



**Universidad
Europea MADRID**

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN
EMBARAZADAS CON SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA**

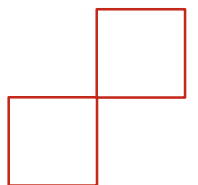
Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a Nuria Castillo Célix

Tutor/a Elisa Aguirre Sánchez

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
Fernando Alonso, 8 28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida
28108 Madrid



Resumen

Objetivos: Los objetivos de este estudio de investigación es probar si existe vulnerabilidad en el embarazo de padecer sintomatología ansiosa, observar si se producen beneficios debido a la aplicación de terapia cognitivo-conductual (TCC) y si con esto se reduce los niveles de ansiedad. **Metodología:** Se llevó a cabo un diseño unifactorial intersujetos de bloques con dos grupos aleatorios de mujeres de entre 25 y 40 años embarazadas. Los datos se recogieron vía online mediante la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) y el Cuestionario de ansiedad Relacionada con el Embarazo versión española reducida (PRAQ-20).

Resultados: Conseguimos una muestra de 40 mujeres gestantes con una media de 13,575 en GAD-7 indicando una vulnerabilidad de presentar trastornos de ansiedad en el periodo del embarazo. La puntuación de t de Student en la medida repetida del grupo experimental fue de 6.347 mostrando una diferencia grande entre las medias de ambas medidas y mostrando una reducción del nivel de ansiedad. Por último, en la puntuación t de Student para muestras independientes se obtuvo un valor de 3.337, confirmando resultados positivos en la línea de nuestra tercera hipótesis de que se produce beneficio en los síntomas de ansiedad tras la aplicación de TCC. **Conclusiones:** Los resultados obtenidos indican una dirección positiva en relación a la vulnerabilidad en nuestra muestra de ansiedad de las mujeres embarazadas de nuestra muestra, reducción de la sintomatología de ansiedad y beneficios de esta terapia en relación al grupo de control. Son necesarias futuras investigaciones para comprobar los resultados obtenidos.

Palabras clave

“Ansiedad” “Cognitivo-Conductual” “Bebé” “Embarazo” “Salud mental”

Abstract

Objectives: The objectives of this research study is to test whether there is vulnerability in pregnancy to suffer from anxious symptomatology, to observe if there are benefits due to the application of cognitive-behavioral therapy (CBT) and if this reduces anxiety levels.

Methodology: A unifactorial intersubjects block design was carried out with two random groups of pregnant women between 25 and 40 years of age. Data were collected online using the Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) and the Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire, reduced Spanish version (PRAQ-20). **Results:** We obtained a sample of 40 pregnant women with an average of 13,575 in GAD-7, indicating a vulnerability to anxiety disorders during pregnancy. The Student's t score in the repeated measure of the experimental

group was 6.347, showing a large difference between the means of both measures and showing a reduction in the level of anxiety. Finally, in the Student's t score for independent samples, a value of 3337 was obtained, confirming positive results in line with our third hypothesis that there is benefit in anxiety symptoms after the application of CBT.

Conclusions: The results obtained indicate a positive direction in relation to vulnerability in our sample of anxiety of pregnant women in our sample, reduction of anxiety symptoms and benefits of this therapy in relation to the control group. Future research is needed to verify the results obtained.

Keywords

“anxiety” “baby” “cognitive-behavioral” “mental health” “pregnancy”

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	7
	1.1 Ansiedad y vulnerabilidad en el embarazo de padecer niveles altos	8
	1.2 Terapia Cognitivo-Conductual	10
	1.3 Justificación teórica y objetivos de la investigación	12
2.	METODOLOGÍA	14
	2.1 Diseño	14
	2.2 Muestra	14
	2.3 Instrumentos	15
	2.4 Procedimiento	16
	2.5 Análisis estadístico	18
3.	RESULTADOS	20
	3.1 Análisis descriptivo	20
	3.2 Análisis inferencial	22
4.	DISCUSIÓN	29
5.	REFERENCIAS	36
6.	ANEXOS	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tabla puntos de corte Cuestionario Ansiedad Generalizada GAD-7	21
Tabla 2. Estadísticos descriptivos N=40.....	23
Tabla 3. Tabla descriptiva de la población del grupo experimental	24
Tabla 4. Contraste de Normalidad (Shapiro-Wilk) para muestras relacionadas	24
Tabla 5. Prueba t de Student para muestras relacionadas	25
Tabla 6. Datos descriptivos de los grupos (N=40).....	27
Tabla 7. Contraste de Normalidad (Shapiro-Wilk) en ambas condiciones experimentales ...	27
Tabla 8. Contraste de Igualdad de Varianzas (Levene)	28
Tabla 9. Contraste t de Student para Muestras Independientes	29

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Sintomatología ansiedad antes de la exclusión	22
Figura 2. Sintomatología ansiedad de muestra definitiva.....	22
Figura 3. Comparación del grupo experimental medidas pre-test post-test PRAQ-20.....	26
Figura 4. Comparación medida post PRAQ-20 de t de Student en ambas condiciones experimentales	29

1. INTRODUCCIÓN

El periodo del embarazo tanto en el pasado como en la actualidad se contempla como una etapa de la mujer de felicidad, alegría, etcétera, atribuyéndole a esta fase de una forma generalizada en su mayoría adjetivos positivos, no poniendo el foco o simplemente ignorando que se pueda producir algún tipo de sentimiento y/o emoción negativa, pudiendo producir en la embarazada que padece algún tipo de afecto de este tipo o de trastorno mental un estigma social por ello. Esta visión se ve en cierta manera apoyada con los programas facilitados por el Sistema Sanitario a las mujeres gestantes, los cuales son llevados a cabo por profesionales médicos como matronas y obstetricistas, centrados en los aspectos físicos/fisiológicos. En ellos se ignoran o relegan a un segundo plano la salud mental, ya que no abordan esta problemática, y si lo hacen es a petición de la paciente, haciéndose con un profesional no especializado en esta rama, y sin emplear la colaboración de sanitarios expertos en esta materia como psicólogos o psiquiatras.

Por estos aspectos y por la alta prevalencia de trastornos mentales en embarazadas, especialmente trastornos de ansiedad, como indican varios estudios, entre ellos el de Misri y colaboradores (Misri et al., 2015), la presente investigación analiza los beneficios de la incorporación de la figura del psicólogo en el periodo del embarazo. En él se planteará como hipótesis principal que a través de una intervención cognitivo-conductual se conseguirá reducir la sintomatología ansiosa y gracias a esto, y de manera indirecta, se logrará evitar o reducir las consecuencias negativas que puede producir este estado tanto en la madre como en el feto (Gabbe et al., 2016), dejando esto último para futuras investigaciones. Para ello analizamos en los siguientes párrafos los tres puntos clave de esta investigación como son la ansiedad, el embarazo como periodo de vulnerabilidad y evidencia de la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales en estos síntomas.

1.1 Ansiedad y la vulnerabilidad en el embarazo de padecer niveles altos

Según la Real Academia Española, ansiedad se puede definir como “estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo o angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos” (Real Academia Española, 2021). La idea de ansiedad apareció por primera vez tras el concepto de neurosis de Cullen en el SXVIII, teniendo esta palabra múltiples definiciones las cuales llevan a un concepto complejo y ambiguo, generando a lo largo de la historia multitud de debates en todos los ámbitos, siendo hoy en día uno de los términos más empleados en la actualidad en psicología. Además, se ha usado en muchas ocasiones como sinónimo de angustia o miedo, llevando a una confusión a la hora de utilizarlos y que ha dado lugar a numerosos estudios para esclarecer las diferencias existentes entre ellos (Ansorena, Cobo y Romero, 1983; Bermúdez y Luna, 1980; Borkovek, Weerts y Berstein, 1977; Casado, 1994; Cattell, 1973; Lazarus, 1966; Miguel-Tobal, 1985). Teniendo en cuenta esta dificultad, para distinguir algunos términos con la ansiedad, hay autores como Clark y Beck que señalan en su obra *Terapia Cognitiva para los trastornos de ansiedad* cinco criterios los cuales nos podrían ayudar a distinguir la ansiedad de otros términos utilizados incorrectamente como sinónimos, y los cuales estarían latentes y alterados entre la mayoría de los casos de ansiedad clínica.

