identificarse gradualmente con sus contenidos mentales y de las emociones conflictivas asociadas, evaluando de esta manera y con mayor holgura cada circunstancia vivida, pudiendo así responder creativa y efectivamente, en lugar de reaccionar automáticamente desde sus patrones habituales. (pp. 4-5)

Debido a la tendencia automática hacia el amor propio, experimentamos los cambios inevitables en nosotros mismos y en los demás como sufrimiento. Al tratar de aferrarnos a la estabilidad de un momento, sentimiento o relación que pasa, luchamos con la impermanencia de todos los fenómenos; es decir, en busca de la satisfacción dentro de los confines de un yo fijo, sembramos las semillas de nuestro sufrimiento, ya que la identidad es constantemente desafiada, cambiada y moldeada por los mismos factores involucrados en su construcción. Por esta razón, las Cuatro Nobles Verdades también abordan los orígenes y las causas del sufrimiento como sus antídotos (Kumar, 2002).

En la filosofía budista se postulan los Cuatro Pensamientos inconmensurables o sin límites, como ejes centrales que rigen su filosofía. Gyatso (1998 como se citó en Moreno-Coutiño, 2012) nos describe cada uno:

1) Compasión o Bondad Amorosa: que todos los seres estén libres de sufrimiento y de sus causas (e. g., autoengaños, confusiones y pensamientos negativos). 2) Amor: que todos los seres posean la felicidad y sus causas, implicando las seis perfecciones (i. e., generosidad, paciencia, entusiasmo, ética, concentración y sabiduría). Asimismo, que posean una mente compasiva, que da lugar a la felicidad duradera, que no cambia. 3) Gozo o Alegría: una mente llena de Compasión y Amor es una mente llena de alegría y de gozo. Descubrimos que nuestra mente natural es un estado de paz y regocijo, pero además de esto, notamos un estado de claridad, de lucidez, que es también, inseparable del gozo. 4) Igualdad o Ecuanimidad: que todos los seres permanezcan libres del apego y del rechazo hacia los otros. (p. 7)

En el conocimiento de nuestras limitaciones, una actitud compasiva y de aceptación hacia nosotros mismos forma la base de la Atención Plena al tiempo que fortalece una postura compasiva hacia los demás. Por tanto, la Atención Plena es una extensión de una actitud compasiva, al mismo tiempo que la Compasión es necesaria para la Atención Plena. De hecho, estos dos conceptos se discuten con frecuencia como dos aspectos entrelazados de la práctica en la literatura budista (Kumar, 2002).

La práctica de la Atención Plena no busca "vaciar la mente"; en cambio, es una hazaña mucho mayor observar, con aceptación, como surgen y se desvanecen los pensamientos, las emociones y las sensaciones. Cuando se aplica esporádicamente, la Atención Plena puede ser extremadamente relajante. Sin embargo, cuando se aplica con regularidad, esta práctica puede ser revolucionaria y transformadora de la experiencia cognitiva, emocional y espiritual. Por lo tanto, la meditación se considera un vehículo principal para facilitar la claridad y, por lo tanto, es esencial para el desarrollo espiritual (Kumar, 2002).

Moreno-Coutiño (2012) menciona que el cultivo de la conciencia de la mente y del cuerpo para vivir aquí y ahora es una práctica históricamente arraigada en antiguas disciplinas meditativas budistas, por lo que, de acuerdo con algunos autores, esta práctica en el mundo occidental ha sido considerada más como una técnica cercana a una psicoterapia que a una religión.

De estos principios se desglosa la terapia conocida como la REBAP (Reducción de Estrés Basada en la Atención Plena) que el Dr. Jon Kabat-Zinn sacó a la luz en 1990. La cual, con ayuda de la psicoeducación, entrena la habilidad de sus participantes al reconocer los pensamientos y emociones que pasan por su mente y posteriormente soltarlos para prestar atención a su respiración. Esta actividad la pueden realizar sentados en una silla, así como en el suelo con las piernas cruzadas.

Moreno-Coutiño (2012) concluye en su reseña:

Estas técnicas han sido ampliamente estudiadas en Occidente y pueden resultar de mucho interés para los países de Latinoamérica, en los cuales la prevención primaria y la atención de segundo nivel para numerosos trastornos resultan prioritarias. Las Terapias de Tercera Generación no requieren de gran infraestructura para su implementación (únicamente se requiere de un salón), por lo que no resultan costosas; además toman sólo alrededor de ocho semanas y pueden ser impartidas por diversos profesionales del área de salud que hayan recibido la capacitación necesaria. (p. 12)

Dando enfoque en la práctica de estas técnicas en la investigación, Crane y et al. (2017) puntualizan que se necesitan claridad y precisión tanto para mantener la integridad de los programas originales como para respaldar la investigación en curso de nuevos programas, innovaciones y desarrollos, ya que hay un aumento de programas y enfoques basados en la Atención Plena en la medicina, la psicología y la psicoterapia, y más allá, en los negocios y la educación; y para que el campo se dé cuenta de su potencial para impactar al máximo la salud y el bienestar individual y social, existe una necesidad continua de innovación e investigación de alta calidad para investigar los mecanismos, la eficacia y la implementación.

Entre los beneficios que se derivan de la práctica de la Atención Plena, se encuentra el desarrollo de la conciencia metacognitiva, disminuye la rumiación a través de la desconexión de las actividades cognitivas perseverativas y mejora las capacidades de atención a través de ganancias en la memoria de trabajo; estas ganancias cognitivas, a su vez, contribuyen a estrategias efectivas de regulación de las emociones. Estos hallazgos sugieren que la meditación de Atención Plena cambia la capacidad de los individuos para emplear estrategias de regulación de las emociones que les permitan experimentarlas de forma selectiva, y que las emociones que experimentan pueden procesarse de manera diferente en el cerebro (Davis y Hayes, 2011).

La investigación indica que la meditación puede provocar emociones positivas, minimizar el afecto negativo y la rumia y permitir una regulación eficaz de las emociones. Incluso ocho semanas de práctica de meditación de Atención Plena pueden alterar las formas en que las emociones se regulan y procesan en el cerebro (Williams, 2010 como se citó en Davis y Hayes, 2011).

En un estudio realizado en Singapur, se investigaron las asociaciones entre Atención Plena y varios aspectos de la dinámica del afecto en la vida diaria, en particular, la variabilidad, la inercia, el cambio y la inestabilidad del afecto, y si estas asociaciones se explican por el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas (Keng y Tong, 2016). Como se hipotetizó, la Atención Plena predijo negativamente la variabilidad e inestabilidad del afecto negativo. Los niveles más altos de Atención Plena también predijeron niveles más bajos de inercia afectiva negativa, medidos a

intervalos de medio día (de la mañana a la tarde), lo que indica que las personas que son conscientes tienen menos probabilidades de continuar persistiendo en las emociones negativas dentro de un día. El hallazgo corrobora la idea de que ser consciente promueve una actitud sin prejuicios hacia las experiencias psicológicas de uno, lo que facilita la capacidad de desconectarse de manera efectiva de los altibajos emocionales de la vida diaria. Y finalmente, se comprobó que el uso de afrontamiento desadaptativo es un mecanismo que explica la relación entre la Atención Plena y varios aspectos de la dinámica del afecto negativo.

En un metaanálisis, se evaluó como variable moderadora el efecto de la duración del tratamiento breve de la Atención Plena en la afectividad negativa en poblaciones nuevas en la meditación (Schumer et al., 2018). Los resultados muestran que los programas breves de entrenamiento en AP tienen un efecto inmediato y significativo (aunque pequeño) en la disminución de la afectividad negativa tanto en muestras clínicas como no clínicas. Sin embargo, debido a que la mayoría de los estudios en este metaanálisis tomaron muestras de poblaciones no clínicas, los autores recomiendan evaluar adicionalmente la eficacia del entrenamiento breve de Atención Plena para reducir la afectividad negativa en poblaciones clínicas.

Específicamente, este metaanálisis indica que los programas breves de capacitación en Atención Plena tuvieron efectos de reducción de la afectividad negativa significativamente mayores entre las poblaciones adultas de la comunidad en comparación con los estudiantes universitarios. Una posible explicación es que puede haber una mayor motivación entre los miembros de la comunidad para buscar y participar en programas breves de capacitación en AP. Finalmente, mencionan los autores que, aunque los programas breves de Atención Plena están ganando popularidad rápidamente, se necesitan investigaciones más rigurosas para evaluar sus supuestos beneficios (Schumer et al., 2018).

Se ha demostrado que la meditación basada en Atención Plena tiene beneficios psicológicos entre diversas poblaciones, incluidas las que sufren los desafíos existenciales de una enfermedad grave (Hofmann et al., 2011). Los autores mencionan que, en la tradición budista, la Meditación basada en Amor Bondadoso (MAB) y la Meditación en Compasión (MC) se han combinado tradicionalmente con

otras prácticas de meditación, como la atención multisensorial, y bien pueden ser técnicas eficaces cuando se agregan a las terapias existentes con apoyo empírico, como los tratamientos cognitivo-conductuales.

Sugieren que los estudios de investigación existentes sobre MAB y MC son prácticas muy prometedoras para mejorar el afecto positivo y reducir el estrés y el afecto negativo, como la ansiedad y los síntomas del estado de ánimo, así como para abordar problemas interpersonales como problemas de control de la ira, problemas de relación como conflictos matrimoniales, o para contrarrestar los desafíos entre las profesiones del cuidado o los no profesionales que deben proporcionar cuidados a largo plazo a un familiar o amigo, ya que la utilidad de una mayor compasión por los demás y por uno mismo debería ser evidente en situaciones de cuidado a largo plazo, ya sea familiar o profesional (Hofmann et al., 2011).

Además de reducir los principales síntomas de los trastornos, la MAB también ha demostrado promover el afecto positivo, lo que puede contribuir al aumento de la resiliencia (Graser y Stangier, 2018). Los autores proponen que la combinación de sesiones individuales con sesiones grupales, como en la terapia conductual dialéctica, también puede ser viable: los enfoques de MAB y la compasión podrían enseñarse económicamente en sesiones grupales, con posibles dificultades emergentes que se abordarían a profundidad en sesiones individuales.

De igual manera, sugieren que si los ensayos controlados aleatorios con grupos de control activos confirman que las intervenciones basadas en Compasión y las MAB son efectivas, estas intervenciones pueden extender las opciones psicoterapéuticas para pacientes que sufren de autocrítica y vergüenza por los síntomas, para pacientes que se sienten separados de los demás y para pacientes con dificultades para desarrollar afecto positivo y empatía, dando importancia a las evaluaciones fisiológicas como los niveles de cortisol y la variabilidad de la frecuencia cardíaca (Graser y Stangier, 2018).

En un estudio que se hizo sobre las Personas con un Estado Mental en Riesgo (ARMS por sus siglas en inglés) de las cuales la mayoría entran los espectros de diagnóstico afectivo y de ansiedad (Hickey et. al., 2017), se reveló que la TCC aún no

ha demostrado su eficacia en otras áreas de resultado importantes, como el malestar por síntomas, el funcionamiento diario y la calidad de vida.

Hickey et al. (2017) proponen que una intervención dirigida que utilice los principios de la TCC combinada con un enfoque basado en la Atención Plena y la Compasión podría abordar estas deficiencias y mejorar el resultado del tratamiento para los ARMS. A pesar de la heterogeneidad de los enfoques de tratamiento de la AP en estos estudios revisados, los resultados generales son alentadores. La Atención Plena, la Compasión y los enfoques cognitivos se centran en los pensamientos, los sentimientos, las sensaciones y el entorno de un individuo. El objetivo común de estos enfoques es comprender y aliviar la angustia para promover el bienestar emocional. Fundamentalmente, comparten una suposición fundamental sobre la fuente de angustia. Si bien es posible estar atento a los pensamientos y sentimientos difíciles, la Compasión puede proporcionar la seguridad emocional necesaria para volverse hacia la angustia y sentirla por completo a fin de comenzar a sanarla. Los resultados generales sugieren que las prácticas de Compasión pueden ser útiles para "atenuar" el sistema de amenazas fisiológicas y poner en línea el sistema de seguridad fisiológica. También puede brindarle a una persona la tranquilidad y el coraje que necesita para reducir sus comportamientos de seguridad y participar en un estilo de afrontamiento más centrado en el enfoque.

