

BENEFICIOS DEL *MINDFULNESS* EN MUJERES EMBARAZADAS

LYDIA GÓMEZ-SÁNCHEZ<sup>1</sup>, GLORIA GARCÍA-BANDA<sup>2</sup>, MATEU SERVERA<sup>2</sup>,  
SERGIO VERD<sup>3</sup>, ANA FILGUEIRA<sup>4</sup>, ESTHER CARDO<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Son Espases, Palma, Illes Balears, <sup>2</sup>Facultad de Psicología, Universitat de les Illes Balears,

<sup>3</sup>Atención Primaria de Mallorca, Unidad de Pediatría, Dispensario La Vileta,

<sup>4</sup>Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma, Illes, España

**Resumen** Este trabajo tiene el propósito de revisar el efecto de las intervenciones basadas en *mindfulness* sobre la salud mental perinatal. Se efectuó una búsqueda de la literatura publicada hasta septiembre 2019 en la base de datos *Web of Science* (WOS). Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión y después de leer el título y *abstracts* de los artículos encontrados, se han seleccionado 26 de ellos, de los que se han escogido solo ocho por tratarse de ensayos controlados y aleatorizados (RCTs) que estudian datos de ansiedad, depresión, estrés percibido y *mindfulness* pre y post-intervención y con datos de seguimiento. Los resultados encontrados muestran que las intervenciones basadas en *mindfulness* (IBMs) son más eficaces que la asistencia sanitaria habitual (TAU) para la mujer embarazada a la hora de reducir la sintomatología depresiva, ansiosa y estrés percibido e incrementar sus niveles de *mindfulness* post-intervención. Para futuras investigaciones se consideraría interesante realizar el seguimiento de estas variables en el posparto e incluir otras como la calidad del vínculo madre-bebé, la adherencia a la lactancia materna y el desarrollo evolutivo del recién nacido.

**Palabras clave:** *mindfulness*, embarazo, depresión posparto, ansiedad, estrés percibido

**Abstract** *Benefits of mindfulness in pregnant women.* This article is intended to review the effect of mindfulness-based interventions on perinatal mental health. A search of the literature published until September 2019 in the Web of Science (WOS) database was carried out. Taking into account the inclusion and exclusion criteria and after reading the title and abstracts of the articles found, 26 of them have been selected. Finally we only analyzed randomized controlled trials (RCTs) that show data on anxiety, depression, perceived stress and mindfulness before and after intervention and with follow-up data. The results found show that mindfulness-based interventions (IBMs) are more effective than the usual healthcare (TAU) that pregnant women receive for the reduction of depressive, anxious and perceived stress symptoms as well as increasing their post-intervention mindfulness levels. For future research, a postpartum follow-up would be considered interesting taking into account variables such as the quality of the mother-baby attachment, adherence to breastfeeding and the evolutionary development of the newborn.

**Key words:** mindfulness, pregnancy, postpartum depression, anxiety, perceived stress

La etapa perinatal (embarazo, parto y hasta un año posparto) es un momento importante en la vida de una mujer donde se experimenta una gran cantidad de emociones tanto positivas como negativas. Además, esta etapa implica numerosos cambios que pueden resultar muy estresantes y altamente impactantes para la salud mental materna. Así, durante este periodo las mujeres son más vulnerables a desarrollar trastornos psicológicos. Los datos confirman que una de cada cuatro mujeres desarrollará un trastorno mental perinatal siendo la depresión la complicación más frecuente<sup>1</sup>. Además, padecer ansiedad multiplica por tres el riesgo de depresión y su

presencia es un factor que puede mantener y/o exacerbar el cuadro depresivo<sup>2</sup>.

En los primeros seis meses después del parto se diagnostica depresión posparto (DPP) a un 20% de mujeres y estas tasas aumentan cuando se ha experimentado depresión en otros momentos de la vida o en embarazos previos<sup>3</sup>. A su vez, la sintomatología depresiva (*maternity blues* o *baby blues*) tiene una prevalencia del 50-85%<sup>4</sup>. Y se ha observado que esta sintomatología empeora la primera semana posparto y empieza a mejorar días después, con excepción de los casos que evolucionan hacia DPP. Por otra parte, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en la etapa perinatal tiene una prevalencia del 8.5-10.5%<sup>5</sup>. De la misma manera, las cifras de sintomatología ansiosa en mujeres embarazadas son más elevadas alcanzando hasta un 39%<sup>6</sup>. La DPP y el TAG, normalmente diagnosticados en el posparto, pueden ser

una consecuencia de sintomatología depresiva y ansiosa ya iniciada durante la gestación<sup>7</sup>.