Estos cinco ítems son cognición disfuncional, deterioro del funcionamiento, persistencia, falsas alarmas e hipersensibilidad a los estímulos (Beck y Clark, 2013).

La ansiedad es un estado mental de inquietud en el que se combinan síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales, en el que es muy importante diferenciar entre la adaptativa y la disfuncional. Esta primera, señala al sujeto de un peligro real avisándole de esta situación de daño futuro, ayudándonos a detectar esta amenaza y poner en marcha una serie de mecanismos para reducir o eliminar las consecuencias negativas provenientes de

esta. El problema surge cuando se convierte en disfuncional, en el que el sujeto percibe un peligro que anticipa unas consecuencias que son irreales o que no existen, produciendo una serie de alteraciones excesivas en los tres niveles anteriormente nombrados (fisiológico, cognitivo y conductual), llegando a ser disfuncionales, como puede ser el aumento de la frecuencia cardíaca, problemas digestivos, respiración dificultosa, tensión muscular, rumiaciones, evitación de situaciones o lugares, entre otros. Todas estas dificultades pueden interferir en nuestra vida cotidiana, y si así lo hace, se considera patológica según la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-V) cuando "La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad" (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013).

Abordando la prevalencia, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística realizó en España en el año 2017 la Encuesta Nacional de Salud Pública (ENSE, 2017), donde se señaló que la tasa de los trastornos de ansiedad en la población general es del 6'7%, creciendo este porcentaje si tenemos en cuenta los signos o síntomas de esta, llegando hasta un 10'4%, y disparándose estas cifras debido al panorama actual con la pandemia COVID-19. Si observamos en función del sexo, podemos comprobar que es más del doble en mujeres que en hombres en población adulta, pudiéndose determinar el sexo femenino como un factor de riesgo para padecerla. Además, existen determinados eventos dentro de la vida de la mujer que la hacen más vulnerable a padecer ansiedad o puntuación alta en esta, siendo uno de ellos el embarazo, teniendo una prevalencia de entre el 15 y el 50% según algunos estudios (Fairbrother et al., 2016; Silva, No-gueira, Clapis y Leite, 2017) u otros más específicos que se indica un porcentaje en el trastorno de ansiedad generalizada de 8,5 % a 10,5 % (Misri et al., 2015),

Desde hace muchos años y tal como mencionábamos en el primer párrafo, se impone en la sociedad tanto pasada como actual una visión del embarazo en el que los sentimientos o emociones negativas no tienen cabida en esta etapa. Gracias a la psiquiatra Gisela B. Oppenheim citada en un artículo escrito por Jadresic llamado *Depresión en el embarazo y el puerperio* (Jadresic, 1990), se cuestionó esta visión, siendo el inicio de estudios en el que se plasmaban la posibilidad de la existencia de trastornos mentales en las mujeres embarazadas y los efectos que se podían producir tanto en ellas como en los bebés que estaban gestando. Entre las complicaciones que pueden aparecer en la mujer se pueden observar trastornos de ansiedad, trastorno depresivo mayor, trastornos de la alimentación, etc. Y en el feto hay varias investigaciones en el que lo relacionaron con problemáticas como bajo peso al nacer, problemas atencionales, hiperactividad o problemas de conducta (Gabbe et al., 2016). Por lo que teniendo en cuenta estos datos, sería un objetivo principal y muy interesante que en investigaciones posteriores se pueda abordar este asunto, ya que con ello se conseguiría mejorar tanto la experiencia de la mujer en el embarazo como su bienestar, así como la salud del hijo que viene en camino.

1.2 Terapia Cognitivo-Conductual

La corriente Cognitivo-Conductual fue un movimiento que nació en los años 50 teniendo sus raíces en el conductismo. Fue impulsado gracias a autores como Beck con su Terapia Cognitiva y un artículo llamado *Thinking and depression* (Beck, 1963) o Ellis con la Terapia Racional Emotiva y su libro *Razón y emoción en psicoterapia* (Ellis, 1962), en la cuales ambos ponían el foco principal a la cognición o pensamiento. Gracias a estas aportaciones y sirviendo como detonantes, en los años 70 empezó a coger más peso la teoría cognitivo- conductual publicándose los primeros manuales y con esto produciéndose su consolidación. La idea central de estas terapias es que en los trastornos

mentales hay unas distorsiones patológicas principales en este nivel, y el tratamiento se realiza a través de la eliminación, reducción o modificación de estas, consiguiendo con esta acción una mejora en la patología padecida. En ellas se combinarán técnicas cognitivas y conductuales, siendo estas últimas dirigidas principalmente a conseguir objetivos cognitivos, marcando esto la diferencia con las técnicas conductuales utilizadas en la terapia de conducta tradicional.

Esta corriente ha adquirido una gran importancia debido a la eficacia comprobada en los distintos trastornos mentales y porque se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (Plaud, 2001). Además, se destaca la importancia de estas en afirmaciones como la que realiza Villegas (1990) en la que indica que actualmente no hay una psicoterapia que no tenga dentro de ella y de sus técnicas una acción de cambio cognitivo.

Los componentes de estas intervenciones cognitivo-conductuales, como mencionaron Clark y Beck en su obra de 2013 llamada *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*, se realizaba una combinación de diversos elementos tales como psicoeducación, escáner corporal, técnicas de regulación fisiológica en la que se incluía respiración profunda o relajación muscular progresiva y técnicas para reducir o eliminar esos pensamientos disfuncionales a través de la reestructuración cognitiva (Clark y Beck, 2013).

Para poder observar los beneficios de esta, se han realizado multitud de estudios de la eficacia de las distintas terapias en los trastornos de ansiedad, siendo la intervención psicológica cognitivo conductual la de primera elección debido a bagaje y evidencia en estos trastornos (Marchesi et al., 2016).

Teniendo en cuenta toda esta información y aunando los tres elementos principales que hemos mencionado en el primer párrafo, se han realizado investigaciones e intervenciones en distintos grupos poblacionales con ansiedad y entre ellos, en embarazadas con distintas

características, en el cual los resultados obtenidos han sido beneficiosos a favor de la terapia cognitivo-conductual, definiéndola como la indicada para abordar la problemática de la ansiedad en este grupo. Estos resultados positivos se han plasmado en diversos artículos, como por ejemplo en embarazos de alto riesgo, resultando con éxito una intervención cognitivo-conductual logrando resultados como reducción sintomatología ansiosa, depresiva, etc. además de otros como aceptación de los cambios provenientes del embarazo, asunción del rol de una manera adaptativa entre muchos otros, siendo su autora Gómez-López, M. E. (2007). Hay otro estudio de ansiedad en adolescentes primigestas donde se corrobora la eficacia de la terapia cognitivo-conductual consiguiendo su reducción en medida post-test (Sánchez, D.O., 2009). Y por último hay un estudio piloto actual en embarazadas llamado *Evaluación de dos tratamientos psicológicos para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa* (Durán, C. A. R., & Coutiño, A. B. M., 2021). en el cual se comparan técnicas de tercera generación con terapia cognitivo conductual teniendo resultados exitosos en ambas, y una reducción de esta sintomatología al final del tratamiento.

