

Evaluación de dos condiciones de tratamiento para sintomatología ansiosa en mujeres embarazadas: un estudio piloto comparativo

Evaluation of two treatment conditions for anxious symptomatology in pregnant women: A comparative pilot study

Diana Berenice Suárez-López y Ana Beatriz Moreno-Coutiño

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Autor para correspondencia: Diana Berenice Suárez L., psicberenicesuarez@gmail.com.

RESUMEN

Introducción: En México, La sintomatología ansiosa prevalece en la mitad de las mujeres embarazadas, con consecuencias negativas en la salud de la madre y el bebé. Los tratamientos psicológicos cognitivo-conductuales y de atención plena compasiva se consideran alternativas terapéuticas viables para disminuir dicha sintomatología. **Objetivo:** evaluar el efecto de dos condiciones de tratamiento sobre la sintomatología ansiosa en mujeres embarazadas: la atención plena compasiva y la terapia cognitivo-conductual. **Método:** se utilizó un diseño intrasujeto para evaluar el efecto de las intervenciones evaluando antes y después los tratamientos, comparando los resultados de las dos intervenciones. Participaron seis mujeres asignadas de manera aleatoria a las dos condiciones de tratamiento. **Instrumentos:** se utilizaron el Inventario de Sintomatología Ansiosa de Beck, la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), la escala de Atención Plena, versión mexicana (MAAS), y un cuestionario para valorar la satisfacción de las usuarias. De manera paralela, se evaluaron las variables fisiológicas de frecuencia cardíaca, presión arterial y temperatura corporal. **Resultados:** mediante el índice de cambio clínico de Cardiel (1994) se encontró que ambas intervenciones fueron eficaces para disminuir la sintomatología ansiosa. Además, las participantes que recibieron el tratamiento de atención plena mostraron un incremento en dicha variable. En ambos grupos se registró un aumento de la temperatura y una disminución de la presión arterial y la frecuencia cardíaca. La evaluación cualitativa de la experiencia de las pacientes dejó ver que éstas consideraron haber recibido un buen servicio y resuelto sus necesidades. **Discusión:** En futuros estudios se sugiere tener un mejor control en las mediciones de las variables fisiológicas y evaluar a un grupo más amplio que permita hacer comparaciones más precisas entre los grupos.

Palabras clave: Ansiedad; Embarazo; Atención plena compasiva; Terapia cognitivo-conductual; Variables fisiológicas.

ABSTRACT

Introduction: Pregnant women with anxious symptomatology prevail in Mexico at 50%, leading to negative consequences on the health of both the mother and the baby. Cognitive behavioral treatment and compassionate mindfulness are alternatives to decrease this symptomatology.

¹ Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correos electrónicos: psicberenicesuarez@gmail.com y moca99_99@yahoo.com.



Objective: *To evaluate the effect of two conditions of psychological treatment for anxious symptomatology on pregnant women: compassionate mindfulness and cognitive behavioral therapy.* **Method:** *a mixed within-subjects and between groups design was used to evaluate the effect of the interventions; evaluations were carried out before and after the treatments. Six randomly assigned women to the conditions participated. Variables of interest were measured with the Beck Anxiety Symptomatology Inventory (BAI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and the Mexican version of the Mindfulness Scale (MAAS). Physiological measures included heart rate, blood pressure, and peripheral distal temperature, as well as patient satisfaction.* **Results:** *Cardiel's (1994) clinical objective change procedure revealed that both treatment conditions decreased anxiety symptoms, and those who received the compassionate mindfulness intervention increased their level of mindfulness. An increase in temperature and a decrease in blood pressure and heart rate were reported in both groups. In the satisfaction evaluation participants reported having received a good service and their needs met.* **Discussion:** *Future studies, would benefit from exerting better control of physiological measurements, and recruiting a larger group of participants in order to allow for a more precise comparison between groups.*

Key words: Anxiety; Pregnancy; Compassionate mindfulness; Cognitive-behavioral therapy; Psychophysiological responses.

Recibido: 31/08/2024

Aceptado: 09/01/2025

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019), 301 millones de personas padecen algún trastorno de ansiedad en el mundo. En México, 19.3% de la población sufre ansiedad severa, con una prevalencia de 23.2% en las mujeres y de 15.0% en los varones (Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI], 2021).

En poblaciones no clínicas, los niveles de sintomatología ansiosa se acompañan de cambios importantes en la actividad del sistema nervioso

simpático, registrándose un aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la frecuencia respiratoria (Gutiérrez, 2015). Debido a la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad, la propia OMS ha señalado la importancia de crear programas con los que se pueda tratar dicha sintomatología, especialmente en la población de mujeres por lo antes dicho.

Ansiedad en el embarazo

Debido a la alta prevalencia de la ansiedad durante el embarazo y a los múltiples efectos asociados a la salud de la madre y el bebé, es importante contar con un manejo oportuno y efectivo de la sintomatología ansiosa durante esta etapa (Reza *et al.*, 2016). El embarazo conlleva diversos cambios psicológicos normales que incluyen la hipersensibilidad emocional, la hipervigilancia y el aumento de la rumiación. Tales cambios tienen repercusiones fisiológicas que aumentan la probabilidad de que las mujeres gestantes experimenten síntomas ansiosos y depresivos, por lo que la prevalencia de síntomas ansiosos durante esta etapa alcanza hasta 50% (Berenguer y Moreno, 2017).