La sintomatología ansiosa y depresiva perinatal no difiere de la experimentada en otros momentos vitales, pero en esta etapa tiene importantes consecuencias ya que puede dificultar la capacidad de la madre para cuidar de sí misma, pero también de su recién nacido, poniendo en riesgo el establecimiento de un vínculo positivo madre-bebé<sup>8</sup>. Dicha sintomatología materna también se ha relacionado con partos prematuros, instrumentalizados, mayor riesgo de aborto y consecuencias en la descendencia como un bajo peso al nacer, menor circunferencia craneal, crecimiento retardado, puntuaciones inferiores en los test neonatales, llanto excesivo, irritabilidad, sueño errático y a medio/largo plazo dificultades emocionales y comportamentales<sup>9</sup>.

Durante mucho tiempo la salud mental materna ha estado poco atendida y en algunos casos la sintomatología ansiosa y depresiva, iniciada durante el embarazo, pasaba desapercibida. Las sesiones de educación prenatal y seguimiento del embarazo hospitalario, denominadas "tratamiento *as usual*" (TAU), no parecen suficientes para abordar esta sintomatología, porque no incluyen una atención especial a la salud mental materna<sup>10</sup>. Por todo ello, en los últimos años se están poniendo en marcha programas e intervenciones que tengan más en cuenta estos aspectos emocionales a lo largo de la etapa perinatal.

Los tratamientos inicialmente ofertados se basaban en la psicofarmacología. Sin embargo, las mujeres embarazadas suelen preferir no recurrir a la toma de medicación por miedo al potencial riesgo para el desarrollo de su bebé<sup>11</sup>. Las intervenciones psicológicas son una buena alternativa al uso de medicación. La terapia cognitivo-conductual (TCC) es la primera línea de tratamiento bien establecido y empíricamente validado para su aplicación en los trastornos de ansiedad y depresión. En la etapa perinatal, la TCC viene siendo aplicada con éxito en depresión, pero menos utilizada en el caso de la ansiedad<sup>5, 12</sup>. Recientemente, las intervenciones basadas en *mindfulness* (IBMs) o atención plena están arrojando resultados exitosos en la reducción del estrés, la ansiedad, la depresión y el dolor en población general y clínica. En la década de los años 80 se desarrolló la primera de las intervenciones, para el desarrollo de la atención plena, el programa de Reducción de Estrés basado en *Mindfulness* (MBSR). Años más tarde se hizo una integración del MBSR con la terapia cognitiva creando el programa denominado Terapia Cognitiva basada en *Mindfulness* (MBCT) para la prevención de las recaídas de la depresión. Dada la eficacia observada tanto del MBSR como del MBCT en la reducción de ansiedad y depresión en población general, ambos programas se están empezando a aplicar en la etapa perinatal con resultados prometedores.

Por todo ello, el propósito de este trabajo es revisar los resultados publicados hasta la fecha sobre el efecto de las intervenciones basadas en *mindfulness* durante el embarazo sobre la salud mental materna.

## Materiales y métodos

La estrategia de búsqueda ha estado encaminada a revisar la literatura publicada sobre la aplicación de intervenciones basadas en *mindfulness* en mujeres embarazadas. La base de datos electrónica utilizada ha sido *Web of Science* (WOS) desde la primera publicación fechada en 2008 hasta el nueve de septiembre de 2019 con las palabras clave *mindful\** y *pregnant\** en título. Las dos primeras autoras participaron en esta etapa de selección.