1.3 Justificación teórica y objetivos de la investigación

Pese a que ya se ha comenzado a investigar más los trastornos mentales en mujeres embarazadas y existen varios estudios, aún queda mucho camino por recorrer, ya que en su mayoría se centran en la posibilidad de la existencia de estos trastornos o niveles altos en ellos por la relación de esta etapa con otros factores, como son el surgimiento de una problemática en el transcurso de la gestación como embarazos de riesgo o múltiples, o con la edad o contexto en el que surge, como embarazos en la adolescencia, no deseados, en familias con bajos recursos, etc.

Por ello, en este presente trabajo de investigación como detalle novedoso nos centramos en

los embarazos que transcurren sin otras dificultades añadidas nada más que las propias de las que pueden surgir en un estado de gestación. Estas alteraciones a las que nos referimos no son nada desdeñables, puesto que se producen múltiples cambios tanto a nivel físico como mental y en el cual, pese a que no hay otra problemática añadida, sigue existiendo una alta vulnerabilidad de padecer trastornos mentales. A pesar de todos estos datos aportados, y debido a la visión que se mantiene en la sociedad, se sigue produciendo aún hoy en el Siglo XXI con toda la información existente en el tema, una gran presión hacia la figura de la mujer acerca del estado de ánimo que debe tener a lo largo de todo el embarazo, mirando con recelo la cabida de las emociones negativas y los trastornos mentales dentro de este periodo.

Por lo que por todo lo expuesto anteriormente y teniendo en cuenta de las necesidades urgentes que existen en esta área de intervención, definimos los objetivos e hipótesis planteadas en este estudio de investigación:

- Objetivo 1: Conocer la relación entre el embarazo y vulnerabilidad en síntomas ansiosos. Hipótesis 1: Vulnerabilidad alta en el embarazo de padecer sintomatología de ansiedad
- Objetivo 2: Reducción de la ansiedad en mujeres embarazadas debido a la aplicación de una terapia cognitivo-conductual breve.

Hipótesis 2: Menor nivel de ansiedad en las mujeres participantes en la terapia cognitivo conductual en la medición post-test con respecto a los niveles previos en la medida pre-test.

- Objetivo 3: Observar los beneficios de la aplicación de una terapia cognitivo-conductual en mujeres embarazadas

Hipótesis 3: Menor nivel de ansiedad en mujeres embarazadas que han participado en la terapia cognitivo-conductual respecto con las que han sido grupo de control.

2. METODOLOGÍA

- **Diseño:** En el estudio de investigación realizado se utilizó un diseño unifactorial intersujetos de bloques aleatorios. Los datos obtenidos han sido de dos tipos, los cuales ambos se consiguieron mediante la aplicación del Cuestionario de Ansiedad Relacionada con el Embarazo (PRAQ-20). Por un lado, se realizaron distintas medidas en varios momentos temporales (diseño longitudinal) para ver la evolución tras la intervención en el grupo experimental (medida pre-test y pos-test) y, por otro lado, las puntuaciones obtenidas en el grupo de control para poder comprobar las diferencias entre este y el grupo el cual hemos sometido a terapia. Con este diseño se observó mediante las distintas medidas como se relaciona la aplicación de terapia cognitivo-conductual con las puntuaciones de los niveles de ansiedad.

- **Muestra:** Hubo una participación de 45 mujeres en el periodo de embarazo. La muestra seleccionada finalmente fueron de 40 mujeres las cuales estaban embarazadas en el momento de realizar el estudio de investigación. Estas mujeres participaron en este estudio de manera voluntaria, las cuales fueron reclutadas en grupos de apoyo a embarazadas en internet y presentaban puntuación de niveles leves, moderados y severos de ansiedad obtenida a través de la escala GAD-7 realizada vía online.

Los criterios de inclusión en este estudio fueron los de ser mujer, embarazada, residir en España, tener una edad comprendida entre los 25 y 40 años y por último presentar en la escala GAD-7 una puntuación de ansiedad más alta de 5. Se excluyeron a cinco mujeres de este estudio de investigación ya que tres de ellas no cumplían el criterio de inclusión de estar embarazada puesto que en el momento de la cumplimentación de la escala estaban embarazadas, pero cuando se realizó la intervención psicológica cognitivo-conductual ya habían dado a luz. Las otros dos restantes no fueron seleccionadas por no

cumplir con el criterio de la puntuación en el GAD-7, ya que era necesario dar una puntuación más alta de cinco, y estas la dieron por debajo, por lo que no presentaban niveles de ansiedad significativos para este estudio.

- **Instrumentos y/o Materiales:**

Escala de trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) creada por Spitzer et, al. (2006) pero utilizada versión española García-Campayo et al. (2010).

Es una escala autoaplicable compuesta por 7 ítems con una puntuación tipo Likert de 0 a 3 puntos, siendo la puntuación mínima de 0 (ningún día), 1 (varios días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (casi todos los días). Obtiene una puntuación directa que evalúa durante las dos últimas semanas el nivel de ansiedad generalizada según el DSM-V, por lo que a mayor puntuación mayores niveles de ansiedad pudiéndose obtener un máximo de 21 puntos. La versión española tiene unas propiedades psicométricas de sensibilidad de 86,8%, especificidad de 93,4% y alfa de Cronbach de 0.93 (Banco de instrumentos y metodologías en salud mental, s.f.).

Los resultados que se obtienen a través de esta escala se clasifican en diferentes tramos teniendo los siguientes puntos de corte: de 0 a 4 puntos no se aprecia ansiedad, de 5 a 9 puntos se aprecian síntomas de ansiedad leves, de 10 a 14 el sujeto presenta una puntuación concordante con síntomas de ansiedad moderados y más alto de 15 hasta 21 se aprecia síntomas de ansiedad severos.

Versión española abreviada del Cuestionario de Ansiedad Relacionada con el Embarazo PRAQ-20 (Míguez y Vázquez , 2021).

Es una versión española reducida del Cuestionario PRAQ-55, teniendo cinco factores que son factor 1 “preocupación por los cambios en uno mismo”, factor 2 “temor por la integridad del bebé”, factor 3 “sentimientos sobre uno mismo”, factor 4 “miedo al parto” y

factor 5 “preocupación por el futuro”. Además, se disminuyó su composición a 20 ítems dando lugar a una escala de 5 puntos que equivaldría a 1 (nada), 2 (casi nada), 3 (algo), 4 (bastante) y 5 (mucho). En ella se obtiene una puntuación directa de un mínimo de 20 puntos hasta un máximo de 100, en la que a mayor puntuación mayores niveles de ansiedad en el embarazo. Se califica como punto de corte para determinar niveles de ansiedad significativos la puntuación 67 correspondiente a un percentil 85. (Vázquez y Míguez, 2021).

Las propiedades psicométricas se pueden resumir en un nivel de alfa de Cronbach entre aceptable y excelente (Vázquez y Míguez, 2021).

- **Procedimiento:**

La recogida de la información se realizó a través de internet en su totalidad. En un primer momento para captar a las personas interesadas en formar parte de este estudio de investigación, se buscó en redes sociales grupos de embarazadas y en internet grupos de apoyo a mujeres gestantes para poder tener voluntarias y se confeccionó un anuncio explicando el perfil que se buscaba. Se creó un vínculo a través de la herramienta de formularios de Gmail con la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) para poder difundirlo, y en las personas que contactaron interesadas en participar, se les adjuntó tanto la escala como las instrucciones, para que lo pudiesen realizar de manera individual y autónoma. En este momento se les pidió una serie de datos básicos tales como edad o trimestre del embarazo en el que se encuentran, y de contacto para posteriores pasos en el estudio.