Finalmente, los autores recomiendan estar pendientes de las reacciones que pueden resultar de este tipo de intervenciones. Para algunas personas, la Compasión puede dar lugar a reacciones de evitación o miedo, que comparan con el miedo a las emociones positivas que es ampliamente reconocido en la literatura. Con esto explican que algunas prácticas pueden activar el sistema motivacional del apego (Hickey et al., 2017). Sin embargo, si el sistema de apego se ha cerrado debido a abuso, negligencia o conflictos emocionales, se volverá a abrir en el lugar donde se cerró. Reactivará los recuerdos emocionales que pueden llevar al miedo a la Compasión, especialmente para las personas con mucha vergüenza y autocrítica.

Es importante que los profesionales de la salud mental sean conscientes de estas posibles dificultades y sean hábiles en su respuesta. Es importante poder elegir sabiamente las prácticas de Compasión y alentar a las personas a usar su propio

discernimiento sabio en relación con el lugar en el que ponen su atención, entrando y saliendo de las prácticas según sea necesario.

En un análisis enfocado en el efecto de la Terapia Basada en Atención Plena, se mostró un resultado sólido, ya que sugieren que la terapia basada en la Atención Plena fue moderadamente efectiva para mejorar la ansiedad y los síntomas del estado de ánimo desde el pretratamiento hasta el postratamiento en la muestra general. Estos resultados sugieren que la terapia basada en Atención Plena mejora los síntomas de ansiedad y depresión en un rango de gravedad relativamente amplio e incluso cuando estos síntomas están asociados con otros trastornos como problemas médicos, al cambiar una variedad de dimensiones emocionales y evaluativas que subyacen a los aspectos generales del bienestar. Por lo tanto, puede tener aplicabilidad general (Hofmann et al., 2010). De igual manera, los autores mencionan que los datos de seguimiento sugirieron que los efectos se mantuvieron con una mediana del período de seguimiento de 12 semanas.

En un estudio piloto que tuvo como objetivo investigar los efectos de la Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena (TCBA) aplicando instrucciones explícitas de autocompasión y Terapia Enfocada en Compasión (TEC), se evaluaron los síntomas de depresión, ansiedad y estrés, así como la atención plena, la autocompasión y rumiación (Frostadottir y Dorjee, 2019). Los hallazgos significativos para el cambio de síntomas y las puntuaciones de atención plena en los dos grupos de tratamiento se acompañaron de grandes tamaños de efecto. Las reducciones significativas en la rumia se asociaron con un gran tamaño del efecto en el grupo de sólo TCBA (grupo control) y un tamaño medio del efecto en el grupo de TEC. Sin embargo, solo el grupo de TCBA mostró reducciones significativas en las puntuaciones de ansiedad, mientras que el grupo TEC no manifestó un cambio significativo. Los participantes en ambos grupos de tratamiento mostraron aumentos significativos en la Atención Plena y la autocompasión y disminuciones en la rumia, la depresión, la ansiedad y el estrés en la posprueba. Estos resultados pueden indicar que un tratamiento en conjunto de estos dos tipos de terapia puede reducir los síntomas clínicos y aumentar las capacidades de Atención Plena y Compasión con mayor eficacia.

Atención Plena en embarazadas

Sobre los tratamientos basados en Atención Plena en mujeres embarazadas, se han realizado diversos estudios, correlaciones y análisis, enfocándose en el bienestar psicológico que experimentan durante esta etapa, así como en afecciones como estrés, ansiedad y depresión, las cuales se ha visto que tienen más presencia en esta población.

En una revisión sistemática, Dhillon et al. (2017) evaluaron el efecto de las intervenciones basadas en la Atención Plena llevadas a cabo durante el embarazo explorando los resultados en la Atención Plena y la salud mental. Los resultados agrupados de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos en esta revisión sistemática sugieren una tendencia a favor de las intervenciones de Atención Plena, pero no produjo resultados estadísticamente significativos cuando se evaluaron los cambios en la sintomatología de ansiedad, depresión y el estrés percibido. Los autores mencionan que esto puede deberse al número limitado de los estudios y al pequeño número de participantes incluidos. Además, los ensayos clínicos aleatorizados disponibles eran estudios piloto o de viabilidad, o no tenían el poder suficiente para demostrar la eficacia de una intervención basada en la Atención Plena.

De igual manera, una revisión sistemática combinada con un metaanálisis sugiere que, si bien las intervenciones basadas en la Atención Plena que se ofrecen durante el período perinatal están asociadas con mejoras en la depresión, la ansiedad y el estrés, antes y después de la intervención, los hallazgos entre grupos no sugieren ningún efecto general sobre estos resultados para los participantes de estas intervenciones en comparación con las condiciones de control (Lever-Taylor et al., 2016). Señalan que una posible razón para esto podría ser que las intervenciones basadas en Atención Plena en esta revisión se desviaron de manera crítica de los programas de Reducción de Estrés Basados en Atención Plena y las Terapias Cognitivas Basadas en Atención Plena. En particular, se dedicó considerablemente menos tiempo a la práctica de la Atención Plena que en lo propuesto en estos programas y este puede haber sido un factor crucial que contribuyó a resultados limitados.

A pesar de las diferentes limitaciones que se presentan en estos estudios, Shi y MacBeth (2017) realizaron una revisión sistemática en la cual se evaluó la efectividad de estas intervenciones para reducir la gravedad de la ansiedad y la depresión perinatal, en la cual se ofrece evidencia preliminar. Los efectos del tratamiento de las IBAP sobre la ansiedad fueron más consistentes y de mayor magnitud que los efectos sobre la depresión y el estrés y se observaron en diferentes diseños de estudio. La mayoría de los estudios informaron un aumento de la Atención Plena después del tratamiento, lo que sugiere la validez aparente de la intervención.

Enfocándonos más a profundidad en estudios sobre las Intervenciones Basadas en Atención Plena, Vieten y Astin (2008), en Estados Unidos desarrollaron y probaron en un estudio piloto una intervención basada en la Atención Plena de ocho semanas dirigida a reducir el estrés y mejorar el estado de ánimo durante el embarazo y el posparto temprano, comparando mujeres que recibieron la intervención durante la última mitad de su embarazo con un grupo control en lista de espera. El grupo de control no mostró mejoría en el estado de ánimo en la evaluación posterior a la intervención (y un aumento significativo de la depresión y disminución del afecto positivo), mientras que el grupo experimental mostró una mejora del 20-25% en la ansiedad, el afecto negativo, el afecto positivo y el estrés después de la intervención. Las diferencias entre los grupos no fueron significativamente diferentes en el seguimiento posnatal de tres meses. Sin embargo, mientras que el grupo de control no mostró cambios desde el inicio hasta el seguimiento de tres meses, el grupo experimental retuvo entre el 7% y el 10% de sus mejoras desde el inicio en todas las medidas, excepto el estrés percibido.

En otro estudio piloto hecho en Australia se exploraron los efectos de un grupo de IBAP de 8 semanas en mujeres embarazadas (Dunn et al., 2012). Los resultados demostraron que las mujeres embarazadas que participaron en una intervención grupal basada en Atención Plena informaron disminuciones clínicamente confiables en la depresión, el estrés y la ansiedad, continuando en el período postnatal. De manera similar, con el tiempo se observó un aumento en las puntuaciones de Atención Plena y autocompasión. Estos cambios no se vieron en el grupo control.

Los autores resaltan que la enseñanza de la Atención Plena en el período perinatal parece tener el efecto de ampliar el repertorio personal de las mujeres de estrategias de afrontamiento, y esto tiene el potencial de mejorar la trayectoria de desarrollo de los padres y los bebés. Mencionan que debido a que el embarazo es un período breve en la vida de una mujer en el que está abierta a recibir nueva información y habilidades para afrontar el parto y la maternidad, las clases de preparación para el parto existentes podrían expandirse para incorporar alguna capacitación en AP con el fin de llegar a los participantes que de otro modo no tendrían la oportunidad de aprender estas importantes habilidades (Dunn et al., 2012).

Siguiendo esta línea, en un ensayo piloto controlado aleatorio se probó una IBAP de seis semanas en una muestra de mujeres embarazadas de California que experimentaron altos niveles de estrés percibido y ansiedad durante el embarazo de entre 10 y 25 semanas. Éstas se dividieron en dos grupos de forma aleatoria, uno con prácticas de Atención Plena con práctica en el hogar y el otro con la condición de control de lectura (Guardino et al., 2014). Resultó que la intervención de Atención Plena condujo a un mayor decremento en la ansiedad relacionada con el embarazo desde el inicio hasta la postintervención en comparación con una condición de control de lectura. El estrés percibido y el estado de ansiedad también disminuyeron en el grupo de intervención de Atención Plena, mientras que la atención aumentó en el grupo de intervención; sin embargo, estos cambios no fueron significativamente diferentes de los cambios en el grupo de control.

Los autores atribuyen estos resultados a que tal vez los criterios de inclusión requerían altos niveles de estrés, así como la voluntad y la capacidad de asistir a una clase semanal de Atención Plena si se asignaba al azar a esa condición (Guardino et al., 2014). Otro factor que fue necesario destacar, es que pudo haber existido un sesgo con el grupo control al haberles proporcionado la lectura, ya que con esa información sobre el embarazo pudo haber reducido el nivel de estrés de sus integrantes.

Finalmente, en este estudio se concluyó que estas intervenciones que reducen eficazmente la ansiedad relacionada con el embarazo son empíricamente justificables para las mujeres en riesgo de resultados adversos en el parto. Sin embargo, dado

que los efectos del entrenamiento de AP sobre ansiedad y preocupación durante el embarazo no se mantuvieron durante seis semanas después de finalizada la intervención, las intervenciones futuras podrían considerar una poderosa dosis de entrenamiento de AP y posiblemente una adaptación para el embarazo al abordar directamente las fuentes comunes de preocupación durante el embarazo (Guardino et al., 2014).

Goodman y et al. (2014) evaluaron una intervención grupal de Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena en mujeres embarazadas con niveles clínicos de ansiedad y preocupación, así como depresión en algunas participantes. Los resultados arrojaron que las participantes que completaron la intervención mostraron mejoras estadística y clínicamente significativas en la gravedad de la ansiedad, la preocupación y la depresión, y aumentos significativos simultáneos en la autocompasión y la Atención Plena. Se encontró una tasa de recuperación excepcionalmente alta (15 de 16; 93,8%) para los participantes que cumplieron con los criterios de TAG al inicio del estudio, y las dos participantes que también cumplieron con los criterios de TDM al inicio del estudio ya no estaban deprimidas después de la intervención.

En otro estudio se tomaron en cuenta las opiniones de las participantes mediante sus respuestas a preguntas abiertas después de la intervención. Revelaron que la intervención les resultó útil de varias maneras. Identificaron que habían aprendido habilidades específicas que les ayudaron a aumentar la Atención Plena, la aceptación, la bondad personal, y a disminuir la reactividad (Goodman et al., 2014).

La práctica de la Atención Plena en el posparto se relacionó sólo marginalmente con una mejora en la preocupación posparto ($p = .05$). Estos resultados sugieren la aceptabilidad, la utilidad percibida y la sostenibilidad de las prácticas formales de Atención Plena para las mujeres embarazadas y nuevas madres (Luberto et al., 2018).

Con el objetivo de examinar los efectos de una intervención de 8 semanas en mujeres embarazadas con depresión y ansiedad comórbidas, Zemestani y Nikoo (2019) asignaron al azar a mujeres iraníes a este tratamiento y otras a un grupo

control. Dentro de sus hallazgos, encontraron que los resultados post intervención se mantuvieron durante un mes, indicando que la intervención tuvo un impacto grande y significativo en la reducción de los síntomas de depresión y ansiedad desde antes y después del tratamiento que continuó durante el seguimiento.

