

INVESTIGACIÓN

Acceso abierto



La conciencia consciente como mecanismo de cambio para el parto natural en mujeres embarazadas con mucho miedo al parto: un ensayo controlado aleatorio

Irena K. Veringa Skiba^{1*}, Kelly Ziemer^{1,2}, Esther I. de Bruin^{1,3}, Ed J. de Bruin^{3,4} y Susan M. Bögels¹

Abstracto

Antecedentes: El parto y la crianza basados en la atención plena (MBCP, por sus siglas en inglés) son eficaces para aumentar el parto natural en mujeres embarazadas. Mujeres embarazadas con alto miedo al parto (FOC) en comparación con la atención mejorada habitual (ECAU). Nuestro objetivo fue examinar a través de qué vía de acción MBCP logra este efecto, basado en un modelo de acercamiento o evitación del desafío.

Lentes relacionadas con el parto.

Métodos: Se midió a 111 mujeres embarazadas con FOC alto antes y después de la intervención en FOC (vía de la emoción), creencias catastróficas sobre el dolor del parto (vía de la cognición) y conciencia plena (vía de la atención). Se utilizó un modelo de mediación múltiple para examinar a través de qué vía opera el mecanismo de cambio.

en relación con el abordaje (es decir, parto natural) versus la evitación (es decir, cesárea auto-solicitada).

Resultados: Se encontró que una mayor conciencia plena (18% $R^2=0,18$, $F[1107]=22,77$, $p<0,0001$) fue el único significado

Mecanismo de cambio importante que opera a través de la vía de atención que conduce al parto natural. Más específicamente, la no reactividad a la experiencia interna (una faceta de la conciencia plena) demostró ser el mecanismo de cambio más fuerte.

Una práctica de meditación más extensa se asoció positivamente con el parto natural; sin embargo, el número de com

Las sesiones de MBCP completadas no se asociaron con el resultado.

Conclusiones: Un aumento de la conciencia plena fue el mecanismo de cambio más fuerte para una mejor adaptación a los desafíos del parto. Ni la disminución del FOC ni las creencias catastróficas sobre el dolor del parto se identificaron como mecanismos de cambio. Además, cuanto más uno meditaba, más se inclinaba uno hacia un hijo natural.

nacimiento. MBCP mejora la adaptación a los desafíos del parto y un menor uso de intervenciones obstétricas en la pres presencia de FOC alto.

Registro de ensayos: Registro de ensayos de los Países Bajos (NTR; [4302](#)).

Palabras clave: Miedo al parto, Mindfulness, MBCP, Parto natural, Intervenciones obstétricas

Fondo

Los programas basados en mindfulness (MBP) han demostrado ser eficaces para una variedad de condiciones psicológicas y físicas que incluyen depresión, ansiedad, estrés y dolor crónico en poblaciones clínicas y no clínicas [1–3]. Las MBP también mostraron potencial para reducir la ansiedad, la depresión y el estrés en mujeres embarazadas, como se demostró con

*Correspondencia: IKVeringa@uva.nl

¹ Instituto de Investigación sobre Educación y Desarrollo Infantil (RICDE), 8 Facultad de Ciencias Sociales y del Comportamiento, Universidad de Amsterdam, Área Prioritaria de Investigación Yield, Nieuwe Achtergracht 127, 1018 WS Amsterdam, Países Bajos

La lista completa de información del autor está disponible al final del artículo.



© El Autor(es) 2022. Acceso Abierto Este artículo está bajo una Licencia Internacional Creative Commons Attribution 4.0, que permite usar, compartir, adaptar, distribuir y reproducir en cualquier medio o formato, siempre y cuando se dé el crédito apropiado al original. autor(es) y la fuente, proporcione un enlace a la licencia Creative Commons e indique si se realizaron cambios. Las imágenes u otro material de terceros en este artículo están incluidos en la licencia Creative Commons del artículo, a menos que se indique lo contrario en una línea de crédito al material. Si el material no está incluido en la licencia Creative Commons del artículo y su uso previsto no está permitido por la normativa legal o excede el uso permitido, deberá obtener permiso directamente del titular de los derechos de autor. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. La exención de dedicación de dominio público de Creative Commons (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) se aplica a los datos puestos a disposición en este artículo, a menos que se indique lo contrario en una línea de crédito a los datos.

resultados agrupados de estudios no controlados [4]. Sin embargo, los resultados combinados de estudios controlados no mostraron los mismos resultados [4]. Son prometedores los nuevos hallazgos de dos ensayos controlados aleatorios (ECA) realizados en Suecia y los Países Bajos sobre los efectos de los programas de parto y crianza basados en la atención plena (MBCP) en mujeres embarazadas sobre el estrés percibido y los síntomas de depresión [5], y los altos niveles de ansiedad, miedo al parto (FOC) [6]. El ECA sueco demostró que MBCP es más eficaz para disminuir el estrés percibido y el riesgo de depresión perinatal en comparación con un curso de parto con Lamaze [5]. El ECA holandés se centró en mujeres embarazadas con FOC alto y contribuyó a la investigación midiendo, junto con el miedo al parto, el proceso real del parto como variable de resultado. Se evaluó el enfoque versus la evitación del parto, expresando una mejor adaptación como parto natural versus mala adaptación expresada como un parto con intervenciones obstétricas (innecesarias).

Se encontró que MBCP, en comparación con la atención mejorada habitual (ECAU), tiene un efecto positivo medio en la reducción de FOC y creencias catastróficas sobre el dolor del parto; un gran efecto sobre la reducción de la disposición a someterse a intervenciones obstétricas en ausencia de indicaciones obstétricas; una reducción en la cesárea auto-solicitada (CS) y analgesia epidural (EA); Y sorprendentemente, las mujeres después de MBCP tenían dos veces más probabilidades de tener un parto natural (parto vaginal espontáneo sin intervenciones obstétricas) [7]. Sin embargo, se desconoce cómo

MBCP ha impactado en un aumento de los partos naturales en presencia de altos niveles de FOC.

Para responder a esta pregunta, hemos presentado un modelo teórico de dos respuestas conductuales opuestas a los desafíos del parto, a saber, evitar versus acercarse [8]. Este modelo se derivó de la teoría cognitiva [9] sobre el miedo y la ansiedad, que enfatiza la interrelación entre emociones negativas (ansiedad/miedo), cogniciones sesgadas (creencias catastróficas), atención sesgada (centrada en amenazas) y conductas desadaptativas. (evitando) [10]. Evitar es un comportamiento desadaptativo, ya que se vuelve más dañino que útil para enfrentar los desafíos del parto, como someterse a una SCS. El modelo propuesto ha sido sólidamente respaldado por hallazgos empíricos de que las mujeres embarazadas, que planean evitar los desafíos de un parto natural solicitando y sometiéndose a intervenciones obstétricas como SCS o EA, experimentaron un FOC alto [11-15]; tenía creencias catastróficas sobre el dolor del parto [16, 17]; y evaluaron el parto como amenazante y centraron la atención en aspectos potencialmente amenazantes del parto [17, 18]. Además, un FOC alto también se asocia con una peor adaptación al parto, por lo tanto, una mayor duración del período de dilatación durante el trabajo de parto [19] e incluso el uso de una cesárea de emergencia [20].

Por otro lado, emociones equilibradas, creencias realistas.

y la atención imparcial (conciencia consciente) conduciría a un comportamiento más adaptativo, como abordar los desafíos del parto, experimentando un parto natural.

Se puede concluir que el FOC elevado está fuertemente relacionado con las intervenciones obstétricas durante el parto por solicitud de la gestante o por problemas ocurridos durante el parto.

En nuestro modelo, se plantearon la hipótesis de tres posibles vías de acción que conducen a evitar o abordar los desafíos del parto en mujeres embarazadas con FOC alto: (I) una vía emocional – un cambio en FOC, (II) una vía cognitiva – un cambio en las creencias catastróficas sobre el dolor del parto, y (III) una vía de atención: un cambio en la conciencia plena. En particular, se planteó la hipótesis de que el cambio en la conciencia plena era un importante mecanismo de cambio mediante el cual el MBCP ayudaría específicamente a abordar, en lugar de evitar, los desafíos del parto [18].

