



Universidad
Europea VALENCIA

Grado en ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

TÍTULO:

LA EFICACIA DEL MINDFULNESS EN LA ETAPA PERINATAL

Presentado por: Dña. Macarena Martínez Alonso

Tutor/a: Dña. Laura Beatriz Serralta García

TFG de revisión bibliográfica narrativa.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Contextualización de la etapa perinatal	1
1.2 Impacto del estrés y la ansiedad en la salud mental y fetal	2
1.3 Definición y fundamentos del mindfulness	4
1.4 Revisión de la evidencia previa sobre mindfulness en el mindfulness en el contexto perinatal	5
1.5 Implementación del mindfulness en las TIC	7
1.6 Mindfulness perinatal y ODS: estrategia de salud.....	8
1.7 Justificación del estudio	9
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	10
3. MATERIAL Y MÉTODOS	11
3.1 Diseño del trabajo.....	11
3.2 Selección de publicaciones.....	12
3.3 Proceso de la búsqueda bibliográfica.....	13
4. RESULTADOS	15
4.1 Redacción de los resultados.....	21
5. DISCUSIÓN.....	24
5.1 Limitaciones.....	26
5.2 Futuras investigaciones.....	27
5.3 Aportación del estudio a la literatura.....	27
5.4 Propuestas de implementación real en sistemas de salud.....	27
6. CONCLUSIONES.....	29
7. BIBLIOGRAFÍA.....	30

ÍNDICE DE TABLAS Y/O ILUSTRACIONES

• Ilustración 1. Representación Triángulo de la atención.....	5
• Ilustración 2. Diagrama de Flujo.....	14
• Tabla 1. Términos de búsqueda.....	11
• Tabla 2. Resultados de los artículos.....	15
• Tabla 3. Resultados de los artículos.....	16
• Tabla 4. Resultados de los artículos.....	17
• Tabla 5. Resultados de los artículos.....	18
• Tabla 6. Resultados de los artículos.....	19
• Tabla 7. Resultados de los artículos.....	20

SÍMBOLOS Y SIGLAS

- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- **DPP:** Depresión postparto.
- **EPDS:** Escala de Edimburgo de la Depresión Postparto.
- **BDI-II:** Cuestionario de la Depresión de Beck II.
- **TDP:** Trabajo de parto.
- **LM:** Lactancia materna.
- **MBSR:** Terapia de reducción del estrés basado en mindfulness.
- **MBCT:** Terapia cognitiva basada en mindfulness (atención plena).
- **TCD/CBT:** Terapia cognitivo conductual.
- **ACT:** Terapia de aceptación y compromiso.
- **BRT:** Terapia breve relacional.
- **TIC:** Tecnologías de la Información y de las comunicaciones.
- **DMHI:** Intervenciones digitales de salud mental.
- **IMBI:** Intervenciones basadas en la atención plena entregadas por internet.
- **TAU:** Tratamiento sanitario habitual (sesiones de educación prenatal y seguimiento del embarazo hospitalario.)
- **PMAD:** Trastornos del estado del ánimo perinatales.
- **MAAP:** Atención plena a las mujeres afroamericanas.
- **PND:** Depresión perinatal.
- **PTB:** Parto prematuro.
- **LBW:** Bajo peso al nacer.
- **PS:** Sueño prenatal.

RESUMEN

La etapa perinatal implica profundos cambios físicos, psíquicos y emocionales en la vida de las mujeres, siendo común la aparición de síntomas de depresión, ansiedad y estrés que afectan tanto a la madre como al bebé. Ante esta situación, el mindfulness se plantea como una alternativa no farmacológica prometedora para el abordaje de estos trastornos del ánimo.

Este estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness durante el periodo perinatal de la mujer para reducir dichos síntomas.

Para ello, se realizó una revisión de la literatura científica publicada entre 2020 y 2024 en bases de datos como PubMed, Dialnet, SciELO, Cochrane y Google Scholar. A través de criterios de inclusión y exclusión, y la revisión de títulos y resúmenes, se seleccionaron 17 publicaciones relevantes, que incluyen revisiones sistemáticas, revisiones bibliográficas narrativas, ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) y un libro especializado.

Los hallazgos demuestran que el mindfulness no solo reduce de forma significativa los síntomas emocionales en la etapa perinatal, sino que también aporta beneficios al desarrollo fetal, al bienestar infantil y a mayor calidad de las relaciones dentro del núcleo familiar.

Además, se subraya el valor de las herramientas digitales como medio para facilitar la continuidad de la práctica, mejorar la adherencia y superar barreras de acceso.

Esto pone en relieve el papel del mindfulness como una estrategia preventiva y terapéutica para la salud mental perinatal. Su enfoque integral permite atender los trastornos del ánimo más frecuentes en esta etapa, ofreciendo una alternativa segura y efectiva al tratamiento tradicional.

Palabras clave:

Etapa perinatal, mindfulness, depresión, ansiedad, estrés, tratamiento alternativo.

ABSTRACT

The perinatal stage involves profound physical, psychological, and emotional changes in a woman's life. The appearance of symptoms of depression, anxiety, and stress, which affect both mother and baby, is common. Given this situation, mindfulness is emerging as a promising non-pharmacological alternative for addressing these mood disorders.

This study aims to evaluate the effectiveness of mindfulness-based interventions during the perinatal period in reducing these symptoms.

To this end, a review of the scientific literature published between 2020 and 2024 was conducted in databases such as PubMed, Dialnet, SciELO, Cochrane, and Google Scholar. Using inclusion and exclusion criteria and reviewing titles and abstracts, 17 relevant publications were selected, including systematic reviews, narrative literature reviews, randomized controlled trials (RCTs), and a specialized book.

The findings demonstrate that mindfulness not only significantly reduces emotional symptoms during the perinatal period but also provides benefits for fetal development, child well-being, and improved quality of relationships within the family.

Furthermore, the value of digital tools is emphasized as a means to facilitate the continuity of the practice, improve adherence, and overcome access barriers.

This highlights the role of mindfulness as a preventive and therapeutic strategy for perinatal mental health. Its comprehensive approach allows for the treatment of the most common mood disorders at this stage, offering a safe and effective alternative to traditional treatment.

Keywords:

Perinatal stage, mindfulness, depression, anxiety, stress, alternative treatment.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Contextualización de la etapa perinatal.

La salud mental perinatal aborda el momento vital de la mujer desde la concepción hasta el primer año de postparto y hace alusión a la afectación del bienestar mental durante el embarazo, o bien, una etapa relacionada con él.¹

El embarazo es uno de los momentos más importantes en la vida de la mujer, ya que se encuentra sometida a numerosos cambios fisiológicos y emocionales que pueden afectar a la desregulación del estado de ánimo.² Por esta razón, durante este periodo, la mujer se convierte en un sujeto altamente vulnerable con el riesgo de padecer y desarrollar trastornos mentales; como trastornos del ánimo, siendo la ansiedad y la depresión los más comunes y con más incidencia en la etapa perinatal.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como " el estado de bienestar físico, psíquico y social de una persona y no sólo la ausencia, afección o enfermedad." (OMS,1946) ³

Al mismo tiempo, define salud mental como "un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad." (OMS) ⁴

Inevitablemente el embarazo, va asociado al estrés debido a un proceso de cambio y adaptación. El problema surge cuando el estrés pasa de ser una reacción fisiológica, a ser una reacción patológica negativa denominada "distress".⁵

La neurociencia asegura que muchas de las enfermedades neurológicas son moduladas por un alto padecimiento del nivel de estrés. Sin embargo, la medicina no da muchas alternativas para tratar el estrés crónico. La única opción son los fármacos como ayuda para el control de los síntomas, pero no para erradicar la causa que lo genera.⁵

Los trastornos del ánimo perinatales (PMAD) son muy comunes y tienen un gran impacto negativo en el bienestar del recién nacido, en el núcleo familiar y en la sociedad.⁶

Diferentes factores como crisis económicas, precariedad, cambios sociales, pandemia por Covid-19, crianza, lactancia, puerperio etc generan estrés y ansiedad en la mujer.⁷

Actualmente, el acceso limitado a los servicios de salud mental , los extensos periodos de espera, el estigma social, el temor a las consecuencias negativas sobre reconocer los problemas de salud mental mientras se cuida a un bebé y los fármacos, son entre otras, algunas de las barreras con las que salud pública se encuentra y con las que la mujer tiene que lidiar.⁸

Como resultado de estas dificultades, muchas mujeres no reciben tratamiento porque retrasan la búsqueda de éste hasta padecer una crisis, o incluso nunca buscan ayuda.^{8,9}

En esta misma línea, las condiciones bajo económicas, el bajo nivel educativo, la multiparidad, y los embarazos no deseados, se consideran agravantes de los trastornos de

salud mental de la mujer, y por lo tanto también queda en peligro la salud familiar.¹⁰

Sluzki define a la familia como “un conjunto de miembros en interacción, los cuales están organizados de manera estable y estrecha, en función de necesidades básicas y que tienen una historia y unos códigos propios que le otorgan singularidad.” (Sluzki, C. 2011)⁷

De este modo, entendemos como salud familiar, a aquella familia que presenta vínculos sanos y lazos consistentes que cubren las necesidades afectivas, aceptando y respetando las emociones negativas; como por ejemplo la tristeza.^{5,10}

En casos de marginación social, la mujer frecuenta dificultades en la vida para crear y establecer conexiones sociales, lo cual puede agravar los síntomas emocionales negativos.^{8,11}

Otro caso es el de las minorías étnicas, en las que son comunes las barreras interculturales para acceder a tratamientos de salud mental en el embarazo y en etapa de postparto. Por lo que las necesidades económicas y lingüísticas dificultan la atención temprana de los síntomas ansioso-depresivos.^{11,12}

Estos factores sociales se suman a una serie de variables hormonales, bioquímicas y psicológicas que contribuyen a la lucha que muchas mujeres atraviesan, la depresión postparto.^{10,11}

En comparación con el promedio nacional, los síntomas depresivos durante la etapa perinatal son más elevados en mujeres afroamericanas en situación de vulnerabilidad, las cuales liberan de forma más elevada la estimulación de citocinas proinflamatorias que conectan con el cerebro produciendo un comportamiento depresivo.^{13,14}

