Artículo original
Ginecol Obstet Mex 2023; 91 (7): 469-478.

https://doi.org/10.24245/gom.v91i7.8163

Nivel de ansiedad según el trimestre del embarazo en un establecimiento de salud de atención primaria

Level of anxiety according to gestational trimester in a primary care health establishment.

Ricardo Michael Salgado Contreras,[1] María Luisa Torres Chauca,[2] Rosa Martha Salazar Campos,[3] Jenny Luz Bolívar Renón,[4] Yolanda Quispe Alosilla,[5] Marco Antonio Chilipio Chiclla[6]

Resumen

OBJETIVO: Determinar el nivel de ansiedad de las embarazadas conforme al trimestre de la gestación.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, correlacional y transversal efectuado en mujeres en curso del primer, segundo y tercer trimestre del embarazo atendidas en el Centro de Salud Base San Martín de Porres, Lima, Perú, entre diciembre de 2021 y febrero de 2022, a quienes se les aplicó el instrumento de tamizaje de ansiedad prenatal (Perinatal Anxiety Screening Scale [PASS]) y su variación según el trimestre del embarazo con las pruebas de χ^2, Kruskall-Wallis y ANOVA.

RESULTADOS: Se estudiaron 153 pacientes en los tres trimestres del embarazo en quienes se encontró: ansiedad prenatal en el 69.9% (n = 107); ansiedad leve en 45.8% (n = 70) y ansiedad moderada-severa en 24.2% (n = 37). El porcentaje es mayor de 100% porque no en todos los trimestres se encontraron síntomas depresivos. Solo 30.1% (n = 46) de las embarazadas no tuvieron síntomas de ansiedad prenatal. La puntuación de ansiedad global mostró un comportamiento diferente según el trimestre de gestación (ANOVA: p = 0,006), con predominio de mayor ansiedad en el primer trimestre seguido del tercero. La comparación por parejas solo mostró diferencias significativas en la puntuación de ansiedad entre el primer y el tercer trimestre (test de Tukey: p > 0.05).

CONCLUSIONES: Más de la mitad de las embarazadas cursó con ansiedad, sobre todo en el primer y tercer trimestre y menor en el segundo.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad; prevalencia; embarazadas; embarazo; ansiedad perinatal.

Abstract

OBJECTIVE: To determine the anxiety level of pregnant women according to the trimester of gestation.

MATERIALS AND METHODS: Observational, analytical and prospective study of a random sample of pregnant women attended in a first level facility of the Ministry of Health (MINSA). Anxiety was assessed with the Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS) and its variation according to the trimester of pregnancy with the χ^2, Kruskall-Wallis and ANOVA tests.

RESULTS: The prevalence of anxiety during pregnancy was 69.9% (n = 107) in a sample of 153 patients. Except for the social anxiety dimension (p > 0.05), significant differences were found in the scores of the anxiety dimensions by trimester. They were highest in the first, followed by the third trimester (p < 0.05). The global anxiety score showed different behavior by trimester of pregnancy (ANOVA: p = 0.006), with predominance

[1] Obstetra asistencial, Puesto de Salud CCohua, Microred Curahuasi, Apurímac, Perú. Ministerio de Salud.
[2] Obstetra asistencial, Hospital Santa Rosa, Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, Ministerio de Salud, docente asdcrita al Departamento Académico de Obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
[3] Obstetra docente, adscrita al Departamento Académico de Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
[4] Obstetra asistencial, Centro Materno Infantil Néstor Gambeta, Dirección Regional de Salud Callao, Docente asociado, asdcrito al Departamento Académico de Obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
[5] Obstetra asistencial, Instituto Nacional Materno Perinatal, docente asociado asdcrito al Departamento Académico de Obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
[6] Obstetra investigador, Institute of Development Research for Professionals, docente invitado, asdcrito al Departamento Académico de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Recibido: septiembre 2022