La vía de atención en este estudio se define como la conciencia plena de la experiencia momento a momento, y puede cultivarse durante meditaciones de atención plena [21]. La meditación de atención plena es el núcleo de las MBP, y la conciencia plena se describe típicamente como “una forma de atención sin prejuicios y no reactiva a las experiencias que ocurren en el momento presente, incluidas las cogniciones, las emociones y las sensaciones corporales, así como las imágenes, los sonidos y los olores”. y otros estímulos ambientales” [22]. Durante las meditaciones de atención plena, los participantes observan una variedad de experiencias que pueden surgir, mientras cultivan una actitud de interés abierto hacia estas experiencias. Esto permite que las experiencias existan, a pesar de una voluntad o reactividad residual al cambio o un deseo de escapar de ellas, incluso si se sienten desagradables. La meditación de atención plena ayuda al practicante a darse cuenta de que las sensaciones físicas, los pensamientos y las emociones cambian continuamente, a medida que surgen y desaparecen en la conciencia. Las meditaciones de atención plena nacen de las tradiciones de meditación oriental, que enfatizan que la práctica de la atención plena conduce a menos sufrimiento y más sabiduría, compasión y ecuanimidad [23].

Las meditaciones tradicionales de atención plena se han adaptado con éxito para su uso en los enfoques occidentales de salud mental. Por ejemplo, la reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR) [24] y la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT) [25] se han utilizado ampliamente en entornos de atención médica y en poblaciones tanto clínicas como no clínicas para reducir el sufrimiento humano causado por vulnerabilidades psicológicas y físicas. Una extensa investigación sobre los mecanismos de cambio, en los que MBSR y MBCT influyeron en las experiencias negativas en personas con condiciones físicas y/o psicológicas, sugirió la conciencia plena como un mecanismo universal de cambio positivo [1]. La autorregulación conductual y una mayor adaptación del comportamiento en circunstancias estresantes son

ejemplos de cambio positivo con conciencia consciente [26, 27]. Otra investigación sobre conciencia plena también encontró que una mayor conciencia plena actuaba como un mecanismo de cambio para MBSR en poblaciones no embarazadas con trastornos de ansiedad al reducir las preocupaciones [28], la ansiedad y los síntomas de evitación [29]. Uno de los instrumentos para medir la conciencia plena son las cinco facetas de la atención plena definidas por Baer y colegas [30].

Métodos

Objetivos

En el presente estudio, evaluamos tres posibles vías de acción para evitar (p. ej., tener un SCS) versus abordar (p. ej., tener un parto natural) los desafíos del parto en mujeres embarazadas con FOC alto.

Nuestra hipótesis es que después del MBCP, varios mecanismos de cambio contribuirían al parto natural: el cambio de FOC (vía emocional) mayor a menor, el cambio de creencias catastróficas altas a menores sobre el dolor del parto (vía cognitiva) y el cambio de conciencia consciente baja a mayor (vía de atención). Además, probamos si el número de sesiones de MBCP completadas y los minutos de práctica de meditación en casa estaban asociados con el resultado.

Procedimiento y materias

En este estudio analizamos el "He cambiado de opinión" Datos de ECA en los que 141 mujeres embarazadas sin restricciones (médicas) a priori para el parto natural que experimentaban un alto FOC fueron asignadas al azar a MBCP (n = 75) o ECAU (n = 66) [6]. No hubo diferencias significativas antes de la intervención entre las condiciones para los predictores demográficos y las medidas de resultado [6]. A continuación se presenta un resumen de los detalles metodológicos más pertinentes para el estudio actual. El procedimiento del estudio, que incluye las tasas de reclutamiento, los motivos de rechazo, exclusión, retiro y deserción, así como el curso de la aleatorización y el enmascaramiento, se publicó anteriormente [6]. Los criterios de inclusión fueron edad ≥ 18 años, conocimiento fluido del idioma holandés o inglés, entre 16 y 26 semanas de embarazo al inicio del estudio y niveles altos de FOC como lo indica una puntuación ≥ 66 en el Cuestionario de Expectativas de Entrega de Wijma (W-20). DEQ-A) [31]. Los criterios de exclusión fueron episodios psicóticos, riesgo de suicidio, uso y dependencia de sustancias, trastorno límite de la personalidad, trauma actual o trastorno de estrés traumático, infección por VIH, gestaciones múltiples, alto riesgo de parto prematuro o participación en otros MBP en el año pasado.

Intervención: parto y crianza basados en la atención plena (MBCP)

La intervención consistió en el programa MBCP presencial y grupal para futuros padres publicado

como el libro del curso "Parto consciente" [32]. MBCP fue diseñado originalmente para enseñar habilidades para la vida y promover embarazos y partos saludables a todos los futuros padres. En nuestro ensayo, lo adaptamos para mujeres embarazadas con FOC. Las adaptaciones se centraron en facilitar a los participantes en cada sesión una respuesta hábil a las respuestas relacionadas con la ansiedad y el miedo en meditaciones guiadas e indagación. Las nueve sesiones semanales, con hasta seis parejas en un grupo, tuvieron una duración de 3 h y fueron impartidas por parteras experimentadas y certificadas en MBCP. Las sesiones incluyeron: práctica de meditación de atención plena (p. ej., escaneo corporal, meditaciones para sentarse y caminar, meditación para hablar y escuchar sobre el miedo y la felicidad, yoga) e indagación; y enseñanzas sobre procesos psicobiológicos en el parto (por ejemplo, fisiología del dolor del parto, dilatación, parto y posparto) y en los recién nacidos.

Se pidió a los participantes que se comprometieran a realizar prácticas diarias de meditación en casa durante 30 minutos. MBCP fue gratuito y las sesiones se llevaron a cabo en centros de atención plena en Ámsterdam y Te Hague, Países Bajos. La viabilidad del MBCP y la asistencia de los participantes se presentan en otra parte [6].

Condición de control activo: atención mejorada como de costumbre (ECAU)

La ECAU consistió en dos consultas individuales por miedo al parto de 1,5 h para la futura pareja. Ambas consultas se extendieron a lo largo de un período de nueve semanas (similar al MBCP) y fueron realizadas por parteras capacitadas. El equipo de investigación desarrolló ECAU específicamente para mujeres embarazadas ansiosas para reducir el FOC al obtener información sobre los factores que causan y mantienen el miedo y el estrés durante el embarazo, el parto y el período posparto (la primera consulta); y elaborar un plan de afrontamiento para afrontar los miedos y los factores estresantes y discutir la psicoeducación sobre el miedo (la segunda consulta). Más específicamente, la primera consulta se basó en el Modelo Biopsicosocial [33], y la segunda consulta consistió en redactar el Plan de Parto de uso común de la Real Organización Holandesa de Parteras (KNOV) [34]. La ECAU fue gratuita y las consultas se realizaron en el domicilio de la pareja.

Medidas

Tiempo

Se recogieron mediciones de FOC, creencias catastróficas sobre el dolor del parto y conciencia plena antes de la intervención (T1) y después de la intervención antes del parto (T2). El modo de parto, incluidas las intervenciones obstétricas utilizadas durante el parto, se recogieron después del nacimiento (T3). Las características de los participantes se recogieron en T1.

Caminos de acción

Vía de las emociones: miedo al parto La vía de las emociones se operacionalizó como FOC y se evaluó con el W-DEQ-A de 33 ítems [32]. El cuestionario operacionaliza las emociones relacionadas con el parto (p. ej., '¿Cómo espera sentirse durante el parto?'; 'solitaria, fuerte, confiada, asustada, feliz, orgullosa') abarcando el miedo general, la valoración negativa, la soledad, la falta de autoestima, eficacia, falta de anticipación positiva y preocupaciones sobre el niño (rango 0-165).

Las puntuaciones más altas indican más FOC: alto (W-DEQ-A \geq 66); grave (W-DEQ-A \geq 85); y FOC fóbica (W-DEQ-A \geq 100) [35]. El W-DEQ-A mostró buena confiabilidad en una muestra promedio de mujeres embarazadas entre las semanas 16 y 26 de embarazo ($\alpha = 0,94$) [6]. El α de Cronbach en T1 y T2 en el presente estudio fue de 0,95.

Vía cognitiva: creencias catastróficas La vía cognitiva se puso en práctica como creencias catastróficas sobre el dolor del parto y se evaluó mediante el cuestionario Catastrophizing Labor Pain (CLP; rango 0-60) de 12 ítems. Esta subescala se deriva de la Lista de afrontamiento y cogniciones del dolor del parto (LPCCL) [18]. Una puntuación más alta en el CLP representa un dolor de parto más catastrófico (p. ej., "El dolor del parto será abrumador"). En el estudio antes mencionado, el CLP mostró una buena confiabilidad en una muestra promedio de mujeres embarazadas (30-34 semanas de embarazo) con un α de Cronbach de 0,84. El α de Cronbach en el presente estudio en T1 fue de 0,88 y en T2 fue de 0,92.