De la misma manera, los informes de estrés varían también según la etnia, llegando a alcanzar la mujer americana india mayor nivel de estrés y la mujer asiática menor nivel.^{15,16}

Finalmente, aunque durante el embarazo la madre experimente cambios en el cerebro que modulan su conducta para favorecer a la adaptación maternal; los cambios psicológicos no son tan fáciles de gestionar como los cambios físicos. Por esto, la actitud y la atención es lo más importante, y es aquí donde Mindfulness hace su aportación, ayudando a todas las madres a comprender los cambios, replanteando el modelo convencional del cuidado del bebé y por supuesto, haciendo una gran aportación a la medicina.⁵

1.2 Impacto del estrés y la ansiedad en la salud mental y fetal.

Sabemos que el embarazo es un momento vital de conexión entre dos vidas. Esto conlleva implicaciones positivas, pero en algunos casos también negativas, ya que la angustia psicológica de la gestante tiene efectos negativos para ella misma y para el feto.⁵

Aunque la placenta actúa como una barrera para proteger al feto contra el estrés materno, cuando la intensidad es demasiado alta, no puede evitarse completamente.⁵

Por lo tanto, el estrés genera altos niveles de cortisol que producen alteraciones obstétricas y reduce los niveles de oxitocina que dificultan el establecimiento del vínculo afectivo entre la madre y el bebé.^{16,17,22}

La sintomatología ansiosa se asocia con un embarazo más corto, con mayor riesgo de partos prematuros, bajo peso al nacer y alteraciones de la cresta neural.^{18,19,20,21}

Los cambios en el comportamiento y el llanto incontrolable son síntomas característicos, así como también lo son una baja puntuación en el Test de Apgar. Todo ello va asociado a problemas cognitivos posteriores, e incluso a un mayor riesgo de abortos espontáneos en el primer trimestre de embarazo.^{18,19,20,21}

Otra consecuencia del estrés materno es la afectación en la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal, ya que a mayor estrés en la madre, menor será la respuesta en la variabilidad de la frecuencia cardíaca del feto, pudiendo reflejar hipoxia.^{18,19,20}

La alta intensidad del estrés también puede llegar a perturbar el sueño e impedir el descanso completo de la gestante. Son comunes los comportamientos del sueño inadecuados, como la vigilia en la cama o la ansiedad en lugar de percibir sueño.²³

Durante el embarazo, las mujeres que ya padecen ansiedad, tienen mayor riesgo al incremento de la sintomatología ansiosa, llegando a producir un cuadro depresivo.²⁴

Es importante diferenciar dos conceptos que tienen lugar en la depresión perinatal: la tristeza postparto y la depresión postparto (DPP).²⁵

La tristeza postparto, conocida como Maternity Blue o Baby blue, hace alusión a la sintomatología que aparece durante los cuatro primeros días tras el parto, con una duración y severidad variable. Por el contrario; la depresión postparto, es un trastorno del ánimo que afecta aproximadamente a un 25% de mujeres tras el parto.²⁵

Este trastorno es recogido como diagnóstico psiquiátrico que ocurre en los 12 meses posteriores al parto, aunque puede extenderse a 14 meses en casos muy severos.^{25,26,27}

Actualmente, se debe considerar la estigmatización que puede surgir con esta patología, ya que algunas madres para no ser juzgadas como “madre débil” en su nuevo rol familiar, tienden a ocultar sus emociones de tristeza, llanto e incluso rechazo al bebé.²⁵

También es fundamental comprender que esta fase actúa como un proceso emocional, en el que el dolor, el estrés y las sensaciones que la mujer percibe son experiencias emocionales.²⁶ Un diagnóstico precoz y un correcto abordaje son fundamentales para prevenir el desarrollo de cuadros más graves.²⁶

Para la detección temprana se hace uso de escalas. La escala más utilizada es la Escala de Depresión postnatal de Edimburgo (EPDS), la cual recoge 10 preguntas sobre ansiedad, culpa, ideas suicidas, disforia etc; y también tiene en cuenta las conductas positivas, como la lactancia materna y autoestima maternal.²⁶

Otras escalas, como el Cuestionario de depresión de Beck II (BDI-II) también se utilizan, aunque la EPDS se considera más completa y fiable.²⁶

Tras el diagnóstico, se pueden identificar dos tipos de depresión postparto: leve, la

cual incluye ideas suicidas; y severa, que se acompaña de ideas suicidas y conductas psicóticas, entre otros síntomas.²⁸

1.3. Definición y fundamentos del mindfulness.

La palabra Mindfulness se traduce en la lengua pali (lengua original de Buda) como “*sati*”, la cual significa “atención plena” haciendo alusión al “ ser y estar “. ²⁶ “*Sati*” es la esencia de la práctica budista, la cual une filosofía y religión, siendo la base del mindfulness.

10,29

Las culturas antiguas no acostumbraban a separar el concepto mente-corazón, y no se ha afirmado con certeza desde cuándo convive la meditación con los seres humanos , pero sí se conoce que aproximadamente en el s.XX , el budismo llega a Occidente , por lo que éste hizo culturalmente suya la práctica.¹⁰

Kabat-Zinn fue quien integró la práctica budista con el fin de ayudar a la persona a enfrentar el sufrimiento y poder trabajarla. No se enfoca en una religión o ideología específica, pero sí recoge muchas técnicas meditativas de las teorías budistas, centradas en la experiencia personal, la cual se observa desde una perspectiva externa (en tercera persona).^{10,29}

La mente tiende a etiquetar como “bueno-malo” y nos domina; negándose a la aceptación y a la autocompasión; por lo que la persona tiende a sufrir ansiedad y estrés.^{30,31}

Mindfulness nos invita a mantenernos presentes, nos aleja de la concepción que tenemos del mundo sobre nosotros, con la simplificación del “no juicio”. ^{30,31}

Se determinan dos elementos en Mindfulness: atención y conciencia plena. Ambos elementos son cualidades humanas que para fortalecerlas se necesita de concentración, esfuerzo y constancia. ⁵

La manera de entrenar la técnica se centra en tres competencias: la intención, la conexión con las emociones y la actitud de aceptar. ⁵

El contenido de la conciencia se representa en el "Triángulo de la atención", tal como se muestra en la Ilustración 1. Este esquema integra sensaciones y emociones que anclan al presente, junto con pensamientos que vinculan al pasado y al futuro. Así, el entrenamiento promueve un cambio en la forma de ver la vida, favoreciendo el bienestar emocional, ya que una mayor conciencia suele estar asociada a una mayor felicidad.⁵

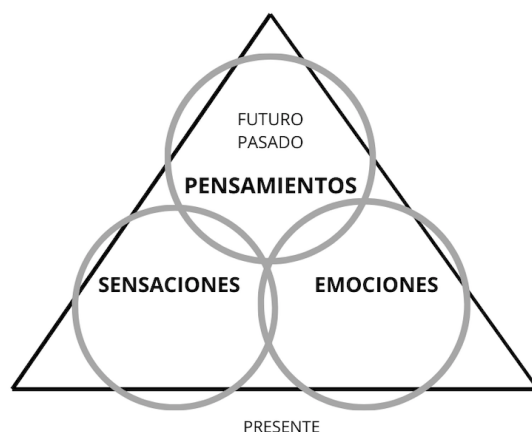


Ilustración 1. Representación Triángulo de la atención. Fuente: Elaboración propia.

1.4. Revisión de la evidencia previa sobre mindfulness en el contexto perinatal.

La técnica de mindfulness en la etapa perinatal es un método capaz de disminuir el miedo y el dolor, a la vez que refuerza la recuperación de la confianza en la gestante.³²

Trata de convertir el embarazo y el parto en una experiencia positiva, que cumpla con las expectativas personales y socioculturales de la mujer, dando vida a un bebé sano y haciendo que la madre se sienta involucrada en el proceso.^{33,29}

Hasta principios del s.XX los nacimientos se producían en casa y el dolor y el estrés percibido por la madre no tenía un abordaje clarificado. La opción farmacológica comienza a estar en uso a finales del s.XIX, por ejemplo el cloroformo en gas volátil.³²

El dolor que experimenta la madre funciona como una reacción fisiológica, aunque cada persona lo percibe de manera distinta y vive el proceso de forma única.³²

El proceso de parto y de alumbramiento necesita ser aliviado. El uso por excelencia en farmacología es la analgesia epidural. Sin embargo; muchas son las mujeres que optan por el abordaje no farmacológico, ya que los fármacos pueden producir efectos secundarios, como la percepción de pérdida de control durante el parto.^{34,35}

La práctica de mindfulness es apoyada por numerosas investigaciones, especialmente después de que durante años las necesidades de la salud mental materna no fueran completamente atendidas.^{34,35}

La calidad de la atención tiene un impacto directo en los resultados del proceso perinatal. Es aquí donde la incorporación de mindfulness se vuelve esencial para mejorar la conexión entre madre e hijo y promover la armonía familiar, logrando mejores resultados tanto en la gestación como en la crianza.^{6,36}

En este sentido, la lactancia materna (LM) también se ve favorecida, ya que se mejora tanto la producción de leche como la cantidad que el bebé consume.³⁷

Otro enfoque de las intervenciones basadas en la atención plena (MBI) ha sido el

control efectivo en el sueño perinatal, de manera que permite manejar los síntomas físicos nocturnos y las respuestas psicológicas con el fin de favorecer la calidad del sueño materno afectado por el estrés.^{38,39}

A su vez, la atención plena influye en la figura del cerebro, afectando en la amígdala (el centro del miedo), en el hipocampo y en el córtex prefrontal. De este modo, regula el miedo y las emociones, aumenta el hipocampo y la respuesta al estrés y/o resolución de problemas.^{40,41}

Estas técnicas incluyen habilidades como el autocuidado y la autoaceptación en la mujer. Esto contribuye a reducir el cortisol salival y a aumentar el cortisol en la sangre del cordón umbilical del bebé al nacer, protegiendo al feto de posibles anomalías en el desarrollo neonatal.⁴²

Por consiguiente, mindfulness puede abordar esta cuestión a través de diversas intervenciones.