En las instrucciones facilitadas se explicaba que los datos obtenidos eran confidenciales y utilizados única y exclusivamente para este estudio y donde, además, se indicaba como seguía el procedimiento.

Al recibir y visualizar las respuestas de las participantes en el GAD-7 en primer lugar las clasificamos según la puntuación obtenida que indicaban el grado de ansiedad (leve con puntuación de 5 a 9, moderado con puntuación de 10 a 14 y severo con puntuación de 15 a 21). Ya teniendo en cuenta este dato y habiendo clasificado según los resultados obtenidos a estas mujeres según esta variable de bloqueo como es el nivel de ansiedad, nos pusimos en contacto a través de correo electrónico con las personas que cumplía el criterio de inclusión de dar una puntuación significativa del nivel de ansiedad (más de una puntuación de cinco). En ese momento se las informaba de que podían formar parte del estudio e indicarlas que debían cumplimentar el cuestionario PRAQ-20, el cual se adjuntaba a dicho correo. Una vez obtenida esta medida y garantizada la equivalencia gracias a los bloques creados, de una forma aleatoria se les asignó a las distintas condiciones del estudio, siendo dos grupos en total los formados, uno de control el cual no se le aplicaba ningún tratamiento, y otro experimental que recibía el tratamiento cognitivo-conductual más detallada en posteriores líneas. A las mujeres que componían este último se las informó acerca de cómo y cuando comenzaba dicha terapia cognitivo-conductual, la cual se realizaría de una forma grupal y online. Al grupo de control se les informó de los siguientes pasos en su caso, es decir, que en un plazo de mes y medio se iba a realizar otra medida del cuestionario PRAQ-20.

La intervención cognitivo-conductual administrada al grupo sometido a la condición experimental constaba de seis sesiones semanales en las cuales se trabajaron los siguientes aspectos: en la sesión uno se dedicó a realizar presentaciones y en la que se ampliaron los conocimientos de la ansiedad y su sintomatología a través de psicoeducación, en la sesión dos y tres se trabajaron las cogniciones y pensamientos disfuncionales que provocaban malestar con reestructuración cognitiva, en la sesión cuatro y cinco se enseñaron y aplicaron técnicas de relajación como relajación guiada y diferencial, y por último, en la

sesión seis prevención de recaídas a través de la distinción entre caída y recaída, así como ver las señales de alarma para poder poner en marcha las técnicas utilizadas de una manera temprana. Tras estas sesiones, se volvió a tomar una segunda medida de la versión española PRAQ-20.

Una vez obtenidas todas las puntuaciones de las distintas medidas, se procedió al análisis estadístico pertinente para poder analizar dichos resultados y observar si se cumplían las hipótesis planteadas.

- **Análisis estadísticos:** El análisis estadístico realizado en esta investigación se ejecutó a través del software JASP versión 0.16.

Los datos a analizar fueron obtenidos de la siguiente manera:

- GAD-7: método de screening para detectar embarazadas con niveles significativos de ansiedad.
- Pretest PRAQ-20: primera medición.
- Postest PRAQ-20: segunda medición.

En primer lugar, en ambos grupos se realizó el estadístico Shapiro Wilk para poder comprobar que se cumple el criterio de normalidad y así posteriormente elegir el estadístico más adecuado en función del resultado obtenido. Se obtuvieron resultados positivos en ambos casos, comprobándose la normalidad en los distintos casos.

En la comparación de los grupos, además, se realizó la prueba de Levene para comprobar el criterio de homocedasticidad, cumpliéndose también este criterio.

Para comprobar la diferencia en las distintas condiciones experimentales (aplicación de terapia cognitivo conductual en grupo experimental y no aplicación de tratamiento en grupo de control) utilizaremos el estadístico t de Student para muestras independientes a

través el cual comprobamos las diferencias entre las medias de ambos grupos.

En segundo lugar para poder tener datos acerca de la variabilidad intrasujeto y comprobar la variación en la sintomatología expresada de los niveles de ansiedad se aplicó t de Student para muestras relacionadas y así poder observar la diferencia entre las puntuaciones Pre-test (antes de aplicar terapia cognitiva-conductual) y post-test (después de pasar por esta condición experimental) aplicados a los resultados obtenidos con la escala PRAQ-20, y con ello poder ver la reducción, incremento o estabilidad de los niveles de ansiedad

3. RESULTADOS

3.1 Análisis descriptivo

El primer objetivo de este estudio era explorar la vulnerabilidad de las mujeres de padecer niveles significativos de ansiedad en el proceso de su embarazo. Este aspecto se examinó a través de la cumplimentación de la Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) por parte de nuestra muestra captada en redes sociales y asociaciones. Se interpretó los resultados en función de los puntos de corte indicados a continuación (Tabla 1).

Tabla 1

Tabla puntos de corte Cuestionario Ansiedad Generalizada GAD-7

	Punto de corte
Sin sintomatología	0-4 puntos
Sintomatología leve	5-9 puntos
Sintomatología moderada	10-14 puntos
Sintomatología severa	15-21 puntos

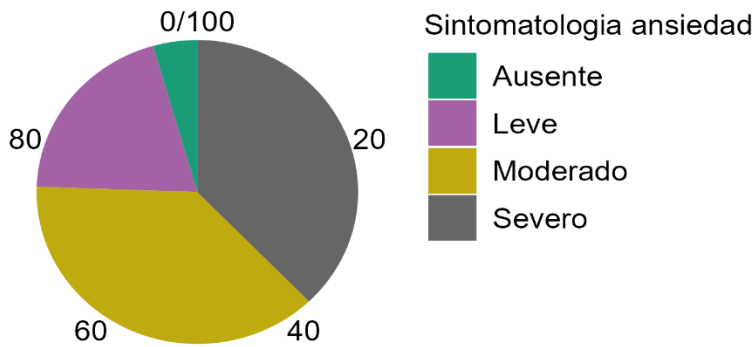
Nota: Puntos de corte para comprobar sintomatología ansiedad

Tras la clasificación de las participantes en función de su nivel de ansiedad correspondiente, quedaron los resultados tal y como se ve en la Figura 1, no siendo la muestra definitiva ya que posteriormente se excluyeron del estudio cinco participantes puesto que dos de ellas no tenía niveles sintomatología significativa de ansiedad y las otras tres restantes estaban embarazadas en el momento de la cumplimentación del GAD-7, pero no en los pasos

posteriores del estudio, quedando la muestra como se ve en la Figura 2 y Tabla 2.

Figura 1

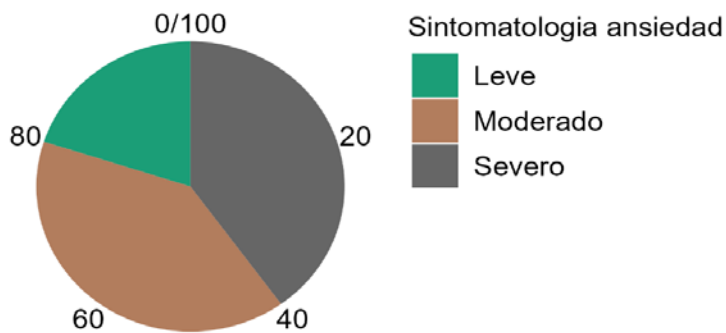
Sintomatología ansiedad antes de la exclusión



Nota: Agrupación de las mujeres embarazadas participantes según su nivel de sintomatología de ansiedad según GAD-7 antes de la exclusión de 5 participantes por no cumplir con los criterios de inclusión en nuestro estudio.