Vía de atención: conciencia consciente La vía de atención en nuestro modelo se operacionalizó como conciencia consciente. La conciencia plena se evaluó con la versión holandesa del Cuestionario de atención plena de cinco facetas (FFMQ; rango 24-120) [36]. El FFMQ consta de cinco subescalas: Observación (p. ej., "Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo en movimiento"); Describir (p. ej., "Puedo expresar fácilmente con palabras mis creencias, opiniones y expectativas"); Actuar con conciencia (p. ej., "Cuando me ducho o me baño, me mantengo alerta a las sensaciones del agua en mi cuerpo"); No juzgar la experiencia interior (por ejemplo, "me digo a mí mismo que no debería pensar como pienso"); y No reactividad a la experiencia interna (p. ej., "Observo mis sentimientos sin perderme en ellos"). Las puntuaciones más altas indican una mayor conciencia plena. El α de Cronbach en el presente estudio en T1 fue de 0,73 y en T2 fue de 0,79.

Resultado de la intervención: gradiente del modo de parto.

El gradiente del modo de parto se operacionalizó en una escala ordinal que consta de cinco categorías, con mayor

puntuaciones que indican parto con intervenciones obstétricas más avanzadas: 0=parto natural como parto sin ninguna intervención obstétrica; 1=parto espontáneo con alguna intervención obstétrica (p. ej., aumento con oxitocina o parto asistido) sin incluir EA; 2=parto espontáneo con EA; 3=parto con indicación obstétrica de cesárea realizada durante el parto; y 4=parto por SCS.

Asistencia y practica

Los minutos de práctica de meditación en casa fueron registrados por los participantes. Estos datos y la presencia de los participantes en las sesiones de MBCP fueron recopilados en cada una de las nueve sesiones de intervención semanales por un formador de MBCP.

análisis estadístico

El análisis primario se realizó utilizando los datos de los finalistas. El proceso de asignación se ocultó al evaluador de resultados independiente. Para probar nuestras hipótesis sobre las tres vías de acción en el modelo teórico de evitar versus abordar los desafíos del parto [8], ejecutamos (1) un modelo de mediación múltiple paralelo con nuestros mediadores hipotéticos y (2) modelos de mediación única para profundizar delinear los efectos indirectos. Cada variable se transformó para tener en cuenta la diferencia entre T1 y T2 (es decir, las puntuaciones de cambio (Δ), T2-T1). Nuestra variable independiente fue dicotómica (es decir, ECAU se denota con 0 y MBCP con 1). Según Hayes (2018), es aceptable utilizar una variable ordinal como variable continua (como hicimos con nuestra variable de resultado) en un modelo de mediación estadística [37]. No se agregaron covariables adicionales a los modelos ya que la aleatorización de la asignación de condiciones fue exitosa [6].

Realizamos análisis de mediación utilizando la macro SPSSv25 PROCESSv3.3 [38] para probar los efectos de los mediadores hipotéticos del tipo de intervención (es decir, MBCP o ECAU) en el gradiente del modo de parto. Se ejecutó un modelo con los siguientes mediadores: (Δ) W-DEQ-A para FOC; (Δ) CLP para creencias catastróficas sobre el dolor del parto; y (Δ) FFMQ para conciencia plena. Si se encontraba un efecto indirecto significativo, el tamaño del efecto para cada mediador se estimaba utilizando el procedimiento de arranque recomendado por Hayes (2018). Representa una distribución no paramétrica y retiene potencia en el modelo. Probamos si el efecto indirecto específico era significativamente diferente de cero mediante la construcción de intervalos de confianza del 95% utilizando 10.000 muestras bootstrap. Si el intervalo contiene cero, entonces el efecto indirecto no es significativo, lo que sugiere que los datos no respaldan el efecto indirecto propuesto. Se generaron coeficientes, errores estándar y valores p [ver archivo adicional 1].

Se calcularon sus intervalos de confianza de arranque correspondientes y se documentan en la Tabla 3. Tenga en cuenta que

Los coeficientes no están estandarizados, pero los intervalos de confianza de arranque sí están estandarizados [37]. Además, las trayectorias indirectas están parcialmente estandarizadas, lo que significa el número de desviaciones estándar por las cuales se espera que el gradiente del modo de parto aumente/disminuya por un cambio en el mediador del coeficiente no estandarizado de tamaño (a) [39]. Además, para evaluar la relación entre la medida de resultados y el número de sesiones de MBCP completadas y la cantidad de práctica de meditación en casa por semana, se calcularon las correlaciones de orden de clasificación de Spearman.

Resultados

Características de los participantes

No hubo diferencias significativas previas a la intervención entre los participantes en T1 en cada condición para los predictores demográficos y las medidas de resultado [6]. De los 141 participantes, faltaban dos expedientes médicos que informaban sobre los resultados del parto (MBCP, n=1; ECAU, n=1). La muestra final utilizada para el análisis de mediación en este estudio estuvo compuesta por 139/141 (99,3%) mujeres embarazadas con FOC alto. Además, encontramos que las mediciones de las vías previas y posteriores a las intervenciones fueron completadas por 113 (81,3%) participantes del W-DEQ-A, 109 (78,4%) participantes del CLP y 111 (79,9%) participantes del W-DEQ-A. %) participantes para el FFMQ. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los participantes a los que les faltaban o no datos de resultados en las características de los participantes antes de la intervención (es decir, asignación de grupo, paridad, edad y FOC) por vía.

La muestra estuvo compuesta por 62,6% (n=87) gestantes nulíparas y 37,4% (n=52) multiparas con una edad promedio de 33 años (M=32,97, DE=3,89). Alrededor del 75,5% (n=105) de los participantes informaron problemas psicológicos/ problemas psiquiátricos en el pasado, el 25,9% (n=36) utilizó medicación para problemas psicológicos durante más de 1 año, y el 19,4% (n=27) se encontraba actualmente bajo cuidado. Toda la muestra se caracterizó con FOC grave (W-DEQ-A, M=93,38, SD=17,90) en la selección, según W-DEQ-A

directrices con una puntuación > 85 que indica FOC grave [31].

En la Tabla 1 se presentan descripciones de cada vía de medición de acción.

Las participantes del estudio tuvieron el siguiente gradiente de modalidad de parto: 35% (n=49) parto natural como parto espontáneo sin ninguna intervención obstétrica; 6,5% (n=9) parto espontáneo con alguna intervención obstétrica (p. ej., aumento con oxitocina o parto asistido) sin incluir EA; 33,8% (n=47) parto espontáneo con EA; 18% (n=25) parto con indicación obstétrica de cesárea realizada durante el parto; y 6,5% (n=9) parto por SCS. Todos los grupos eran mutuamente excluyentes.

Además, el número promedio de sesiones de MBCP completadas fue casi 7 de 9 (n=73, M=6,90; DE=2,83).

El número promedio de minutos por semana dedicados a la práctica de la meditación en casa dentro del programa MBCP fue 85 (n=73, M=85,05, SD=58,96).

Modelo de mediación

Después de eliminar por lista los participantes con valores faltantes, nuestra muestra fue de 109. En la Tabla 2 se pueden encontrar descripciones de esta muestra de las vías de acción medidas por condición.