Los criterios de selección aplicados a la literatura encontrada han sido: mujeres embarazadas sanas, intervenciones basadas en *mindfulness* presenciales y estudio comparativo de resultados. Los criterios de exclusión fueron que no se tuviera acceso al texto completo, que no estuviera escrito en inglés o español, que la intervención no se realizara durante el embarazo, que no se aplicara *mindfulness* o que no se mostraran resultados comparativos entre grupos.

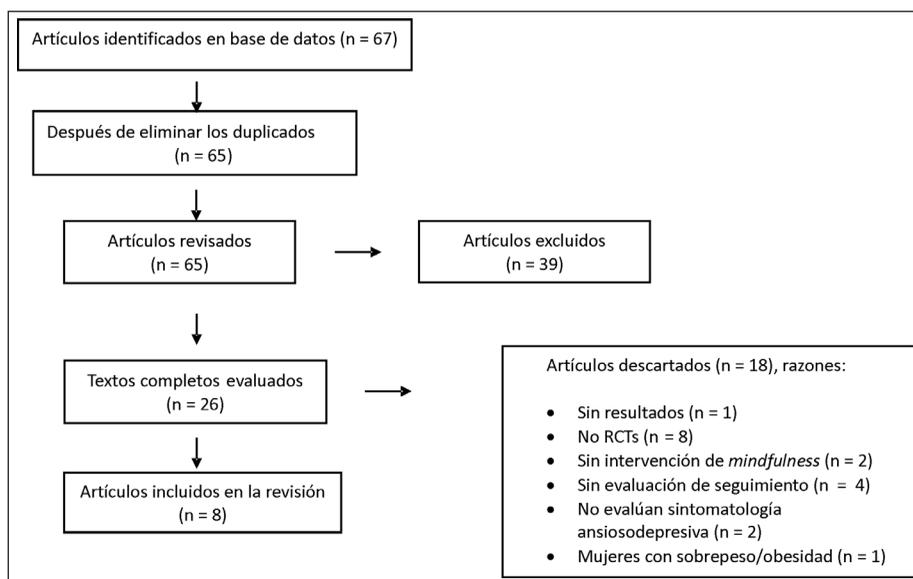
Para cada estudio seleccionado, los datos extraídos por un revisor han sido comprobados por un segundo, realizando una revisión por criterio interjueces. Las discrepancias se han discutido y resuelto. De cada artículo seleccionado los datos extraídos son los siguientes: información general de los estudios incluyendo autores, año, revista y factor de impacto; tipo de diseño, descripción de la muestra y tipo de muestra, intervención con número de sesiones, tipo de intervención, seguimiento, escalas de medida utilizadas y resultados encontrados.

## Resultados

En la búsqueda realizada se encontró un total de 67 artículos potencialmente relevantes, de los cuales dos aparecen repetidos (Fig. 1). Después de leer el *abstract*, se seleccionaron 26 de los mismos en función de los criterios antes mencionados. Los 39 artículos descartados lo han sido por las siguientes razones: no tener resultados de la intervención de *mindfulness* (5), por usar aplicaciones móviles, redes sociales o llamadas telefónicas (5), estar escritos en idiomas diferentes al español o inglés (3), no tener acceso al texto completo (5), ser conferencias (6), ser revisiones sistemáticas (2), ser validación de cuestionarios (4), estar relacionados con otras patologías maternas como síntomas de trauma (1), rotura de membranas (1), diabetes gestacional (1), sobrepeso o alimentación (2), fertilización in vitro (1), imagen corporal negativa (1), intervención en las parejas hombres (1), no aplicar *mindfulness* en contexto sanitario (1).

De los 26 artículos seleccionados, se presentan en la Tabla 1 los resultados de ocho estudios controlados aleatorizados (*randomized controlled trials*, RCTs) con medidas de sintomatología depresiva, ansiosa, estrés percibido y *mindfulness* pre- y post-intervención y con datos de seguimiento.