Tomados en conjunto, según los fundamentos teóricos de la IBAP, las reducciones en la gravedad de la depresión y la ansiedad en las mujeres embarazadas pueden explicarse por aumentos en la meta conciencia, la autotrascendencia, junto con una aceptación alentadora y la no reactividad a los pensamientos y emociones negativos (Zemestani y Nikoo, 2019). Los resultados los atribuyen al hecho de que es probable que las mujeres que aprenden la Atención Plena durante el embarazo usen esas habilidades para manejar los aspectos estresantes del embarazo, lo que resulta en una mejor regulación de las emociones.

Existen también diversas variables que se relacionan con la capacidad de Atención Plena en el estudio de sintomatología ansiosa con mujeres embarazadas. En un estudio prospectivo se aborda la asociación entre la Atención Plena materna durante el embarazo y el desarrollo socioemocional y temperamento en bebés de 10 meses y si esta asociación estaba mediada por la ansiedad. Resultó que una mayor atención materna durante el embarazo se asoció con menos problemas de autorregulación infantil y menos afectividad negativa infantil. El análisis de mediación mostró que la ansiedad materna fue mediadora de la asociación entre los problemas de autorregulación infantil y la Atención Plena materna (Van den Heuvel et al., 2015).

En Taiwán, se exploró la eficacia de un programa de parto y crianza basado en la Atención Plena de 8 semanas para reducir el estrés prenatal, la depresión y evaluar la Atención Plena y la autoeficacia del parto (Pan et al., 2019). Después de la intervención, las participantes en el experimento obtuvieron puntuaciones más bajas para el estrés y la depresión y más altas puntuaciones de autoeficacia y Atención Plena durante el parto que sus pares del grupo de comparación. Estos resultados apoyan que el estrés afecta variables que se relacionan con la depresión y la autoeficacia en el parto.

Además, ambos grupos mostraron ligeros incrementos en el estrés y disminución de la autoeficacia y la Atención Plena durante el parto a las 36 semanas de embarazo, mientras que la depresión disminuyó de manera constante. Si bien ambos grupos experimentaron mayores niveles de estrés, los aumentos en el grupo experimental fueron menores que en el grupo de comparación (Pan et al., 2019).

En un estudio transversal se examinó si las mujeres de bajos ingresos con mayor Atención Plena y más apoyo social percibido tenían niveles más bajos de reactividad percibida al estrés y una menor respuesta de cortisol (conocida como hormona del estrés) durante el embarazo (Sánchez et al., 2019). Los resultados indicaron que las mujeres embarazadas con mayores niveles de Atención Plena tuvieron niveles más bajos de reactividad al estrés percibido y no hubo un efecto moderador del apoyo social en la asociación entre los niveles de Atención Plena y los niveles de reactividad al estrés percibido.

Estos hallazgos indican que las mujeres embarazadas con mayores niveles de Atención Plena reportaron niveles más bajos de reactividad al estrés percibido independientemente de su nivel de apoyo social y sugieren, por lo tanto, que, aunque las mujeres embarazadas con mayor apoyo social pueden estar más protegidas de los efectos adversos de una alta reactividad al estrés, aquellas con menos apoyo social aún pueden estar protegidas si tienen una mayor atención disposicional (Sánchez et al., 2019).

Finalmente, en estudio piloto observacional se demostró una serie de mejoras significativas en los componentes centrales evaluados cuantitativamente del estrés y el proceso de afrontamiento, incluidas las evaluaciones del afecto positivo. Se observaron grandes tamaños de efecto para la disminución de la ansiedad del embarazo y el aumento de Atención Plena, con una mejora particularmente grande en la dimensión de no reactividad de ésta. También se demostraron mejoras modestas tanto en la frecuencia como en la intensidad del afecto positivo (Duncan y Bardacke, 2010).

Además, los resultados tanto cuantitativos como cualitativos indicaron que las mujeres embarazadas que participaron en la intervención, utilizaron las habilidades

aprendidas con más frecuencia para hacer frente a situaciones de aspectos estresantes del embarazo y la vida familiar después de la intervención, lo que sugiere que la enseñanza de la Atención Plena durante el periodo perinatal puede ampliar el repertorio de estrategias adaptativas para afrontar el estrés, dando énfasis en un enfoque centrado en la familia y orientado a las relaciones para enseñar habilidades de Atención Plena a parejas durante el período perinatal frente a un enfoque individual (Duncan y Bardacke, 2010).

En este estudio piloto se evalúan los efectos los afecto positivos y negativos de mujeres embarazadas que participaron en una intervención basada en Atención Plena Compasiva (APC). La evaluación de las participantes se llevó a cabo mediante instrumentos psicométricos y fisiológicos con la intención de registrar la evolución de su sintomatología ansiosa. Este tipo de estudios son necesarios para conocer la eficacia y factibilidad de intervenciones novedosas para brindar una alternativa más para la atención de esta población clínica creciente, debido a que las intervenciones convencionales han demostrado un índice de efectividad bajo y que no atiende a las necesidades de una población con características muy variadas.

Planteamiento del problema

La etapa del embarazo corresponde a un cambio trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar, en la cual se produce un alto nivel de estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individual y grupal (Pimentel, 2007 como se citó en Aceves et al., 2013). Caron en el 2000 nos dice que en estos periodos se pueden dar grandes transformaciones, no solo desde el punto de vista fisiológico, sino también desde el punto de vista psíquico o del rol sociofamiliar femenino. También menciona que además de estas alteraciones se dan cambios físicos que pueden provocar inestabilidad emocional en la mujer. Entre los síntomas psicológicos maternos se destacan la ansiedad y la depresión, los cuales pueden manifestarse en la fase prenatal y en la postnatal (Klaus y Kennell, 1993 como se citó en Leonetti y Martins, 2007).

En una revisión de Leonetti y Martins (2007) se verificó que la presencia de altos niveles de ansiedad materna en la fase prenatal estuvo asociada a un mayor número de complicaciones obstétricas que comprometen el desarrollo fetal, tales como mayor número de irregularidades y altas tasas de latidos cardíacos. Asimismo, se observó que los altos niveles de ansiedad materna durante esta fase se asocian con problemas emocionales y de comportamiento tanto en niños de cuatro años como en adolescentes. Estas autoras concluyeron que la identificación de los niveles de ansiedad materna permite que se tomen medidas de intervención previniendo trastornos en el desarrollo del bebé.

Justificación

En este estudio piloto se muestran las consecuencias en los afectos positivos y negativos de mujeres embarazadas que participaron en una intervención basada en atención plena compasiva, la cual forma parte de la terapia cognitivo conductual. También se observa la evolución de la sintomatología ansiosa en las participantes con la ayuda de instrumentos psicométricos y fisiológicos no invasivos. Esto con la finalidad de abrir puerta al desarrollo de este tipo de técnicas en una población como las mujeres en gestación, que son susceptibles a cambios físicos y emocionales importantes que repercuten en el desarrollo de sus posteriores etapas de la vida, así como en la vida de su descendencia.

Método

Participantes

Se realizó un piloteo de la intervención basada en Atención Plena Compasiva en mujeres en periodo de gestación. Para esto se contó inicialmente con 9 participantes de las cuales 3 terminaron la intervención completa, por lo que a continuación se presentan sólo sus datos. Las tres mujeres fueron pacientes del Servicio de Salud de un Hospital de segundo nivel de la Ciudad de México. Con edades de 32, 36 y 25 años, con escolaridad de preparatoria, doctorado y licenciatura respectivamente, las dos primeras casadas y la última soltera, siendo la primera y la última de religión

católica. En cuanto a sus ocupaciones, la primera reportó ser ama de casa, la segunda investigadora y la tercera estudiante. Estas mujeres al iniciar la intervención tenían 21, 22 y 23 semanas de embarazo respectivamente y cumplieron con los criterios de inclusión (Tabla 1).

Tabla 1

Datos sociodemográficos de las participantes 1, 2 y 3.

Participante	Edad	Escolaridad	Estado civil	Ocupación	Religión	Tiempo de gestación
1	32	Preparatoria	Casada	Ama de casa	Católica	21 semanas
2	36	Doctorado	Casada	Investigadora	Católica	22 semanas
3	25	Licenciatura	Soltera	Estudiante		23 semanas

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión de las participantes en este estudio contemplaron que: las participantes fueran mayores de edad, estuvieran en periodo de gestación de 2 a 8 meses, que fueran atendidas en el Hospital de segundo nivel y que presentaran sintomatología ansiosa en niveles leve, moderado o severo de acuerdo con el Inventario de Ansiedad de Beck (Anexo 1). El criterio de exclusión fue que se encontraran en tratamiento psiquiátrico durante el proceso de la intervención, y el criterio de eliminación fue que las participantes acumularan tres faltas consecutivas en las sesiones.

Pregunta de investigación

¿Se modifican la sintomatología ansiosa y los afectos positivos y negativos en las mujeres embarazadas que cursan una intervención basada en Atención Plena Compasiva?

Hipótesis

Las mujeres embarazadas presentarán un mayor nivel de afecto positivo que de afecto negativo y un menor nivel de ansiedad a partir de una intervención basada en APC.

Objetivo

Conocer los cambios tanto de la sintomatología ansiosa mediante el nivel basal, así como de los afectos positivos y negativos antes, durante y después de una intervención basada en atención plena compasiva en mujeres embarazadas.

Procedimiento

Este trabajo se divide en tres fases las cuales abarcan el pretratamiento, el tratamiento y el postratamiento con un seguimiento a tres meses.

Pretratamiento

En esta fase se realizó el proceso de reclutamiento y evaluación de las participantes, en el cual se dio en un Hospital de segundo nivel de la Ciudad de México. Se realizaron rondas para convocar a las participantes por medio de pequeñas charlas informativas o trípticos que explicaban brevemente los beneficios de participar en un tratamiento psicológico durante el embarazo y se entregaba un volante de contacto para que pudieran asistir a la sesión de evaluación. Inicialmente se lograron reclutar a 9 mujeres, de las cuales solamente 3 terminaron el tratamiento. Algunas razones fueron la larga distancia del hospital a sus hogares, el poco tiempo que les dejaba su trabajo para asistir a consultas y una participante terminó con su tiempo de gestación antes de concluir la intervención.

Una vez aceptada la invitación a participar, las mujeres asistieron a la sesión de evaluación pretratamiento, que consistió en la lectura y solicitud de su firma del consentimiento informado (Anexo 2), se realizó la aplicación de la Entrevista inicial

(Anexo 3), se les preguntó el nivel de ansiedad y calma que consideraban tener en ese momento de un número del 1 al 10 antes y después de cada sesión (Anexo 4), se aplicaron los Instrumentos psicométricos y se entregaron los autorregistros diarios (Anexo 5) que se utilizaron desde la sesión de evaluación hasta el postratamiento, así como el carnet para registrar su asistencia a las sesiones (Anexo 6). Las evaluaciones fueron llevadas a cabo por un psicólogo entrenado en la aplicación de los instrumentos para este estudio, éstas fueron realizadas de manera individual en uno de los consultorios del hospital.