Figura 2

Sintomatología ansiedad muestra definitiva



Nota: Agrupación de los participantes según su nivel de sintomatología de ansiedad según GAD-7 muestra definitiva N=40.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos N=40

	Válido	Ausente	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
GAD-7	40	0	13.575	4.420	7.000	21.000
Edad	40	0	32.950	4.051	26.000	40.000
Trimestre	40	0	2.075	0.764	1.000	3.000

Nota: Estadísticos descriptivos de la muestra definitiva del estudio de investigación.

Gracias a estos datos y a la media obtenida de 13.575 (sintomatología ansiosa moderada) en la escala GAD-7, se comprobó que los resultados van en la dirección indicada en nuestro objetivo que es la vulnerabilidad para tener síntomas de ansiedad en el embarazo.

3.2 Análisis inferencial

En las siguientes líneas se muestran los resultados obtenidos a través de los análisis estadísticos expuestos en el anterior apartado, para así poder comprobar los objetivos planteados.

En primer lugar, se puso a prueba la hipótesis de la reducción de la ansiedad en mujeres embarazadas gracias a la aplicación de una terapia cognitivo-conductual breve. En la Tabla 3 se resumen los datos de los participantes correspondientes al grupo experimental y sus distintas medidas.

Tabla 3*Tabla descriptiva de la población del grupo experimental*

	Válido	Ausente	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
Edad	20	0	32.450	4.617	26.000	40.000
GAD-7	20	0	15.000	4.600	8.000	21.000
Pre-test PRAQ-20	20	0	78.800	8.307	67.000	93.000
Post-test PRAQ-20	20	0	71.550	8.088	60.000	87.000

Nota: GAD-7, Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada; PRAQ-20, Cuestionario de Ansiedad Relacionada con el Embarazo versión abreviada española.

Para poder comprobar si se reducía la ansiedad en el grupo experimental, se incrementaba o no se producía ningún efecto con la terapia cognitivo-conductual, se llevaron a cabo los siguientes pasos. En primer lugar, se realizó una comprobación de la normalidad de nuestro conjunto de datos a través del test Shapiro Wilk, en el cual se obtuvo un valor de p de 0.282, por lo que la interpretación de este dato es que al ser p valor mayor que el nivel de significación o también llamado nivel alfa (0.05) se mantiene la hipótesis nula que indica que nuestros datos provienen de una distribución normal (Véase Tabla 4).

Tabla 4*Contraste de Normalidad (Shapiro-Wilk) para muestras relacionadas*

		W	p
Pre-test PRAQ-20	- Post-test PRAQ-20	0.944	0.282

Nota. Los resultados significativos sugieren una desviación respecto a la normalidad.

Una vez demostrado el criterio de normalidad, se eligió el estadístico t de Student para muestras relacionadas, ya que se obtuvieron varias medidas a través del Cuestionario PRAQ-20 en varios momentos temporales en el mismo grupo de sujetos (grupo experimental), por lo que con este estadístico se midió la variabilidad intrasujeto comprobándose con ello la diferencia entre las distintas medias (pre y post-test). En su cálculo se obtuvo una puntuación de p valor de 0.001, siendo esta menor que 0.05 (alfa), interpretándose esto como la existencia de diferencia significativa entre las medias obtenidas en los distintos momentos. Esto nos indicó que se podía mantener nuestra hipótesis planteada, ya que los resultados nos mostraron la eficacia de nuestra terapia en la reducción de los niveles de la sintomatología de ansiedad en el periodo del embarazo, ya que la media en la medición pre-test es mayor que la de la medición post-test tal, y cómo podemos tanto en la siguiente tabla (Tabla 5).

Tabla 5

Prueba t de Student para muestras relacionadas

Measure 1	Measure 2	T	gl	p	D de Cohen
Pre-test PRAQ-20	- Post-test PRAQ-20	6.347	19	< .001	1.419

Nota: Mediciones antes de la aplicación de la terapia cognitivo-conductual y tras ella con el Cuestionario de ansiedad relacionada con el embarazo versión reducida.

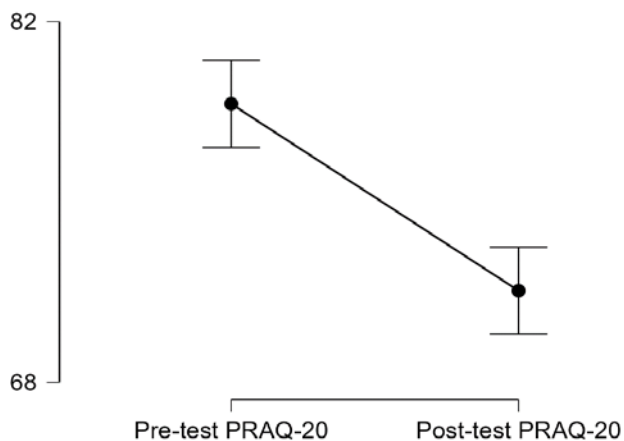
Además, en esta Tabla 5, también podemos observar el resultado de D de Cohen para poder ver el tamaño del efecto, siendo un resultado muy significativo de 1.419 ya que nos indica que hay un tamaño del efecto grande.

Además de la tabla aportada con los resultados obtenidos en los distintos estadísticos

utilizados, se puede comprobar también de una manera más visual (véase Figura 3), en el cual se puede ver como se reduce la puntuación media obtenida realizada dicha medición a través del Cuestionario de Ansiedad Relacionada con el Embarazo PRAQ-20, siendo esta la versión española y reducida.

Figura 3

Comparación del grupo experimental de las medidas Pre-test - Post-test PRAQ-20



Nota: Disminución en la media post-test tras la aplicación de terapia cognitivo-conductual.

Una vez comprobada la primera hipótesis procedimos a analizar los datos para el segundo objetivo propuesto.

El segundo supuesto planteado fue ver los beneficios de la aplicación de terapia cognitivo-conductual en embarazadas para la reducción de los síntomas concordantes con ansiedad, comparando las dos condiciones experimentales en sus puntuaciones.

Como hicimos en la primera premisa, a continuación, en la Tabla 6 resumimos los datos de las participantes con los que trabajamos, separándolos por las dos condiciones experimentales, una el grupo experimental en el que se aplicó la terapia cognitivo-conductual, y la segunda es el grupo de control el cual tal y como hemos mencionado en

anteriores ocasiones, no fue expuesto a ningún tratamiento.

Tabla 6

Datos descriptivos de los grupos (N=40)

	Grupo	N	Media	DT	ET
Medida post PRAQ-20	Control	20	80.750	9.307	2.081
	Experimental	20	71.550	8.088	1.809

Nota: N, muestra total; DT, Desviación típica; ET, Error típico.

Empezando con el análisis estadístico primero utilizamos Shapiro Wilk, tal y como hicimos en el anterior, para evaluar la normalidad en los datos, obteniendo en el grupo de control p valor 0.424 y en el grupo experimental p valor 0.373, siendo ambas medidas mayores al valor de alfa (0.05), por lo que el criterio de normalidad se cumpliría en ambos casos (Véase tabla 7).

Tabla 7

Contraste de Normalidad (Shapiro-Wilk) en ambas condiciones experimentales

		W	p
Medida post PRAQ-20	Control	0.954	0.424
	Experimental	0.950	0.373

Nota. Los resultados significativos sugieren una desviación respecto a la Normalidad.