Fig. 1.– Diagrama de flujo que detalla el proceso de selección de los estudios



RCTs: randomized controlled trials (ensayos clínicos aleatorizados)

Las características de los estudios incluidos son las siguientes: las participantes fueron reclutadas en hospitales y servicios médicos. La duración de las intervenciones basadas en *mindfulness* fue de ocho sesiones de frecuencia semanal, con la excepción de un caso en el que se realizaron dos sesiones a la semana y de otra intervención breve que realizó sólo seis sesiones. La duración de cada sesión fue de dos horas con la excepción de un caso de 90 minutos y otro de tres horas. Los programas de *mindfulness* aplicados estuvieron en su mayoría adaptados a la etapa perinatal (*Mindful Motherhood Intervention*, *Mindfulness based Childbirth and Parenting* y MBCT para la depresión perinatal) y hubo otros más genéricos (*MBSR* y *Mindful Awareness Practice*). Las principales escalas de medida de las variables de interés utilizadas fueron: *Perceived Stress Scale* (PSS) para el estrés percibido de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983), *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) de Spielberg, Gorsuch y Lushene's (1970) y *Beck Anxiety Inventory* (BAI) de Beck y Steer (1988) para la sintomatología ansiosa, *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) de Beck, Steer y Brown (1996), *Hamilton Depression Scale* (HDS) de Hamilton (1960) y *Edinburgh Postpartum Depression Scale* (EPDS) de Cox, Holden y Sagovsky (1987) para la sintomatología depresiva, y *Five Factor Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) de Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney (2006) y *Mindfulness Attention Awareness Scale* (MAAS) para la atención plena de Brown y Ryan (2003).

En relación a la adherencia a la intervención, solo hay un estudio que lo analizaba pormenorizadamente<sup>13</sup>, donde la asistencia a un mayor número de sesiones se

relacionaba con una menor sintomatología depresiva post-intervención y en el seguimiento. Asimismo, este estudio encontró una asociación positiva post-intervención entre número de sesiones y nivel de *mindfulness*, que no se mantuvo en el seguimiento. Dicha asociación no apareció en el estrés percibido y estos autores no incluyeron la ansiedad como variable de estudio.

Siete de los ocho RCTs estudiaron los cambios en la puntuación en depresión<sup>10, 13-18</sup> y cinco de ellos obtuvieron reducciones significativas en depresión post-intervención y en el seguimiento tanto en mujeres de población general<sup>10, 17</sup>, como con diagnóstico de depresión<sup>14, 15, 18</sup>, en comparación al grupo control (TAU). Además, uno de los estudios indicó que el grupo experimental frente al TAU redujo en un 88% el riesgo de recaídas de depresión posparto<sup>18</sup>.

Respecto a la ansiedad se encontraron cuatro RCTs<sup>14, 16, 17, 19</sup>. En tres de ellos se observó una disminución significativa en los niveles de ansiedad post-intervención<sup>14, 16, 17</sup> en comparación al grupo control, que en dos de ellos se mantuvo en el seguimiento<sup>14, 17</sup>.

Datos de estrés percibido se analizaron en cinco RCTs<sup>10, 13, 15, 16, 19</sup>. Dos de ellos informaron de una reducción significativa del estrés percibido post-intervención y en el seguimiento<sup>10, 15</sup> en comparación al grupo control.

Finalmente, cuatro estudios estudiaron los cambios en *mindfulness*<sup>10, 13, 16, 19</sup>. Dos de ellos mostraron puntuaciones más elevadas de *mindfulness* post-intervención<sup>10, 16</sup> en comparación al grupo control y uno de ellos también en el seguimiento<sup>16</sup>, aunque en este estudio las diferencias con el grupo control no fueron significativas. En uno de los

TABLA 1.– Resumen de los ensayos clínicos aleatorizados (RCTs) de intervenciones basadas en mindfulness adaptadas al periodo del embarazo