Instrumentos

- **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)** (Robles et al., 2001) (Anexo 1). Es un instrumento de autorreporte que consta de 21 reactivos, los cuales determinan la severidad con que se presentan las categorías sintomáticas y conductuales de la ansiedad, midiendo su intensidad con cinco opciones de respuesta: “Poco o nada = 0; Más o menos = 1; Moderado = 2; y Grave = 3. Su puntuación se estandariza de la siguiente forma: Sin ansiedad, 0-5 puntos con un percentil de 1-10%; ansiedad leve 6-15 puntos con un percentil de 25-50%; ansiedad moderada 16-30 puntos, con un percentil de 75-90%; y ansiedad grave 31-63 puntos, con un percentil de 95-99%. Las propiedades psicométricas del BAI para población mexicana se caracterizan por una alta consistencia interna (alfas 0.84 y 0.83), con un alto coeficiente de confiabilidad test-retest ($r=.75$), validez convergente y estructura factorial adecuada.
- **Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida (IMADIS)** reactivos de ansiedad (Jurado, 2017) (Anexo 7). Este instrumento, mide la presencia de ansiedad en tres aspectos: cognitiva, conductual y fisiológica. Cuenta con 21 reactivos, los cuales se califican de la siguiente forma: Nunca = 1; De vez en cuando = 2; Usualmente = 3; Muy a menudo = 4; y Siempre = 5. Tiene propiedades psicométricas de consistencia interna con un alfa de Cronbach 0.96.
- **Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS)** versión mexicana (De la Rubia, 2011) (Anexo 8). Posee un formato de 20 adjetivos (10 de afecto positivo y 10 de afecto negativo). Sus instrucciones toman dos modalidades: estado (en la última semana incluyendo hoy) o de rasgo (usualmente), aunque se pueden modificar los marcos temporales de referencia (último mes, 8

semanas, etc.). Los reactivos se califican desde Nada = 1; Un poco = 2; Bastante = 3; Mucho = 4; y Muchísimo = 5. En ambas modalidades (estado y rasgo), las correlaciones entre los ítems tienen una estructura subyacente de dos factores, los cuales presentan características de consistencia interna alta (con valores de alfa de Cronbach mayores de 0.80) y estabilidad para la instrucción de cómo te sientes en general (con valores de correlación test-retest en torno a 0.70).

- **Escala de Atención Plena (MAAS)** versión mexicana (López-Maya et al., 2015) (Anexo 9). Esta escala mide la frecuencia con la que las personas han experimentado estados de mindfulness durante la vida diaria. Es un cuestionario de 15 ítems tipo Likert con opciones de respuesta que van desde Casi siempre = 1; Con mucha frecuencia = 2; Con cierta frecuencia = 3; Con poca frecuencia = 4; Con muy poca frecuencia = 5; y Casi nunca = 6. Las puntuaciones totales se obtienen por promediando las puntuaciones de los ítems individuales. Puntuaciones más altas indican un mayor nivel de atención. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.89 demostrando un buen nivel de confiabilidad.
- **Escala de Compasión (ECOM)** para población mexicana (Tello y Moreno-Coutiño, 2019) (Anexo 10). Esta escala mide los factores cognitivo, afectivo y motivacional, relacionados con el deseo de aliviar el sufrimiento, reacción afectiva ante el sufrimiento y Compasión hacia los animales, así como la compasión total. Consta de 17 reactivos tipo Likert, los cuales se califican desde Nunca; Casi nunca; Rara vez; A veces; Con frecuencia; Casi siempre; y Siempre. Tiene una consistencia interna de 0.90 según su alfa de Cronbach.
- Autorregistros de Ansiedad y Calma antes y después de cada sesión. (Rodríguez y Moreno-Coutiño, 2019) (Anexo 5).

Tratamiento

El tratamiento utilizado se basó en el Programa de intervención en Salud: Atención Plena y Compasión de Sánchez-Paquini y Moreno-Coutiño (2017). La versión original consta de 9 módulos, pero por términos prácticos por el tiempo de gestación de las participantes se redujo el número a 8 sesiones semanales, resumiendo la sesión

faltante dentro del componente psicoeducativo. Este tratamiento consta de cuatro componentes generales:

- Componente de Psicoeducación: en este se abordan temas sobre las emociones y desregulación emocional y se explica sobre el Modelo de Atención Plena Compasiva en la ansiedad. Este componente se impartió en las ocho sesiones, las cuales tuvieron una duración de 45 minutos en promedio, de forma individual, en el espacio de usos múltiples, en el área de Gineco-obstetricia del hospital de segundo nivel.
- Componentes de meditación: práctica y enseñanza de la meditación formal e informal en la Atención Plena y en la Compasión. Estos componentes se aplicaron en las ocho sesiones, con un tiempo aproximado de veinte minutos, en modalidad individual, en el espacio de usos múltiples, en el área de Gineco-obstetricia del hospital de segundo nivel.
- Componentes de Atención Plena Compasiva: Conceptos como piloto automático, apego y aversión, entendimiento de la causalidad, impermanencia, interdependencia y vacío, comprensión de la realidad del sufrimiento, el amor bondadoso, la motivación, comunicación atenta, la aspiración, viviendo con atención plena y compasión. Cada componente se distribuyó en las 8 sesiones, teniendo su parte teórica y complementando con la meditación.
- Medición: autorregistro de ansiedad pre y post-sesión. Las mediciones se realizaron en las 8 sesiones, con una duración de 10 minutos antes y después de impartir los componentes anteriores. Se realizaron de forma individual en el espacio de usos múltiples, en el área del Hospital de segundo nivel de la Ciudad de México.

Postratamiento y seguimiento

En la etapa de postratamiento se realizó una segunda evaluación de los instrumentos psicométricos, así como de los autorregistros a los tres meses de haber concluido la intervención, en los cuales se realizó una tercera evaluación con los instrumentos antes mencionados y una entrevista de seguimiento (Anexo 11).

Resultados

Debido al tamaño tan reducido de la muestra en este estudio piloto, se realizó una evaluación intrasujetos, en la cual se comparan los resultados de los instrumentos aplicados antes, durante y después de la intervención. De igual manera, para conocer la magnitud del efecto del tratamiento en cada una de las participantes, se calculó el cambio clínico objetivo (CCO) (Cardiel, 1994), el cual consiste en obtener la diferencia entre las puntuaciones en el posttest y pretest divididas entre estas últimas. Se asume que un cambio es clínicamente significativo cuando es mayor a 20%. Los cambios pueden indicar un deterioro o una mejoría clínica dependiendo del sentido de los datos dados por las variables (Flores y Sosa, 2013).

El principal hallazgo de este estudio fue el decremento significativo en las puntuaciones de las participantes en su nivel de ansiedad al finalizar el tratamiento, incluso, las tres participantes se reportaron sin ansiedad en el seguimiento a tres meses posteriores a la intervención (Tabla 2 y Figura 1).

Tabla 2

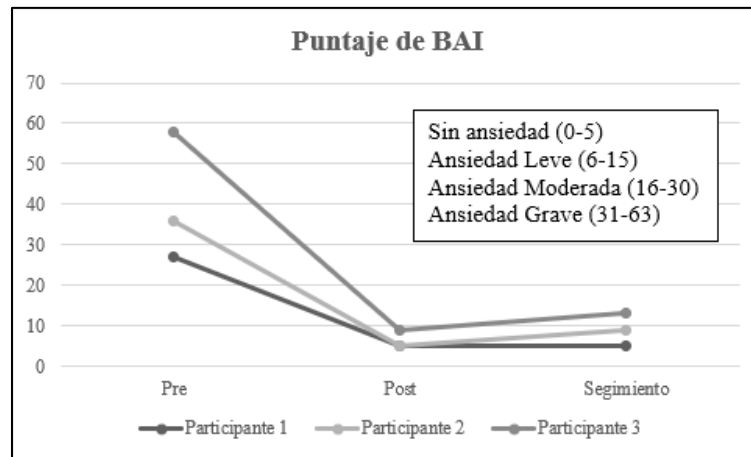
Puntajes de las tres participantes en el Inventario de Ansiedad de Beck.

	Participante 1	Participante 2	Participante 3
Pretest	27	9	22
Posttest	5	0	4
Seguimiento	5	4	4

Nota: Esta tabla muestra cómo las participantes alcanzan un menor puntaje en sus síntomas de ansiedad hasta su seguimiento.

Figura 1

Puntaje de ansiedad de las participantes en las tres fases del tratamiento



En el IMADIS, las participantes obtuvieron un cambio clínico altamente significativo en el posttest. La participante nº 1 en la segunda medición obtuvo un 78.78% que se mantuvo en el seguimiento (Figura 2); la participante nº 2 reportó un 87% y en el seguimiento bajó a 74% (Figura 3); y de igual manera la tercera participante (Figura 4), terminó el tratamiento con 85% y en el seguimiento disminuyó al 82% (Tabla 3).

Tabla 3

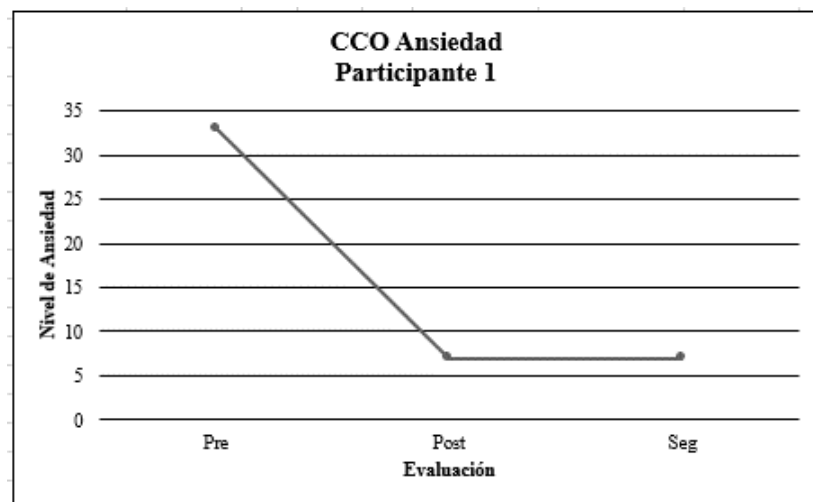
Cambio clínico objetivo de las participantes según las puntuaciones en el Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida.

Participante	Puntuación			CCO Post			CCO Seguimiento		
	Pre	Post	Seg	Post-Pre	Post-Pre/Pre	%	Seg-Pre	Seg-Pre/Pre	%
1	33	7	7	-26	-0.787878788	78.78%	-26	-0.7878788	78.78%
2	31	4	8	-27	-0.870967742	87%	-23	-0.7419355	74%
3	34	5	6	-29	-0.852941176	85%	-28	-0.8235294	82%

Nota: Esta tabla representa el cambio clínico objetivo de las tres participantes respecto a sus síntomas de ansiedad, siendo éste altamente significativo en sus porcentajes.

Figura 2

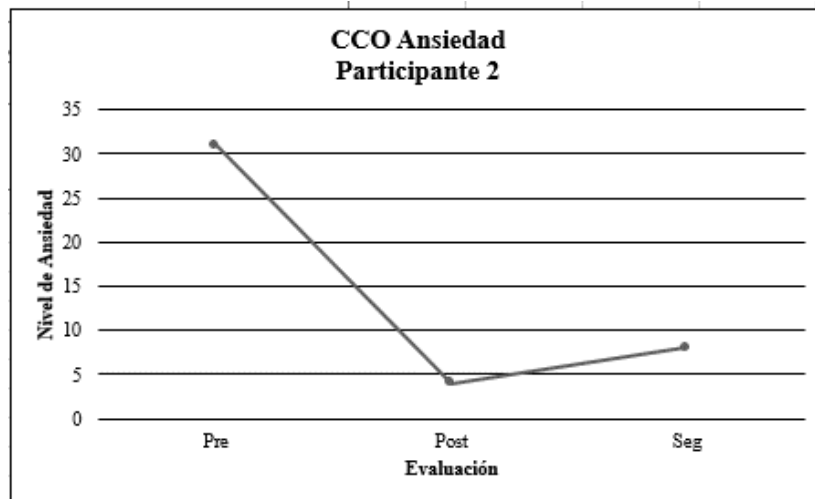
Cambio clínico objetivo (CCO) de la participante 1 en ansiedad basado en el IMADIS.



Nota: Esta figura nos muestra la evolución de la sintomatología ansiosa de la participante 1, manteniendo el nivel durante las fases de postratamiento y seguimiento.