Se han reportado diferentes factores socioeconómicos y demográficos asociados al desarrollo de la ansiedad durante el embarazo, entre los que se encuentran el tener o no una relación de pareja, el nivel educativo, los ingresos económicos (Marín *et al.*, 2020), la exposición a eventos estresantes (Durankuş y Aksu, 2022), el riesgo médico por complicaciones médicas, como embarazos múltiples, hipertensión y diabetes gestacional (Kings-ton *et al.*, 2015), la historia previa de ansiedad o depresión (Dennis *et al.*, 2017) y el apoyo social recibido (Ravaldi *et al.*, 2021).

Hay cuestiones que se deben considerar al evaluar a las pacientes con ansiedad prenatal, como su temor al parto, a las contracciones y a las posibles enfermedades del neonato, así como a los cambios de la propia imagen corporal (Berenguer y Moreno, 2017).

Estos autores apuntan que en México hay muy pocos programas específicos dedicados a la atención de la salud mental perinatal en el sistema nacional de salud, y menos aún otros que atiendan

a las mujeres desde la gestación, por lo que señalan la urgencia de instaurar la atención a la salud mental perinatal para su prevención primaria y la promoción de la salud.

Gómez y Aldana (2007) señalan en un artículo enfocado en las alteraciones psicológicas de las mujeres con embarazo de alto riesgo la necesidad de que en las instituciones de salud se establezcan sistemas eficaces para la detección del nivel y la calidad del estado emocional de las gestantes y proponen que se generen modelos de intervención específicos y eficaces para identificar y atender alteraciones psicológicas como depresión y ansiedad.

Durante el embarazo la ansiedad está relacionada directamente con la salud del bebé, con su fisiología y su comportamiento, como un menor peso al nacer, un mayor riesgo de malformaciones congénitas, temperamentos más difíciles, problemas emocionales o dificultades para dormir (Alder-dice, 2013; Kinsella y Monk, 2009).

En un estudio realizado por George *et al.* (2013), sus autores indicaron que la sintomatología ansiosa de las mujeres durante el embarazo se asocia con un tipo de afrontamiento no adaptativo durante la última etapa del embarazo, lo que genera autoculpa, la cual se refiere a criticarse a sí mismas por la responsabilidad de la situación que están viviendo.

Intervenciones psicológicas para la sintomatología ansiosa durante el embarazo

En la actualidad, las intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales son las más utilizadas para atender la sintomatología ansiosa. Cuijpers *et al.* (2014) afirman que este tipo de terapias se emplean como tratamiento para la ansiedad generalizada debido a que tienen un importante efecto en los diversos factores que influyen en el mantenimiento del trastorno; entre las cuales resaltan técnicas tales como la reestructuración cognitiva, las autoinstrucciones, el autocontrol y la relajación (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). De igual manera, se emplean técnicas como la psicoeducación, la relajación progresiva, la biorretroalimentación, la reestructuración cognitiva, la deten-

ción de pensamientos negativos y catastróficos y la exposición gradual a situaciones atemorizantes (Maldonado y Lartigue, 2008). Mediante este tipo de intervenciones también se ha atendido con éxito en el trastorno de pánico durante el embarazo y la lactancia (Robinson *et al.*, 1992).

Entre los principales aspectos negativos de las terapias cognitivo-conductuales se encuentran el que no son eficaces en todos los casos y que sus efectos positivos se extinguen rápidamente; entre sus efectos secundarios se ha descrito un incremento en la intensidad, frecuencia, duración y accesibilidad a eventos privados no deseados (Moreno, 2012). Debido a esto, resulta necesario evaluar nuevas opciones de tratamientos eficaces para contribuir a disminuir la prevalencia de la sintomatología ansiosa en las mujeres embarazadas, pues la atención eficaz de la salud mental de las mujeres durante el embarazo repercutirá de manera positiva en el estado físico y mental tanto de la madre como del bebé, y por consiguiente también será favorable para el sector salud público.

Tratamientos basados en atención plena y compasión para la sintomatología ansiosa durante el embarazo

La terapia de atención plena, también conocida como *mindfulness*, es una opción viable y efectiva para disminuir los niveles de ansiedad cuando se aprende a manejarla porque se cultiva dicha atención, la compasión y la aceptación de las propias experiencias (Germer *et al.*, 2013). Tales autores postulan que la atención plena no es la meta en sí misma, sino que se busca fomentarla con el objetivo de liberar a la persona del malestar, y a medida que se profundiza en su práctica pueden ir surgiendo la sabiduría y la compasión, las cuales son cualidades que conducen de manera natural a la regulación emocional. La compasión se entiende como la habilidad de buscar mejorar la insatisfacción (el estrés o el sufrimiento), mientras que la sabiduría es la capacidad para comprender que los fenómenos de la vida son cambiantes e interdependientes (Germer y Siegel, 2012; Germer *et al.*, 2013).

Los mecanismos de acción durante la práctica formal de la atención plena son seis, mismos que cuentan con evidencia neurológica (*cf.* Holzel *et al.*, 2011): la regulación de la atención, la conciencia corporal, la regulación emocional, la reevaluación, la exposición y la flexibilidad. Baer (2017) reportó que el tratamiento basado en la atención plena ha probado reducir el estrés y la ansiedad en las mujeres embarazadas, y además postula que este tipo de intervenciones pueden ser benéficas para la salud pública debido a su alto costo-beneficio.