Autores	Participantes	Población y diagnóstico	Diseño (*)	Instrumentos	Resultados
Pan et al. (2019) <sup>10</sup>	N = 104 mujeres Ocho casos perdidos n = 96. Embarazo simple Taiwan (China). 1. GE = 52; 2. GC = 52	Población general	RCT Pre-Post 36 SG seguimiento	PSS ( <i>Perceived Stress Scale</i> ) 10 ítems EPDS (Escala Edimburgo de Depresión Posparto) 10 ítems. CBSEI-32 (Inventario de Autoeficacia del Parto) 10 ítems. FFMQ (Cuestionario Five Facets Mindfulness) 39 ítems	GE < estrés/ depresión post-intervención (p = 0.01; p = 0.001) y en seguimiento (p = 0.01; p = 0.007) vs. TAU GE > autoeficacia vs. TAU en parto y seguimiento (p > 0.05) GE > puntuaciones en <i>mindfulness</i> en post-intervención (p < 0.001), no en seguimiento vs. TAU
Zhang y Emory (2015) <sup>13</sup>	N = 65 Mujeres Embarazo simple Población urbana afroamericana. 1. GE = 34; 2. GC = 31	Población no clínica con bajos ingresos	RCT piloto Pre-Post Un mes seguimiento	TMS ( <i>Toronto Mindfulness Scale</i> ) 13 ítems PSS BDI-II (Inventario de Depresión de Beck) 21 ítems PES ( <i>Pregnancy Experience Scale - Brief Version</i> )	Efecto entre n° de sesiones y variables del estudio. Asociación positiva entre n° de sesiones y atención post-intervención (p = 0.05) Asociación negativa entre n° sesiones y depresión en seguimiento (p < 0.05). Asociación positiva entre n° sesiones y experiencias positivas en seguimiento (p < 0.05)
Zemestani y Fazeli-Nikoo (2019) <sup>14</sup>	N = 38 mujeres 5 casos perdidos; n = 33 Kurdistán (Irán). 1. GE = 19, 2. GC = 19	Población clínica DSM-5 > 22. TDM = 47.4%. Ansiedad 42%	RCT Pre-Post Un mes seguimiento	BDI-II BAI (Inventario de Ansiedad de Beck) 21 ítems ERQ (Cuestionario de Regulación Emocional) 10 ítems SPWB (Escala de Bienestar Psicológico) 42 ítems	Grupo <i>mindfulness</i> (GE) < puntuaciones en depresión/ansiedad post-intervención y en seguimiento (p < 0.0001) vs. GC. GE incrementa puntuación en reevaluación cognitiva post-intervención y seguimiento (p < 0.001); disminuye en supresión emocional post-intervención y en seguimiento (p < 0.008) vs. GC. GE aumenta bienestar psicológico post-intervención y en seguimiento (p < 0.001) vs. GC
Shahtaheri et al (2016) <sup>15</sup>	N = 30 mujeres Teheran (Irán) 1. GE = 15, 2. GC = 15	Población clínica depresión y estrés	RCT Pre-Post Dos meses seguimiento	HDS (Escala de Depresión de Hamilton) 24 ítems PSS. SF-36 (Cuestionario de Calidad de Vida)	GE mejora post-intervención y seguimiento en gravedad de depresión (p = 0.0001) y estrés (p = 0.0001) vs. GC
Vieten y Astin (2008) <sup>16</sup>	N = 34 mujeres San Francisco, California (EE.UU.) 1. GE = 15 2. GC = 19	Población general 35% tratamiento psiquiátrico 32% tratamiento con psicofármacos	RCT Pre-Post Tres meses seguimiento	STAI ( <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> ) 20 ítems PANAS-X ( <i>Positive and Negative Affect Schedule</i> ) 20 ítems. PSS; CES-D ( <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i> ); ARM (Medida Regulación Afecto); MAAS ( <i>Mindful Attention Awareness Scale</i> )	GE reduce ansiedad (p < 0.05) y afecto negativo (p < 0.04) post-intervención vs. GC. En seguimiento (p > 0.05) En GE afecto positivo, estrés, depresión y regulación del afecto (p > 0.05)
Yazdanimehr et al (2016) <sup>17</sup>	N = 80 mujeres Akramian, Taleghani y Ketabchi (Irán). 1. GE = 40; 2. GC = 40	Población general	RCT; Pre-Post Un mes seguimiento	EPDS; BAI	GE puntuaciones más bajas en depresión y ansiedad post-intervención y seguimiento (p < 0.001)
Dimidjan et al (2016) <sup>18</sup>	N = 86 mujeres. Colorado, Georgia (EE.UU.) 1. GE = 43; 2. GC = 43	Antecedentes de depresión mayor Riesgo de recaída	RCT; Pre-Post 6 meses posparto seguimiento	EPDS; CSQ ( <i>Client Satisfaction Questionnaire</i> ) LIFE ( <i>Longitudinal Interval Follow-up Evaluation</i> ) MBCT (Escala de adherencia)	GE < depresión (p = 0.002) vs. GC. Recaída GE = 18.4%; GC = 50.2% Embarazo tasa recaída no difiere (p = 0.43) en GE vs. GC Posparto: riesgo de recaída menor en GE (p = 0.005) que GC
Guardino et al (2014) <sup>19</sup>	N = 47 mujeres Clínica privada UCLA- 1. GE = 24; 2. GC = 23	Alto estrés/ansiedad	RCT piloto; Pre-Post Seis semanas seguimiento	PSA ( <i>Pregnancy-Specific Anxiety</i> ) 4 ítems PRA ( <i>Pregnancy-Related Anxiety</i> ) 10 ítems PSS; STAI; FFMQ ; Adherencia a la práctica	GE disminución ansiedad del embarazo (PSA y PRA) post-intervención (p < 0.05) vs. GC, menor en seguimiento (p > 0.05) GE y GC reducen niveles estrés (p < 0.05) y ansiedad (p < 0.001) y aumentan <i>mindfulness</i> (p < 0.0001) en post-intervención y seguimiento