Los resultados indicaron que el efecto directo en el modelo completo que incluye mediadores no fue significativo ($p = 0,0529$; IC del 95 % [-1,036, 0,007]). El efecto indirecto (abps = -0,246) de la conciencia plena fue significativo (IC del 95 % [-0,428, -0,093]). Estos resultados indican una mediación total con los mediadores, sin embargo, tenga en cuenta que el efecto directo se acerca a la importancia. Además, aproximadamente el 21% de la varianza ($R^2=0,21$, $F[4104]=6,896$, $p=0,0001$) en el gradiente del modo de parto fue explicado por estos mediadores. Esto está indicado por el efecto indirecto (abps = -0,267 unidades; IC del 95 % [-0,480, -0,066]). Al examinar cada uno de los tres efectos indirectos, encontramos que las creencias catastróficas de dolor de parto y FOC no fueron mediadores significativos (ver Fig. 1). Tenga en cuenta que

Cuadro 1 Vías de acción: Estadísticas descriptivas de variables por muestra total y condición

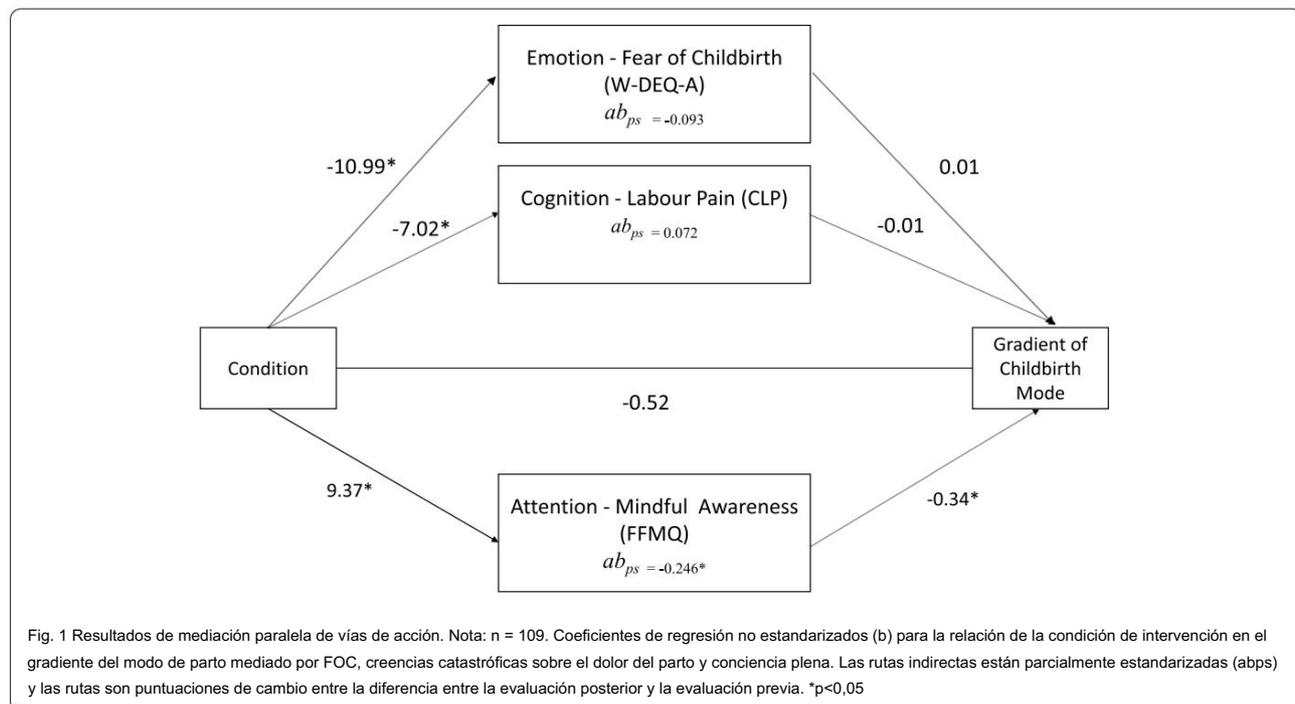
	Total (N=139) M (DE)	Condición de intervención	
		MBCP (n=74) M (DE)	UCE (n=65) M (DE)
ΔEmoción - FOC (W-DEQ-A)	-23,04 (21,70) (n=113)	-28,46 (21,35) (n=57)	-17,54 (20,82) (n=56)
ΔCognición - Dolor del parto (CLP)	-9,48 (10,73) (n=109)	-12,89 (10,57) (n=56)	-5,87 (9,76) (n=53)
ΔAtención - Conciencia Consciente (FFMQ)	2,41 (11,30) (n=111)	6,84 (9,82) (n=56)	-2,11 (10,99) (n=55)

Nota. Δ: diferencia en la evaluación posterior a la evaluación previa, CLP Catastrophizing Labor Pain, ECAU Enhanced Care As Usual (grupo de control), FFMQ Five Facet Mindfulness Questionnaire, FOC Fear of Childbirth, M media, MBCP Mindful-Based Childbirth and Parenting, SD desviación estándar, cuestionario W-DEQ-A Wijma sobre expectativas de parto

Tabla 2 Vías de acción: Estadísticas descriptivas de variables por muestra de mediación y condición

	Total (N=109) M (DE)	Condición de intervención	
		MBCP (n=56) M (DE)	UCE (n=53) M (DE)
ΔEmoción – FOC (W-DEQ-A)	-22,46 (21,20)	-27,80 (20,96)	-16,81 (20,15)
ΔCognición – Dolor de Parto (CLP)	-9,48 (10,73)	-12,89 (10,57)	-5,87 (9,76)
ΔAtención – Conciencia Consciente (FFMQ)	2,29 (11,23)	6,84 (9,82)	-2,53 (10,67)

Nota. Δ: diferencia en la evaluación posterior a la evaluación previa, CLP Catastrophizing Labor Pain, ECAU Enhanced Care As Usual (grupo de control), FFMQ Five Facet Mindfulness Questionnaire, FOC Fear of Childbirth, M media, MBCP Mindful-Based Childbirth and Parenting, SD desviación estándar, cuestionario W-DEQ-A Wijma sobre expectativas de parto



la conciencia representa una gran parte del efecto en el efecto indirecto total. Consulte la Tabla 3 para conocer los efectos totales, directos e indirectos.

La conciencia consciente como mediadora

Como muestran nuestros resultados, la conciencia plena es el único mediador significativo, que representa aproximadamente el 18% ($R^2=0,18$, $F[1107]=22,77$, $p < 0,0001$) de la varianza en el gradiente del resultado del modo de parto. Para comprender mejor los detalles detrás del mecanismo de cambio en la conciencia plena, realizamos análisis exploratorios post-hoc con toda la muestra que completó la medida de conciencia plena (FFMQ; $n = 111$). Realizamos análisis de mediación únicos con cada una de las cinco subescalas de conciencia plena. Para coeficientes,

errores estándar, valores p y R^2 [ver archivo adicional 2].

La falta de reactividad a la experiencia interna medió significativamente el efecto de la condición de intervención en el gradiente del modo de parto ($abps = -0,110$; IC del 95 % = $[-0,247, -0,006]$). Las otras cuatro subescalas mostraron efectos indirectos no significativos. Para comprender la varianza entre las cinco subescalas, ejecutamos un modelo paralelo en el que se incluyeron las cinco subescalas. Para coeficientes, errores estándar, valores p y R^2

[ver archivo adicional 3].

Este modelo representa aproximadamente el 23% ($R^2=0,23$, $F[6104]=5,17$, $p=0,0001$) de la varianza en el gradiente del resultado del modo de parto. Las cinco subescalas tuvieron un efecto indirecto no significativo, aunque la no reactividad a la experiencia interna fue casi significativa ($abps = -0,091$, IC del 95 % = $[-0,2162, -0,0004]$), y representó el mayor efecto en el modelo en comparación con el otro

Tabla 3 Efectos de la condición de intervención (X) sobre el gradiente del modo de parto (Y) con mediación paralela

	Efecto estándar parcial	SE	Intervalo de confianza del 95%	
			Más bajo	Superior
Modelo 1				
Efecto total de X sobre Y	-0,652***	0.243	-1,354	-0,390
Efecto directo de X sobre Y	-0,385b	0.263	-1,036	0.007
Arranca 10.000 veces Intervalo de confianza del 95%, estandarizado				
Cond - Efecto indirecto total - Y	-0,267	0.105	-0,480	-0,066
Cond - ΔEmoción: FOC (W-DEQ-A) - Y	-0,093	0.069	-0,246	0.026
Cond - ΔCognición: Dolor de Parto (CLP) - Y	0,072	0.087	-0,096	0.257
Cond - ΔAtención: Conciencia Consciente (FFMQ) - Y	-0,246	0.084	-0,428	-0,093

Nota. n=109. Δ: diferencia en la evaluación posterior - evaluación previa, CLP Catastrophizing Labor Pain, Cuestionario de atención plena de cinco facetas FFMQ, Cuestionario de expectativas de parto W-DEQ-A Wijma

^a Los intervalos de confianza de Bootstrap están completamente estandarizados (Hayes, 2018). Los CI de arranque en negrita indican rutas indirectas significativas. Si el intervalo contiene cero, entonces el efecto indirecto no es significativo, lo que sugiere que los datos no respaldan el efecto indirecto propuesto. Los efectos indirectos, directos y totales están parcialmente estandarizados (estándar)

^b El efecto directo está parcialmente estandarizado aquí, mientras que en la Fig. 1 no está estandarizado.