Goodman, Chenausky *et al.* (2014) examinaron la viabilidad, la aceptabilidad y los resultados clínicos de la intervención “Lidiando con la ansiedad a través de vivir conscientemente el embarazo” (Coping with Anxiety through Living Mindfully, CALM, pregnancy). Dicho programa fue diseñado para mujeres embarazadas y es una adaptación de terapia cognitiva basada en la atención plena. Al concluir la intervención, los citados autores observaron mejoras estadística y clínicamente significativas en las sintomatologías ansiosa y depresiva, así como una mejoría de la preocupación y un aumento en la autocompasión y la atención plena.

Intervención para la salud basada en la atención plena compasiva

El programa de tratamiento basado en atención plena compasiva incluye ejercicios de meditación en la respiración cuyo fin es desarrollar la conciencia de la experiencia presente y notar la aparición de diversos eventos mentales (como pensamientos, emociones y sensaciones) sin analizarlos o juzgarlos. Se introduce después al participante en meditaciones guiadas, enfocadas en el entrenamiento de estados compasivos. Mediante la ayuda de metáforas, preguntas y debates se le involucra en la identificación de las experiencias de sufrimiento y en las actitudes de juicio y crítica. De manera paralela, se le enseñan conceptos clave para la comprensión de tales experiencias de la realidad en el marco de la atención plena y la compasión. Tales conceptos son la interdependencia, la impermanencia, el amor bondadoso, la ecuanimidad y la vacuidad (Sánchez y Moreno, 2017).

La intervención psicológica basada en la atención plena compasiva se ha aplicado en México en varios estudios con diversas poblaciones, en los cuales se ha evaluado la sintomatología ansiosa en pacientes obesos con conducta de atracón, asma (Sánchez y Moreno, 2017), fumadores (López *et al.*, 2023), artritis reumatoide (Patoni, 2022), policonsumidores de drogas (Barrera, 2020) y estudiantes de música con ansiedad de ejecución (Cortés, 2023).

Debido a que la proporción de mujeres que padecen de sintomatología ansiosa durante el embarazo en el país es elevada (aproximadamente 50%, según Berenguer y Moreno [2017]), así como a las importantes consecuencias negativas de esta sintomatología en la salud de la madre y del futuro bebé, en el presente estudio se compararon dos tratamientos psicológicos: el cognitivo-conductual convencional y el de atención plena compasiva, con la intención de valorar su eficacia para incidir positivamente en la sintomatología ansiosa en un grupo de mujeres mexicanas embarazadas con sintomatología ansiosa.

MÉTODO

Diseño

Se utilizó un diseño intrasujeto para evaluar el efecto de la intervención en cada paciente. Los resultados de las variables de interés se compararon antes y después de los tratamientos, así como los resultados de ambas intervenciones (Clark, 2002).

Participantes

En este estudio piloto participaron seis mujeres embarazadas, con un máximo de 30 semanas de gestación y una media de edad de 34 años, quienes fueron asignadas de manera aleatoria a las dos condiciones de tratamiento; así, tres recibieron ocho sesiones de tratamiento cognitivo-conductual (TCC) y tres nueve sesiones de atención plena compasiva (APC) (Tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las participantes.

Folio	Programa	Edad	Religión	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Alcaldía
1	TCC	39	Ninguna	Unión libre	Licenciatura	Desempleada	Tlalpan
2	TCC	34	Católica	Soltera	Licenciatura	Ama de casa	Benito Juárez
3	TCC	37	Cristiana	Soltera	Carrera técnica	Ama de casa	Tlalpan
1	APC	32	Católica	Casada	Preparatoria	Ama de casa	Coyoacán
2	APC	36	Ninguna	Casada	Doctorado	Investigadora	Álvaro Obregón
3	APC	25	Católica	Soltera	Licenciatura	Estudiante	Coyoacán

Instrumentos

Inventario de Sintomatología Ansiosa de Beck (BAI).

Es un instrumento de autorreporte que consta de 21 reactivos que determinan la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales. El análisis de consistencia interna mostró un coeficiente alfa de Cronbach de los 21 reactivos de 0.82, así como coeficientes alfa de 0.78 a 0.62 en los cuatro factores, consistencia que puede considerarse adecuada (Galindo, Rojas *et al.*, 2015).

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).

Consta de dos subescalas de siete ítems intercalados. La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro clínico y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión. Los coeficientes alfa de Cronbach de cada subescala alcanzaron valores de 0.79 y 0.80, que explicaron 48.04% de la varianza (Galindo, Benjet *et al.*, 2015).

Escala de Atención Plena Versión Mexicana (MAAS).

Es un cuestionario que consta de 15 ítems que se evalúan en una escala Likert, la que mide la frecuencia con la que las personas han experimentado estados de atención plena durante la vida diaria. El valor del coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.89, por lo que la escala se comporta de manera homogénea (López *et al.*, 2015).

Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU).

Es un cuestionario que consta de diez preguntas en total, siete de las cuales se valoran en una escala tipo Likert (Quiroga, 2008).

Evaluaciones fisiológicas de la respuesta de ansiedad

Frecuencia cardíaca. El corazón y la circulación presentan adaptaciones fisiológicas importantes desde las primeras semanas de embarazo; el gasto cardíaco se incrementa hasta 50%, en comparación con las mujeres no gestantes; lo anterior provoca una elevación de la frecuencia cardíaca de entre 15 a 25%, esto es, aumenta de 5 a 10 latidos por minuto (de 83 ± 10 por minuto) (Purizaca, 2010).

