

**BENEFICIOS DEL MINDFULNESS EN MUJERES EMBARAZADAS: UNA REVISIÓN TEÓRICA.**

Lydia Gómez-Sánchez (1), Gloria García-Banda (2), Mateu Servera (3),  
Sergio Verd (4), Ana Filgueira (5), Esther Cardo (6).

- (1) Psicóloga Clínica. Hospital Universitario Son Espases, Palma, Illes Balears.
- (2) Profesora titular Facultad de Psicología, Universitat de les Illes Balears.
- (3) Profesor titular Facultad de Psicología, Universitat de les Illes Balears.
- (4) Pediatra Atención Primaria de Mallorca, Unidad de Pediatría, Dispensario La Vileta.
- (5) Neonatóloga Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma, Illes Balears.
- (6) Neuropediatra Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma, Illes Balears.

Correspondencia: Lydia Gómez Sánchez. lidiagomezsanchez@gmail.com

**RESUMEN**

La etapa perinatal (embarazo, parto y hasta un año posparto) es un periodo crucial en la vida de una mujer en la que se producen numerosos cambios que pueden resultar estresantes y altamente impactantes para la salud mental materna. Los datos confirman que en este periodo una de cada cuatro mujeres desarrollará un trastorno mental perinatal siendo la depresión la complicación más frecuente (1). Un 20% de estas mujeres presentara depresión postparto (DPP) y estas tasas aumentan si hay antecedentes de depresión en otros momentos de la vida o en embarazos previos (2). A su vez, la sintomatología depresiva “maternity blues o baby blues” tiene una prevalencia del 50-85%(4) y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) del 8.5-10.5%(3).

La sintomatología ansiosa y depresiva perinatal no difiere de la experimentada en otros momentos vitales pero en esta etapa tiene mayores repercusiones ya que puede interferir en el establecimiento de un vínculo positivo madre-bebé(4). La ansiedad y depresión materna también se asocia a una mayor prevalencia de partos prematuros, instrumentalizados, abortos, bajo peso al nacer, menor perímetro cefálico, crecimiento intrauterino retardado, bajas puntuaciones en el test de Apgar, irritabilidad en el bebé, sueño errático y desarrollo de problemas de conducta y emocionales en el niño a largo plazo (5).

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 (6).

El objetivo de este estudio es revisar el efecto de las intervenciones basadas en mindfulness sobre la salud mental perinatal. Se ha utilizado la base de datos Web of Science (WOS) y se han seleccionado 26 artículos que cumplieran todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión. Solo 8 de los 26 artículos se han podido analizar al tratarse de ensayos controlados y aleatorizados (RCTs) con información de las variables de ansiedad, depresión, estrés percibido pre y post-intervención de programa mindfulness (Tabla 1).

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, State Trait Anxiety Inventory (STAI) y Beck Anxiety Inventory (BAI) para la sintomatología ansiosa, Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Hamilton Depression Scale (HDS) y Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) para la sintomatología depresiva, y Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ) y Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS) para la atención plena.

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. Es interesante observar que en los estudios en los que se obtienen mejoras significativas en depresión y ansiedad mantenidas en el seguimiento, se aplicó una modificación del programa MBCT(7-11). El MBCT fue desarrollado específicamente para prevenir las recaídas de la depresión y combina componentes de la TCC y del MBSR.

Por tanto, se puede concluir que los programas basados en mindfulness adaptados a la etapa perinatal, de dos horas a la semana, ocho semanas de duración, con práctica diaria en casa e 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 (IDISBA) <http://www.idisba.es/cat/>. Los fondos para la dotación de esta beca han sido donados por la Asociación "Pro Nins" una asociación sin ánimo de lucro.

## Referencias bibliográficas

Vega-López O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, y Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in United State. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65(7): 805-815.

Meltzer-Brody,S. New insights into perinatal depression: Pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues Clin Neurosci* 2011; 13(1): 89-100.

Goodman JH, Chenausky KL, y Freeman MP. Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2014; 75:1153-1184.

Goodman JH. Women's attitudes, preferences, and perceived barriers to treatment for perinatal depression. *Birth* 2009; 36(1):60-69.

Sockol LE. A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *J Affect Disord* 2015; 15(177):7-21.

Zhang H, y Emory EK. A Mindfulness-Based Intervention for Pregnant African-American Women. *Mindfulness* 2015; 6(3):663–674.

Zemestani M, y 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;1-8.

Yazdanimehr R, Omid A, Sadat Z, y 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(3):195-204.

Dimidjian S, Goodman SH, Felder J, Gallop R, Brown, AP, y 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(2):134-145.