(\*): ver Tabla 2.

GC = grupo control; GE = grupo intervención; Q1 = primer cuartil de factor de impacto; Q2 = segundo cuartil de factor de impacto; Q3 = tercer cuartil de factor de impacto; Q4 = cuarto cuartil de factor de impacto;

RCT = ensayo clínico aleatorizado; sg = semanas de gestación; TAU: educación prenatal y seguimiento del embarazo hospitalario, denominadas "tratamiento as usual"

estudios<sup>19</sup>, se encontró un aumento significativo pre-post del *mindfulness* tanto en el grupo experimental como en el grupo control.

## Discusión

La ansiedad y la depresión son dos de los trastornos mentales más frecuentes en la etapa perinatal (25%). La atención sanitaria en esta etapa es esencial para la salud de la madre, del bebé y de la familia que lo recibe. Por ello, el objetivo de nuestro trabajo fue conocer si las intervenciones basadas en *mindfulness* tenían un efecto positivo en los niveles de depresión, ansiedad, estrés y *mindfulness* de las mujeres embarazadas.

En función de los resultados encontrados se puede concluir que una intervención de ocho sesiones de *mindfulness* es más eficaz que el tratamiento sanitario habitual que recibe la madre (TAU) a la hora de reducir la sintomatología depresiva en la evaluación post-intervención y que dicha reducción se mantiene en el

seguimiento. En el caso de la ansiedad, los resultados son también positivos, las intervenciones basadas en *mindfulness* (de al menos seis semanas) disminuyen la sintomatología ansiosa en comparación con TAU, siendo el BAI el instrumento de preferencia, ya que el STAI, no obtiene resultados significativos en la medida post-intervención, o pierde la significación en el seguimiento. Es interesante observar que en los dos estudios<sup>14, 17</sup> en los que se obtienen mejoras significativas en depresión y ansiedad post-intervención mantenidas en el seguimiento, el programa aplicado es una modificación del MBCT. El MBCT fue desarrollado específicamente para prevenir las recaídas de la depresión y combina componentes de la TCC y del MBSR.

Sin embargo, los estudios que encontraron reducciones en el estrés percibido fueron menos numerosos y en general, eran aquellos en los que el contenido de las sesiones era bastante similar a la intervención original MBSR<sup>15</sup>, desarrollado específicamente para reducir el estrés o el instructor estaba formado en dicho programa<sup>10</sup> (Tabla 2).