Las más conocidas son los programas de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) y Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT). Otras terapias menos usadas pero también útiles incluyen la psicoterapia gestáltica, la terapia conductual dialéctica (TCD), la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la terapia breve relacional (BRT), entre otras.
(14)(43)(44)^{14,43,44}

Una de las primeras aplicaciones de mindfulness surgió en la década de los 80 para el desarrollo de la atención plena, especialmente el programa MBSR.^{14,44}

Más tarde, éste se integró con la terapia cognitiva, creando la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT), la cual tenía como objetivo evitar recaídas de depresión.^{14,44,45}

La integración de estas terapias ha permitido la creación de diversos programas que se utilizan actualmente en la etapa perinatal. Algunos ejemplos son:^{44,46}

- Un programa de mindfulness de 8 semanas, diseñado para la educación al parto, enfocado en el control del dolor, que se basa en la respiración consciente, estiramientos y escaneos corporales.^{46,40}
- Educación prenatal basada en mindfulness durante 8 semanas, que integra el MBSR dentro de la educación al parto.^{46,39}
- El programa CALM para el embarazo, con 8 sesiones distribuidas en 2 semanas, cuyo objetivo es reducir la ansiedad.⁴⁶

Se ha comprobado que los programas de 8 horas resultan beneficiosos cuando se realizan durante 4 semanas. La cantidad mínima para obtener un efecto dosis-respuesta es practicar al menos 12 minutos al día durante 3 o 5 días.⁵

En la práctica, la postura es clave, ya que el cuerpo tiene la capacidad de influir en la mente. Existen tres posturas principales:⁵

1. Acostada en el suelo, boca arriba, con los brazos y piernas extendidos, y el abdomen libre para permitir una respiración profunda.

Si esta postura resulta incómoda para la madre, puede optar por acostarse de lado, preferiblemente en el lado izquierdo, ya que esta posición alivia la presión sobre la vena cava inferior y favorece la circulación sanguínea hacia la placenta.

2. Sentada en una silla, con la espalda recta, los brazos relajados y los pies apoyados en el suelo.

3. De pie, con los brazos y piernas relajadas y la cabeza alineada.⁵

En lo que respecta al parto, la práctica de Mindfulness en el paritorio no solo beneficia a las mujeres en trabajo de parto, sino que también actúa como una herramienta para la regulación emocional de los profesionales que asisten el proceso.^{47,48}

El estrés tanto de las mujeres embarazadas como de los profesionales afecta negativamente el curso del parto. De modo que, la implementación de Mindfulness en el paritorio puede conllevar a una mejora significativa de la calidad de la atención durante el parto.^{47,48}

1.5 Impacto de las TIC basado en mindfulness para el tratamiento de la depresión y la ansiedad.

Las mujeres en edad reproductiva están al alcance de la información que hay en la web e investigan constantemente sobre su embarazo.⁴⁹

Los avances tecnológicos nos permiten poder contar con las Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones (TIC), por lo que el acceso al uso de la red móvil es una cuestión actualmente viable sobre todo en la población concentrada entre 16 y 34 años.⁴⁹

Hay revisiones enfocadas al uso de las TIC sobre la salud mental materna que evidencian que son una herramienta útil y beneficiosa para abordar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento en la ansiedad y depresión durante la etapa perinatal.^{49,50,51}

La forma de ejecutar es a través de llamadas que facilitan el contacto con profesionales de la salud; mensajes de texto con cuestionarios de síntomas para detectar embarazo de riesgo ó módulos de terapia cognitivo conductual (CBT).⁵²

Con esto, se ha conseguido disminuir altamente la escala de la Depresión Postparto de Edimburgo, quedando demostrado que se puede prevenir y tratar el 53% de la sintomatología leve que presentan las mujeres en la etapa perinatal.⁵²

La práctica de mindfulness se ha visibilizado como una técnica para el abordaje de la salud mental materna a través de aplicaciones móviles destinadas a proporcionar servicios de mindfulness y relajación para las gestantes o mujeres en etapa de postparto.⁵³

Actualmente; los programas de software cuentan con una aplicación llamada "Calm" con contenido de mindfulness, la cual ha sido muy utilizada para la ansiedad y el insomnio.⁵³

Sin embargo; los beneficios en las gestantes que la utilizaron fueron notorios en el

sueño, en la ansiedad y en el estrés, lo que conlleva a una alta demanda por parte de la población gestante en un 98%, un 50% en mujeres en etapa de postparto y un 38% en mujeres en proceso de preparación al parto.⁵³

Se han planteado formas de aplicaciones de TIC o páginas web para llevar a cabo la práctica de mindfulness en gestantes. En especial en mujeres en etapa de postparto con el objetivo de acompañarlas en el proceso, en el trabajo de parto y realizar un seguimiento.^{54,55}

En la mayoría de los resultados se destaca la buena acogida de las aplicaciones, ya que se pueden tener acceso a ellas a cualquier hora y disfrutar de la ventaja de no tener que desplazarse a consulta, rompiendo con las barreras de acceso y haciendo de la telemedicina una opción a todos los alcances.⁵⁶

Cualquier enfoque de intervención que se base en la atención plena, la compasión, la amabilidad amorosa y el entrenamiento progresivo de relajación muscular contribuye al bienestar y puede ser utilizado como intervenciones digitales para la salud mental (DMHI) durante el embarazo.⁵⁷

Para que estas intervenciones sean efectivas, es crucial evaluar las etapas de compromiso por las que pasa la persona al enfrentar el cambio, así como entender cómo las mujeres avanzan a lo largo de la intervención y qué factores las llevan a abandonarla.⁵⁷

Investigar sobre futuras aplicaciones e involucrar a las mujeres en intervenciones digitales permitirá integrar el autocuidado prenatal.⁵⁶

No obstante, el compromiso es la principal barrera en el modelo CAPE (connect, attend, participate, promulgate), un marco que evalúa el nivel de compromiso de la mujer durante el programa digital de salud mental y bienestar perinatal. Si no existe un compromiso, la intervención no se mantendrá a lo largo del tiempo.⁵⁷

En términos generales, las mujeres indican que la falta de tiempo es el principal obstáculo, por lo que cualquier investigación futura debe dirigirse objetivamente a mujeres en periodo perinatal y ofrecer intervenciones breves, atractivas y que puedan realizarse en su propio hogar.⁵⁷

1.6. Mindfulness perinatal y ODS: estrategia de salud.

La salud es un derecho humano esencial y el motor de la sostenibilidad global, con implicaciones tanto a nivel individual como colectivo. Por esta razón, ha sido integrada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) mediante el Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.⁵⁸

Desde esta perspectiva, el mindfulness perinatal emerge como una herramienta de salud mental eficaz que beneficia a todas las mujeres, no sólo favoreciendo al equilibrio mental y emocional durante una etapa crucial del ciclo vital, si no que también contribuye de forma directa al cumplimiento del Objetivo 3 dentro de la Agenda 2030.⁵⁸

1.7 Justificación del estudio.

Este estudio es una revisión bibliográfica que muestra la relevancia de intervenir de manera temprana para prevenir las complicaciones emocionales en la etapa perinatal y la necesidad de potenciar la formación de mindfulness como objetivo de salud pública y como herramienta no invasiva, accesible y eficaz para abordar el proceso de embarazo, parto y postparto.

En el pasado, los problemas de salud mental materna, como la depresión y la ansiedad durante la perinatalidad, no recibían la atención adecuada, ya que se consideraban naturales debido a los cambios hormonales que experimenta la mujer. Además, la estigmatización social de la depresión postparto y las alteraciones emocionales durante el embarazo influía en cómo las mujeres gestionaban y expresaban sus emociones.

A pesar de que la educación prenatal y un seguimiento exhaustivo durante el embarazo son esenciales, no son suficientes para cubrir todas las necesidades emocionales de la madre y del feto. Dado que muchas mujeres no eligen tratamientos farmacológicos debido a los riesgos en el desarrollo fetal, es crucial visibilizar los beneficios del mindfulness. Esta práctica ha ganado importancia tratando la maternidad desde un punto de vista más integral.

Además, mindfulness no solo es útil para el manejo perinatal, sino también para la futura crianza de los hijos. Sin embargo, la accesibilidad a esta práctica puede verse afectada por barreras como el tamaño reducido de las muestras, la diversidad en los tipos de estudios, la situación socioeconómica de las participantes, el compromiso variable, la duración limitada de la práctica, y la dificultad para evaluar su efectividad a largo plazo. Factores como el tiempo, el dolor o la ansiedad también pueden dificultar su implementación.

Por ende, las intervenciones digitales se presentan como una opción atractiva. Las cuales deben evaluar tanto los efectos inmediatos como la permanencia, ofreciendo apoyo accesible, económico y flexible, para evitar que se abandone la práctica.

A modo resumen, es esencial continuar investigando y desarrollando intervenciones digitales que aborden el estrés psicológico materno y maximicen la participación y la aplicación de habilidades prácticas de salud mental durante la etapa perinatal.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Referente a lo explicado, en este estudio se han tomado las siguientes hipótesis y objetivos:

Hipótesis:

- H0 o nula: El mindfulness no aporta mejoras significativas respecto al tratamiento habitual (TAU) en la salud mental perinatal.
- H1: El mindfulness es una alternativa no farmacológica eficaz para prevenir y tratar cuadros de estrés, ansiedad y depresión en mujeres durante la etapa perinatal.

Objetivos:

Principal:

- Evaluar la eficiencia del mindfulness en la mejora del bienestar emocional y la reducción de síntomas de estrés, ansiedad y depresión en la etapa perinatal.

Secundarios:

- Analizar y describir las intervenciones más efectivas y/o recomendadas de mindfulness durante la etapa perinatal.
- Evaluar el impacto del mindfulness en el vínculo madre-bebé.
- Explorar el uso de las intervenciones digitales basadas en la atención plena en la mujer durante la etapa perinatal para favorecer la prevención de los síntomas ansioso-depresivos y favorecer al compromiso de la práctica.

3.METODOLOGÍA. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Diseño del trabajo.

Este estudio se basa en una revisión bibliográfica narrativa acerca de la eficacia que tiene la práctica de mindfulness para reducir los síntomas ansioso-depresivos de una mujer en la etapa perinatal.

Para realizar este trabajo se han utilizado artículos científicos, tesis, libros y documentos seleccionados durante los meses de octubre a diciembre de 2024, centrándose en publicaciones de los últimos 5 años que evidencian la eficacia de esta práctica en mujeres embarazadas, en proceso de parto y postparto.