*p ≤ 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

cuatro subescalas de conciencia consciente. Consulte la Tabla 4 para conocer los efectos totales, directos e indirectos.

Cantidad de práctica de atención plena

No hubo asociación entre el gradiente del modo de parto y el número de sesiones de MBCP asistidas ($rs=0,020$, $p=0,08$, $n=73$). Sin

embargo, hubo una correlación positiva, moderada y significativa entre el total de minutos semanales meditados en casa y el gradiente del modo de parto ($rs=0,39$, $p=0,001$, $n=72$).

Discusión

Hallazgos principales

El objetivo de este estudio fue aclarar cómo la participación en un programa MBCP podría conducir a un parto natural (el gradiente más bajo del modo de parto) en mujeres embarazadas con FOC alto. Para ello, examinamos tres vías de acción que operarían con la adaptación al parto a través del parto natural: emoción (FOC), cognición (creencias catastróficas sobre el dolor del parto) y atención (conciencia plena). Nuestros resultados mostraron que MBCP aumenta los partos naturales a través de un aumento de la conciencia plena y, en particular, de la no reactividad a las experiencias internas. Ni una disminución en el FOC ni creencias catastróficas sobre el dolor del parto fueron mecanismos de cambio. Además, el parto natural se asoció positivamente con minutos de práctica de meditación. Cuanto más se meditaba, más se inclinaba hacia un parto natural y viceversa. No se encontró relación entre la asistencia a sesiones de MBCP y el parto natural.

Interpretación

Estos resultados son novedosos e interesantes en el campo de la atención psicosomática a la mujer embarazada, ya que nos llevan a extraer varias conclusiones. La principal conclusión es que el cambio en la calidad de la atención (aumento de la conciencia plena) en mujeres embarazadas con FOC alto, y no el cambio en sus estados cognitivo-emocionales negativos (disminución de FOC y creencias catastróficas), es el mecanismo importante de cambiar. Este mecanismo lleva a poder abordar los desafíos del parto y adaptarse a ellos, en lugar de evitarlos. Las investigaciones existentes se han centrado en la contribución del estado cognitivo-emocional de las mujeres embarazadas en relación con el uso y las solicitudes de intervenciones obstétricas durante el parto [11-20]. Sin embargo, nuestros resultados muestran que la calidad de la atención (aumento de la conciencia plena) parece ser superior a la hora de abordar y adaptar (parto natural) los retos del parto en mujeres embarazadas con alta

FOC.

La investigación sobre la conciencia plena y la regulación del comportamiento en poblaciones con desregulación emocional mostró que acercarse y observar sus emociones intensas puede mejorar su capacidad para tolerar estados emocionales negativos y afrontarlos de manera efectiva [21, 26, 27]. Es probable que las mujeres embarazadas que asistieron a una capacitación de MBCP desarrollaron la capacidad de abordar y notar sus creencias catastróficas y FOC y, por lo tanto, fueron capaces de tolerarlas durante el parto. La práctica de la atención plena en un entrenamiento MBCP fomenta la conciencia de todos los estados cognitivos, emocionales y corporales relacionados con el parto sin juzgar ni reaccionar, y permite afrontar los desafíos propios del parto.

Tabla 4 Condición de intervención (X) sobre el gradiente del parto Modo (Y) a través de mediadores de subescala FFMQ: único y paralelo Mediación

	Efecto estándar	parcial	SE 95 % de confianza	
			Intervalo	
			Inferior	superior
Mediación única				
Efecto total de X sobre Y	-0,659***	0,239	-1,347	-0,401
Efecto directo de X sobre Y	-0,549**	0,234	-1,192	-0,266
Indirecto: Cond – ΔNOR	-0,110	0,061	-0,247	-0,006
- Si				
Efecto total de X sobre Y	-0,659***	0,239	-1,347	-0,401
Efecto directo de X sobre Y	-0,596**	0,244	-1,274	-0,308
Indirecto: Cond – ΔNOJ	-0,063	0,045	-0,158	0,018
- Si				
Efecto total de X sobre Y	-0,657***	0,239	-1,347	-0,401
Efecto directo de X sobre Y	-0,652***	0,251	-1,362	-0,368
Indirecto: Cond – ΔACT	-0,007	0,064	-0,127	0,133
- Si				
Efecto total de X sobre Y	-0,659***	0,239	-1,347	-0,401
Efecto directo de X sobre Y	-0,577**	0,251	-1,264	-0,269
Indirecto: Cond – ΔDES	-0,081	0,060	-0,207	0,030
- Si				
Efecto total de X sobre Y	-0,659***	0,239	-1,347	-0,401
Efecto directo de X sobre Y	-0,598**	0,236	-1,260	-0,326
Indirecto: Cond – ΔOBS	-0,061	0,050	-0,173	0,021
- Si				
Mediación paralela				
Efecto total de X sobre Y	-0,657***	0,239	-1,347	-0,401
Efecto directo de X sobre Y	-0,474*	0,250	-1,125	-0,132
Indirecto				
Cond – Total – Y	-0,185	0,104	-0,380	0,029
Cond – ΔNOR – Y	-0,091	0,065	-0,216	<0,001
Cond – ΔNOJ – Y	-0,065	0,049	-0,170	0,023
Cond – ΔACT – Y	0,019	0,068	-0,102	0,177
Cond – ΔDES – Y	-0,001	0,063	-0,118	0,139
Cond – ΔOBS – Y	-0,047	0,042	-0,146	0,017

Nota. n=111. Δ: diferencia en posevaluación - preevaluación, ACT Actuando con conciencia, DES Describiendo, FFMQ Five Facet Mindfulness Questionnaire, NOJ

No juzgar la experiencia interior, NOR No reaccionar a la experiencia interior, OBS Observar

^a Los efectos indirectos, directos y totales están parcialmente estandarizados (estándar)

^b Los efectos indirectos reflejan un muestreo bootstrap de 10.000 con un intervalo de confianza (IC) del 95% y los IC están completamente estandarizados (Hayes, 2018). El CI de arranque en negrita indica una ruta indirecta significativa. Si cero está ausente en el intervalo, entonces el efecto indirecto es significativo, lo que sugiere que los datos respaldan el efecto indirecto propuesto.

*p ≤ 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

existir. En otras palabras, mantener una conciencia atenta hacia las emociones temerosas y las creencias catastróficas sobre el parto, sin juzgar y sin reactividad, puede ayudar a regular el comportamiento para que no sea reactivo y evite los desafíos del parto para pasar a ser más reactivo.

siendo más responsivas y cercanas, y adaptándose al proceso del parto.

Nuestro estudio muestra que no reaccionar a la experiencia interna (una faceta de la conciencia plena) provocó una mayor adaptación al parto (partos más naturales). La adaptación al parto mediante la falta de reactividad a la experiencia interior puede explicarse por un menor estrés. Esta sugerencia cuenta con el apoyo de Lönnberg y colegas (2020), quienes encontraron que un aumento en la falta de reactividad a la experiencia interna se correlacionaba significativamente con una reducción en el estrés percibido en mujeres embarazadas en MBCP en comparación con las clases de parto de Lamaze [5]. Se podría concluir que después del MBCP, las mujeres embarazadas de nuestro estudio vivieron el parto como menos estresante o amenazante y se permitieron sufrir y adaptarse más a los procesos del parto natural que las mujeres embarazadas del grupo control. A la luz de estos hallazgos, sería relevante estudiar los efectos biológicos de la conciencia plena en mujeres embarazadas con FOC alto midiendo los síntomas de estrés percibidos y los niveles de cortisol, la hormona materna del estrés. Los altos niveles de cortisol materno limitan la expresión del ADN en niños nacidos de madres con alto FOC [40]. Al reducir el nivel de cortisol materno, se podría mejorar el potencial de salud del recién nacido [40].