Presión arterial. La presión arterial resulta de la fuerza ejercida por la columna de sangre impulsada por el corazón hacia los vasos sanguíneos. La fuerza de la sangre contra la pared arterial es la presión sanguínea y la resistencia opuesta por las paredes de las mismas es la tensión arterial. Estas dos fuerzas son contrarias y equivalentes (Villegas *et al.*, 2012). Los valores normales de la presión arterial en un adulto son, a saber: presión sistólica, de 100-140 mmHg, y presión diastólica, de 60-90 mmHg (Villegas *et al.*, 2012). Durante el embarazo, la presión arterial media disminuye gradualmente, esto es, de 90.3 ± 5.8 (Hall *et al.*, 2011).

Temperatura. La temperatura corporal normal, de acuerdo con la Asociación Médica Americana, oscila entre 36.5°C y 37°C (Villegas *et al.*, 2012). La temperatura indica el nivel del flujo sanguíneo en las venas, y ésta se puede incrementar durante un estado de ansiedad y estrés (Crawford *et al.*, 1977; Mittelman y Wolff, 1939; Vinkers *et al.*, 2013).

La temperatura no aumenta demasiado durante los primeros meses de embarazo; en promedio, lo hace solo de 0.3 a 0.5 grados centígrados debido a que la actividad del cuerpo se duplica y a

los cambios hormonales que ocurren (Rodríguez, 2018).

Aparatos

Se utilizó un baumanómetro automático de brazo NEBUCOR MOD. HL-888JA, con 99 memorias para registrar la presión arterial y la frecuencia cardíaca antes y después de cada sesión. Para la toma de temperatura corporal se empleó un termómetro frontal de distancia Neutek Inovation for Life

(NT1) y se midió en la palma de la mano, igualmente antes y después de cada sesión.

Procedimiento

Se ofreció una plática informativa de la intervención en el área de consulta externa del servicio de obstetricia del Hospital General Dr. Manuel Gea González, en la que se informaron a las pacientes

los criterios de inclusión: ser mayor de 18 años, tener un máximo de 30 semanas de embarazo y sufrir síntomas de ansiedad.

A quienes mostraron interés en participar y que cumplían los criterios de inclusión se les agendó una cita para brindarles una información detallada del estudio, entregándoles un carnet de atención psicológica. A las mujeres que no cumplían los requisitos de inclusión, o que decidieron no participar en el estudio, se les canalizó a la atención habitual del hospital.

Las participantes firmaron una carta de consentimiento informado y se les brindó la oportunidad de formular preguntas y aclarar sus dudas. Luego se llevó a cabo una entrevista semiestructurada para coleccionar sus datos generales y aplicarles los instrumentos psicométricos de evaluación. Las intervenciones psicológicas fueron individuales, a razón de una sesión por semana, y se describen en las Tablas 2 y 3.

Tabla 2. Programa de intervención cognitivo-conductual (Rodríguez, 2020).

Módulo	Contenido
1. Introducción al tratamiento cognitivo-conductual para mujeres embarazadas con síntomas de ansiedad.	Propósitos del tratamiento. Información sobre la ansiedad en el embarazo. Lo que hacen las emociones en nuestro organismo. Proceso fisiológico de desregulación emocional. Proceso de la ansiedad y sus componentes.
2. Introducción al entrenamiento en relajación para mujeres embarazadas con síntomas de ansiedad.	Objetivo de la relajación y los efectos en el sistema nervioso. Ejercicio de relajación de quince grupos musculares. Ejercicio de respiración diafragmática. Respiración relajada. Autorregistro de relajación.
3. Incrementando la conciencia de nuestros pensamientos y relajación.	Incremento del darse cuenta de cómo pensamos. Distorsiones comunes del pensamiento. Formato de episodio de preocupación.
4. Desafiando las distorsiones cognitivas y relajación mediante recuerdo.	Desafiando las distorsiones de mi pensamiento. Descubrimiento guiado. Descatastrofización.
5. Generando puntos de vista alternativos y relajación suscitada por señal.	Puntos de vista alternativos. Ejercicio de relajación suscitada por señal. Ejercicio de relajación diferencial.
6. Desarrollando respuestas racionales y relajación diferencial.	Respuestas racionales mediante el formato de respuestas racionales. Prueba de hipótesis. Relajación diferencial.
7. Mantenimiento de la reestructuración de pensamientos y relajación diferencial.	Mantenimiento en la reestructuración de los pensamientos ansiógenos. Relajación suscitada por señal directa y relajación diferencial.
8. Prevención de recaídas.	Prevención de recaídas. Relajación rápida.

Tabla 3. Programa de intervención en Atención Plena Compasiva (Sánchez y Moreno, 2017).