Estrategia de búsqueda:

Los términos de búsqueda presentados en la Tabla 1 se emplearon tanto en español como en inglés, con el fin de llevar a cabo el proceso de búsqueda y construir una ecuación de búsqueda específica.

Tabla 1. Términos de búsqueda.

Sistema	Término de inglés	Término de español
[MeSH / DeCS Terms]	Mindfulness	Atención plena
[MeSH / DeCS Terms]	Pregnancy	Embarazo
[MeSH / DeCS Terms]	Perinatal	Perinatal
[MeSH / DeCS Terms]	Maternity blue	Depresión Postparto
[MeSH / DeCS Terms]	Anxiety	Ansiedad
[MeSH / DeCS Terms]	Childbirth	Parto

Fuente: Elaboración propia.

Para formalizar la búsqueda en las bases de datos se han utilizado los marcadores booleanos “AND” y “OR”, dando unión a las palabras clave anteriormente citadas y garantizar la inclusión de los criterios esperados en los resultados obtenidos.

Por lo tanto, tras combinar los marcadores booleanos con las palabras clave seleccionadas, obtenemos las siguientes ecuaciones de búsqueda utilizadas:

- ((Mindfulness AND perinatal OR pregnancy) AND (Mindfulness AND childbirth OR maternity blue) AND (Mindfulness AND perinatal OR anxiety) AND (Atención plena AND perinatal OR depresión postparto)).

Fuentes de información:

Los artículos seleccionados han sido encontrados en bases de datos científicas consultadas como Pubmed y bibliotecas científicas electrónicas como Cochrane, ScieLO, Dialnet y Google Scholar.

3.2 Selección de publicaciones.

Criterios de inclusión:

- Documentos publicados los últimos 5 años (entre 2020-2024).
- Artículos publicados en inglés y/o castellano.
- Todos los artículos que abarcan una población que comprenda a mujeres sanas en la etapa de embarazo, parto y postparto.
- Las participantes son examinadas sobre ansiedad, depresión y estrés en la etapa perinatal y en las relaciones familiares como criterio de inclusión.
- Documentos que traten de la eficacia de la práctica de mindfulness en la etapa perinatal.
- Artículos de texto completo y gratuito.

Criterios de exclusión:

- Publicaciones de hace más de 5 años.
- Artículos que no tengan relación con los objetivos planteados en este trabajo.
- Artículos que incluyan a la población de hombres, niños, ancianos, mujeres no fértiles, mujeres con una patología de base o mujeres que no se encuentren en la etapa perinatal.
- Artículos en los que la intervención no se realice en la etapa perinatal.
- Artículos que no tuvieran acceso a texto completo.

Proceso de selección:

En la fase de recopilación de registros provenientes de las bases de datos citadas previamente, se encontraron un total de 12.405 artículos.

Tras realizar el cribado, se aplicaron filtros de temporalidad (2020-2024), el idioma (castellano e inglés), la disponibilidad de texto completo “full text” y el tipo de documento, seleccionando revisiones, documentos, libros, ensayos aleatorizados (RCT).

De los artículos restantes, 205 fueron evaluados sobre título, abstract, instrumentos de medición, objetivos y conclusiones; de los cuales 186 fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión establecidos.

Finalmente, en la fase de inclusión, se seleccionaron 17 artículos que cumplieron con los requisitos de ser documentado de texto completo, ajuste al rango de temporalidad e idioma, cumplen con los criterios de inclusión y tienen relevancia para la población objeto de este estudio, aportando información concluyente para elaborar esta revisión.

3.3 Proceso de búsqueda bibliográfica.

La ilustración 2 muestra el proceso de selección descrito previamente, aplicado en la búsqueda bibliográfica.

A partir de las ecuaciones de búsqueda, se consultaron diversas bases de datos:

-PubMed: Se obtuvieron 835 resultados. Aplicando filtros de temporalidad (2020–2024), idioma (español/inglés), texto completo y tipo de documento (libros, revisiones y ensayos controlados aleatorizados “RCT”), se redujo a 56 artículos. Tras aplicar criterios de inclusión y exclusión, se descartaron 49 artículos que no trataban sobre mindfulness, la población era generalizada o incluía a madres expuestas a opioides, covid o patologías de base. Como resultado se seleccionaron 6 artículos.

-Dialnet: Se encontraron 3 artículos. Con filtros aplicados, se seleccionó 1 artículo relevante.

-SciELO: De 319 artículos iniciales, los filtros redujeron el total a 46. Se aplicaron criterios de inclusión y se seleccionó 1 artículo.

-Cochrane: Se hallaron 148 documentos (139 ensayos, 9 revisiones). Aplicando filtros, se consideraron 94 ensayos y 3 revisiones. Finalmente, se seleccionaron 6 artículos.

-Google Scholar: Se registraron 11.100 resultados. Tras aplicar filtros y eliminar duplicados o irrelevantes, quedaron 9 artículos, de los cuales se seleccionaron 2.

En total, se incluyeron los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos para esta revisión.

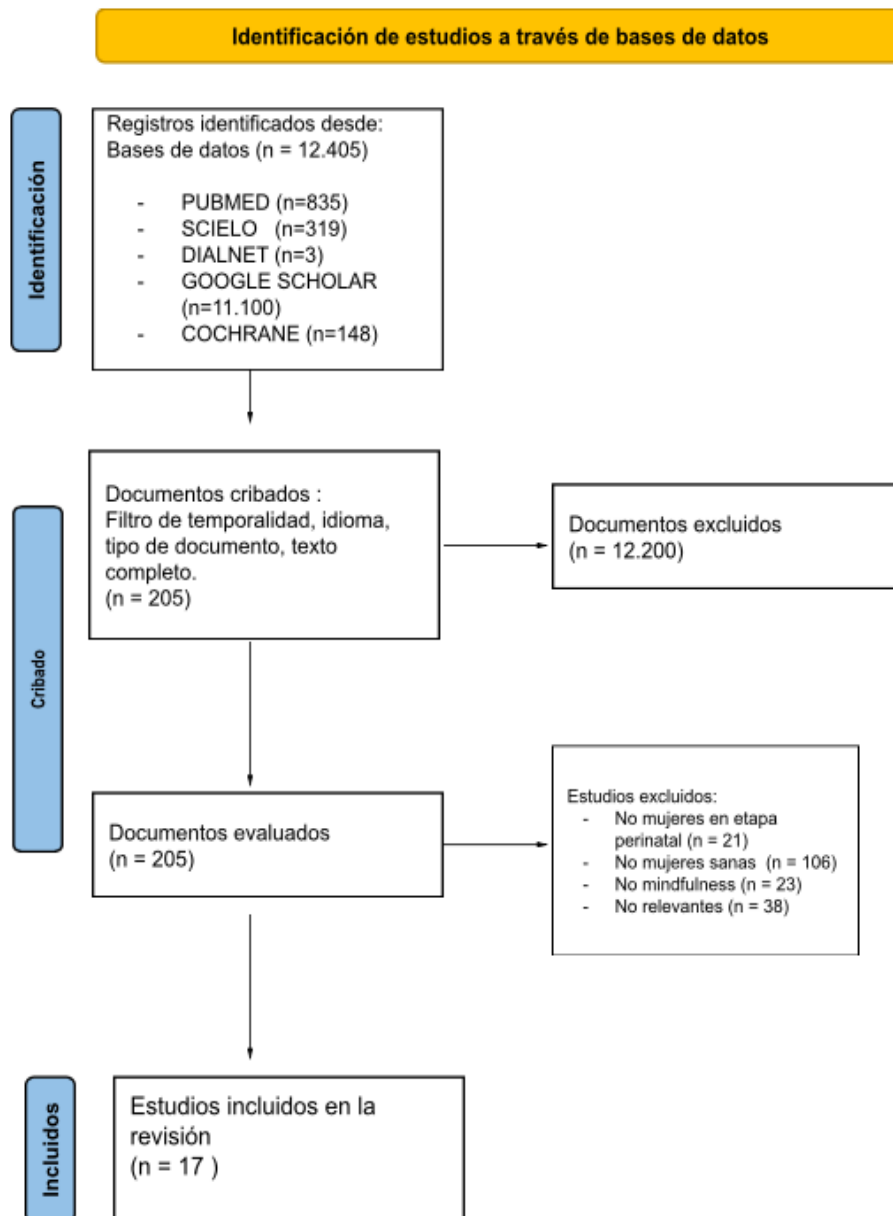


Ilustración 2. Diagrama de Flujo. Fuente: elaboración propia.

4.RESULTADOS

Tabla 2. Resultados de los artículos seleccionados sobre el área estudiada. Fuente: elaboración propia.

AUTOR/ AÑO/ REVISTA	DISEÑO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	VARIABLE DE ESTUDIO	RESULTADO
Martín Asuero A et al. ⁵ Maternalmente. Editorial: Diana. (2021)	Libro: Maternalmente. Mindfulness para un embarazo y crianza conscientes.	Gestantes y mujeres en etapa de crianza.	Intervención MBSR adaptada al embarazo.	Bienestar emocional y reducción del estrés.	Eficacia de mindfulness como método para reducir el estrés y vivir el embarazo con plenitud.
Del Castillo RP. ¹⁰ (2022) DIALNET	Revisión narrativa cualitativa.	Mujeres en etapa perinatal.	Mindfulness en embarazo, parto, lactancia y crianza.	Depresión, ansiedad y estrés materno-fetal.	Eficacia en la reducción de los síntomas ansioso-depresivos y de estrés que afectan a la estabilidad emocional materna y familiar.
Kinser PA et al. ¹¹ (2023) COCHRANE	Ensayo controlado aleatorio. N=200	Mujeres gestantes marginadas con síntomas depresivos.	Mindfulness consciente comparado con un grupo de educación prenatal, con una temporalidad desde el inicio de intervención hasta las 6 semanas tras el parto.	Síntomas depresivos y cambios fisiológicos.	Disminución del estrés y aumento de la atención plena tras la intervención pero no se encontraron variaciones en los marcadores inflamatorios

Tabla 3. Resultados de los artículos seleccionados sobre el área estudiada. Fuente: elaboración propia.