Además de esta normalidad, también se utilizó la prueba de Levene (la cual podemos ver los resultados en la tabla 8) para poder evaluar el supuesto de la igualdad de varianzas

(homocedasticidad) entre el grupo experimental y el grupo de control. Los resultados obtenidos en este cálculo fueron p valor 0.466, por lo que al ser superior del nivel de significación (0.05) se mantendría la hipótesis nula y con ello la igualdad entre varianzas.

Tabla 8

Contraste de Igualdad de Varianzas (Levene)

	F	gl	p
Medida post PRAQ-20	0.542	1	0.466

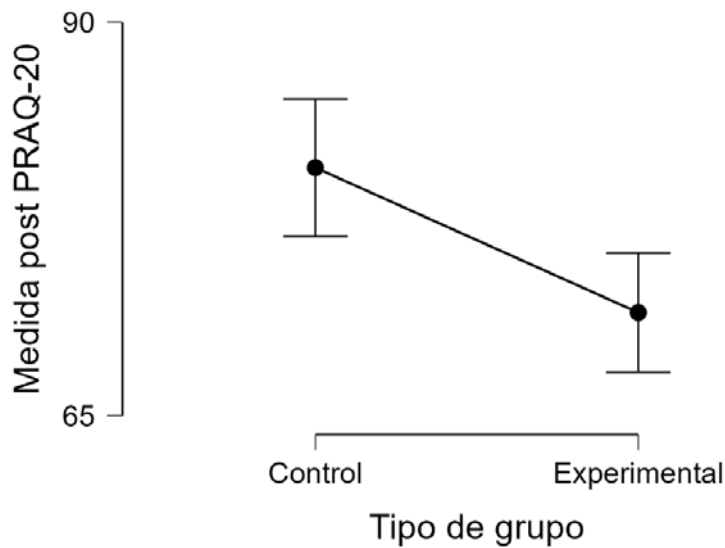
Nota: gl, grados de libertad; p, p-valor.

Ya una vez comprobado que se cumplió el supuesto de normalidad y el supuesto de homocedasticidad en ambos grupos, se procedió a elegir el estadístico más adecuado para nuestras condiciones y ver si la aplicación de la terapia cognitivo-conductual tuvo efectos en los resultados. El elegido por las características de nuestro estudio de investigación fue la prueba t de Student para muestras independientes. En él se obtuvo un resultado de 3.337 (Véase Tabla 9), por lo que existe una diferencia significativa entre las medias de ambos grupos, siendo la del grupo experimental 71.550 y la del grupo de control mayor, con una puntuación de 80.750.

Teniendo en cuenta estos datos, la conclusión a la que se llegó es que en función de estos resultados se mantiene nuestra hipótesis, siendo esta que la media de los niveles de ansiedad del grupo experimental sería menor que la del grupo de control gracias a los beneficios de la aplicación de la terapia cognitivo-conductual en esta condición, viéndose esta diferencia de una manera clara en la Figura 4.

Figura 4

Comparación medida post PRAQ-20 del t de Student en ambas condiciones experimentales



Nota: Comparación de medias a través del estadístico t de Student.

Para terminar, y ya habiendo comprobado que se cumplieron los supuestos, el resultado positivo en la dirección de nuestra hipótesis, lo último que nos quedaría por comprobar es el tamaño del efecto el cual se realice con la aplicación del estadístico D de Cohen. En él se alcanzó un resultado de 1.055 (Véase Tabla 9), el cual se puede interpretar como un tamaño del efecto grande ya que supera los 0.8 que se pone de valor como efecto de magnitud alta.

Tabla 9

Contraste t de Student para Muestras Independientes

	t de Student	gl	p	Diferencia Media	Diferencia del Error Típico	D de Cohen
Medida post PRAQ	3.337	38.000	0.002	9.200	2.757	1.055

4. DISCUSIÓN

En el apartado de discusión vamos a exponer los resultados que se consideran relevantes obtenidos en nuestro estudio de investigación, poniendo en relación todos los aspectos importantes a destacar abordando desde una visión más concreta de los efectos conseguidos en este trabajo a una más general relacionándolo con aportaciones ofrecidas por otros artículos y autores en relación con el tema estudiado.

En las siguientes líneas vamos a hacer un análisis preciso de los resultados obtenidos en los anteriores apartados en relación a los objetivos propuestos. La finalidad de lo planteado era conocer la posibilidad de la existencia de niveles de ansiedad importantes en embarazadas, así como poder comprobar la eficacia de la aplicación de terapia cognitivo-conductual para paliar estos síntomas. Esto se realizó tanto a nivel intrasujeto con varias mediciones en el mismo grupo, como a nivel intersujeto con dos grupos independientes que pasaron por distintas condiciones, el grupo experimental por la aplicación de terapia cognitivo-conductual y el grupo de control por la inexistencia de tratamiento, para así comparar la evolución de esta sintomatología en ambas situaciones.

A continuación, vamos a ir desgranando objetivo por objetivo los puntos más cruciales de esta investigación para verificar si los resultados son relevantes.

En primer lugar, nos habíamos fijado el objetivo de observar si existe o no vulnerabilidad en el embarazo de padecer niveles significativos de ansiedad. Con los resultados encontrados, hemos podido comprobar en las mujeres que rellenaron el primer cuestionario GAD-7, el cual nos sirvió como prueba de screening para seleccionar a nuestra muestra, que el 95,56 % (43 embarazadas de 45) presentaron puntuaciones más altas de la nota de corte de este instrumento como límite para padecer sintomatología de ansiedad (puntuación más alta de 4), significando esto que mostraron indicios de ansiedad. Debido a nuestra muestra pequeña no se podrían sacar resultados concluyentes para poder extrapolarlos a la población general, pero

sí que nos guiaría hacia una tendencia de padecerlos en este periodo tan importante de la vida de la mujer y hacia los resultados de algunos estudios anteriores en el que se evidencia este dato, como por ejemplo en *Tratamiento de los trastornos mentales en mujeres embarazadas* (Franco et al., 2008) en el que se plasma esta evidencia y las prevalencias de los distintos trastornos mentales en mujeres embarazadas.

Ya una vez explicado nuestra primera hipótesis seguimos con el segundo objetivo, que era la posible reducción de la ansiedad en mujeres embarazadas debido a la aplicación de una terapia cognitivo-conductual breve. Para esto planteábamos una hipótesis de la existencia de menor nivel de ansiedad en las mujeres embarazadas tras la participación en este tratamiento, por lo que la medida pre-test debía ser superior a la medida post-test, puntuación obtenida a través del Cuestionario PRAQ-20. Esto se realizó a través del estadístico t de Student para muestras relacionadas en la que se comparaban las medias de las distintas mediciones, antes y después de la aplicación de nuestro programa. Tras los análisis estadísticos pertinentes, se obtuvo un resultado en t de Student para muestras relacionadas de 6.347, resultando nuestra hipótesis confirmada ya que es un valor de diferencia entre medias bastante alto (media de medida pre-test de 78.8 frente a media 71.55 de la medida post-test) por lo que esto indicaría de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en la reducción de los síntomas de ansiedad en nuestra muestra sometida a ella. Por lo que en este apartado podemos llegar a la conclusión de que nuestros resultados van también en la dirección de nuestro planteamiento, al igual que indicaron diversos estudios los cuales iban en la misma línea que nuestro trabajo, que mostraron la eficacia de esta terapia en niveles altos tanto de ansiedad como de estrés en esta población, como el de Durán y Coutiño que hicieron una investigación de la terapia Cognitivo-Conductual, también poniendo a prueba otro tipo de terapias como Atención plena (Durán, C. A. R., & Coutiño, A. B. M., 2021). O el de *Terapia cognitivo conductual aplicada a*

primigestas con ansiedad clínicamente significativa (Acuña Castillo, F. J. 2018) en el que se investigó una posible eficacia de este tratamiento mediante una intervención de ocho sesiones de esta corriente obteniéndose una reducción de este estado.