Módulo	Contenido
1. Introducción a la atención plena y compasión.	Lo que la ansiedad hace en el cuerpo. Introducción a la atención plena. Introducción a la compasión. Beneficios de la atención plena compasiva en la salud. “Atenta a lo que sientes”.
2. Bases de la atención plena y compasión.	La realidad no es permanente. La postura y la respiración al meditar. Apego y aversión. Descubrir los juicios internos. Liberarse del deseo.
3. La realidad sobre el sufrimiento.	La realidad sobre el sufrimiento. Identificar el hábito de la mente. El desapego como solución a las emociones aflictivas. Las ocho actitudes de la atención plena. Soluciones para el apego, la aversión y la ignorancia.
4. Características de la realidad.	La ley de la causa y el efecto: causas y condiciones. Interdependencia. Impermanencia. Meditación con una vela.
5. Práctica de la atención plena y compasión en la vida cotidiana.	Piloto automático. Práctica de la atención plena: <i>samatha</i> y <i>vipassana</i> . Práctica formal de la atención plena: postura de los “siete puntos”. Práctica informal de la atención plena. Compasión a lo largo del día.
6. Comunicación atenta y compasiva.	Renuncia. Empatía. Amor bondadoso. Ecuanimidad. Relaciones compasivas con uno mismo y con los demás. Meditación en la compasión y amor bondadoso. Meditación “Intercambiarse a uno mismo por los demás”.
7 Acciones que favorecen el bienestar.	Generosidad limitada y libertad de apego. Las acciones destructivas y el compromiso de no realizarlas. La paciencia. Cultivar el esfuerzo gozoso. Los obstáculos de la concentración. La sabiduría.
8 Atención plena compasiva aplicada a la vida cotidiana.	Visión del observador en los problemas cotidianos. Identificar el sufrimiento. Identificar el problema. La aplicación de los sellos en la disminución del malestar. Todos deseamos ser felices (compasión y renuncia). Realizando acciones benéficas y compasivas.
9 Mantenimiento de la práctica: viviendo con atención plena y compasión.	Clarificar aspiraciones. Identificar barreras y facilitadores. La compasión como aspiración. Plan de actividades.

Al finalizar las intervenciones se realizaron las evaluaciones posteriores al tratamiento de las variables de interés mediante la aplicación de los mismos instrumentos que en la evaluación basal. Además, con la intención de conocer los efectos del tratamiento a largo plazo, al finalizar la inter-

vención se llevaron a cabo dos sesiones de seguimiento individual, una al mes y otra a los tres meses de haber concluido los tratamientos.

Las evaluaciones psicológicas fueron llevadas a cabo por un psicólogo ajeno al protocolo de este estudio. Las dos intervenciones psicológicas

estuvieron a cargo de un psicólogo entrenado para la implementación de la terapia cognitivo-conductual y del tratamiento basado en la atención plena compasiva.

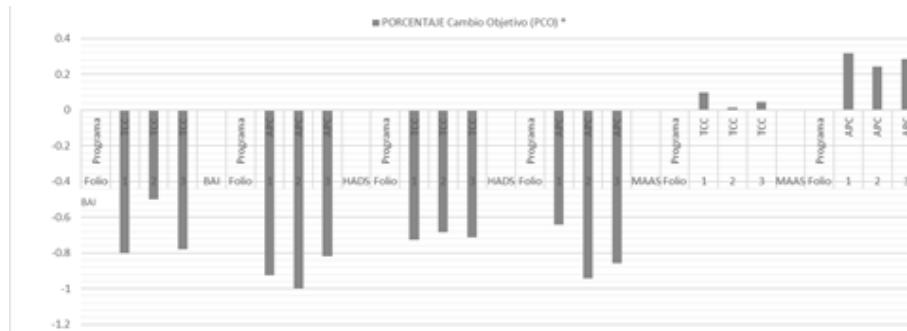
RESULTADOS

Los resultados obtenidos de las evaluaciones se analizaron mediante el programa de Microsoft Excel 2013, en el cual se registraron los datos des-

criptivos de las participantes, así como el índice de cambio clínico de Cardiel (1994).

De acuerdo con este índice, el porcentaje de cambio objetivo en el inventario de sintomatología ansiosa (BAI) de las participantes que recibieron el tratamiento cognitivo-conductual fue de 80, 50 y 78%, es decir, los tres fueron mayores a 20%; por lo tanto, se consideran estos cambios como clínicamente significativos en la disminución de los niveles de sintomatología ansiosa después de recibir dicho tratamiento (Figura 1).

Figura 1. Porcentaje de Cambio Objetivo



Los porcentajes de cambio objetivo en el BAI de las participantes que recibieron la intervención basada en atención plena compasiva fueron -92.59, -100 y -81.81%, esto es, los cambios registrados en las tres mujeres fueron mayores a 20%, por lo que se consideran significativas las disminuciones de los niveles de sintomatología ansiosa tras recibir dicho tratamiento.

De igual manera, los porcentajes de cambio objetivo en la sintomatología ansiosa en la HADS de las participantes que recibieron el tratamiento cognitivo-conductual fueron -72.72, -68.42 y -71.42%, que al ser los tres mayores de 20%, fueron significativos en la disminución de los niveles de sintomatología ansiosa tras recibir dicho tratamiento. Los porcentajes de cambio objetivo en la sintomatología ansiosa en la HADS de las participantes que recibieron el tratamiento basado en la atención plena compasiva fueron de -64.24, -94.11 y -85.71, que al ser los tres mayores de 20%, los cambios en la disminución de los niveles de sintomatología ansiosa después de recibir dicho tratamiento fueron significativos.

Los porcentajes de cambio objetivo en la escala de atención plena, versión mexicana (MAAS),

de las participantes que recibieron el tratamiento cognitivo-conductual fueron de 10, 1.49 y 4.61; esto es, ninguno de los tres fue mayor a 20%; por consiguiente, no se registraron cambios significativos en el aumento de la atención plena tras recibir la intervención. A su vez, en las participantes que recibieron el tratamiento basado en atención plena compasiva los cambios fueron de 31.66, 24.24 y 28.57%, valores que al ser mayores de 20%, se concluye que el aumento de atención plena después de recibir este tratamiento fue significativo.