Aceptado: abril 2023

Correspondencia
Marco Antonio Chilipio Chiclla
marco.chilipio@unmsm.edu.pe

Este artículo debe citarse como: Salgado-Contreras RM, Torres-Chauca ML, Salazar-Campos RM, Bolívar-Renón JL, Quispe-Alosilla Y, Chilipio-Chiclla MA. Nivel de ansiedad según el trimestre del embarazo en un establecimiento de salud de atención primaria. Ginecol Obstet Mex 2023; 91 (7): 469-478.

of higher anxiety in the first trimester followed by the third trimester. Comparison by couples only showed significant differences in anxiety score between the first and third trimester (Tukey test: $p > 0.05$).

CONCLUSIONS: More than half of the pregnant women had anxiety, especially in the first and third trimester and less in the second trimester.

KEYWORDS: Anxiety; Prevalence; Pregnant women; Gestation; Perinatal anxiety.

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la ansiedad como un estado caracterizado por palpitaciones, irritabilidad, disminución de horas de sueño, nerviosismo y tensión.[1] La ansiedad es una emoción humana que genera malestar físico o psicológico e, incluso, puede constituirse en una psicopatología.[1]

En el ámbito mundial se reporta una prevalencia de ansiedad durante el embarazo de 21 a 25%;[2] porcentaje que pone de manifiesto la necesidad urgente de atención. Sin embargo, se reporta que menos del 20% de los proveedores de atención prenatal evalúan y tratan problemas de salud mental y menos del 20% de las embarazadas buscan atención de salud mental.[3]

Los estados de ansiedad se caracterizan por mayor producción de cortisol y noradrenalina, por demás perjudicial si concurren durante el embarazo porque las probabilidades de bajo peso al nacimiento y prematurez son las más frecuentes de los desenlaces perinatales adversos.[4]

No está por demás recordar que durante el embarazo suceden cambios, adaptaciones fisiológicas y, sobre todo, emocionales y psicológicas. Además, es un periodo de mayor riesgo de problemas de salud mental que pueden derivar, incluso, en la muerte.[5]

Las embarazadas con ansiedad prenatal están predispuestas a mayores trastornos psiquiátricos, que son factores de riesgo de padecer trastornos posparto. Esta es la razón por la que en las consultas prenatales a todas las embarazadas debe practicársele el tamizaje de ansiedad.[3,6]

Se estima que en las américas 264 millones de personas han sufrido ansiedad alguna vez en la vida. En Perú, los trastornos de salud mental afectan a 13.5% de la población general y 7.7% de las mujeres tienen o han sufrido episodios de ansiedad.[7] La prevalencia de ansiedad prenatal llega a incrementarse incluso hasta 68.9% en ciertos grupos poblacionales, como las adolescentes embarazadas.[8]

El incremento del apoyo social a las mujeres embarazadas se ha asociado con una disminución de la ansiedad y mayor percepción de autocontrol.[9] Esto representa una forma de intervenir ante la ansiedad prenatal; no obstante, es preciso identificar la magnitud con que se manifiesta y su comportamiento a lo largo del embarazo.

Durante el trascurso del embarazo es mayor la susceptibilidad a sufrir ansiedad y temor por el

https://doi.org/10.24245/gom.v91i7.8163

parto, lo que puede incrementar la morbilidad perinatal. En ese sentido, el apoyo que recibe la mujer embarazada de familiares, pareja y profesionales de la salud contribuye a reducir los síntomas de ansiedad, los desenlaces perinatales adversos relacionados[10] y el riesgo futuro de ansiedad de la madre.

Por lo anterior, el objetivo de la investigación fue: determinar el nivel de ansiedad de las embarazadas conforme al trimestre de la gestación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, correlacional y transversal efectuado en mujeres en curso del primer, segundo y tercer trimestre del embarazo atendidas en el Centro de Salud Base San Martín de Porres, Lima, Perú, entre diciembre de 2021 y febrero de 2022, a quienes se les aplicó el instrumento de tamizaje de ansiedad prenatal.