Para terminar con este análisis, seguimos con nuestro objetivo número 3 en el que planteábamos los beneficios de la aplicación de una terapia cognitivo-conductual en mujeres embarazadas, siendo nuestra hipótesis la existencia de menor nivel de ansiedad en las mujeres del grupo experimental en comparación con las puntuaciones del grupo de control en el Cuestionario de Ansiedad relacionada con el embarazo PRAQ-20, teniendo en cuenta la medida post-test del grupo que pasó por terapia y la segunda medida del grupo al que no se le aplicó ningún tratamiento.

Para ello se realizó t de Student para muestras independientes en el que se obtuvo un valor de 3.337 siendo un resultado importante a favor de nuestra hipótesis, ya que significa que existe una diferencia alta entre las medias de ambos grupos (media del grupo de control 80.75, media del grupo experimental 71.55).

Gracias a estos cálculos y en relación a la premisa planteada, llegamos a la conclusión de que tras analizar todos nuestros objetivos y las hipótesis planteadas podemos confirmar que los resultados obtenidos van en la dirección de lo planteado en nuestro estudio de investigación, consiguiendo beneficios de aplicar una terapia cognitivo-conductual en el embarazo, ya que se vio una reducción importante de los niveles de ansiedad en aquel grupo que se expuso a ella, al igual que mencionaron estudios anteriores (Lemon, Vanderkruik y Dimidjian, 2015), en el que se explicaban los beneficios de esta tanto para la mujer gestante como para el bebé.

Respecto a las limitaciones de nuestro estudio, en primer lugar, vamos a abordar aquellas relacionadas con el diseño, y más concretamente con la formación de grupos. Estos grupos se formaron en función de una variable de bloqueo como es la puntuación de ansiedad en la

Escala de Ansiedad Generalizada GAD-7, pero no se tuvo en cuenta un dato el cual puede interferir en la cumplimentación del segundo instrumento utilizado (Cuestionario de Ansiedad Relacionada con el Embarazo) como es el trimestre del embarazo en el que se encontraban. En este instrumento hay ítems que hacen referencia a aspectos relacionados con el parto u otros detalles los cuales ocurrirán después de este por lo que seguramente no tengan el mismo peso en una persona que se encuentra en el primer trimestre como en otra que tiene más cercano ese momento influyendo en la puntuación dada en la escala. Debido a esto sería conveniente en que en los siguientes estudios se intente controlar esta variable extraña y tenerlo en cuenta para poder obtener resultados más ajustados a la realidad.

Otra barrera encontrada es el tamaño de la muestra y la dificultad para poder generalizar estos resultados a la población general, ya que contamos con un tamaño muestral final de $N=40$ siendo bastante pequeña. Esta debilidad se intentó compensar teniendo en cuenta las posibles desviaciones en el resultado en el análisis, eligiendo un estadístico que fuese poco sensible a este aspecto y reforzándolo con las pruebas Shapiro Wilk o Levene. Pese a ello se recomienda que para posteriores investigaciones se obtenga un tamaño muestral más grande y así será más representativo consiguiendo más relevancia y con ello más impacto.

En cuanto a los instrumentos utilizados para la evaluación de los niveles de ansiedad, utilizamos el PRAQ-20, un cuestionario muy reciente ya que esta versión española reducida (proviene del Cuestionario de Ansiedad Relacionada en el Embarazo PRAQ-55) se realizó un estudio de su eficacia en el año 2021 gracias a los autores Vázquez y Míguez y su artículo *Versión española abreviada del Cuestionario de Ansiedad Relacionada con el Embarazo* (Vázquez y Míguez, 2021). Sin embargo, quizás sea bastante novedoso y sin el respaldo empírico como otras pruebas no tan específicas para la ansiedad en el embarazo, pero si para los niveles de ansiedad en población general, por lo que podría haber sido más conveniente elegir el STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo) o el BAI (Inventario

de Ansiedad de Beck) que, tal y como mencionamos, no es tan concreto para esta población, pero si tienen mucho más recorrido científico que el utilizado. Este aspecto se podría mejorar o bien realizando más investigación acerca de este Cuestionario en su versión reducida, o bien utilizando otros instrumentos validados para esta patología como los indicados para otras indagaciones en la dirección de nuestra propuesta.

Para futuras líneas de investigación se propone el seguir con el estudio de la vulnerabilidad de los trastornos mentales en general y más específicamente en los trastornos de ansiedad o síntomas altos en estas alteraciones existentes en la mujer gestante, teniendo en cuenta aquellas que tienen riesgos, pero también aquellas que pese a desarrollarse un embarazo sin ningún tipo de dificultad, como las mujeres de nuestro estudio, pueda haber existencia de trastornos mentales en ellas. Con esto se concienciaría de esta problemática y se fomentaría más investigación en ello, debido a que actualmente este aspecto se subdiagnostica (Misri et al., 2015).

También sería conveniente el seguir investigando la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en esta población concreta, ya que se ha podido demostrar en población general su eficiencia en los trastornos de ansiedad, tal y como indican multitud de estudios entre ellos Díaz, Ruiz y Villalobos (Díaz et al., 2017) u otros que nos relatan que es el tratamiento de primera elección para esta problemática (Fullana et al, 2012), pero en este periodo de la mujer hacen falta más estudios. Esto nos ayudará para ver sus resultados y que componentes de esta corriente serían más efectivos en embarazadas, y con ello mediante la selección de los más efectivos, ampliar los beneficios de la aplicación de estas terapias. Además, sería interesante el poder investigar otro tipo de tratamientos psicológicos de otras orientaciones ya que en investigaciones tan actuales se han conseguido resultados positivos con otras como atención plena (Durán y Coutiño, 2021) o terapia de aceptación y compromiso (Montejano et al., 2018) en ansiedad, estrés, depresión, etc.

Teniendo en cuenta todo lo manifestado en los párrafos anteriores se puede deducir que nuestra investigación ha tenido unos frutos positivos en la dirección que proponíamos, siendo apoyada por otras investigaciones y artículos citados en las líneas anteriores. A continuación, resumimos las principales aportaciones:

- Visibilización de que en un embarazo sin desviación también pueden existir trastornos mentales.
- Resultados positivos en la dirección de una mayor vulnerabilidad de la mujer embarazada para padecer ansiedad siendo en nuestra muestra casi la totalidad de las personas que cumplimentaron el instrumento GAD-7.
- Reducción en las puntuaciones de ansiedad en la posprueba tras la aplicación de la terapia cognitivo conductual diseñada para nuestro estudio y en comparación con el grupo de control puntuaciones más bajas en esta medición.

Con todas estas proposiciones lo que se pretende conseguir es que se tenga en cuenta una problemática eclipsada en muchas ocasiones por los matices especiales de este sector de la población. Este aspecto hasta ahora ha pasado desapercibido (Lemon et al., 2015) o infradiagnosticado (Misri et al., 2015) a pesar de ser bastante común ya que hay que recordar que el embarazo es un proceso complejo y de muchos cambios en todos los niveles.