Evaluaciones fisiológicas

A lo largo del tratamiento cognitivo-conductual, tomando el promedio de las evaluaciones posteriores a cada sesión, la presión sistólica disminuyó de 1 a 12 mmHg, mientras que la presión diastólica disminuyó de 3 a 12 mmHg. En las pacientes que recibieron el tratamiento de atención plena compasiva la presión sistólica disminuyó de 1 a 9 mmHg, al igual que la presión diastólica al finalizar cada sesión.

En cuanto a la temperatura periférica de las mujeres embarazadas que recibieron tanto el trata-

miento cognitivo-conductual como el tratamiento de atención plena compasiva, se pudo observar que, en general, la temperatura aumentó de 0.1 a 0.9 grados centígrados después de cada sesión.

Asimismo, la frecuencia cardíaca de las mujeres embarazadas que participaron en ambas condiciones de tratamiento disminuyó de uno a nueve latidos por minuto al concluir cada sesión.

Valoración cualitativa de las pacientes

Al terminar la intervención, y con el propósito de obtener una valoración cualitativa, las participantes respondieron un cuestionario de satisfacción. Cinco de ellas calificaron el servicio como excelente y una como bueno. Todas ellas informaron haber obtenido la atención que requerían y la satisfacción de sus necesidades. Además, indicaron que recomendarían el programa a sus amigas si tuvieran el mismo problema, y regresarían al mismo programa si requirieran nuevamente la ayuda.

DISCUSIÓN

El principal hallazgo de este estudio fue el cambio clínico significativo registrado tanto en el BAI como en la HADS. Hubo una disminución significativa en la sintomatología ansiosa, tanto en las tres participantes que recibieron el tratamiento cognitivo-conductual como en las tres que recibieron el tratamiento basado en la atención plena compasiva. En estas últimas se registró un aumento significativo en dicha variable. Los resultados de la presente investigación también coinciden con lo reportado por Goodman, Guarino *et al.* (2014) en mujeres embarazadas estadounidenses, quienes al finalizar la intervención mostraron mejoras clínicamente significativas en la ansiedad, la preocupación y la depresión, a la vez que un importante incremento en la autocompasión y en el nivel de atención plena.

La disminución de la sintomatología ansiosa registrada en las mujeres embarazadas que recibieron el tratamiento basado en la atención plena compasiva puede deberse a que mediante esta intervención las pacientes aprendieron a vivir en el presente, aceptando las experiencias y liberándose

así del malestar asociado (Baer, 2017). El reporte cualitativo de su sintomatología ansiosa dejó ver que tras haber cursado el tratamiento disminuyeron sus emociones, nervios y hormigueos en el estómago, temor a perder el control, latidos acelerados, temblores en manos y piernas, ahogo y miedo de morir, así como sensaciones de temor de que algo malo les podía ocurrir, y a la vez fortaleciéndose la habilidad de permanecer sentadas, relajadas y tranquilas.

A pesar de que no se esperaba que el nivel de atención plena aumentara en las participantes que recibieron el tratamiento cognitivo-conductual, esta variable fue evaluada en ese grupo a manera de control para determinar si se adquiriría a través de la intervención basada en la atención plena compasiva. En las pacientes que recibieron dicha intervención se registraron incrementos en acciones tales como estar atentas a lo que comían; identificar los momentos en que se encontraran divagando en el futuro o el pasado; atender a los lugares a los que fueran y el propósito de haber ido; prestar atención cuando alguien conversara con ellas; prestar atención a sus trabajos y tareas; atender al proceso para lograr un objetivo; identificar alguna incomodidad o tensión física; prestar atención al caminar, e identificar sus emociones en el momento en que se generaban.

En cuanto a las evaluaciones fisiológicas, se puede observar que ambos tratamientos fueron eficaces para disminuir la presión arterial y la frecuencia cardíaca de las participantes. Al mismo tiempo, se observó un incremento de su temperatura; sin embargo, se registró una mayor tendencia a disminuir la frecuencia cardíaca y la presión arterial en las participantes que recibieron el tratamiento basado en la atención plena compasiva, así como un mayor aumento de la temperatura corporal. Tales hallazgos pueden explicarse según los resultados de otras investigaciones, en las que sus autores señalan que la práctica de la meditación desactiva la respuesta de estrés y regula el funcionamiento del sistema nervioso parasimpático, lo que a su vez disminuye la presión arterial y la frecuencia cardíaca y respiratoria (*cf.* Simkin y Black, 2014).

La disminución en la sintomatología ansiosa y el aumento en el nivel de la atención plena en las

participantes que recibieron el tratamiento basado en la atención plena compasiva también coinciden con las del estudio de Goodman, Guarino *et al.* (2014).

Los resultados del presente estudio son relevantes debido a que, según lo reportado por Lilliecreutz *et al.* (2016), 20% de los nacimientos prematuros lo fueron a causa del estrés materno. Por ello, la intervención basada en la atención plena compasiva podría ser una opción terapéutica importante para favorecer la regulación emocional de las mujeres gestantes y disminuir con ello los nacimientos prematuros en México, logrando así reducir las consecuencias del estrés a corto y largo plazo en las madres y sus bebés, lo que resulta particularmente importante en países como México, donde el presupuesto para la salud es limitado y, por tanto, la prevención y la atención primaria en salud son esenciales.

Por otro lado, Baer (2017) afirma que un curso de preparación para el parto basado en la atención plena compasiva puede satisfacer la necesidad de enseñar a las madres las competencias para afrontar el dolor, pues mediante esta habilidad se les brinda la oportunidad para reducir los aspectos psicológicos y fisiológicos negativos del estrés.