Figura 3

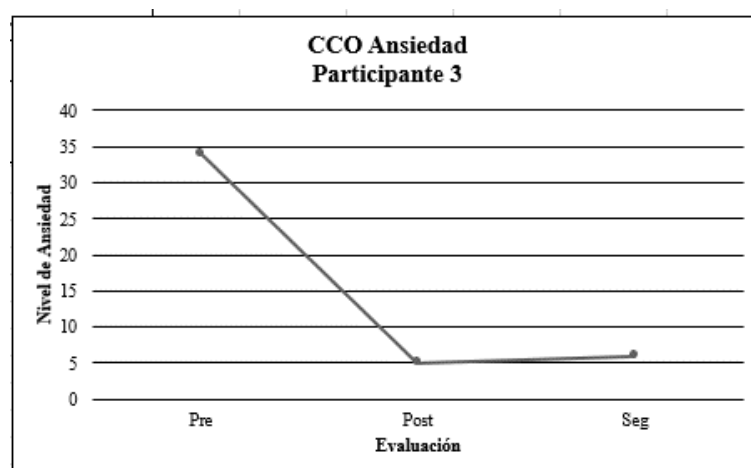
Cambio clínico objetivo (CCO) de la participante 2 en ansiedad basado en el IMADIS.



Nota: Esta figura representa el cambio clínico objetivo de la sintomatología ansiosa de la participante 2, tomando como resultado un ligero repunte en la fase de seguimiento.

Figura 4

Cambio clínico objetivo (CCO) de la participante 3 en ansiedad basado en el IMADIS.



Nota: Esta figura muestra el cambio clínico objetivo que tuvo la participante 3, teniendo como resultado un ligero despunte de la sintomatología ansiosa en el seguimiento.

En el Afecto Positivo (AP), la evaluación pre al post se registró un incremento en las tres participantes. Entre las mediciones de postratamiento y seguimiento, se registró un cambio moderado en las participantes, en las primeras dos hubo una disminución, de 40.62% a 31% y de 62.96% a 59% respectivamente. La tercera participante, de forma contraria, aumentó su AP de un 48% a 51.72% (Tabla 4).

Tabla 4

CCO de las tres participantes en su nivel de Afecto Positivo

Participante	Puntuación AP			CCO Post			CCO Seguimiento		
	Pre	Post	Seg	Post-Pre	Post-Pre/Pre	%	Seg-Pre	Seg-Pre/Pre	%
1	32	45	42	13	0.40625	40.62%	10	0.3125	31%
2	27	44	43	17	0.62962963	62.96%	16	0.5925926	59%
3	29	43	44	14	0.48275862	48%	15	0.5172414	51.72%

Nota: Esta tabla muestra el cambio clínico objetivo de las participantes, el cual resulta ser significativo de acuerdo con sus porcentajes.

En cuanto al Afecto Negativo (AN) de la evaluación pre al post se registró un decremento en las tres participantes. En la evaluación de seguimiento, en la segunda participante disminuyó el porcentaje, pasando de moderado a leve con un porcentaje de 33% a 26.66% del postratamiento al seguimiento; de igual manera la sintomatología de la tercera participante disminuyó levemente de 62% a 58.62%;

mientras que la primera participante se incrementó del 30% a 47.82% (leve a moderado) (Tabla 5).

Tabla 5

CCO de las tres participantes en su nivel de Afecto Negativo

Participante	Puntuación			CCO Post			CCO Seguimiento		
	Pre	Post	Seg	Post-Pre	Post-Pre/Pre	%	Seg-Pre	Seg-Pre/Pre	%
1	23	16	12	-7	-0.30434783	30%	-11	-0.4782609	47.82%
2	15	10	11	-5	-0.33333333	33%	-4	-0.2666667	26.66%
3	29	11	12	-18	-0.62068966	62%	-17	-0.5862069	58.62%

Nota: Esta tabla representa el cambio clínico objetivo de las tres participantes con respecto a su afecto negativo el cual disminuyó, a excepción de la primera participante en la fase de seguimiento.

En la Escala de Atención Plena (MAAS) la evaluación pre al post se registró un incremento de Atención Plena en las tres participantes, mostrando un cambio clínico significativo moderado. En el postratamiento y el seguimiento este cambio se mantuvo en la segunda participante, mientras que en las participantes 1 y 3 descendió ligeramente (Tabla 6).

Tabla 6*CCO de las participantes en la Escala de Atención Plena*

Participante	Puntuación				CCO Post		CCO Seguimiento		
	Pre	Post	Seg	Post-Pre	Post-Pre/Pre	%	Seg-Pre	Seg-Pre/Pre	%
1	60	79	77	19	0.316666667	31.66%	17	0.283333333	28%
2	66	82	82	16	0.242424242	24%	16	0.242424242	24%
3	63	81	80	18	0.285714286	28.57%	17	0.26984127	26.98%

Nota: Esta tabla muestra el cambio clínico objetivo de las tres participantes respecto a su nivel de atención plena, teniendo como resultado una ligera disminución en dos participantes en la fase de seguimiento.

La Escala de Compasión (ECOM) dio como resultado en las tres participantes un incremento en la evaluación pre al post tratamiento. En cuanto al seguimiento se encontró un cambio significativo leve, con un bajo descenso, ya que la participante 1 obtuvo 27% de cambio para la post intervención y 24% para el seguimiento a 3 meses; la segunda participante 30% y posteriormente 28.57%; y la tercera participante 36% y 33% respectivamente (Tabla 7).

Tabla 7*CCO de las participantes en su nivel de Compasión.*

Participante	Puntuación				CCO Post		CCO Seguimiento		
	Pre	Post	Seg	Post-Pre	Post-Pre/Pre	%	Seg-Pre	Seg-Pre/Pre	%
1	66	84	82	18	0.272727273	27%	16	0.242424242	24%
2	70	91	90	21	0.3	30%	20	0.285714286	28.57%
3	66	90	88	24	0.363636364	36%	22	0.333333333	33%

Nota: Esta tabla representa el cambio clínico objetivo de las tres participantes, el cual disminuyó ligeramente en la fase de seguimiento sin dejar de ser significativo.

En los autorregistros diarios de sintomatología ansiosa que se entregaron desde la sesión de pretratamiento, se registró una disminución gradual en cada una de las participantes. Ellas fueron puntuando su nivel de ansiedad en una escala del 1 al 10. La participante 1 tuvo un ligero repunte en su reporte de ansiedad para la semana del módulo 5, bajando para el siguiente módulo (Tabla 8 y Figura 5).

Tabla 8

Promedio de los puntajes de nivel de sintomatología ansiosa reportado por las participantes entre cada sesión.

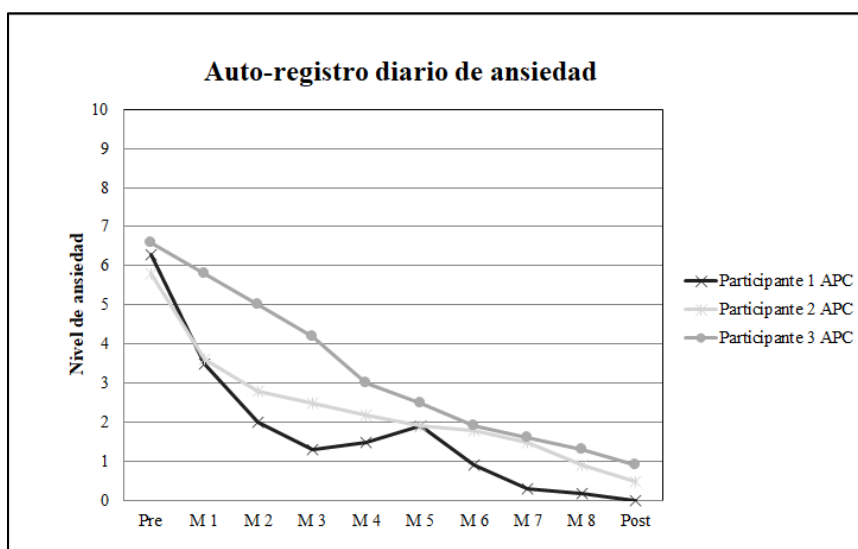
Sesión	Participante 1	Participante 2	Participante 3
Pretratamiento	6.3	5.8	6.6
Módulo 1	3.5	3.6	5.8
Módulo 2	2	2.8	5
Módulo 3	1.3	2.5	4.2
Módulo 4	1.5	2.2	3
Módulo 5	1.9	1.9	2.5
Módulo 6	0.9	1.8	1.9
Módulo 7	0.3	1.5	1.6
Módulo 8	0.2	0.9	1.3
Postratamiento	0	0.5	0.9

Nota: Esta tabla muestra las puntuaciones promedio de las tres participantes sobre su sintomatología ansiosa reportada durante los módulos, teniendo un ligero repunte

a la mitad de la intervención por parte de la primera participante, llegando a un puntaje bajo en la fase de postratamiento.

Figura 5

Promedio de los puntajes de los autorregistros de sintomatología ansiosa de las tres participantes.

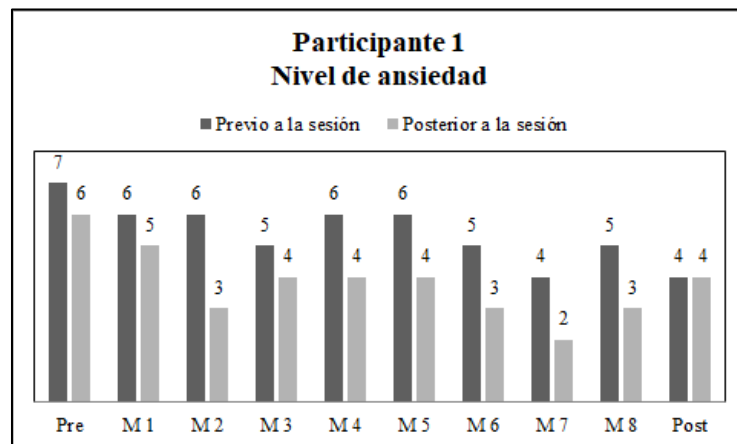


Nota: En esta figura se representa el promedio de puntajes en el auto-registro de ansiedad de las tres participantes que cursaron la intervención basada en atención plena compasiva, teniendo como resultado una disminución en sintomatología ansiosa durante los módulos. De igual forma se observa el ligero repunte de la participante 1 en la puntuación a la mitad de la intervención.

En cuanto al registro realizado pre y post-sesión, de igual manera se observó que los niveles de sintomatología ansiosa bajaron durante cada sesión, a excepción de las sesiones pre y postratamiento, en las cuales no se reportó un cambio, siendo la primera en niveles altos y la última en niveles bajos de ansiedad (Figuras 6 - 8).

Figura 6

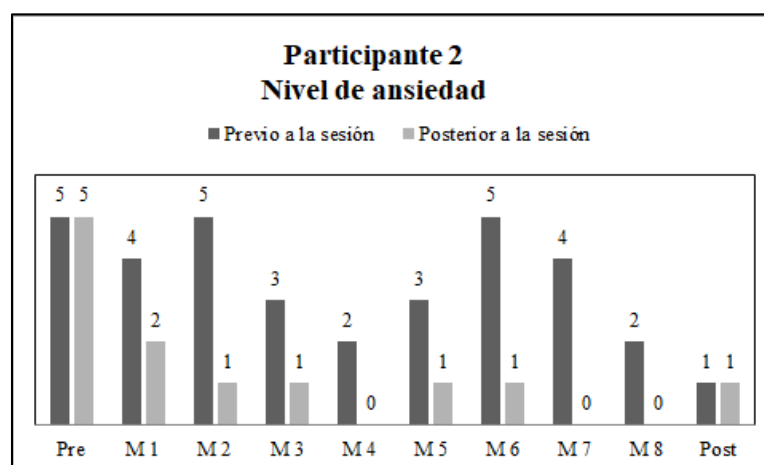
Niveles de sintomatología ansiosa de la participante 1 antes y después de cada sesión.



Nota: Esta figura nos muestra los niveles de ansiedad de la participante 1 antes y después de cada módulo de la intervención, teniendo como resultado una disminución excepto en el postratamiento, en el cual se mantuvo.