AUTOR/ AÑO/ REVISTA	DISEÑO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	VARIABLE DE ESTUDIO	RESULTADO
L garfield. ¹⁴ (2024) COCHRANE	Ensayo clínico aleatorio (ECA) N=40	Mujeres afroamericanas después del parto.	Intervención de atención plena a mujeres afroamericanas (MAAP) durante 8 semanas con 2h/semana.	Depresión, ansiedad, estrés y citoquinas inflamatorias.	Proyecto en curso sin resultados finales publicados. Se estima una eficacia de un 0,40 en depresión, 0,70 en ansiedad, 0,45 en estrés, 0,8 en calidad del sueño y 0,36 en citocinas.
Traylor CS et al. ¹⁶ (2020) PUBMED	Revisión de la literatura publicada sobre modalidades no farmacológicas para reducir el estrés en el embarazo.	Mujeres embarazadas sanas.	Uso disponible de terapias no farmacológicas de bajo coste y factibles.	Estrés en el embarazo.	El mindfulness es una alternativa para reducir el estrés en el embarazo aunque se deben discutir futuras vías de investigación para mayor evidencia.
Janssen LE et al. ¹⁸ (2023) PUBMED	Revisión sistemática de 10 estudios. N=4816	Mujeres gestantes.	Intervenciones para reducir el estrés.	Estrés en embarazo.	Reducen la incidencia del estrés materno, riesgo de parto prematuro (PTB) y bajo peso al nacer (LBW).

Tabla 4. Resultados de los artículos seleccionados sobre el área estudiada. Fuente: elaboración propia.

AUTOR/ AÑO/ REVISTA	DISEÑO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	VARIABLE DE ESTUDIO	RESULTADO
Radmarck L et al. ²² (2023) COCHRANE	Subestudio de un ECA. N= 80	Mujeres embarazadas con riesgo de PND.	Práctica de mindfulness durante 9 sesiones semanales de 3h, basado en el parto, crianza y en los cambios fisiológicos, (N=26), comparado con un grupo control (N=34).	Depresión y cambios fisiológicos.	Disminución del estrés y aumento de la atención plena tras la intervención, pero no aparecen variaciones en marcadores inflamatorios.
Acuña AA et al. ²⁷ (2021) GOOGLE SCHOLAR	Revisión bibliográfica de textos y documentos.	Mujeres en postparto.	Valoración e intervención temprana de la DPP.	Depresión postparto.	La detección y la intervención temprana de la depresión posparto reduce la severidad de los cuadros presentados tanto en la madre como en el bebé.

Tabla 5. Resultados de los artículos seleccionados sobre el área estudiada. Fuente: elaboración propia.

AUTOR/ AÑO/ REVISTA	DISEÑO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	VARIABLE DE ESTUDIO	RESULTADO
Gómez-Sánchez L et al. ³¹ (2020) PUBMED	8 Ensayos clínicos aleatorizados (RCTS). N= 484	Mujeres gestantes sanas.	Mindfulness presencial durante 8 sesiones semanales de 3h de duración basado en la salud mental perinatal en pre y post intervención con seguimiento.	Depresión, ansiedad y estrés.	Reducción de depresión, ansiedad y riesgo de recaída. Mayor eficacia en el tratamiento de mindfulness en comparación con el tratamiento TAU de la madre. En estrés hay asociación positiva pero menos que en las otras variables.
Zuarez-East- on S et al. ³² (2024) PUBMED	Revisión de expertos: 15 ensayos clínicos aleatorios. (ECA) N=1731	Mujeres embarazadas en proceso de parto.	Técnicas de relajación mente y cuerpo.	Dolor y estrés durante el parto.	Métodos efectivos para reducir el dolor, pero sin suficiente evidencia.
Felder JN et al. ³⁸ (2024) COCHRANE	Ensayo piloto aleatorio controlado. N=52	Mujeres embarazadas con mala calidad del sueño a causa del estrés perinatal.	Reducción del estrés basado en la atención plena + clases de sueño prenatal (MBSR +PS) de 8 sesiones semanales de 2,5h.	Estrés y mala calidad del sueño.	Aumento de la eficiencia del sueño en el grupo MBSR+PS en comparación con el grupo TAU.

Tabla 6. Resultados de los artículos seleccionados sobre el área estudiada. Fuente: elaboración propia.

AUTOR/ AÑO/ REVISTA	DISEÑO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	VARIABLE DE ESTUDIO	RESULTADO
Kundarti FI et al. ⁴¹ (2024) SCIELO	Revisión sistemática de 12 artículos.	Mujeres embarazadas y/o en momento de parto.	Mindfulness ante el trabajo de parto.	Reducción de la ansiedad.	Eficacia en la reducción de ansiedad y favorecer la comodidad las habilidades para regular las emociones en el parto.
Mao F et al. ⁵⁰ (2023) PUBMED	Revisión de 11 estudios, 6 ensayos controlados aleatorios (ECA) y 5 cuasi-experimentales.	Mujeres embarazadas o dentro de un año después del parto.	Atención plena en formatos de entrega basados en internet.	Depresión, ansiedad y estrés perinatal.	Los IMBI son efectivos para reducir la depresión, el estrés y la ansiedad materna aunque necesitan más evidencia.
Siuman Ng et al. ⁵¹ (2021) COCHRANE	Ensayo de caso control aleatorizado (ECA) N=198	Mujeres embarazadas durante la etapa pre y postnatal.	Atención plena perinatal guiada con móviles.	Ansiedad y estrés.	Proyecto en curso, con el objetivo de hacer frente a las barreras, beneficiando tanto a la madre como al bebé.

Tabla 7. Resultados de los artículos seleccionados sobre el área estudiada. Fuente: elaboración propia.

AUTOR/ AÑO/ REVISTA	DISEÑO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	VARIABLE DE ESTUDIO	RESULTADO
Soriano Amador K et al. ⁵⁴ (2024) GOOGLE SCHOLAR	Revisiones de estudios realizados tanto en países de primer mundo como subdesarrollados.	Mujeres en etapa perinatal.	Intervención del mindfulness a través de las TIC para el manejo y prevención de la DPP.	Ansiedad, depresión, insomnio y estrés.	El uso de las TIC basadas en proveer mindfulness previene y mejora los síntomas en gestantes.
Davis JA et al. ⁵⁷ (2023) COCHRANE	Estudio aleatorio. N=25	Mujeres perinatales.	Evaluación del compromiso durante 8 semanas de las intervenciones digitales basadas en la atención plena, amabilidad, compasión y relajación muscular.	Bienestar emocional.	El acceso a las intervenciones de prevención son parte del cuidado de la salud mental prenatal, a pesar de las barreras existentes que presenta un DMHI.

4.1 Redacción de los resultados.

A continuación, se presentan los resultados de los artículos identificados en la búsqueda bibliográfica, según los objetivos establecidos y tal como se muestra en la Tabla 2.

En relación con la reducción de los síntomas ansioso-depresivos y de estrés, Gómez-Sánchez L et al³¹ valoran 8 RCTS que evalúan los síntomas de depresión, ansiedad y estrés tras la práctica de mindfulness, tanto en post-intervención como en seguimiento.

Los resultados señalan que una intervención de ocho sesiones semanales de mindfulness es más eficaz que el tratamiento TAU de la madre a la hora de reducir la sintomatología depresiva en post-intervención y en seguimiento. Por lo que confirman la existencia de una asociación positiva entre el número de sesiones y la mejora obtenida.

Dos estudios sobre los cambios tras mindfulness mostraron puntuaciones más altas en post intervención y en seguimiento.

En un estudio ⁶² no se encontraron diferencias significativas con el grupo control, mientras que en el estudio ⁶³, sí se encontró un aumento significativo pre y post de mindfulness tanto en el grupo experimental como en el grupo control.

Traylor CS et al ¹⁶ destacan la reducción del estrés durante el embarazo y el parto en el grupo de intervención a partir de la atención plena tras la práctica de 8 sesiones semanales de 3h. Los resultados se evalúan a partir de la Escala de Estrés percibido, Escala Natal de Edimburgo y el Cuestionario de atención plena de cinco facetas en el embarazo.

Sin embargo, otros ECA ^{65 66} no pueden concluir evidencia debido a estudios no controlados y limitaciones.

Werner E et al⁶ realizan un estudio en el que intervienen a mujeres perinatales a partir de la atención plena para reducir la depresión perinatal. Consiste en que durante 8 sesiones semanales grupales de 2h. Los resultados muestran la reducción de los síntomas depresivos perinatales a partir de la práctica de MBCT-PD. La recaída de DPP disminuye a un 18% en comparación con el 30-50% de los que no la obtuvieron y recibieron el tratamiento TAU o entornos naturalistas.

En cuanto a ansiedad y angustia se produjo una alta reducción, aunque sólo un estudio sin ECA no encontró diferencia entre esta intervención y la TAU habitual en la reducción de depresión en el embarazo. Puntualizar, que los autores indicaron que la práctica de MBCT-PD podría ser más útil en mujeres con riesgo a recaída en depresión o ansiedad perinatal.

Según Kundarti FI et al ⁴¹, los resultados de sus estudios evidencian la eficacia del tratamiento de atención plena durante 9 semanas, obteniendo una disminución altamente significativa en ansiedad, estrés y depresión, en comparación con el grupo control de tratamiento TAU.

La puntuación de la ansiedad evaluada mediante la escala DSM-5 PAD-L fue de 26,76 reduciéndose a 23,53 tras la intervención. En el grupo de control, tras el tratamiento TAU, la puntuación tuvo un ligero descenso, pasando de 27,80 a 26,27.

L. Garfield¹⁴ planteó la posible eficacia del estudio MAAP en mujeres embarazadas afroamericanas durante ocho semanas en los síntomas psicoconductuales y los efectos en los marcadores proinflamatorios (citocinas proinflamatorias y oxitocina). Se midieron las variables de estrés, depresión, ansiedad, calidad del sueño, concluyendo con una estimación de una eficacia de un 0,40 en depresión, 0,70 en ansiedad, 0,45 en estrés, 0,8 en calidad del sueño y 0,36 en citocinas. Sin embargo, todavía no se han publicado los resultados.

Del mismo modo, Radmarck L et al²² confirman una reducción significativa del estrés y una mejora de la atención plena en 26 participantes que recibieron MBP en comparación con las 34 mujeres del grupo control. No obstante, no se evidenciaron cambios en los marcadores inflamatorios.

En relación con la calidad del sueño como efecto de la intensidad de los niveles de ansiedad o estrés, Felder JN et al³⁸ evidencia los aumentos de la eficacia del sueño en el grupo que fue intervenido con MBSR+PS en comparación con el grupo TAU (SMD=68).