Es posible concluir que los resultados aquí obtenidos aportan evidencia de la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual y de la atención plena compasiva para disminuir la sintomatología ansiosa en mujeres embarazadas, y para controlar asimismo los aspectos fisiológicos del estrés. Sin

embargo, se pudo observar que las participantes que recibieron el tratamiento basado en la atención plena compasiva experimentaron una disminución más acusada de la sintomatología ansiosa, cambios más positivos en los aspectos fisiológicos y un aumento mayor en la atención plena.

En este estudio piloto se pudo constatar también que la intervención basada en dicho tratamiento es viable, específica y eficaz para mujeres gestantes con niveles importantes de sintomatología ansiosa. Lo anterior atiende lo ya propuesto por Gómez y Aldana (2007) en relación a brindar tratamientos específicos y eficaces para las mujeres embarazadas en las instituciones de salud.

Para futuros estudios se propone la evaluación de variables fisiológicas de manera más controlada en tiempos y frecuencia de las mediciones, utilizando para ello aparatos altamente sensibles para lograr registros adecuados y así mediciones más precisas. También se sugiere evaluar a las mujeres en distintas etapas del embarazo y considerar sus antecedentes de sintomatología ansiosa o depresiva previos a la gestación.

Finalmente, se propone continuar evaluando la intervención basada en la atención plena compasiva en grupos más grandes de mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa en distintas etapas del embarazo a fin de obtener un perfil más fino de este periodo de la vida de las mujeres y definir así los componentes específicos que deben de reunir las intervenciones psicológicas para mejorar su salud y la de sus hijos.

Citación: Suárez-López, D.B. y Moreno-Coutiño, A.B. (2026). Evaluación de dos condiciones de tratamiento para sintomatología ansiosa en mujeres embarazadas: un estudio piloto comparativo. *Psicología y Salud*, 36(1), 5-16. <https://doi.org/10.25009/pys.v36i1.3029>

REFERENCIAS

- Alderdice, F., McNeil, J. y Lynn, F. (2013). A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery*, 29(4), 389-399. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.05.010>
- Álvarez, B. (2016). *Terapia cognitivo conductual: efectos fisiológicos y psicológicos en pacientes con ansiedad generalizada* (Tesis para obtener el grado de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Baer, R. (2017). *Técnicas de tratamiento basadas en mindfulness. Guía clínica de la base de evidencias y aplicaciones*. Desclée De Brouwer.

- Barrera, G., Mejía, D y Moreno, A. (2020). Tratamiento basado en atención plena compasiva: Estudio piloto en policonsumidores de drogas. *Psicología y Salud*, 31(1), 25-35.
- Berenguer, B. y Moreno, A. (2017). Síntomas ansioso-depresivos durante el embarazo: propuestas de prevención con grupos de apoyo en Comunicaciones libres: sujeto a lo social, XXVII jornadas estatales de salud mental AEN, XXII Jornadas de la AMSM.
- Cardiel, R. (1994). La medición de la calidad de vida. En Moreno, L., Cano y García, H. (Eds.), *Epidemiología clínica*. McGraw Hill. 189-199.
- Chelmow, D. y Halfin, V. (1997). Pregnancy complicated by obsessive-compulsive disorder. *J. Matern. Fetal Med.*, 6, 31-34.
- Clark, D. (2002). *Investigación cuantitativa en psicología. Del diseño experimental al reporte de investigación*. Oxford University Press.
- Cortés H., N., González S. I., López T. A. y Moreno C. A. (2023). Intervención basada en atención plena compasiva en estudiantes de música con sintomatología ansiosa. *Psicología y Salud*, 33(1): 131-145. ISSN: 1405-1109.
- Crawford, D. G., Friesen D. D. y Tomlinson-Keasey, C. (1977). Effects of cognitively induced anxiety on hand temperature. *Biofeedback and Self-Regulation*, 2, 139-146.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M. y Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 130-140.
- Dennis, C.L., Falah-Hassani, K. y Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(5), 315-323. Doi: 10.1192/bjp.bp.116.187179
- Durankuş, F. y Aksu, E. (2022). Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(2), 205-211. Doi: 10.1080/14767058.2020.1763946
- Galindo, O., Benjet C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J., Álvarez, M. y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258.
- Galindo, O., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J., Álvarez, M. y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 51-58.
- George, A., Luz, R., De Tychey, C., Thilly, N. y Spitz, E. (2013). Anxiety symptoms and coping strategies in the perinatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 233.
- Germer, C.K. y Siegel R. D. (2012). *Wisdom and Compassion in Psychotherapy: Deepening Mindfulness in Clinical Practice*. Guilford Press.
- Germer, C., Siegel, R. y Fulton, P. (2013). *Mindfulness and psychotherapy*. The Guilford Press.
- Gómez, M. y Aldana, E. (2007). Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud*, 17(1), 53-61.
- Goodman, J., Chenausky, k. y Freeman, M. (2014). Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review. *J. Clin. Psychiatry*, 75, 1153-1184.
- Goodman, J., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., Forget, A. y Freeman, M. (2014). CALM Pregnancy: results of pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 373-378.
- Gutiérrez, E. (2015). *Trastorno de ansiedad generalizada: tratamiento con retroalimentación biológica* (Tesis de licenciatura). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hall, M., George, E. y Granger, J. (2011). El corazón durante el embarazo. *Revista española de cardiología*, 64(11), 1045-1050.
- Holzel, B., Lazar, S., Gard, T., Schuman-Oliver, Z., Vago, D. y Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspect Psychol Sci.*, 6(6), 537-59.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) (2021). *Encuesta nacional de bienestar autorreportado (ENBIARE) 2021*. 'xichttps://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIARE_2021.pdf
- Kingston, D., Janes-Kelley, S., Tyrrell, J., Clark, L., Hamza, D., Holmes, P., Parkes, C., Moyo, N., McDonald, S. y Austin, M.P. (2015). An integrated web-based mental health intervention of assessment-referral-care to reduce stress, anxiety, and depression in hospitalized pregnant women with medically high-risk pregnancies: a feasibility study protocol of hospital-based implementation. *JMIR Research Protocols*, 4(1). Doi: 10.2196/resprot.4037
- Kinney, D., Munir, K., Crowley, D. y Miller, A. (2008). Prenatal stress and risk for autism. *Neurosci Biobehav Rev.*, 8, 1519-1532.
- Kinsella, M.T. y Monk, C. (2009). Impact of Maternal Stress, Depression and Anxiety on Fetal Neurobehavioral Development. *Clinical Obstetrics And Gynecology*, 52, 425-440. https://doi.org/10.1097/grf.0b013e3181b52df1
- Lilliecreutz, C., Josefsson, A. y Sydsjo, G. (2010). An open trial with cognitive behavioral therapy for blood- and injection phobia in pregnancy women- a group intervention program. *Arch. Women's Ment. Health*, 13, 259-265.
- Lilliecreutz, C., Larén, J., Sydsjö, G., y Josefsson, A. (2016). Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 16(5). https://doi.org/10.1186/s12884-015-0775-x