Figura 7

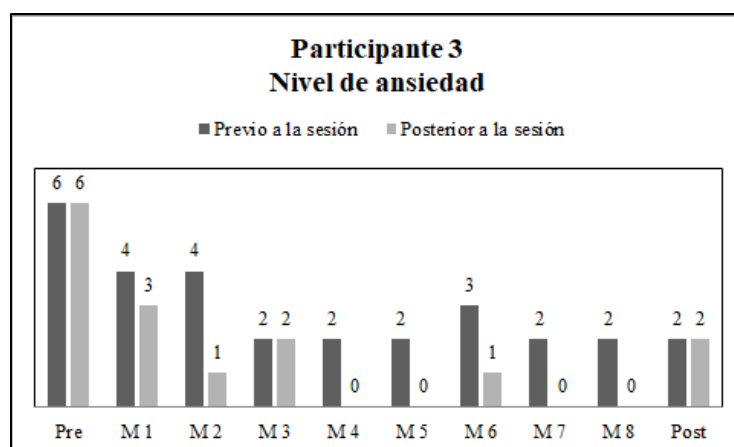
Niveles de sintomatología ansiosa de la participante 2 antes y después de cada sesión.



Nota: Esta figura representa los niveles de ansiedad de la participante 2 antes y después de cada módulo de la intervención, teniendo como resultado una disminución evidente, excepto en el pretratamiento y el postratamiento, en los cuales se mantuvo la puntuación.

Figura 8

Niveles de sintomatología ansiosa de la participante 3 antes y después de cada sesión.



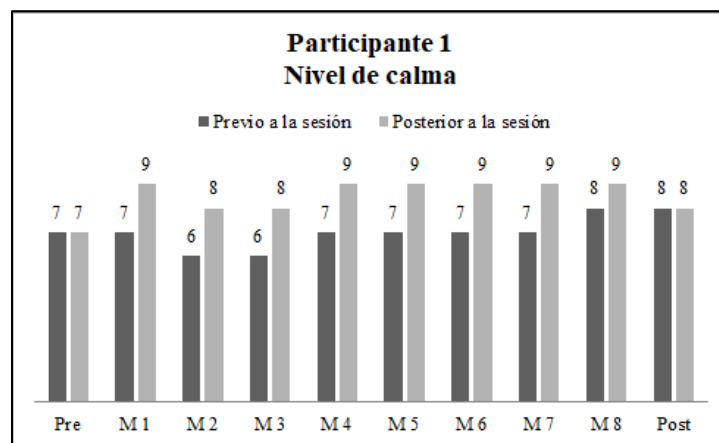
Nota: Esta figura nos muestra los niveles de ansiedad de la participante 3 antes y después de cada módulo de la intervención, teniendo como resultado una disminución excepto en el pretratamiento, el postratamiento, y la tercera sesión, en las cuales la puntuación se mantuvo.

Los niveles de calma pre y post-sesión, tuvieron efectos similares. En la participante 1 el nivel de calma se mantuvo tanto en el pretratamiento y en el postratamiento y en los módulos de intervención, se tuvo un nivel en ascenso (Figura 9). La participante 2 de igual forma, tuvo un cambio ascendente en sus puntuaciones, incluso llegando al nivel máximo de calma después de algunos módulos y sólo

manteniéndose en el postratamiento (Figura 10). Y finalmente, la participante 3 reportó en general niveles altos de calma antes y después de los módulos, excepto en el pretratamiento y se mantuvo en la sesión de postratamiento como las participantes anteriores (Figura 11).

Figura 9

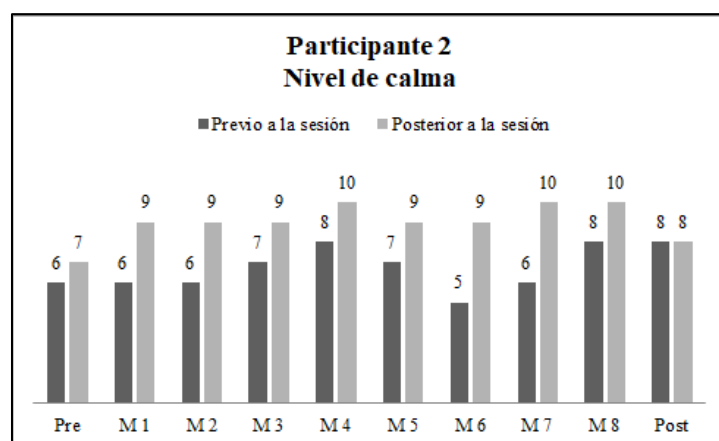
Niveles de calma de la participante 1 antes y después de las sesiones.



Nota: En esta figura se muestran los niveles de calma de la participante 1 durante los módulos, dando como resultado un aumento, excepto en el pre y el postratamiento.

Figura 10

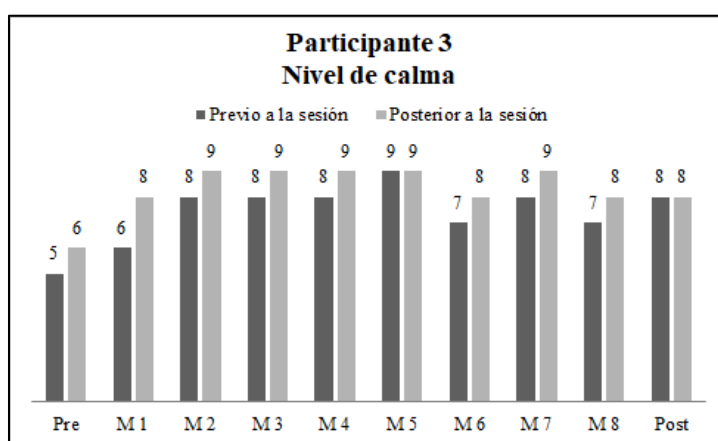
Niveles de calma de la participante 2 antes y después de las sesiones.



Nota: En esta figura se representa el nivel de calma que tuvo la participante 2 durante los módulos y tiene como resultado un aumento en sus niveles de calma, excepto en el postratamiento, en el cual se mantuvo la puntuación.

Figura 11

Niveles de calma de la participante 3 antes y después de las sesiones.



Nota: Esta figura muestra el nivel de calma que obtuvo la participante 3 durante los módulos de la intervención, dando como resultado niveles altos y que aumentaban, a excepción del módulo 5 y el postratamiento, en los cuales la puntuación se mantuvo.

Discusión y conclusiones

El principal hallazgo de este estudio fue la disminución de la sintomatología ansiosa en el BAI al igual que en el IMADIS en sus reactivos sobre ansiedad. Las participantes obtuvieron un cambio clínico positivo altamente significativo en el postratamiento. Esto concuerda con lo reportado por Guardino et al. (2014) y Van den Bergh (2016) quienes concluyen en sus investigaciones que una intervención de Atención Plena para mujeres embarazadas que sufren ansiedad puede ser una alternativa deseable o bien un complemento de otras intervenciones.

Dunn et al. (2012) y Montoya y Basilio (2013) establecen que la frecuencia en ansiedad aumenta conforme a la necesidad de información del periodo gestante; por lo cual, es muy probable que las sesiones de psicoeducación durante el tratamiento resultaran una herramienta sumamente importante para entender mejor sobre su condición, así como la aplicación de nuevos conceptos, prácticas y meditaciones que les brinda la Atención Plena Compasiva.

De igual manera, en el seguimiento se pudo observar estabilidad y continuidad en las mejoras alcanzadas que se reflejaron en los puntajes de las participantes en cuanto a sus niveles de ansiedad, ya que, aunque pudieron elevarse en puntajes crudos de forma leve, aun así, se encontraron en los niveles bajos, indicando una ausencia de patología y, por lo tanto, consecuencias favorables para su proceso de gestación y nacimiento. Esto concuerda con lo reportado por Rodríguez et al. (2010).

En cuanto al afecto positivo y negativo se encontraron cambios moderados, lo cual indica que se tuvo un cambio significativo tras la intervención, pero en la evaluación de seguimiento, estos afectos perdieron estabilidad. Esto concuerda con lo concluido en la investigación de Domaradzka (2019), quien sugiere que, aunque los factores generales de afecto negativo y positivo pueden ser comunes tanto a la ansiedad como a la depresión, los estados emocionales específicos subyacentes son diferentes. Y proponen que el estudiar el contenido del afecto en los tipos de ansiedad y depresión es útil para diferenciarlos. Al igual que Bos et al. (2013), consideran que los afectos positivos han sido un área de investigación descuidada, y su papel protector contra los síntomas depresivos puede identificarse y fortalecerse mediante el uso de instrumentos que midan aspectos emocionales relacionados con los mismos.

El registro de este cambio significativo durante el tratamiento nos da la pauta para que podamos enfocarnos de manera precisa en los afectos durante la intervención. De acuerdo con Farooq y et al. (2018) es necesario que las mujeres embarazadas utilicen algún tipo de habilidad para manejar su angustia y los cambios que se puedan presentar en ambos tipos de afectos.

El cambio significativo moderado registrado mediante la Escala de Atención Plena (MAAS) puede deberse a que, mediante la intervención, las participantes adquirieron

un entendimiento más profundo de su situación personal, así como herramientas para poder afrontar emociones negativas. Esto se relaciona con el cambio significativo en su sintomatología de ansiedad y su interés en las prácticas de Atención Plena después del tratamiento, coincidiendo con Duncan y Bardacke (2010).

Por su lado Vieten y Astin (2008) y Zemestani y Nikoo (2019), reportaron en su investigación un impacto grande y significativo en la reducción de los síntomas de depresión y ansiedad antes y después del tratamiento que continuaron durante el seguimiento. Los resultados los atribuyen al hecho de que es probable que las mujeres que aprenden la atención plena durante el embarazo usen las nuevas habilidades adquiridas para manejar los aspectos estresantes de la etapa de gestación, lo que resulta en una mejor regulación de las emociones. Esto podría indicar que las participantes pudieron adaptar las prácticas de la Atención Plena en su vida dándoles una mayor utilidad, concordando con lo reportado por Luberto et al. (2018), resaltando que es importante analizar qué factores se relacionan al apego de estas prácticas para que pueda tener mayor impacto en seguimientos posteriores.

De igual forma, el ligero pero significativo cambio registrado en las participantes mediante la Escala de Compasión (ECOM), indica que la compasión va de la mano junto con la Atención Plena, ya que, si se adquiere esta habilidad, una actitud compasiva es clave. Siguiendo la línea de Kumar (2002), en el conocimiento de nuestras limitaciones, una actitud compasiva y de aceptación hacia nosotros mismos forma la base de la Atención Plena. Por esto resulta importante dar énfasis al concepto de Compasión en estas intervenciones.

En cuanto a los autorregistros, se encontró que las participantes percibieron cambios significativos en la sintomatología ansiosa y su reporte de sensación de calma durante las sesiones, desde el inicio hasta el final de la intervención, dando como resultado una mayor sensación de calma, que de ansiedad. Esto concuerda con las opiniones de las participantes en el estudio de Goodman et al. (2014), las cuales reportaron que habían aprendido habilidades específicas que les ayudaron a aumentar la Atención Plena, la aceptación, la bondad personal y a disminuir la reactividad.

Estos resultados son alentadores, ya que a pesar de qué se trata de un estudio piloto con una muestra muy pequeña, los hallazgos fueron favorables. La accesibilidad de este tipo de estudios en escenarios hospitalarios quedó comprobada, ya que no se encontró ningún obstáculo importante para llevar a cabo la intervención. Este tratamiento psicológico no requiere de infraestructura especial y se puede sumar fácilmente a los procedimientos médicos que se encuentren cursando las participantes.

Se recomienda para estudios futuros aumentar el número de participantes de la muestra, así como contrastar la intervención con un grupo control. Otra forma que debe ser evaluada es la implementación de las intervenciones de manera grupal, enriqueciendo así el aprendizaje sobre este tipo de intervenciones y sus prácticas con mujeres en diferentes etapas del embarazo para poder comparar diferentes variables en este tipo de pacientes tales como: el número de gestación de la mujer, historial previo de embarazo, comorbilidades, problemas para concebir el embarazo, situación socioeconómica, apoyo socioemocional, participación de la pareja, entre otros.