El cálculo muestral se realizó con la fórmula para población finita, que considera parámetros de cálculo con un nivel de confianza de 95% (1.96), población de 1056, probabilidad de éxito y fracaso de 0.5, cada uno.

El instrumento para evaluar la ansiedad fue la Escala de Detección de Ansiedad Prenatal (*Perinatal Anxiety Screening Scale [PASS]*) diseñada por Somerville y su grupo.[11] Se trata de una herramienta validada y confiable, específica para el tamizaje de ansiedad en el periodo prenatal. Cuenta con 31 ítems o preguntas distribuidas en cuatro dimensiones: *1)* ansiedad aguda y adaptación; *2)* preocupación general y miedos específicos; *3)* perfeccionismo, control y trauma; y *4)* ansiedad social.

La dimensión ansiedad aguda y adaptación cuenta con las subescalas de pánico (ítems 24, 25, 28-30) y adaptación (ítems 26, 27 y 31). La dimensión preocupación general y miedos específicos cuenta con las subescalas ansiedad generalizada (ítems 1-6, 9 y 10) y fobia (ítems 7 y 8). La dimensión perfeccionismo, control y trauma cuenta con las subescalas perfeccionismo (ítems 11-14) y trauma (ítems 15-18). La dimensión ansiedad social cuenta con la subescala social-interpersonal (ítems 19-23).

El instrumento propuesto por Somerville y colaboradores[11] cuenta con validez de contenido, criterio y constructo y excelente fiabilidad (α de Crombach: 0.96) para el tamizaje de ansiedad prenatal. Investigaciones posteriores confirmaron sus cualidades métricas de validez y confiabilidad;[12,13] también validadas al español por Coo y su grupo.[14] Las respuestas a los ítems del cuestionario son tipo Likert, cada una recibió un puntaje de 0 a 3. El puntaje global permitió catalogar a las embarazadas evaluadas en: asintomáticas (0-20 puntos), con ansiedad leve-moderada (21-41 puntos) y con ansiedad severa (42-93 puntos).

Criterios de inclusión: mujeres embarazadas atendidas en el Centro de Salud Base San Martín de Porres, que otorgaron su consentimiento voluntario para participar y en situación emocionalmente establece. *Criterios de exclusión:* mujeres con embarazo múltiple, analfabetas, con psicopatología diagnosticada y quienes respondieron de manera incompleta el cuestionario.

El análisis estadístico descriptivo incluyó: cálculo de las frecuencias absolutas (n) y relativas (%) de las variables cualitativas. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba estadística de χ^2 mientras que para comparar puntajes de ansiedad, según trimestres, se recurrió a las pruebas de Kruskal Wallis y ANOVA, conforme a la distribución normal observada con la prueba de Shapiro-Wilk. En todos los casos se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

En todo momento se cumplieron los principios de la declaración de Helsinki referidos a confidencialidad, autonomía y respeto. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Institucional

de la Facultad de Medicina San Fernando, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM); asimismo, se solicitó autorización a la Dirección de Salud Lima Norte para efectuar el estudio en el CS Base San Martín de Porres.

RESULTADOS

Se estudiaron 153 pacientes en los tres trimestres del embarazo en quienes se encontró: ansiedad prenatal en el 69.9% (n = 107); ansiedad leve en 45.8% (n = 70) y ansiedad moderada-severa en 24.2% (n = 37). El porcentaje es mayor a 100% porque se trata de distintas mediciones en diferentes trimestres del embarazo. Solo 30.1% (n = 46) de las embarazadas no tuvieron síntomas de ansiedad prenatal. **Figura 1**

En el **Cuadro 1** se observa que las dimensiones de la ansiedad se comportan de manera diferente en los tres trimestres del embarazo. En todas las dimensiones se encontró un mayor valor promedio de ansiedad en el primer trimestre del embarazo, seguido del tercer trimestre; mientras que en el segundo trimestre se registró el menor puntaje promedio de ansiedad. El comportamiento del puntaje de ansiedad por trimestres fue significativamente diferente en las dimensiones "preocupación general y miedos específicos" (p = 0.022), "perfeccionismo, control y trauma" (p = 0.040) y la dimensión "ansiedad aguda y adaptación" (p = 0.014). Sin embargo, en la dimensión "ansiedad social" (p = 0.053) no se encontraron diferencias significativas en los puntajes.