Con ello se podrá lograr objetivos como la visualización, mayor investigación y más prevención de trastornos mentales como depresión o ansiedad en el periodo perinatal. Esto se podrá conseguir estudiando la probabilidad de poder padecerlos, el padecimiento de estos trastornos y los tratamientos disponibles, investigando y certificando la eficacia de las distintas terapias y sus componentes, y así poder implementar en la sanidad un programa más ajustado a las necesidades tanto físicas como psicológicas para las mujeres que se encuentran en este proceso tan importante (Pimentel et al., 2013). Con todo esto se conseguiría reducir el

malestar debido a todos los cambios producidos durante el periodo de gestación, evitando o reduciendo las patologías mentales, y así poder aumentar el bienestar y con ello su calidad de vida en esta etapa tan importante.

5. REFERENCIAS

- Acuña Castillo, F. J. (2018). Terapia cognitivo conductual aplicada a primigestas con ansiedad clínicamente significativa (Doctoral dissertation, Universidad de Panamá).
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Banco de instrumentos y metodologías de salud mental (s.f.) Ministerio de Ciencia e Innovación. <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=248>
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of general psychiatry*, 9(4), 324-333.
- Beck, A. y Clark, D. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao (España): Descleé de Brouwer.
- Bermúdez, J., & Luna, M. D. (1980). Ansiedad. In J. L. Fernández Trespalacios (Ed.), *Psicología general II* (pp. 195-213). Madrid: UNED
- Borkevek, T. D., Weerts, T. C. & Berstein, D. A. (1977). Assesment of anxiety. In A. R. Ciminero, K.
- S. Calhon & H. E. Adams (Eds.), *Handbook of Behavioral Assesment* (pp. 353-403). New York: John Wiley
- Casado Morales, M. I. (2002). Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos. Cattell, R. B. (1973). *Personality and mood by questionnaire*. Jossey-Bass.
- De Ansorena Cao, A., Reinoso, J. C., & Cagigal, I. R. (1983). El constructo ansiedad en *Psicología: una revisión*. *Estudios de psicología*, 4(16), 30-45.

- Díaz, M., Amato, R., Chávez, J. G., Ramírez, M., Rangel, S., Rivera, L., & López, J. (2013). Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus*, 17(2), 32-40.
- Durán, C. A. R., & Coutiño, A. B. M. (2021). Evaluación de dos tratamientos psicológicos para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa. *Psicología y Salud*, 31(1), 69-79.
- Ellis, A. R., & en Psicoterapia, E. (1962). DDB, Bilbao, 1980. Edición original en inglés. Española, R. A. (2021). Diccionario de la lengua española, 23ª edición, [versión 23.4 en línea].
- Fairbrother, N., Janssen, P., Antony, M. M., Tucker, E., & Young, A. H. (2016). Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *Journal of affective disorders*, 200, 148-155.
- Franco, C., Goikolea, J. M., García-Esteve, L., Imaz, M. L., Bernabarré, A., & Vieta, E. (2008). Tratamiento de los trastornos mentales en la mujer embarazada. *Jano*, 1714, 55-69.
- Fullana, M. A., de la Cruz, L. F., Bulbena, A., & Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219.
- Gabbe, S. G., Niebyl, J. R., Simpson, J. L., Landon, M. B., Galan, H. L., Jauniaux, E. R., ... & Grobman, W. A. (2016). *Obstetrics: normal and problem pregnancies e-book*. Elsevier Health Sciences.
- Gómez-López, M. E. (2007). Guía de intervención psicológica para pacientes con embarazo de alto riesgo. *Perinatología y Reproducción humana*, 21(2), 111-121.
- Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista chilena de neuro-*

psiquiatría, 48(4), 269-278.

Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process.

Lemon, E.L., Vanderkruik, R. y Dimidjian, S. (2015). Treatment of anxiety during pregnancy: Room to grow. *Archives of Women's Mental Health*, 18(3), 569-570.
Doi: 10.1007/s00737-015-0514-3.

Marchesi, C., Ossola, P., Amerio, A., Daniel, B. D., Tonna, M., & De Panfilis, C. (2016). Clinical management of perinatal anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 190, 543-550.

Miguel Tobal, J. J. (1987). Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas motoras de ansiedad: elaboración de un instrumento de medida (ISRA).

Misri, S., Abizadeh, J., Sanders, S., & Swift, E. (2015). Perinatal generalized anxiety disorder: assessment and treatment. *Journal of Women's Health*, 24(9), 762-770.

Montejano, S., Mauri, J., Bueno, M., & Gonzales, L. (2018). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en un caso de inflexibilidad psicológica durante el embarazo
Acceptance and commitment therapy (ACT) in a case of psychological inflexibility. *Revista Clínica Contemporánea*, 9(e13), 1-11.

Nardi, B., Bellantuono, C., & Moltedo-Perfetti, A. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la prevención de la depresión posparto. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(6), 434-443.

Plaud, J. J. (2001). Clinical science and human behavior. *Journal of clinical psychology*, 57(9), 1089- 1102.

Pimentel N., D., Morales C., F., Sánchez B., C. y Meza R., P. (2013). Intervención psicológica institucional oportuna en pacientes embarazadas con diabetes mellitus.

Perinatología y Reproducción Humana, 27(2), 98-105

Sánchez, D. O. (2009). Programa de apoyo psicosocial para el manejo del estrés y la ansiedad en un grupo de adolescentes embarazadas primigestas: un abordaje cognitivo conductual (Doctoral dissertation, Universidad de Panamá. Vicerrectoría de Investigación y Postgrado.).

Vázquez, M. B., & Míguez, M. C. (2021). Versión española abreviada del Cuestionario de Ansiedad Relacionada con el Embarazo. *Clínica y Salud*, 32(1), 15-21.

Villegas, M. (1990). El cambio cognitivo. *Revista de Psicoterapia*, 1(2-3), 51-79.

6. ANEXOS

Anexo 1

Cuestionario de Trastorno de Ansiedad Generalizada

GAD-7				
Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<i>(Marque con una "✓" para indicar su respuesta)</i>				
1. Sentirse nervioso/a, intranquilo/a o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0	1	2	3
6. Molestarse o ponerse irritable fácilmente	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____ + _____)

Anexo 2

Cuestionario Ansiedad Relacionada con el Embarazo PRAQ-20

Puntúe de 1 a 5 a los siguientes ítems en dónde:

1=nada, 2= casi nada, 3= algo, 4= bastante, 5=mucho.

1. Tengo miedo que mi bebé sufra algún daño cerebral o discapacidad mental
2. Temo que los movimientos del feto o ausencia de ellos sean anormales
3. Tengo miedo de que mi bebé muera después de nacer
4. Aunque conozco los avances médicos en relación al parto temo que pueda morir durante el mismo.
5. Temo que mi feto tenga alguna malformación.
6. Me da miedo el dolor durante la dilatación y el parto.
7. Tengo miedo a la muerte y a la pérdida de un ser querido.
8. Me preocupa que mi cuerpo no recupere su figura habitual después del embarazo.
9. Temo que mi bebé no esté sano.
10. Me preocupan mis cambios repentinos de humor.
11. Me preocupa convertirme en una persona demasiado centrada en mi misma.
12. Me preocupa mi irritabilidad.
13. Estoy preocupada por mi aspecto físico poco atractivo.
14. Tengo miedo al parto.
15. Me preocupa que pueda gritar y perder el control durante el parto.
16. Me da miedo perder mucha sangre durante el parto.
17. Estoy un poco preocupada porque nuestro bebé pueda no ser guapo y temo la reacción de los demás.
18. A veces me preocupa que convertirme en madre me cambie mucho y, por ejemplo, me haga sentir mayor.
19. Me preocupa haber ganado tanto peso.
20. Me preocupa que tengamos que renunciar a muchas cosas por el bebé.