Además, nuestros resultados demuestran que el parto natural se relacionó positivamente con una práctica más extensa de meditación en el hogar. Este hallazgo está respaldado por un estudio sobre la práctica de la meditación en el hogar para la prevención de recaídas de la depresión, que demostró que dedicar más minutos a la meditación de atención plena se asoció con un menor riesgo de recaída en la depresión [38]. Sin embargo, el estudio de Lönnberg no mostró ninguna relación entre los minutos dedicados a la meditación de atención plena y el cambio en el estrés percibido en mujeres embarazadas (2020). Con base en nuestros resultados, se podría concluir que una práctica más extensa de meditación en el hogar se asocia con el parto natural y viceversa, lo que indica una mejor adaptación a los desafíos del parto a través de una conciencia más amplia. Es de destacar que el número real de sesiones de MBCP a las que asistieron en nuestro estudio no estuvo relacionado con el gradiente del modo de parto. Sin embargo, la mayoría de los participantes del MBCP asistieron al menos a siete de nueve sesiones. Se podría interpretar que aparentemente practicar de forma regular y diaria parece ser más importante para el efecto que estar presente únicamente durante las sesiones de MBCP.

Es importante destacar que, de acuerdo con teorías psicológicas como la teoría cognitiva [9] y la teoría de la evitación experiencial [41], no son las emociones negativas, las creencias negativas o las sensaciones desagradables reales, sino cómo uno responde a ellas (acercarse versus evitar).), que está vinculado a una amplia gama de problemas de salud mental. Ante estas teorías, evitar experiencias que se valoran

Como amenaza, puede reducir la angustia a corto plazo en mujeres embarazadas con FOC alto, pero puede mantener e incluso reforzar el miedo y la ansiedad en futuros embarazos y partos. Hasta ahora, sólo la terapia cognitivo-conductual (TCC) [9] administrada por psicoterapeutas ha demostrado una mejor adaptación al parto con un aumento de los partos naturales y una disminución en el uso de SCS en mujeres embarazadas con FOC alto [42]. La TCC es una intervención clínica y relativamente costosa en comparación con la MBCP, que es una intervención no clínica que pueden realizar otros profesionales que atienden a mujeres embarazadas. Dado que el FOC alto es bastante prevalente (25%) [43] y la medicalización del parto está creciendo en todo el mundo (OMS, 2019) [44], la atención eficaz que aborde estos problemas es de suma importancia, tanto para la salud como para la economía (p. ej., costo de la atención médica) y razones psicológicas de salud (p. ej., carga emocional de un alto FOC e intervenciones obstétricas solicitadas asociadas). Por otro lado, las mujeres embarazadas con FOC alto que se sometieron a un parto natural posiblemente sin la preparación adecuada, vivieron el parto como traumático e incluso desarrollaron trastorno de estrés postraumático, depresión posparto y dolor persistente después del parto [45]. Cabe destacar que varios factores complican la atención intraparto para mujeres embarazadas con FOC alto: el impacto de FOC en problemas de salud mental adicionales; las ventajas y desventajas de EA y CS; y el derecho de las mujeres embarazadas a exigir la atención que prefieran. Para abordar esta complejidad en la atención a las mujeres embarazadas con alto FOC, se deben ofrecer intervenciones que: apoyen a las mujeres embarazadas a enfrentar los desafíos del parto; y brindar información y apoyo personalizados sobre FOC, así como sobre las ventajas y desventajas de las intervenciones obstétricas en el parto.

Dado que el parto natural apoya de manera óptima la producción de oxitocina en el cerebro de la madre e influye positivamente en la fisiología y el comportamiento materno durante el parto y la maternidad [46], el parto natural con un nivel óptimo de oxitocina podría verse como una intervención importante en el tratamiento de la internalización y Problemas de externalización en las madres y sus hijos [47]. Tener un parto espontáneo sin intervenciones obstétricas puede reducir la posibilidad de depresión posparto y/o

o desarrollo de trastorno de estrés postraumático [45].

Las experiencias positivas de cuerpo y mente pueden potenciar la maternidad y mejorar la relación madre-hijo, especialmente en el contexto del miedo [47].

Para avanzar en esta línea de trabajo, futuros estudios deberían realizarse en poblaciones grandes y heterogéneas de mujeres embarazadas y en un diseño multicéntrico.

Estudios adicionales que exploren los ingredientes activos del programa MBCP y los factores de implementación relacionados con la ejecución del MBCP, como la calidad del formador,

así como el tiempo dedicado a la práctica de meditación y la asistencia a las sesiones de adaptación al parto en gestantes con FOC elevado, podrían ser de interés. Es importante destacar que el efecto del MBCP sobre la reducción del estrés percibido y la reducción del nivel de cortisol materno requiere más atención en futuras investigaciones, dado el conocimiento sobre los efectos nocivos extendidos para el feto en mujeres embarazadas con FOC alto [48, 49]. Sin embargo, la recomendación más urgente es una réplica de este estudio para confirmar nuestros hallazgos y reforzar las implicaciones.

Fortalezas y limitaciones

Hasta donde sabemos, este estudio es el primero en explorar mecanismos de cambio que operan a través de tres vías de acción psicológicas, para la adaptación al parto en mujeres embarazadas con FOC alto, comparando los efectos de MBCP con ECAU. Nuestros resultados contribuyen a una comprensión más rica de los mecanismos psicológicos subyacentes a través de los cuales puede operar la adaptación a un parto (natural). En segundo lugar, el diseño del estudio y los análisis estadísticos generalmente cumplen con los estándares de las pautas de estudio de mecanismos de cambio, como se define en una revisión sistemática de ECA que examinan los mecanismos potenciales de cambio en las MBP [1]. Los análisis de mediación se realizaron en un ECA con un grupo de control activo y el evaluador de resultados estaba cegado al proceso de asignación.

Los mecanismos de cambio hipotéticos en este estudio se extrajeron de un modelo psicológico de las posibles vías de acción ya introducidas en un estudio de protocolo, que presentó la justificación del modelo y los cambios esperados [30]. Es importante destacar que en nuestros análisis de mediación, el cambio en el mediador precedió al cambio en el resultado en el tiempo (es decir, precedencia temporal) [37]; con esto, se eliminó una explicación alternativa para el cambio en la conciencia plena y el cambio en el gradiente de las intervenciones obstétricas avanzadas utilizadas durante el parto.

En consecuencia, este estudio proporciona evidencia suficiente para concluir que una mayor conciencia plena es el mecanismo causal que explica una mayor adaptación al parto natural y una disminución de las intervenciones obstétricas durante el parto, como se observa en las participantes del MBCP en comparación con las participantes de la ECAU.

Este estudio tuvo varias limitaciones. Nuestra muestra estuvo compuesta principalmente por mujeres embarazadas caucásicas y con un alto nivel educativo, lo que limita la generalización de los resultados a poblaciones más diversas. Aunque nuestros análisis indicaron que no hubo abandonos selectivos ni valores faltantes, el desgaste selectivo podría ser una limitación, y esto también puede haber limitado el poder para detectar efectos. Se justifican más estudios con poblaciones más grandes y diversas.

Conclusiones

El cultivo de una mayor conciencia consciente, y más específicamente de la no reactividad a la experiencia interna, en mujeres embarazadas con FOC alto durante el programa MBCP de nueve semanas parece ser un mecanismo de cambio que conduce a partos naturales y a un menor uso de intervenciones obstétricas, como como SCS. Además, meditar con mayor frecuencia parece estar relacionado con un mayor grado de parto natural, y viceversa, pero no así una mayor asistencia a las sesiones de MBCP. Si estos hallazgos tienen una aplicación más amplia merece más estudio y atención por parte de los proveedores de atención médica y los formuladores de políticas.

Abreviaturas

EA: analgesia epidural; ECAU: atención mejorada como de costumbre; CLP: Dolor catastrófico del parto; TC: Terapia Cognitiva; TCC: Terapia Cognitivo Conductual; CS: cesárea; FFMQ: Cuestionario de Atención Plena de Cinco Facetas; FOC: Miedo al parto; KNOV: Koninklijke Nederlands Organisatie van Verloskundigen; LPCCL: Lista de cogniciones para afrontar el dolor del parto; MBCP: Parto y Crianza Basados en la Atención Plena; MBCT: Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness; MBP: Programas basados en Mindfulness; MBSR: Reducción del estrés basada en la atención plena; ECA: ensayo controlado aleatorio; SCS: cesárea auto-solicitada; PTSD: trastorno de estrés posttraumático; EVA: Escala Visual Analógica; W-DEQ-A: Cuestionario de expectativas de entrega de Wijma.