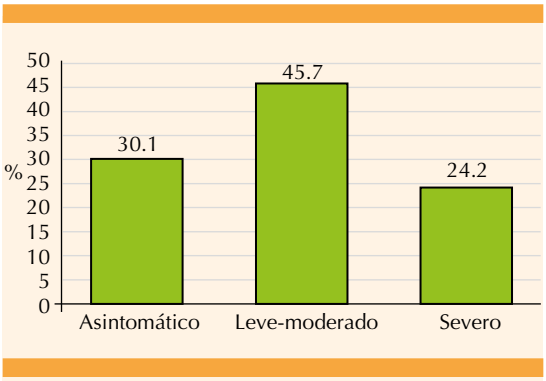


Figura 1. Nivel de ansiedad en embarazadas atendidas en el Centro de Salud Base San Martín de Porres.

En el **Cuadro 2** se encuentran todos los indicadores comprendidos en las dimensiones de la ansiedad prenatal. En la dimensión "preocupación general y miedos específicos" cuatro indicadores como "preocuparse por el feto y el embarazo" (p < 0.001), "preocuparse por muchas cosas" (p = 0.046), "pensamientos repetitivos difíciles de controlar" (p = 0.024) y "dificultad para conciliar el sueño" (p = 0.021) mostraron un comportamiento estadísticamente diferente conforme a los trimestres de embarazo. En la dimensión "perfeccionismo, control y trauma" tres preocupaciones como: "tener que hacer las cosas de una manera u orden determinado" (p = 0.012), "querer que las cosas salgan perfectas" (p = 0.010) y "dificultad para dejar de revisar o hacer cosas una y otra vez" (p = 0.018) mostraron comportamiento estadísticamente diferente según los trimestres de embarazo.

Cuadro 1. Dimensiones de la ansiedad en mujeres embarazadas atendidas en el Centro de Salud Base San Martín de Porres

	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	p-valor*
	($\bar{x}$ ± DE)	($\bar{x}$ ± DE)	($\bar{x}$ ± DE)	
Preocupación general y miedos específicos	11.8 ± 6.295	8.63 ± 5.041	11.38 ± 6.220	0.022
Perfeccionismo, control y trauma	10.1 ± 11.000	7.7 ± 4.940	9.9 ± 5.428	0.040
Ansiedad social	5.3 ± 3.198	3.8 ± 2.457	4.1 ± 2.665	0.053
Ansiedad aguda y adaptación	8.6 ± 5.235	5.7 ± 3.916	6.1 ± 4.672	0.014

* Test Kruskall-Wallis

https://doi.org/10.24245/gom.v91i7.8163

Cuadro 2. Ítems de ansiedad en embarazadas atendidas en el Centro de Salud Base San Martín de Porres