Este estudio permitió constatar la efectividad y factibilidad de la intervención basada en APC en mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa, sentando las bases para futuras investigaciones que busquen conocer la eficacia de este tipo de tratamientos, lo cual resulta muy importante debido a la magnitud del problema de salud que se reporta en nuestro país en esta población. Además, se debe considerar el impacto de la regulación emocional de la madre sobre la salud física y emocional del bebé, ya que las alteraciones conductuales durante el embarazo pueden afectar la relación madre e hijo, así como el comportamiento del bebé en las distintas etapas de crecimiento. De igual forma es importante indagar en las estrategias de afrontamiento que se utilizan con más frecuencia y contrarrestarlas con este tipo de tratamientos que les permitan a las madres un manejo adecuado de los afectos positivos y negativos, así como la sintomatología ansiosa que puedan presentar. Estas intervenciones especializadas para mujeres embarazadas pueden ser una alternativa terapéutica y sumarse a otros tratamientos que estén recibiendo las pacientes.

Debido a que entre las características de este tratamiento están el no ser invasivo y no requerir de infraestructura para su implementación, se puede implementar de manera adecuada en ambientes hospitalarios e incluso en modalidad a distancia en línea, considerando así las variables de cada ambiente y grupo clínico específico. Estas cualidades resultan de particular importancia en países como el nuestro, donde los recursos del sector salud son reducidos, y se puede permitir que se desarrollen protocolos de intervención en hospitales públicos con bajo presupuesto y se facilite dar seguimiento a largo plazo a los pacientes para mantener las mejoras alcanzadas.

REFERENCIAS

- 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)
- Alder, J., Urech, C., Fink, N., Bitzer, J., & Hoesli, I. (2011). Response to induced relaxation during pregnancy: comparison of women with high versus low levels of anxiety. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 18(1), 13-21. <https://doi.org/10.1007/s10880-010-9218-z>
- Alonso G., José I., Alonso G. Angel, Aspizua A. Maria A., Irabien José F., Bereziartua A. Minguéz O. Gotzan M. (2002). La Afectividad. *Psicología*, Edit. Mc Graw Hill, México. https://portalacademico.cch.unam.mx/repositorio-de-sitios/experimentales/psicologia1/Ps1/MD3/MD3-L/LECTURA_AFECTIVIDAD.pdf
- Arch, J. J. (2014). Cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for anxiety: treatment preferences and credibility among pregnant and non-pregnant women. *Behaviour Research and Therapy*, 52, 53-60. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.11.003>
- 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. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=52261>
- Badaoui, A., Abou Kassm, S., & Naja, W. (2019). Fear and Anxiety Disorders Related to Childbirth: Epidemiological and Therapeutic Issues. *Current psychiatry reports*, 21(4), 27. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1010-7>
- Bos, S. C., Macedo, A., Marques, M., Pereira, A. T., Maia, B. R., Soares, M. J., Valente, J., Gomes, A. A., & Azevedo, M. H. (2013). Is positive affect in pregnancy protective of postpartum depression? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(1), 5-12. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2011.11.002>
- Cardiel, R. M. (1994). La medición de la Calidad de Vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle & H. García-Romero (Eds.), *Epidemiología Clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana McGraw Hill.
- Coon, D., & Mitterer, J. O., (2010). *Introducción a la Psicología: el acceso a la mente y la conducta*. Ed. CENGAGE Learning México. https://portalacademico.cch.unam.mx/repositorio-de-sitios/experimentales/psicologia1/Ps1/MD3/MD3-L/LECTURA_AFECTIVIDAD.pdf
- Cosacov, E. (2010). *Introducción a la Psicología*. Argentina: Ed. Brujas. https://portalacademico.cch.unam.mx/repositorio-de-sitios/experimentales/psicologia1/Ps1/MD3/MD3-L/LECTURA_AFECTIVIDAD.pdf

- Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G., & Kuyken, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological medicine*, 47(6), 990-999. DOI:10.1017/S0033291716003317
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198-208. <https://doi.org/10.1037/a0022062>
- De la Rubia, J. M. (2011). La escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en parejas casadas mexicanas. *CIENCIA ergo-sum*, 18(2), 117-125. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5035129>
- Dhillon, A., Sparkes, E., & Duarte, R. V. (2017). Mindfulness-based interventions during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 8(6), 1421-1437. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0726-x>
- Díaz, M., Amato, R., Chávez, J. G., Ramírez, M., Rangel, S., Rivera, L., & López, J. (2013). Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus*, 17(2), 32-40. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382013000200006
- Domaradzka, E. (2019). Types of anxiety and depression: toward overlapping and distinctive features in affective and attentional functioning. *Polish Psychological Bulletin*, 50, 1 DOI:10.24425/ppb.2019.126012.
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9313-7>
- Dunn, C., Hanieh, E., Roberts, R., & Powrie, R. (2012). Mindful pregnancy and childbirth: effects of a mindfulness-based intervention on women's psychological distress and well-being in the perinatal period. *Archives of women's mental health*, 15(2), 139-143. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0264-4>
- Farooq, K., Aqeel, M., Peters, S., & Akhtar, T. (2018). Moderating Role of Pregnancy Between Coping Strategies and Positive and Negative Affect. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 33(2), 435-451. https://www.researchgate.net/profile/Muhammad-Aqeel-2/publication/329877631_Moderating_role_of_pregnancy_between_coping_strategies_and_positive_and_negative_affect/links/5ea13c0aa6fdcc88fc362970/Moderating-role-of-pregnancy-between-coping-strategies-and-positive-and-negative-affect.pdf
- Flores, R. G., & Sosa, J. J. S. (2013). Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, 23(2), 183-193. <https://doi.org/10.25009/pys.v23i2.500>
- Frías, L. (2019). Más de 264 millones padecen ansiedad a nivel mundial. *Gaceta UNAM*, 5, 1-2. <http://www.gaceta.unam.mx/mas-de-264-millones-padecen-ansiedad-a-nivel-mundial/>

- Frostadottir, A. D., & Dorjee, D. (2019). Effects of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and compassion focused therapy (CFT) on symptom change, mindfulness, self-compassion, and rumination in clients with depression, anxiety, and stress. *Frontiers in Psychology*, 10, 1099. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01099>
- Gil-Juárez, A. (2008). *Aproximación a una teoría de la afectividad*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- 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. In *Fetal Development*. 213-227. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-22023-9_12
- 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. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0402-7>
- Gorrita Pérez, R. R., Bárcenas Belló, Y., Gorrita Pérez, Y., & Brito Herrera, B. (2014). Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. *Revista cubana de pediatría*, 86(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312014000200006&script=sci_arttext&lng=pt
- Graser, J., & Stangier, U. (2018). Compassion and loving-kindness meditation: an overview and prospects for the application in clinical samples. *Harvard Review of Psychiatry*, 26(4), 201-215. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000192
- 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. <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.852670>
- Gyatso, T. (S.S. el XIV Dalai Lama). (1998). *El mundo del budismo Tibetano. Visión general de su filosofía y su práctica*. Barcelona: Liberduplex.
- Hayes, B. A., Muller, R., Bradley, B.S. (2001). Perinatal depression: a randomized controlled trial of an antenatal education intervention for primiparous. *Birth*, (28), 28-35. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00028.x>
- Hickey, T., Nelson, B., & Meadows, G. (2017). Application of a mindfulness and compassion-based approach to the at-risk mental state. *Clinical psychologist*, 21(2), 104-115. <https://doi.org/10.1111/cp.12132>
- 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), 169-183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>

- Hofmann, S. G., Grossman, P., & Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical psychology review*, 31(7), 1126-1132. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.003>
- INMUJERES. (2018). Las Madres en Cifras. <https://www.gob.mx/inmujeres/articulos/las-madres-en-cifras>
- Jurado, C. S. Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida (IMADIS). (2017). México: Facultad de Psicología UNAM.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living. Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Reino Unido: *Delta*.
- Ken-Lim, M. D., Brain, U., & Oberlander, T. F. (2014). The impact of maternal positive and negative affect on fetal physiology and diurnal patterns. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 51(2), 109-117. <https://www.proquest.com/docview/1777659215?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
- Keng, S. L., & Tong, E. M. (2016). Riding the tide of emotions with mindfulness: Mindfulness, affect dynamics, and the mediating role of coping. *Emotion*, 16(5), 706-718. <https://doi.org/10.1037/emo0000165>
- Kumar, S. M. (2002). An introduction to Buddhism for the cognitive-behavioral therapist. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), 40-43. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80038-4](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80038-4)
- Leonetti, L., & Martins, M. (2007). Ansiedad maternal en el período prenatal y postnatal: revisión de la literatura. *Rev Latino-Americana Enfermagem*, 15(4), 677-683. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000400024>
- Lever-Taylor, B., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2016). The effectiveness of mindfulness-based interventions in the perinatal period: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 11(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155720>
- López-Maya, E., del Rocío Hernández-Pozo, M., Méndez-Segundo, L., Gutiérrez-García, J. J., Araujo-Díaz, D., Nuñez-Gazcón, A., ... & Hölzel, B. (2015). Propiedades psicométricas de la versión mexicana de la escala de atención plena (MAAS). *Psychologia*, 9(1), 13-27. <https://www.proquest.com/docview/1793555250?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
- Loughnan, S. A., Sie, A., Hobbs, M. J., Joubert, A. E., Smith, J., Haskelberg, H., ... & Austin, M. P. (2019). A randomized controlled trial of 'MUMentum Pregnancy': Internet-delivered cognitive behavioral therapy program for antenatal anxiety and depression. *Journal of affective disorders*, 243, 381-390. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.057>

- Luberto, C. M., Park, E. R., & Goodman, J. H. (2018). Postpartum outcomes and formal mindfulness practice in mindfulness-based cognitive therapy for perinatal women. *Mindfulness*, 9(3), 850-859. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0825-8>
- Maguire, P. N., Clark, G. I., & Wootton, B. M. (2018). The efficacy of cognitive behavior therapy for the treatment of perinatal anxiety symptoms: A preliminary meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 60, 26-34. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.10.002>
- Maldonado-Durán, M., & Lartigue, T. (2008). Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(2), 100-110. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=21182>
- Medina-Mora, M., Borges, G., Benjet, C., Lara, C., & Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry*, 190(6), 521-528. DOI:10.1192/bjp.bp.106.025841
- Montoya Pérez, E., & Basilio Encarnación, E. (2013). Detección de Ansiedad en las pacientes primigestas programadas para Cesárea en el Hospital Materno Infantil del 01 de abril al 31 de mayo de 2013. Universidad Autónoma del Estado de México. <https://core.ac.uk/download/pdf/55518911.pdf>
- Moral, J. (2011). La escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en parejas casadas mexicanas. *Ciencia ergo sum*, 18(2), 117-125. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5035129>
- Moreno-Coutiño, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(01), 1-18. <https://doi.org/10.33670/18181023.v12i01.66>
- Nereu-Bjorn, M., Neves de Jesus, S., & Casado Morales, M. (2013). Estrategias de relajación durante el período de gestación: beneficios para la salud. *Clínica y Salud*, 24(2), 77-83. <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v24n2/original3.pdf>
- Nillni, Y. I., Mehralizade, A., Mayer, L., & Milanovic, S. (2018). Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period: A systematic review. *Clinical psychology review*, 66, 136-148. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.004>
- Ontiveros-Pérez, M., & López-España, J. T. (2010). Adaptación psicosocial y niveles de ansiedad en embarazadas primigestas de bajo riesgo obstétrico. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 27(2), 92-98. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=29792>
- Osorio, H. D. L., González, I. C. V., & Trujillo, L. E. T. (2018). Afectividad y Apoyo Social Percibido en Mujeres Gestantes: un Análisis Comparativo. *Revista Colombiana de Psicología*, 27(2), 85-101. <https://doi.org/10.15446/rcp.v27n2.65584>