Información suplementaria

La versión en línea contiene material complementario disponible en <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04380-0>.

Archivo adicional 1. Coeficientes de regresión, errores estándar e información resumida para modelos de mediación paralela de condición en gradiente de Modo de parto.

Archivo adicional 2. Coeficientes de regresión, errores estándar e información resumida para cinco subescalas del FFMQ que median la condición en el gradiente del modo de parto.

Archivo adicional 3. Coeficientes de regresión, errores estándar e información resumida para las 5 subescalas del FFMQ Mediación paralela de la condición en el gradiente del modo de parto.

Agradecimientos

Agradecemos a los participantes por su confianza y completar los cuestionarios, a UvA-minds por ofrecer un espacio gratuito para realizar MBCP, a las parteras por derivar parejas embarazadas a nuestro estudio. Nuestro agradecimiento especial a Nancy Bardacke por capacitar a las parteras para que se conviertan en instructoras de MBCP.

Contribuciones de los autores

IV-S, EB y SB contribuyeron a la propuesta original, consiguieron financiación para el ensayo y redactaron el protocolo original. Los resultados del parto se derivaron de los archivos médicos de IV-S debido a la confidencialidad de estos médicos no ciegos. registros cal. KZ realizó análisis de datos ciegos e interpretación de datos y EdeB los verificó. IV-S reveló los datos para informar los resultados en el manuscrito. IV-S y KZ prepararon el conjunto de datos para este estudio para colaborar propósitos de ción. IV-S y KZ escribieron el manuscrito. KZ corrigió el idioma inglés. Todos los autores contribuyeron y aprobaron el manuscrito final.

Fondos

Esta investigación fue financiada por la Asociación de Seguros de Salud de los Países Bajos - Zilveren Kruis Achmea (Z518-2) y el Instituto de Investigación sobre Desarrollo y Educación Infantil. (RICDE) en la Universidad de Amsterdam, Países Bajos (C.2524.05.06.01).

Disponibilidad de datos y materiales.

Los conjuntos de datos analizados durante el estudio actual están disponibles en la página correspondiente. ing autor a petición razonable.

Declaraciones

Aprobación ética y consentimiento para participar.

El protocolo del estudio del ensayo controlado aleatorio (He cambiado de opinión) se presentó al Registro de ensayos de los Países Bajos (NTR; 4302) el 3 de diciembre de 2013 antes de que comenzara el estudio y fue aceptado el 3 de enero de 2014. La Junta de Revisión de Ética de La Facultad de Ciencias Sociales y del Comportamiento de la Universidad de Ámsterdam aprobó el ensayo el 23 de junio de 2013 (número de certificado 2013-CDE-3064). El estudio estuvo exento de la aprobación del Comité de Ética Médica del Centro Médico Académico (número de certificado NL44033.018.13). Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los sujetos. Todos los métodos se llevaron a cabo de acuerdo con las directrices y regulaciones pertinentes.

Consentimiento para publicación

No aplica. En esta publicación no se presentan datos a nivel individual.

Conflicto de intereses

IV-S es un profesor profesional de MBCP. Los demás autores declaran que no tienen intereses en competencia.

Detalles del autor

¹Instituto de Investigación sobre Educación y Desarrollo Infantil (RICDE), 8 Facultad de Ciencias Sociales y del Comportamiento, Universidad de Amsterdam, Área Prioritaria de Investigación Yield, Nieuwe Achtergracht 127, 1018 WS Amsterdam, Países Bajos. ²Universidad de California-Berkeley, Escuela de Bienestar Social, Haviland Hall, Berkeley, CA 94709, EE. UU. Universidad ³UvA minds, Centro de Tratamiento Académico de la Uni de Ámsterdam, Banstraat 29, 1071 JW Ámsterdam, Países Bajos. ⁴Departamento de Psicología, Salud y Tecnología, Universidad de Twente, PO Box 217, 7500 AE Enschede, Países Bajos.

Recibido: 11 de junio de 2021 Aceptado: 4 de enero de 2022

Published online: 19 January 2022

Referencias

- Alsubaie M, Abbott R, Dunn B, Dickens C, Keil TF, Henley W, et al. Mecanismos de acción en la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) y la reducción del estrés basada en mindfulness (MBSR) en personas con afecciones físicas y/o psicológicas: una revisión sistemática. *Clin Psychol Rev*. 2017;55 (agosto de 2016): 74–91. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.008>.
- Goyal M, Singh S, Sibinga EMS, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R, et al. Programas de meditación para el estrés psicológico y el bienestar: un sistema revisión temática y metanálisis. *México Interno JAMA*. 2014;174(3):357–68.
- Reiner K, Tibi L, Lipsitz JD. ¿Las intervenciones basadas en mindfulness reducen intensidad del dolor? Una revisión crítica de la literatura. *Pain Med (Estados Unidos)*. 2013;14(2):230–42.
- Dhillon A, Sparkes E, Duarte RV. Intervenciones basadas en la atención plena durante el embarazo: una revisión sistemática y un metanálisis. *Atención plena (Nueva York)*. 2017;8(6):1421–37.
- Lönnberg G, Jonas W, Unternaehrer E, Bränström R, Nissen E, Niemi M. Efectos de un programa de crianza y parto basado en la atención plena sobre el estrés percibido por las mujeres embarazadas y el riesgo de depresión perinatal. *resultados de un ensayo controlado aleatorio. Trastorno J afecto*. 2020;262(marzo de 2019):133–42. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.048>.
- Veringa-Skiba IK, de Bruin EI, van Steensel FJA, Bögels SM. Miedo al niño nacimiento, intervenciones obstétricas no urgentes y resultados del recién nacido: un ensayo controlado aleatorio que compara el parto y la crianza basados en la atención plena con la atención mejorada habitual. *Nacimiento*. 2021;00:1–12. <https://doi.org/10.1111/birt.12571>.
- Moscucci O. Obstetricia holística: los orígenes del "parto natural" en Gran Bretaña. *Postgrado Med J*. 2003;79(929):168–73.
- Veringa IK, de Bruin EI, Bardacke N, Duncan LG, van Steensel FJA, Dirksen CD, et al. "He Cambiado de Opinión", Parto y Crianza Basados en Mindfulness (MBCP) para mujeres embarazadas con alto nivel de miedo al parto y sus parejas: Protocolo de estudio del ensayo controlado cuasi-experimental. *Psiquiatría BMC*. 2016;16(1):377.
- Beck AT. *La terapia cognitiva y los trastornos emocionales*. Nueva York: Interna Prensa Universitaria Internacional; 1976.