TABLA 2.– Descripción de las intervenciones realizadas

Autores/año	Tipo de intervención basada en <i>mindfulness</i>
Pan et al (2019) <sup>10</sup>	MBCP: <i>Mindfulness Based Childbirth and Parenting</i> . Ocho sesiones grupales de frecuencia semanal y tres horas de duración. Un retiro en silencio de siete horas. Audios para casa seis, días a la semana de 30 minutos Primer autor entrenado en <i>International Childbirth Education Association</i> y <i>Mindfulness-based Stress Reduction</i>
Zhang y Emory (2015) <sup>13</sup>	MMI: <i>Mindful Motherhood Intervention</i> (adaptación basada en MBSR, MBCT, terapia dialéctica-conductual y terapia de aceptación y compromiso). Ocho sesiones grupales con una frecuencia de dos sesiones/sem. Entrega de material de lectura de clase y CDs con tres audios de meditaciones de 20 minutos para casa. Grupos: 1-6 mujeres. Estudiante de doctorado en psicología clínica con formación online en MMI.
Zemestani y Nikoo (2019) <sup>14</sup>	MBCT: <i>Mindfulness-based Cognitive Therapy</i> con modificaciones para periodo perinatal. Ocho sesiones frecuencia semanal, 2 horas duración. 30 minutos de práctica diaria en casa. Tres min " <i>breathing space</i> " 3 veces/día en 5 de las semanas, últimas 3 sem, solo para pensamientos/sentimientos desagradables. Psicólogo clínico nivel de máster.Sesiones supervisadas semanalmente
Shahtaheri et al (2016) <sup>15</sup>	MBSR: <i>Mindfulness-based Stress Reduction</i> + yoga consciente, 8 sesiones grupales/semana. El marido es entrenado para manejar el estrés en la familia. No especifica formación de los terapeutas
Vieten y Astin (2008) <sup>16</sup>	MMI: <i>Mindful Motherhood Intervention</i> incorporando: 1) <i>mindfulness</i> en pensamientos/ sentimientos, respiración consciente y practicas contemplativas, 2) <i>mindfulness</i> en el cuerpo con <i>body scan</i> y <i>mindful hatha yoga</i> , 3) incorporación de conceptos que incorporan <i>mindfulness</i> , 8 sesiones grupales/semana. Material de lectura de clase y CDs con 3 audios de meditaciones de 20 min para casa. Grupos de 12-20 mujeres y sus bebés en el grupo control de lista de espera posparto. Psicólogo clínico entrenado en <i>mindfulness</i> y certificado en yoga prenatal.
Yazdanimehr et al (2016) <sup>17</sup>	MiCBT: <i>Mindfulness integrated Cognitive Behavior Therapy</i> . Incluye: 1) descripción general del MiCBT; 2) principios básicos de atención plena, componentes de TCC y respiración consciente; 3) respiración consciente, exploración corporal y sensaciones viscerales; 4) exploración corporal, TCC con resolución de problemas y relación de atención plena con TCC; 5) exploración corporal; 6) habilidades interpersonales, juego de roles; 7) aceptación/manejo del sufrimiento de vida diaria; 8) revisión y evaluación; 8 sesiones grupales/semana. Psicóloga, master en Psicología Clínica entrenada en <i>mindfulness</i>
Dimidjian et al (2016) <sup>18</sup>	MBCT-PD: <i>Mindfulness based Cognitive Therapy for Perinatal Depression</i> (adaptación con énfasis en prácticas informales breves, meditación compasiva para combatir autocrítica y conexión con el bebé), 8 sesiones grupales/semana, 6 días/sem, práctica en casa; opción a una clase de seguimiento mensual. Grupos de 3-9 participantes. Psicólogas clínicas entrenadas en MBCT, terapeuta de apoyo especialista en conductas de salud.
Guardino et al (2014) <sup>19</sup>	MAPs: <i>Mindfull Awareness Practices program</i> , 6 sesiones/sem, 2 horas duración. Meditaciones guiadas en el hogar. Tres instructores entrenados, seguimiento de un manual estandarizado

Por último, la capacidad de las IBMs para incrementar el propio *mindfulness* es más consistente post-intervención que en el seguimiento. Que se mantengan o no las mejoras del *mindfulness* en el seguimiento podría depender de la cantidad de práctica en casa durante los meses posteriores al tratamiento. Esta sería una variable muy interesante a incluir en futuros estudios que no aparece evaluada en ninguno de los RCTs revisados. Además, parece que la escala MAAS es más sensible que la FFMQ a la hora de detectar modificaciones en la atención plena debidas a las IBMs.