En cuanto a la eficacia del mindfulness en la afectación materno fetal, según Janssen LE et al¹⁸, tras estudios que utilizan la intervención de atención plena para reducir el estrés materno, el bajo peso al nacer y el riesgo de parto prematuro se obtienen los siguientes resultados:

La tasa de parto prematuro (PTB) en el grupo que recibió la intervención fue del 6,3 %, frente al 12,7 % en el grupo de control, con un riesgo relativo (RR) de 0,50 (intervalo de confianza del 95 %: 0,35 - 0,71; n = 10; I² = 28 %; p < 0,0001).

En lo que respecta al bajo peso al nacer (LBW), se observó una incidencia del 14,9 % en el grupo de intervención frente al 29,4 % en el grupo de control, con un RR de 0,51 (IC 95 %: 0,40 - 0,65; n = 4; I² = 0 %; p < 0,00001).

Tras participar en un Programa de Cuidado del Bebé que incluía mindfulness combinado con otras terapias como yoga y música, el grupo de intervención presentó una disminución significativa a las 35 semanas de gestación. Además las puntuaciones fueron más bajas que las del grupo control (media de 0,52 frente a 2,2; p = 0,032).

Sin crear conflictos de interés, A. Cuña AA et al¹⁷ señalan que la depresión postparto es uno de los padecimientos más comunes en la mujer, el cual produce efectos negativos en la madre y en el feto y por lo tanto es fundamental la detección y el abordaje temprano.

Sobre la reducción del dolor en el parto, autores como Del Castillo RP¹⁰ evidencian sobre la efectividad del mindfulness en el trabajo de parto, ayudando a no tener que recurrir a analgesia o anestesia epidural. Además los patrones de respiración modulan la ansiedad y el miedo así como favorecen a la oxigenación del feto.

Zuarez East-on S et al³² crean controversia, ya que no encontraron suficientes indicios para defender el papel de la atención plena en el parto, aunque un ECA⁶⁴ que comparó el yoga y la meditación durante el embarazo y el parto afirmó que son intervenciones efectivas para reducir el dolor y el miedo, sobre todo en primerizas.

Acerca de la intervención de mindfulness a partir de las TIC para abordar la sintomatología depresiva, Mao F et al⁵⁰ incluye un diseño de estudio de 6 ECA y 5 ECR

centrados en mujeres embarazadas o dentro de un año después del parto basados en una intervención de atención plena a partir de internet. Los resultados de los IMBI son positivos como mejora de la depresión materna .

Por otro lado, Soriano Amador K et al⁵⁴ resaltaron el uso efectivo de las TIC mediante aplicaciones basadas en mindfulness, destacando la mejora de los síntomas de estrés tras ser evaluados en la semana 15 de gestación y posteriormente en la semana 28 a través del Puntaje de estrés percibido (PSS).

Sólo un estudio ⁶⁷ de un curso de mindfulness a mujeres embarazadas hospitalizadas no evidenció cambios en la sintomatología ansiosa y depresiva tras aplicar el Cuestionario de Ansiedad Relacionado con el Embarazo, esto puede ser debido a que no se realizó el seguimiento más allá de una semana.

Davis JA et al⁵⁷ reportaron que tras la reclutación de 25 participantes aleatorias que fueron intervenidas por mindfulness durante ocho semanas, la encuesta realizada en base posterior a la intervención proporciona información sobre las barreras (capacidad de elegir tema, cambios en la aplicación, estudios de casos o variación de sonidos). De las mujeres que no participaron, un 20% justificaron la ausencia por la escasa disponibilidad, un 98,7% no completaron encuestas y un 1,3% mostraron puntuaciones altas de ansiedad.

Siuman Ng et al⁵¹ diseñaron una intervención de atención plena basada en los dispositivos móviles, a partir de una muestra de 198 mujeres embarazadas durante seis lecciones semanales realizadas desde casa. La estimación de los resultados es de una alta eficacia en este dispositivo, pudiendo reducir barreras y beneficiando a la salud mental de la gestante, sin embargo, el proyecto todavía no ha finalizado y se desconocen los resultados esperados.

5.DISCUSIÓN

En general, todos los artículos responden al objetivo general: **Evaluar la eficiencia del mindfulness en la mejora del bienestar emocional y la reducción de síntomas de estrés, ansiedad y depresión en la etapa perinatal.**

A continuación, se discuten los aspectos más relevantes encontrados en las intervenciones, así como los resultados obtenidos.

La población de estudio son mujeres gestantes sanas y/o en etapa perinatal que abarcan cualquier tipo de estatus social o económico.

Las variables “depresión, ansiedad y estrés” han sido objeto de medición en los siguientes estudios: 9 artículos evidencian sobre depresión ^{31 50 6 10 27 54 14 11 22}, 8 artículos sobre ansiedad ^{31 50 6 41 10 54 51 14} y 13 artículos sobre estrés ^{31 32 16 18 50 6 10 5 54 57 51 14 38}, siendo asociado el estrés con otras variables como dolor, bienestar emocional, mala calidad de sueño e insomnio.

La temporalidad de las intervenciones coincide en 5 artículos ^{31 6 57 14 38 22} en que son al menos ocho sesiones durante 2-3h/semanales, prolongándose en uno de ellos ¹¹ hasta seis semanas después del parto. Los resultados verifican que esta periodicidad es suficiente para obtener resultados significativos, siendo más beneficioso que el tratamiento TAU de la madre.

En comparación con el promedio nacional, autores como L. Garfield ¹⁴ señalan que la tasa de mujeres afroamericanas con depresión y ansiedad perinatal es mayor, generalmente asociadas a condiciones socioeconómicas bajas. Esta declaración concuerda con la de Werner E et al ⁶, los cuales afirman que las mujeres con un nivel socioeconómico más bajo presentan mayores niveles de depresión en el periodo de postparto, en comparación con aquellas de un estatus económico más elevado.

En relación con los pilares teóricos de la intervención, Martín Asuero A et al ⁵ coinciden con otros investigadores al basarse en los principios propuestos por Kabat-Zinn.

Respondiendo al objetivo principal, la mayoría de los estudios revisados muestran que la práctica de mindfulness tiene efectos positivos en la reducción de los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en mujeres gestantes y perinatales.

La intervención mostró que un número adecuado de sesiones (al menos ocho) es suficiente para generar una reducción significativa de los síntomas, tanto en el corto como en el largo plazo. Por ejemplo, los estudios de Gómez-Sánchez L et al ³¹ y Kundarti FI et al ⁴¹ señalan que aunque no se puede generalizar, mindfulness podría contribuir a una mejora en la reducción de la depresión, ansiedad y estrés después de varias semanas de intervención.

Una observación habitual en los estudios es que el mindfulness tiene ventajas sobre los tratamientos habituales (TAU), como los enfoques farmacológicos o terapias tradicionales. Algunos estudios, como los de Traylor CS et al ¹⁶ y Werner E et al ⁶, indican que el mindfulness no sólo reduce los síntomas de ansiedad y depresión, sino que también disminuye el riesgo de recaídas en mujeres con antecedentes de depresión perinatal. Esto resalta la importancia de una intervención preventiva, en especial en mujeres con alto riesgo de desarrollar trastornos emocionales durante y después del embarazo.

De manera similar, en cuanto a la asociación entre el estrés y la calidad del sueño, el mindfulness tiene un impacto positivo en la calidad del sueño de las mujeres gestantes, lo cual es un hallazgo significativo dado que la ansiedad y el estrés materno a menudo están asociados con trastornos del sueño.

Estudios como los de Felder JN et al ³⁸ y Radmarck L et al ²² sugieren que la práctica de mindfulness puede mejorar significativamente la calidad del sueño, lo que a su vez podría tener efectos beneficiosos sobre el bienestar general de las gestantes.

Conforme al objetivo “analizar y describir las técnicas más efectivas y/o recomendadas de mindfulness en la etapa perinatal” estudios revisados, como los de Suarez-Easton S et al³² y Martín Asuero A et al⁵ coinciden en que el control postural y el manejo de la respiración durante el embarazo como técnicas de afrontamiento, son fundamentales para las mujeres, sobre todo en primerizas.

Kundarti FI et al⁴¹ enfatizan que la intervención de mindfulness redujo notablemente el dolor durante el parto, lo que también generó una mayor aceptación del proceso y control del cuerpo durante el parto sin la necesidad de fármacos. Este hallazgo es relevante, ya que recalca la eficacia del mindfulness, no sólo para reducir los síntomas de ansiedad o estrés, sino también para abordar las experiencias físicas asociadas con el parto.

Por otro lado, la combinación de los programas MBSR + PS (Mindfulness-Based Stress Reduction + Sueño prenatal) sugieren que la práctica de mindfulness prenatal mejora la calidad del sueño en las mujeres embarazadas, en comparación con las que siguen el tratamiento habitual (TAU).

Esto tiene efectos positivos, como la reducción de la irritabilidad y la fatiga, favoreciendo una mejor calidad de vida durante el embarazo.

Algunos estudios, como los de Janssen LE et al ²² han valorado la combinación del mindfulness con yoga, lo que puede ser una alternativa eficaz tanto para dolores físicos como emocionales, además de ser accesible.

Sin embargo, aunque hay similitudes entre las afirmaciones sobre eficacia en la reducción del estrés y mejora de la atención plena, estudios sobre el MBCP (Mindfulness-Based Childbirth and Parenting) según Radmarck L et al²², muestran controversia en cuanto a los biomarcadores inflamatorios o en la variabilidad de la frecuencia cardíaca ya que fueron determinados como variaciones causadas por el embarazo.

La falta de consenso señala que aunque las intervenciones de mindfulness pueden tener un impacto positivo en los síntomas de estrés, aún se necesitan más investigaciones para determinar que estas intervenciones influyen en los biomarcadores y otras variaciones fisiológicas del bienestar materno.

En línea con el objetivo “evaluar el impacto del mindfulness en el vínculo madre-bebé” según Janssen LE et al ¹⁸, la reducción del estrés materno mediante mindfulness parece estar asociada con una menor tasa de parto prematuro y una menor incidencia de bajo peso al nacer, lo cual tiene importantes implicaciones para la salud fetal.