- Pan, W. L., Gau, M. L., Lee, T. Y., Jou, H. J., Liu, C. Y., & Wen, T. K. (2019). Mindfulness-based programme on the psychological health of pregnant women. *Women and Birth*, 32(1), e102-e109. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.018>
- Robles, R., Varela, R., Jurado, C. S., & Páez, F. (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Rev Mex Psicol*; 2, 211-218.
- Rodríguez, D. L. C. G., Patricia, P. S., & Armando, S. (2010). Ansiedad durante el embarazo. *Desarrollo Científico Enfermero*, 18, 289-292.
- Rondung, E., Ternström, E., Hildingsson, I., Haines H. M., Sundin, Ö., Ekdahl J, et al. (2018). Comparing internet-based cognitive behavioral therapy with standard care for women with fear of birth: randomized controlled trial. *JMIR Ment Health*. 5(3): e10420. DOI: 10.2196/10420
- Sánchez-Paquini, & 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. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2527>
- Sánchez, H., Urizar Jr, G. G., & Yim, I. S. (2019). The influence of mindfulness and social support on stress reactivity during pregnancy. *Stress and Health*, 35(3), 330-340. <https://doi.org/10.1002/smi.2865>
- Sánchez-Román, S., Velasco-Furlong, L., Rodríguez-Carvajal, R., & Baranda-Sepúlveda, J. (2006). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Revista de investigación clínica*, 58(6), 540-546. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=19064>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to relapse prevention. *Nueva York: Guilford Press*.
[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=QHRVDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Segal,+Z.+V.,+Williams,+J.+M.+G.,+%26+Teasdale,+J.+D.+\(2002\).+Mindfulness-based+cognitive+therapy+for+depression:+A+new+approach+to+relapse+prevention.+Nueva+York:+Guilford+Press.&ots=EVEi6BTtj5&sig=MbFLsTIBhhyCh-I_vycuQfHSVWk#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=QHRVDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Segal,+Z.+V.,+Williams,+J.+M.+G.,+%26+Teasdale,+J.+D.+(2002).+Mindfulness-based+cognitive+therapy+for+depression:+A+new+approach+to+relapse+prevention.+Nueva+York:+Guilford+Press.&ots=EVEi6BTtj5&sig=MbFLsTIBhhyCh-I_vycuQfHSVWk#v=onepage&q&f=false)
- Schumer, M. C., Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2018). Brief mindfulness training for negative affectivity: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(7), 569-583. <https://doi.org/10.1037/ccp0000324>
- Shi, Z., & MacBeth, A. (2017). The effectiveness of mindfulness-based interventions on maternal perinatal mental health outcomes: a systematic review. *Mindfulness*, 8(4), 823-847. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0673-y>

- Stoll, K., Swift, E. M., Fairbrother, N., Nethery, E., & Janssen, P. (2018). A systematic review of nonpharmacological prenatal interventions for pregnancy-specific anxiety and fear of childbirth. *Birth*, 45(1), 7-18. <https://doi.org/10.1111/birt.12316>
- Tello, A. L., & Moreno-Coutiño, A. B. M. (2019). Escala de Compasión (ECOM) para población mexicana. *Psicología y Salud*, 29(1), 25-32. <https://doi.org/10.25009/pys.v29i1.2565>
- Van den Bergh, B. R. (2016). Maternal anxiety, mindfulness, and heart rate variability during pregnancy influence fetal and infant development. In *Fetal Development*. 267-292. Springer, Cham. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-22023-9_14
- Van den Heuvel, M. I., Johannes, M. A., Henrichs, J., & Van den Bergh, B. R. H. (2015). Maternal mindfulness during pregnancy and infant socio-emotional development and temperament: the mediating role of maternal anxiety. *Early human development*, 91(2), 103-108. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.12.003>
- Vieten, C., & Astin, J. (2008). Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Archives of women's mental health*, 11(1), 67-74. <https://doi.org/10.1007/s00737-008-0214-3>
- Zemestani, M., & Nikoo, Z. F. (2019). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for comorbid depression and anxiety in pregnancy: a randomized controlled trial. *Archives of Women's Mental Health*, 1-8.

Anexo 1

INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA DE BECK (BAI).

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una "X" según la intensidad de la molestia.

SÍNTOMA	Poco o nada	Mas o menos	Mode-rado	Grave
1. Entumecimiento, hormigueo				
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3. Debilitamiento de las piernas				
4. Dificultad para relajarse				
5. Miedo a que pase lo peor				
6. Sensación de mareo				
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados				
8. Inseguridad				
9. Terror				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Manos temblorosas				
13. Cuerpo tembloroso				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustada				
18. Indigestión, o malestar estomacal				
19. Debilidad				
20. Ruborizarse, sonrojamiento				
21. Sudoración (no debida a calor)				

Calificación: _____

Sin ansiedad 0-5 puntos con un percentil de 1-10%.

Ansiedad Leve 6-15 puntos con un percentil de 25-50%.

Ansiedad Moderada 16-30 puntos, con un percentil de 75-90%.

Ansiedad Grave 31-63 puntos, con un percentil de 95-99%.

Anexo 2

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, aun 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

Este documento se extiende por triplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador, así mismo es obligatorio integrar al expediente clínico una copia del mismo, anexando una nota donde se especifique que el sujeto de estudio está participando en el protocolo (señalando título y número de registro y nombre del investigador responsable). Queda entendido que la Dirección de Investigación, o los Comités podrán requerir este documento en cuanto lo consideren necesario. Este documento deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años.

Para preguntas o comentarios comunicarse con la Dra. María Elisa Vega Memije (01 55) 4000-3000 Ext 3217 Presidente del Comité de Investigación o con el Dr. Samuel Weingerz Mehl, Presidente del Comité de Ética en Investigación al (01 55) 4000-000 Ext-3032.

Anexo 3

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.

____(3) Divorciada.

____(2) Soltera.

____(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 PATOLÓGICOS

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	(1) SI (2) NO	(1) SI (2) NO	(1) SI (2) NO	(1) SI (2) NO	(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 psicoprofiláctico, 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?

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS APLICADAS:

PRETRATAMIENTO	(1) SI (2) NO	POSTRATAMIENTO	(1) SI (2) NO
ANSIEDAD		ANSIEDAD	
DEPRESIÓN		DEPRESIÓN	
ATENCIÓN PLENA		ATENCIÓN PLENA	
COMPASIÓN		COMPASIÓN	
AFECTO		AFECTO	

SEGUIMIENTO 3 MESES	(1) SI (2) NO
ANSIEDAD	
DEPRESIÓN	
ATENCIÓN PLENA	
COMPASIÓN	
AFECTO	

Anexo 4

Atención Plena Compasiva

Registro de niveles de ansiedad y calma durante las sesiones

Nombre _____ Folio _____

Número de Módulo	Nivel de ansiedad antes de la técnica (0-10)	Nivel de calma antes de la técnica (0-10)	Tipos de Técnicas de meditación aplicadas	Nivel de ansiedad después de la técnica (0-10)	Nivel de calma después de la técnica (0-10)	Comentarios sobre la práctica y posibles dificultades
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Anexo 5

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			Severa		Extrema	

Día: _____ Fecha: _____ Nivel de ansiedad

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poca		Moderada			Severa		Extrema	

Día: _____ Fecha: _____ Nivel de ansiedad

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poca		Moderada			Severa		Extrema	

Día: _____ Fecha: _____ Nivel de ansiedad

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poca		Moderada			Severa		Extrema	

Día: _____ Fecha: _____ Nivel de ansiedad

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poca		Moderada			Severa		Extrema	

Día: _____ Fecha: _____ Nivel de ansiedad

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poca		Moderada			Severa		Extrema	

Día: _____ Fecha: _____ Nivel de ansiedad

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poca		Moderada			Severa		Extrema	

Carnet de citas

Nombre del paciente:

Edad: _____

Semana de embarazo (inicio):

Teléfono: _____

Tipo de Intervención:

Número de expediente:

Nombre de Psicólogo:

Número de Psicólogo:

usuario. _____

Lineamientos de citas y cancelaciones

-Se solicita que las participantes, en caso de no poder asistir a su sesión, cancelen o reasignen sus citas, al menos con seis horas de anticipación, de conveniencia por llamada telefónica, o por medio de un mensaje SMS o "WhatsApp", corroborando que sí se haya leído o respondido dicho mensaje por parte del personal terapéutico.

-El tiempo regular de duración de una sesión es de 60 minutos, sin embargo, puede variar según el tipo de módulo. El terapeuta será responsable de indicar la duración de las sesiones.

-Se concede un margen de 20 minutos de tolerancia para el arribo a la consulta, no en todas las ocasiones será posible reponer el tiempo perdido, si el margen de tiempo es rebasado, la sesión podrá quedar cancelada

-En caso de abandono del tratamiento el terapeuta podrá realizar tres llamadas de rescate (esto con la intención de ayudar al consultante a luchar contra sus resistencias), sin embargo el terapeuta no podrá exceder este número de llamadas por respeto a la autonomía del consultante en su toma de decisiones.

Citas

Fecha	Hora	Sesión	Firma de Psicólogo

Anexo 7

SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA.

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 mi 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.					

Anexo 8

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.

Anexo 9

Escala de Atención Plena Versión Mexicana (MAAS).

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

Anexo 10

Escala de Compasión para Población Mexicana

Nombre del usuario: _____

Fecha: _____

No. de expediente: _____

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	N u n c a	Casi nun ca	Ra ra ve z	A ve ce s	C on fr ec ue nc ia	C a s i s i e m p r e	S i e m p r e
1. Cuando me doy cuenta de que alguien se siente mal le ofrezco mi ayuda sin dudar.							
2. Si alguien necesita ayuda económica se la proporciono si tengo la posibilidad.							
3. Procuro 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. Procuro 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.							

Puntaje total:

Anexo 11

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.

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	(1) SI (2) NO	(1) SI (2) NO	(1) SI (2) NO	(1) SI (2) NO	(1) SI (2) NO

II. DATOS SOBRE EL POST-PARTO

1. Tiempo que ha transcurrido después del post-parto.

2. Edad gestacional al momento del parto.

3. Modalidad del parto.

4. Datos del recién nacido.

Sexo (M) (F) Apgar _____ Peso _____ Talla _____

5. ¿Complicaciones del recién nacido?

(1) SI (2) NO

6. Tipo de complicación.

III. CONSECUENCIAS

1. ¿Qué tan satisfecho 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?

_____.

V. PREGUNTAS SOBRE EL TRATAMIENTO

1. ¿Ha utilizado alguna de las estrategias o técnicas que aprendió durante su terapia?

(1) Si (2) No

Meditaciones:

___ (a) Postura de los 7 puntos.

___ (b) Metáfora de la roca a la orilla del mar.

___ (c) Conteo de las respiraciones.

___ (d) Controlar el deseo.

___ (e) "Metta" o amor compasivo.

___ (f) Nada es ordinario.

___ (g) La impermanencia en una flama.

___ (h) Amor bondadoso.

___ (i) La práctica del perdón.

___ (j) Intercambiarse a uno mismo por los demás.

___ (k) Meditación en la aspiración.

___ (l) Meditación informal en la Atención Plena.

___ (m) Meditación informal en la Compasión.

___ (n) Registro de Automonitoreo (Meditaciones).

2. ¿Cómo percibió la ayuda que recibió durante el tratamiento?

(a) inútil

(b) regular

(c) útil

(d) muy útil

3. Le recomendaría a los terapeutas que siguieran manteniendo el contacto con sus usuarias por medio del teléfono o en forma directa:

___ (1) Si

___ (2) No

4. El tiempo que duró la intervención lo percibiste:

___ (1) Escaso

___ (2) Suficiente

___ (3) Abundante

5. Si es el caso, porqué dejó de asistir al tratamiento:

6. Ahora concluimos la entrevista. ¿Tiene algún comentario o alguna sugerencia que desee agregar?

Gracias por tu participación.

VI. PRUEBAS PSICOMÉTRICAS APLICADAS:

IMADIS Ansiedad Versión Beta (SI) (NO)

IMADIS Depresión Versión Beta (SI) (NO)

Beck Ansiedad (SI) (NO)

MAAS (SI) (NO)

Compasión (SI) (NO)

PANAS (SI) (NO)

Satisfacción del Usuario (SI) (NO)