Por tanto, se puede concluir que los programas basados en *mindfulness* adaptados a la etapa perinatal, con una frecuencia semanal de dos horas, un total de ocho sesiones y acompañados de práctica diaria en casa, que además están impartidos por psicólogos clínicos formados en dichas intervenciones y que cuentan con supervisión externa, son más beneficiosos para promover la salud mental materna durante el embarazo que el TAU. Además, consideramos que sería interesante explorar el efecto de dichas intervenciones en etapas posteriores analizando en futuros estudios variables como: la calidad del vínculo madre-bebé, la adherencia a la lactancia materna o el desarrollo evolutivo del recién nacido.

**Agradecimientos:** Este trabajo forma parte de un proyecto para la realización de tesis doctoral. La primera autora ha obtenido una beca pre doctoral a tiempo parcial en convocatoria pública del Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares (IdSBA) con fondos donados por la Asociación IdSBA sin ánimo de lucro, manifestando nuestro sincero agradecimiento a ambas entidades por su financiación y apoyo para su realización.

**Conflicto de intereses:** Ninguno para declarar

## Bibliografía

- Vega-López O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in United States. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 805-15.
- Mohamad Yussuff AS, Tang I, Binns CW, Lee AH. Prevalence and risk factors for postnatal depression in Sabah, Malaysia: a cohort study. *Women Birth* 2015; 28: 25-9.
- Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression: Pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues Clin Neurosci* 2011; 13: 89-100.
- Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord* 2015; 175: 34-52.
- Green SM, Haber E, Frey BN, McCabe RE. Cognitive-behavioral group treatment for perinatal anxiety: a pilot study. *Arch Womens Ment Health* 2015; 18: 631-8.
- Goodman JH, Chenausky KL, Freeman MP. Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2014; 75: 1153-84.
- Howard LM, Flach C, Mehay A, Sharp D, Tylee A. The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh postnatal depression scale in postpartum women in primary care: findings from the respond trial. *BMC Pregnancy childbirth* 2011; 3:57, doi.org/10.1186/1471-2393-11-57
- Murray L. The development of children and postnatally depressed mothers: Evidence from the Cambridge Longitudinal study. *Psychoanal Psychother* 2009; 23: 185-99.
- Fishell A. Depression and anxiety in pregnancy. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2010; 17: 363-9.
- Pan WL, Gau ML, Lee TY, Jou HJ, Liu CY, Wen TK. Mindfulness-based programme on the psychological health of pregnant women. *Women Birth* 2019; 32: 102-9.
- Goodman JH. Women's attitudes, preferences, and perceived barriers to treatment for perinatal depression. *Birth* 2009; 36: 60-9.
- Sokol LE. A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *J Affect Disord* 2015; 15: 7-21.
- Zhang H, Emory EK. A mindfulness-based intervention for pregnant African-American women. *Mindfulness* 2015; 6: 663-74.
- Zemestani M, Fazeli Nikoo Z. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for comorbid depression and anxiety in pregnancy: a randomized controlled trial. *Arch Womens Ment Health* 2019; April 13.
- Shahtaheri E, Hosseini S, Ebrahimi M, Jalil Abadi Z, Mir Derikvand F. The impact of stress reduction program based on mindfulness and conscious yoga on depression, perceived stress and quality of life in pregnant women. *Acta Med Mediter* 2016; 32: 2047.
- Vieten C, Astin J. Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: Results of a pilot study. *Arch Womens Ment Health* 2008; 11: 67-74.
- Yazdanimehr R, Omidi A, Sadat Z, Akbari K. The effect of Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy on depression and anxiety among pregnant women: A Randomized Clinical Trial. *J Caring Sci* 2016; 5: 195-204.
- Dimidjian S, Goodman SH, Felder J, Gallop R, Brown, AP, Beck A. Staying well during pregnancy and the postpartum: a pilot randomized trial of mindfulness based cognitive therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence. *J Consult Clin Psychol* 2016; 84: 134-45.
- Guardino, C M, Dunkel Schetter C, Bower JE, Lu MC, Smalley SL. Randomised controlled pilot trial of mindfulness training for stress reduction during pregnancy. *Psychol Health* 2014; 29: 334-49.