En coherencia con lo anterior, durante el embarazo y el parto, algunos artículos ^{32 41 5 10 6} coinciden en que mindfulness puede afectar positivamente al comportamiento infantil tras la intervención clínica, reduciendo el llanto excesivo del bebé y la mejora del sueño infantil.

Por lo que el mindfulness es capaz de beneficiar el bienestar psicológico de la madre y a la vez a influir positivamente en los resultados obstétricos y perinatales.

Por otro lado, atendiendo al objetivo **”explorar el uso de las intervenciones digitales basadas en la atención plena en la mujer durante la etapa perinatal para favorecer a la prevención de los síntomas ansioso-depresivos y favorecer el compromiso de la práctica.”**

Soriano Amador K et al ⁵⁴, señalan la disminución significativa de depresión y ansiedad tras las prácticas de mindfulness a través de aplicaciones durante ocho semanas en comparación con el grupo control, sobre todo percibiendo una notable mejoría en las mujeres nulíparas. Para la mediciones se utilizaron la Escala de Edimburgo de Depresión Posparto y El Puntaje de Estrés percibido.

De igual manera, Mao F et al ⁵⁰ registra resultados de los IMBI positivos como mejora de la depresión materna, sin embargo; el estudio contiene limitaciones por incluir pocos estudios, por lo que no se puede conocer el tamaño del efecto.

Siuman Ng et al⁵¹ destacaron que tras la intervención de mindfulness prenatal guiada con móviles se apreció una mejora del bienestar materno, coincidiendo con Jassen LE et al ¹⁸ y Mao F et al⁵⁰ en que las intervenciones basadas en mindfulness a través de internet redujeron un 50% las tasas de parto prematuro en comparación con el grupo que no recibió la intervención.

De un modo similar, los artículos ^{50 y 51} plantean los IMBI como herramienta para eliminar las barreras, en comparación con las terapias realizadas cara a cara.

5.1 Limitaciones en los estudios.

A pesar de la eficacia en la intervención de mindfulness, también existen limitaciones en los estudios revisados, como por ejemplo el tamaño muestral limitante.

Algunos estudios no encontraron diferencias significativas entre los grupos de intervención y control, como los mencionados en los artículos ^{62 63}, lo que plantea la necesidad de realizar investigaciones más rigurosas.

Por otro lado, el sesgo de publicación, ya que algunos artículos ^{11 57} todavía son iniciales y a pesar de la estimación se necesitaría realizar más revisiones sistemáticas para confirmar mayor calidad de los estudios.

También existen barreras como la diversidad en los tipos de estudios, la situación socioeconómica de las participantes, el compromiso, la duración limitada de la práctica y factores como el tiempo o el dolor que dificultan la evaluación de la efectividad del mindfulness a largo plazo.

Por último, la intervención de mindfulness a través de aplicaciones móviles y tecnologías basadas en TIC, actúan como un enfoque accesible y atractivo; no obstante, en algunos estudios ^{50 54} se presentan limitaciones relacionadas con la adherencia de los participantes y la forma en la que se desarrolla el programa.

5.2 Futuras líneas de investigación.

Se recomienda continuar con estudios de mayor calidad, especialmente para evaluar la implementación y adherencia de las intervenciones a largo plazo. Además, el uso de tecnologías accesibles, puede ampliar el alcance de estos programas, haciendo que más mujeres tengan acceso a ellos.

Sería necesario llevar a cabo estudios con un tamaño muestral más grande ya que esto limita la interpretación de los resultados, así como realizar estudios con un “tercer grupo sin intervención” con el fin de identificar si algunos cambios en los biomarcadores son naturales o inducidos por la intervención.

Se pueden considerar enfoques más individualizados, según las necesidades de la mujer, realizando una detección temprana de los síntomas psicológicos al inicio del embarazo como un indicador de mayor adherencia al tratamiento.

Hay que resaltar la relevancia de las características socioculturales y contextuales de las participantes a la hora de diseñar intervenciones de mindfulness, como por ejemplo la etnia, ya que podría contribuir a mejorar los resultados obtenidos.

5.3 Aportación del estudio a la literatura.

Esta revisión puede servir como una guía útil para informar a las mujeres embarazadas sobre opciones terapéuticas no farmacológicas que contribuyen a reducir la ansiedad vinculada al parto y a vivir con plenitud el periodo perinatal.

Asimismo, los estudios analizados abren la posibilidad de diseñar futuras aplicaciones digitales más personalizadas y ajustadas a las necesidades de esta etapa, facilitando una mejor comprensión y compromiso en la práctica del mindfulness. Todo ello, desde una visión integral del autocuidado prenatal, que reconoce la importancia de la prevención y el bienestar emocional desde el inicio del embarazo.

5.4 Propuestas de implementación real en sistemas de salud.

1. Formación de mindfulness para profesionales de la salud:

Se propone la capacitación en mindfulness dirigida al personal sanitario implicado en la atención perinatal, especialmente matronas, con el objetivo de mejorar el acompañamiento emocional a las gestantes y reducir el riesgo de desgaste profesional (burnout). Esta formación

permitiría ofrecer una atención más empática, consciente y centrada en las necesidades emocionales de las mujeres durante el embarazo y el postparto.

2.Inclusión de talleres de mindfulness en la atención prenatal:

Se plantea la incorporación de talleres basados en mindfulness en los centros de salud u hospitales, como complemento a las clases tradicionales de preparación al parto. Esta intervención estaría principalmente a cargo de matronas, aunque también podría ser facilitada por profesionales con formación específica en la materia.

3.Desarrollo de talleres postparto centrados en el vínculo y el autocuidado:

Se sugiere la creación de espacios grupales postparto basados en mindfulness, enfocados en el fortalecimiento del vínculo madre-bebé, la regulación emocional y el autocuidado. La implementación ideal sería en centros de salud, priorizando la participación activa de matronas en su desarrollo y conducción.

4.Recomendación de recursos digitales validados:

Se propone fomentar, desde la consulta profesional, el uso de aplicaciones móviles u otras herramientas digitales validadas que promuevan la práctica de mindfulness adaptada al embarazo y al puerperio. Esta estrategia facilita el acceso a los beneficios del mindfulness en mujeres que no puedan asistir a intervenciones presenciales, ampliando así la cobertura de esta práctica.

6. CONCLUSIONES

1. Esta revisión muestra que las terapias basadas en mindfulness o atención plena son intervenciones clave para la reducción de la depresión, ansiedad y estrés en las mujeres en la etapa perinatal.

2. Las intervenciones más efectivas y recomendadas para practicar mindfulness incluyen el control de la respiración, el mantenimiento de una postura adecuada y el entrenamiento mental enfocado en llevar la atención plena al momento presente.

La combinación del programa MBSR y el MBCT son los más sugeridos para manejar la sintomatología, además de la combinación del programa MBSR + PS. Otra terapia complementaria al mindfulness podría ser el yoga.

3. Las intervenciones basadas en mindfulness tienen efectos positivos significativos para mejorar el bienestar mental materno y por consiguiente producen un impacto positivo en la salud del bebé, tanto en gestación como en la futura crianza y en la familia.

4. Las herramientas digitales que incorporan prácticas de mindfulness resultan efectivas para disminuir los síntomas de ansiedad y depresión en las mujeres, promoviendo un mayor compromiso de su uso y superando los obstáculos que suelen dificultar el acceso o la continuidad.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Callister LC, Semenic S, Foster JC. Cultural and spiritual meanings of childbirth. Orthodox Jewish and Mormon women: Orthodox Jewish and Mormon women. J Holist Nurs [Internet]. 1999;17(3):280–95. <http://dx.doi.org/10.1177/089801019901700305>
2. 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.
3. Organización Mundial De La S. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York: OMS; 1946.
4. Real Academia de la Lengua Española., editor. Diccionario de la lengua española; 2001.
5. Martín Asuero A, Oller M. Maternalmente: Mindfulness para un embarazo y crianza conscientes. Barcelona: Editorial: Diana;2021.
6. Werner E, Le HN, Babineau V, Grubb M. Preventive interventions for perinatal mood and anxiety disorders: A review of selected programs. Semin Perinatol. 2024 Oct;48(6):151944. doi: 10.1016/j.semperi.2024.151944. Epub 2024 Jul 14. PMID: 39048416.
7. Sluzki, C. La presencia de la Ausencia. Editorial Gedisa. Barcelona; 2011.
8. Choi C. Avance de la investigación sobre las trayectorias de la depresión perinatal: evidencia de un estudio longitudinal de mujeres de bajos ingresos. J Afectar Desorden; 2022.
9. González, R. A., Tello, V. L., Salán, M. M., Fernández, P. F., del Rivero, V. D. C. A., y Díaz, M. N. F. Actualización en depresión posparto. TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD; 2017 1(3), 18-22.
10. Castillo D. Técnicas de mindfulness y regulación emocional en el ámbito familiar como estrategia de prevención en el ámbito de la salud mental, NPunto Volumen V. Número 46. Enero de 2022.
11. Kinser PA, Bodnar-Deren S, Amstadter AB, Lapato DM, Thacker LR, Johnson JA, et al. Study protocol for the Mindful Moms Study: A randomized controlled trial evaluating a mindful movement intervention for marginalized pregnant people experiencing depression. Contemp Clin Trials [Internet]. 2023;132(107302):107302 <http://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2023.107302>
12. Solano MS, Mejía A, Madrigal JC. Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. Revista Médica Sinergia. 2019;4(6):90–9.