10. Beck AT, Davis DD, Freeman A. Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad: Publicaciones Guilford; 2015.
11. Ryding EL, Lukasse M, Van PAS, Wangei AM, Karro H, Kristjansdottir H, et al. Miedo al parto y riesgo de parto por cesárea: un estudio de cohorte en seis países europeos pequeños. *Nacimiento*. 2015;42(1):48–55.
12. Möller L, Josefsson A, Bladh M, Lilliecreutz C, Andolf E, Sydsjö G. Mental salud después del primer parto en mujeres que solicitan cesárea; un retiro estudio prospectivo basado en registros. *BMC Embarazo Parto*. 2017;17(1):1–8.
13. Badaoui A, Kassm SA, Naja W. Trastornos del miedo y la ansiedad relacionados con el parto: cuestiones epidemiológicas y terapéuticas. *Representante de Psiquiatría Curr*. 2019;21(4):27.
14. Dencker A, Nilsson C, Begley C, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, et al. Causas y resultados en estudios sobre el miedo al parto: una revisión sistemática. *Nacimiento de mujeres*. 2019;32(2):99–111. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.004>.
15. Dehghani M, Sharpe L, Khatibi A. La catastrofización media la relación entre el miedo al dolor y la preferencia por la cesárea electiva. *Eur J Pain (Reino Unido)*. 2014;18(4):582–9.
16. Rondung E, Ekdahl J, Sundin Ö. Mecanismos potenciales en el miedo al nacimiento: el papel del dolor catastrófico y la intolerancia a la incertidumbre. *Nacimiento*. 2019;46(1):61–8.
17. Kwissa-Gajewska Z, Dołęgowska M. Personalidad, evaluación cognitiva y dolor de parto. *Heal Psychol Rep*. 2017;4 (enero de 2015): 304–13.
18. Veringa I, Buitendijk S, De Miranda E, De Wolf S, Spinhoven P. Las cogniciones del dolor como predictores de la solicitud de alivio del dolor durante la primera etapa del trabajo de parto: un estudio prospectivo. *J. Psychosom Obstet Gynecol*. 2011;32(3):119–25.
19. Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A. Miedo al parto y duración del Trabajo de parto: un estudio de 2206 mujeres con parto vaginal previsto. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2012;119(10):1238–46.
20. Molgora S, Fenaroli V, Cracolici E, Saita E. Miedo prenatal al parto y emergencias. Parto por cesárea en urgencias: una revisión narrativa sistemática. *J Reprod Psicología Infantil*. 2019;00(00):1–19. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1636216>.
21. Baer RA. El entrenamiento en mindfulness como intervención clínica: una revisión conceptual y empírica. *Práctica de ciencias de Clin Psychol*. 2003;10(2):125–43.
22. Baer RA. Atención autocentrada y mecanismos de cambio en el tratamiento basado en mindfulness. *Cogn Behav Ther*. 2009;38(SUPPL.1):15–20.
23. Shonin E, van Gordon W, Singh N. Fundamentos budistas de la atención plena: Springer; 2015.
24. Kabat-Zinn J. Vivir en plena catástrofe: utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad. Nueva York: Delacorte; 1990.
25. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Terapia cognitiva basada en la atención plena para la depresión: un nuevo enfoque para prevenir las recaídas. Nueva York: Estados Unidos: The Guildford Press; 2012.
26. Gratz KL, Roemer L. Evaluación multidimensional de la regulación y desregulación de las emociones: desarrollo, estructura de factores y validación inicial de la escala de dificultades en la regulación de las emociones. *J Evaluación de comportamiento psicopatológico*. 2004;26(1):41–54.
27. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Terapia de aceptación y compromiso: modelo, procesos y resultados. *Comportamiento Res Térmico*. 2006;44(1):1–25.
28. Hoge EA, Bui E, Goetter E, Robinaugh DJ, Ojserkis RA, Fresco DM, et al. El cambio en el descentramiento media la mejora de la ansiedad en la reducción del estrés basada en la atención plena para el trastorno de ansiedad generalizada. *Conocer otras res*. 2015;39(2):228–35.
29. Vøllestad J, Sivertsen B, Nielsen GH. Reducción del estrés basada en la atención plena para pacientes con trastornos de ansiedad: evaluación en un ensayo controlado aleatorio. *Comportamiento Res Térmico*. 2011;49(4):281–8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.007>.
30. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Uso de métodos de evaluación de autoinforme para explorar facetas de la atención plena. *Evaluación*. 2006;13(1):27–45.
31. Wijma K, Wijma B, Zar M. Aspectos psicométricos del W-DEQ: una nueva pregunta Instrumento para la medición del miedo al parto. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1998;19(2):84–97.
32. Bardacke N. Mindful Birthing: entrenar la mente, el cuerpo y el corazón para el niño nacimiento y más allá. Nueva York: NY 10022: HarperCollins Publishers Inc; 2012.
33. Engel GL. La necesidad de un nuevo modelo médico: un desafío para la biomedicina. *Ciencia*. 1977;196(4286):129–36.
34. KNOV. Geboorteplan. [consultado el 9 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.knov.nl/vakken-en-wetenschap/tekstpagina/253/geboorteplan>
35. Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definiciones, mediciones y prevalencia del miedo al parto: una revisión sistemática. *BMC Embarazo Parto*. 2018;18(1):1–15.
36. de Bruin EI, Topper M, Muskens JGAM, Bögels SM, Kamphuis JH. Psicópata-Propiedades métricas del cuestionario de atención plena de cinco facetas (FFMQ) en una muestra de meditación y de no meditación. *Evaluación*. 2012;19(2):187–97.
37. Hayes AF. Introducción a la mediación, moderación y condicional. *Análisis de procesos: un enfoque basado en regresión*. Segunda edición. Nueva York: Guilford Press; 2018.
38. Crane C, Crane RS, Eames C, Fennell MJV, Silverton S, Williams JMG, et al. Los efectos de la cantidad de práctica de meditación en el hogar en la terapia cognitiva basada en la atención plena sobre el riesgo de recaída en la depresión en el ensayo Staying Well after Depression. *Comportamiento Res Térmico*. 2014;63:17–24. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.08.015>.
39. Predicador KJ, Kelley K. Medidas del tamaño del efecto para modelos de mediación: *Quantita estrategias activas para comunicar efectos indirectos*. vol. 16, Métodos psicológicos. Predicador, Kristopher J.: Departamento de Psicología, Universidad de Kansas, 1415 Jayhawk Boulevard, Sala 426, Lawrence, KS, EE. UU., 66045–7556, predicador@ku.edu: Asociación Americana de Psicología; 2011. pág. 93–115.
40. Palma-Gudiel H, Córdova-Palamera A, Leza JC, Fañanás L. Glucocorticoide procesos de metilación del gen del receptor (NR3C1) como mediadores de la adversidad en la causalidad de los trastornos relacionados con el estrés: una revisión crítica. *Neurosci Biobehav Rev*. 2015;55:520–35.
41. Hayes SC, Wilson KG, Giford EV, Follette VM, Strosahl K. Evitación experiencial Trastornos del comportamiento y del comportamiento: un enfoque dimensional funcional para el diagnóstico y el tratamiento. *J Consult Clin Psicol*. 1996;64(6):1152–68.
42. Striebig S, Mattem E, Ayerle GM. Apoyo a la identificación de mujeres embarazadas alimentado con miedo al parto (FOC)/tokofobia: una revisión sistemática de enfoques e intervenciones. *Partería*. 2018;61 (enero):97–115. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.013>.
43. Richens Y, Lavender DT, Smith DM. Miedo al nacimiento en la práctica clínica: una revisión estructurada de las herramientas de medición actuales. *Salud y reproducción sexual*. 2018;16 (agosto de 2017): 98–112. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.02.010>.
44. QUIÉN. Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones no clínicas para reducir cesárea de ensayo. 2018 [consultado el 9 de septiembre de 2019]. <https://www.who.int/reproductivehealth/publicaciones/intervenciones-no-clinicas-para-reducir-sc/es/>
45. Hollander MH, van Hastenberg E, van Dillen J, van Pampus MG, de Miranda E, Stramrood CAI. Prevención de experiencias traumáticas de parto: 2192 mujeres percepciones y puntos de vista de en. *Salud mental de la mujer Arch*. 2017;20(4):515–23.
46. Uvnäs-Moberg K, Ekström-Bergström A, Berg M, Buckley S, Pajalic Z, Had jigeorgiou E, et al. Niveles de oxitocina en plasma materno durante el parto fisiológico: una revisión sistemática con implicaciones de las contracciones uterinas y acciones centrales de la oxitocina. *BMC Embarazo Parto*. 2019;19:285.
47. Priel A, Djalovski A, Zagoory-Sharon O, Feldman R. Depresión materna Impactos de la psicopatología infantil en la primera década de la vida: oxitocina y sincronía como marcadores de resiliencia. *J Psiquiatría Psicología Infantil*. 2019;60:30–42.
48. Dean DC, Planalp EM, Wooten W, Kecskemeti SR, Adluru N, Schmidt CK, et al. Asociación de síntomas de ansiedad y depresión materna prenatal con la microestructura de la sustancia blanca infantil. *Pediatría JAMA*. 2018;172(10):973–81.
49. Davis EP, Sandman CA. El momento de exposición prenatal al cortisol materno y al estrés psicológico está asociado con el desarrollo cognitivo del bebé humano. *Desarrollo infantil*. 2018;81(1):131–48.

Nota del editor

Springer Nature se mantiene neutral con respecto a las reclamaciones jurisdiccionales en el ámbito público, mapas detallados y afiliaciones institucionales.

Listo **enviar** investigación ? a tu Elegir **BMC** y beneficiate de:

- envío en línea rápido y conveniente
- revisión exhaustiva por pares realizada por investigadores experimentados en su campo
- publicación rápida sobre la aceptación
- soporte para datos de investigación, incluidos tipos de datos grandes y complejos
- Acceso Abierto Gold, que fomenta una colaboración más amplia y un aumento de las citas.
- máxima visibilidad para su investigación: más de 100 millones de visitas al sitio web al año

En BMC, la investigación siempre está en marcha.

Obtenga más información biomedcentral.com/submissions