- López, E., Hernández, M., Méndez, L., Gutiérrez, J., Araujo, D., Nuñez, A. y Hölzel, B. (2015). Psychometric properties of the Mexican version of the mindful attention awareness scale (MAAS). *Psychologia: avances de la disciplina*, 9(1), 13-27.
- López, A., Ruiz, S., Mondragón, R., Gómez, L., Osio, J., Hernández, A., Pérez, J., y Moreno, A. (2023). Atención plena compasiva para dejar de fumar en México: un ensayo clínico aleatorizado. *Revista Internacional de Investigación en adicciones*, 9(1), 28-41. ISSN 2448-573X
- Maldonado, M. y Lartigue, T. (2008). Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum.*, 22, 100-110.
- Maldonado, J.M., Sánchez, J.J., Reséndiz, M. y Moreno, A. (2017). Sintomatología depresiva y conducta de atracón en la obesidad: Estudio piloto con intervención de Atención plena y compasión. *Psiquis*, 26(1), 15-23.
- Marín M., D., Toro M., S. y Peñacoba P., C. (2020). Anxiety in pregnancy: prevalence, associated factors and its impact on mother and child. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(4), 354-366.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. Agencia Lain Entralgo.
- Mittelman, B. y Wolff, H.G. (1939). Affective states and skin temperature: Experimental study of subjects with "cold hands" and Raynaud's syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 271-293.
- Moreno, A. (2012). Terapias Cognitivo-Conductuales de Tercera Generación (TTG): la Atención Plena/Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1-17.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Trastornos mentales*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Patoni, R. y Moreno, A. (2022). Evaluación del tratamiento basado en atención plena sobre la sintomatología asociada a la artritis. *Psicología y Salud*, 32(1), 71-80.
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé. Revista de Psicología y Pedagogía*, 5(2), 159-172.
- Purizaca, M. (2010). Modificaciones fisiológicas en el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 56(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3234/323428195010>
- Quiroga, H. (2008). *Evaluación de un modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol*. (Tesis doctoral). Universidad nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Ravaldi, C., Ricca, V., Wilson, A., Homer, C. y Vannacci, A. (2021). Pregnant women voice their concerns and birth expectations during the COVID-19 pandemic in Italy. *Women birth*. 36(4), 335-343. Doi: 10.1016/j.wombi.2020.07.002
- Reza, Y., Abdollah, O., Zohreh, S. y Hossein, A. (2016). The effect of Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy on Depression and Anxiety among Pregnant Women: a Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 5(3), 195-204.
- Robinson, L., Walker, J. y Anderson, D. (1992). Cognitive-behavioural treatment of panic disorder during pregnancy and lactation. *Can. J. Psychiatry*, 37, 623-626.
- Rodríguez, C. (2020). *Evaluación de la intervención atención plena compasiva en mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa*. [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México]. Ciudad de México, México.
- Rodríguez, E. (2018). ¿Cuál es la temperatura corporal idónea en el embarazo? *El embarazo*. Recuperado el 15-11-19 de <https://elembarazo.net/dudas/cual-es-la-temperatura-corporal-idonea-en-el-embarazo>
- Sánchez, E. y Moreno, A. (2017). Efectos del tratamiento de atención plena y compasión sobre ansiedad, calidad de vida y asma. *Psicología y Salud*, 27(2), 167-178.
- Simkin, D., y Black, N. (2014). Meditation and Mindfulness in Clinical Practice. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23, 487-534.
- Villegas, J., Villegas, O. y Villegas, V. (julio-diciembre, 2012). Semiología de los signos vitales: una mirada novedosa a un problema vigente. *Archivos de Medicina* (col). 12(2), 221-240.
- Vinkers, C.H., Penning, R., Helhammer, J., Verster, J.C., Klaessens, J.H., Olivier, B., y Kalman, C.J. (2013). The effect of stress on core and peripheral body temperature in humans. *Stress*, 16(5), 520-530.