13. Husain N. Eficacia de una intervención adaptada culturalmente y basada en la terapia cognitivo-conductual para la depresión posnatal en mujeres británicas del sur de Asia (ROSHNI-2): un ensayo controlado aleatorio multicéntrico. *The Lancet*. 404. (2024).
14. L. Garfield. Atención plena para afroamericanos posparto (MAAP). Universidad de Loyola 2024.
15. Yussuff M, Tang L AS, Binns CW, Lee AH. Prevalence and risk factors for postnatal depression in Sabah, Malaysia: a cohort study. *Women Birth*. 2015;28:25–9.
16. Traylor CS, Johnson JD, Kimmel MC, Manuck TA. Effects of psychological stress on adverse pregnancy outcomes and nonpharmacologic approaches for reduction: an expert review. *Am J Obstet Gynecol* FM[Internet]. 2020;2(4):100229. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100229>
17. Putnam K, Robertson-Blackmore E, Sharkey K, Payne J, Bergink V, Munk-Olsen T. Heterogeneity of postpartum depression: a latent class analysis. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(1).
18. Janssen LE, Gieskes AA, Kok M, de Groot CJM, Oudijk MA, de Boer MA. Intervenciones reductoras del estrés en el embarazo para la prevención del parto prematuro: una revisión sistemática y un metanálisis. *J Psychosom Obstet Gynaecol* [Internet]. 2023;44(1). <http://dx.doi.org/10.1080/0167482x.2023.2281238>
19. Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo, M., y Corbino, J. Depresión posparto y los factores de riesgo. *Salud* (2017) 21(3), 7-12.
20. Fishell A. Depression and anxiety in pregnancy. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2010; 17: 363-9.
21. Grossman P, Niemann L, Schmidt S. Reducción del estrés basada en la atención plena y beneficios para la salud: un metaanálisis. *J Psychosom Res*. 2004;57:35–43.
22. Rådmark L, Osika W, Wallén MB, Nissen E, Lönnberg G, Bränström R, et al. Autonomic function and inflammation in pregnant women participating in a randomized controlled study of Mindfulness Based Childbirth and Parenting. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2023;23(1):237. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-023-05528-2>
23. Beddoe AE, Lee KA, Weiss SJ, Kennedy HP, Yang C-PP. Effects of mindful yoga on sleep in pregnant women: a pilot study. *Biol Res Nurs* [Internet]. 2010;11(4):363–70. <http://dx.doi.org/10.1177/1099800409356320>

24. Green SM, Haber E, Frey BN, McCabe RE. Cognitive-behavioral group treatment for perinatal anxiety: a pilot study. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2015;18(4):631–8. <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-015-0498-z>
25. Medina-Serdán, E. Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis y la tristeza posparto. *Perinatología y reproducción humana*, 2013; 27(3), 185-193.
26. Terrén CA, Esteve LG, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona MJ. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2003;120(9):326–9. [http://dx.doi.org/10.1016/s0025-7753\(03\)73692-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0025-7753(03)73692-6)
27. Acuña M. Depresión Postparto. *Evid actual pract ambul* [Internet]. 2003;5(6). <http://dx.doi.org/10.51987/evidencia.v5i6.5287>
28. Putnam K, Robertson-Blackmore E, Sharkey K, Payne J, Bergink V, Munk-Olsen T. Heterogeneity of postpartum depression: a latent class analysis. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(1).
29. Galván-Soto ATZYRI, Fuentes-Ocampo L, Álvarez-Aguirre A, Sánchez-Gómez M, Navarro-Oliva EIP. Mindfulness e inteligencia emocional en adolescentes: Revisión sistemática. Subirana. 2023;
30. Vásquez-Dextre ER. Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2016;79(1):42. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v79i1.2767>
31. Gómez-Sánchez L, García-Banda G, Servera M, Verd S, Filgueira A, Cardo E. Beneficios del mindfulness en mujeres embarazadas [Benefits of mindfulness in pregnant women. Vol. 80. *Medicina* (B Aires; 2020.)
32. Suarez-Easton S, Erez O, Zafran N, Carmeli J, Garmi G, Salim R. Pharmacologic and nonpharmacologic options for pain relief during labor: an expert review. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2023;228(5):S1246–59. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2023.03.003>
33. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization, Geneva, 2018.
34. Narayan MC. Culture's effects on pain assessment and management. *Am J Nurs* [Internet]. 2010;110(4):38–47;quiz48–: <http://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000370157.33223.d>
35. Lowe NK. The pain and discomfort of labor and birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 1996;25(1):82–92. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.1996.tb02517>

36. American academy of pediatrics policy statements and American college of obstetricians and gynecologists' committee opinions and practice bulletins. En: Guidelines for Perinatal Care. American Academy of Pediatrics. 2017;641–55

37. Shukri M, Wells NH, Eaton J, Mukhtar S, Petelin F, Jenko-Pražnikar A, et al. Randomized controlled trial investigating the effects of a breast-feeding relaxation intervention on maternal psychological state, breast milk outcomes, and infant behavior and growth. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2019;110(1):121–30. <http://dx.doi.org/10.1093/ajcn/nqz033>

38. Felder JN, Mirchandaney R, Manber R, Cuneo J, Krystal A, Solomon N, et al. Feasibility and acceptability of mindfulness-based stress reduction and prenatal sleep classes for poor prenatal sleep quality: Pilot randomized controlled trial. *Behav Sleep Med* [Internet]. 2024

39. Kalmbach DA, Cheng P, Reffi AN, Ong JC, Swanson LM, Espie CA, et al. Reducing cognitive arousal and sleep effort alleviates insomnia and depression in pregnant women with DSM-5 insomnia disorder treated with a mindfulness sleep program. *Sleep Adv* [Internet]. 2023;4(1):zpad031. <http://dx.doi.org/10.1093/sleepadvances/zpad031>

40. Kuo T-C, Au H-K, Chen S-R, Chipojola R, Lee GT, Lee P-H, et al. Efectos de un programa integrado de educación para el parto para reducir el miedo al parto, la ansiedad y la depresión, y mejorar la atención plena a disposición: un ensayo controlado aleatorio ciego único. *Partería* [Internet]. 2022

41. Kundarti FI, Kiswati, Komalyna INT. Mindfulness based intervention reduce anxiety in labor. *Gac Sanit* [Internet]. 2024 [citado el 29 de abril de 2025];38(102359):102359. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112024000100400&script=sci_arttext

42. Ng S-M, Leng LL, Chan KP, Lo H-MH, Yeung A, Lu S, et al. Study protocol of guided mobile-based perinatal mindfulness intervention (GMBPMI) - a randomized controlled trial. *PLoS One* [Internet]. 2022;17(7):e0270683. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0270683>

43. Pan W-L, Gau M-L, Lee T-Y, Jou H-J, Liu C-Y, Wen T-K. Mindfulness-based programme on the psychological health of pregnant women. *Women Birth* [Internet]. 2019;32(1):e102–9 <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.018>

44. Sockol LE. A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *J Affect Disord* [Internet]. 2015;177:7–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.052>

45. Moscoso MS, Lengacher CA. Mecanismos neurocognitivos de la terapia basada en mindfulness. Lima; 2015;21.

46. Byrne J, Hauck Y, Fisher C, Bayes S, Schutze R. Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2014;59(2):192–7. <http://dx.doi.org/10.1111/jmwh.12075>
47. Maslach C, Jackson E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*. 1981;2(2):99–113.
48. Behan C. The benefits of meditation and mindfulness practices during times of crisis such as COVID-19. *Ir J Psychol Med* [Internet]. 2020;37(4):256–8. <http://dx.doi.org/10.1017/ipm.2020.38>
49. Dosani A, Arora H, Mazmudar S. MHealth and perinatal depression in low-and middle-income countries: A scoping review of the literature. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(20):7679. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17207679>
50. Mao F, Sun Y, Li Y, Cui N, Cao F. Intervenciones basadas en la atención plena entregadas por Internet para los resultados de salud mental entre las mujeres perinatales: una revisión sistemática. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2023;80(103321):103321. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103321>
51. Siuman Ng, PhD. Una intervención guiada de atención plena perinatal basada en dispositivos móviles - Un ensayo de control aleatorio. Hong Kong 2021.
52. Hussain-Shamsy N, Shah A, Vigod SN, Zaheer J, Seto E. Mobile health for perinatal depression and anxiety: Scoping review. *J Med Internet Res* [Internet]. 2020;22(4):e17011. <http://dx.doi.org/10.2196/17011>
53. Green J, Neher T, Puzia M, Laird B, Huberty J. Pregnant women's use of a consumer-based meditation mobile app: A descriptive study. *Digit Health* [Internet]. 2022;8:20552076221089098. <http://dx.doi.org/10.1177/20552076221089098>
54. Soriano Amador K, Ortiz V. Tecnologías de la información y la comunicación como apoyo a la salud mental para mujeres en etapa perinatal. *Med UPB*. 2024;43.
55. Groenhof TK, Veerbeek JH, Solinge Ww Van Lely AT, Franx A. e Health as the Next-Generation Perinatal Care: An overview of the literature. *J Med Internet Res*. 2018;20(6).
56. Hantsoo L, Podcasy J, Sammel M, Epperson CN, Kim DR. Pregnancy and the acceptability of computer-based versus traditional mental health treatments. *J Womens Health (Larchmt)* [Internet]. 2017;26(10):1106–13. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2016.6255>

57.Davis JA, Ohan JL, Gregory S, Kottampally K, Silva D, Prescott SL, Finlay-Jones AL. Perspectivas de las mujeres perinatales y el compromiso en el entrenamiento de bienestar emocional digital: estudio de métodos mixtos J Med Internet Res 2023;25:e46852 10.2196/46852 PMID: 37847537 PMCID: 10618893

58.Arézaga Sánchez GP, Macedo Chagolla F, Arvizu Cortés MM. La agenda internacional y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Retos y perspectivas de camino al 2030. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Aragón; 2024.

59.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

60.Zhang H, Emory EK. A mindfulness-based intervention for pregnant African-American women. Mindfulness 2015; 6: 663-74

61.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.

62.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 [Internet]. 2008;11(1):67–74.<http://dx.doi.org/10.1007/s00737-008-0214-3>

63.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.

64.Rahayu B, Ariningtyas RE. Reducción de la ansiedad y el dolor en madres primigrávidas con yoga lyengar modificado: un estudio clínico J Ayurveda Integr Med. J Ayurveda Integr Med. 2022;14.

65.Salisbury, A.L. O'Grady, K.E. · Batalla, C.L.Los roles de la depresión materna, el tratamiento de los inhibidores de la recaptación de serotonina y el uso concomitante de benzodiazepinas en el funcionamiento neuroconductual infantil durante el primer mes postnatal. 2016; 173:147-157

66.Wa, N.A. Meltzer-Brody, S.E.La cascada de tratamiento de la depresión perinatal: pequeños pasos para mejorar los resultados. Psiquiatría J Clin. 2016; 77:1189-1200

67.Effects of abrief electronic mindfulness-based intervention on relieving prenatal

depression and anxiety in hospitalized high-risk pregnant women: Exploratory Pilot Study. J Med Internet Res. 2020;22(8).