	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	p-valor*
	($\bar{x}$ ± DE)	($\bar{x}$ ± DE)	($\bar{x}$ ± DE)	
Preocupación general y miedos específicos				
Preocuparse por el hijo y el embarazo	1.31 ± 0.905	0.69 ± 0.755	1.50 ± 1.093	< 0.001
Miedo a que dañen al hijo	1.16 ± 0.903	0.77 ± 0.831	1.04 ± 0.947	0.072
Sentir que algo malo va a suceder	1.14 ± 0.917	0.75 ± 0.711	0.98 ± 0.845	0.073
Preocuparse por muchas cosas	1.20 ± 0.825	0.83 ± 0.785	1.16 ± 0.934	0.046
Preocuparse por el futuro	1.06 ± 0.968	1.02 ± 0.779	1.34 ± 1.081	0.330
Sentirse abrumada	1.08 ± 0.796	0.88 ± 0.922	1.04 ± 1.049	0.383
Miedos a la sangre, el dolor, el parto y las agujas	0.94 ± 0.835	0.90 ± 0.913	1.16 ± 1.095	0.536
Situaciones repentinas de miedo	1.12 ± 0.887	1.00 ± 0.863	1.10 ± 0.974	0.832
Pensamientos repetitivos difíciles de controlar	1.33 ± 0.952	0.87 ± 0.742	0.98 ± 0.845	0.024
Dificultad para conciliar el sueño	1.41 ± 0.963	0.92 ± 0.710	1.08 ± 0.877	**0.021**
Perfeccionismo, control y trauma				
Tener que hacer las cosas de una manera u orden determinada	1.41 ± 0.898	0.88 ± 0.808	1.24 ± 0.960	0.012
Querer que las cosas salgan perfectas	1.39 ± 0.918	0.96 ± 0.928	1.52 ± 1.035	0.010
Necesidad de tener las cosas controladas	1.29 ± 0.923	1.08 ± 0.947	1.40 ± 1.030	0.227
Dificultad para dejar de revisar o hacer cosas una y otra vez	1.20 ± 0.800	0.90 ± 0.823	1.10 ± 0.974	0.018
Sentirse nerviosa o asustada fácilmente	1.04 ± 0.824	0.88 ± 0.855	1.00 ± 0.948	0.589
Preocupaciones por pensamientos repetidos	1.06 ± 0.881	0.94 ± 0.916	1.10 ± 0.953	0.595
Estar alerta o estar atento a las cosas	1.35 ± 0.955	1.27 ± 0.972	1.62 ± 1.105	0.197
Incomodidad por recuerdos repetidos, sueños o pesadillas	1.24 ± 0.815	0.87 ± 0.864	0.98 ± 1.000	0.054
Ansiedad social				
Preocuparme de que me avergonzaré delante de los demás	1.08 ± 0.935	0.54 ± 0.699	0.86 ± 0.881	0.008
Miedo de que los demás me juzguen negativamente	1.18 ± 0.817	0.67 ± 0.785	0.68 ± 0.794	0.001
Sentirse realmente incómoda en las multitudes	0.92 ± 0.956	0.77 ± 0.757	0.78 ± 0.679	0.856
Evitar las actividades sociales porque podría estar nerviosa	1.08 ± 0.891	0.83 ± 0.834	0.70 ± 0.863	0.074
Evito las cosas que me preocupan	1.02 ± 0.883	1.00 ± 0.863	1.12 ± 0.918	0.773
Ansiedad aguda y adaptación				
Sentirse sola al verte a ti misma	1.12 ± 0.909	0.67 ± 0.760	0.78 ± 0.790	0.024
Perder la noción del tiempo y no poder recordar lo que pasó	1.06 ± 0.968	0.54 ± 0.699	0.72 ± 0.882	0.018
Dificultad para adaptarse a los cambios recientes	1.14 ± 0.980	0.83 ± 0.785	0.88 ± 0.849	0.239
La ansiedad se interpone en el camino de poder hacer cosas	1.06 ± 0.904	0.77 ± 0.783	0.94 ± 0.867	0.245
Dificultad para concentrarse	1.00 ± 0.825	0.85 ± 0.826	0.68 ± 0.653	0.165
Miedo a perder el control	1.02 ± 0.883	0.69 ± 0.701	0.70 ± 0.789	0.088
Sensación de pánico	1.06 ± 0.988	0.73 ± 0.819	0.66 ± 0.823	0.082
Sentirse agitado	1.10 ± 0.806	0.65 ± 0.711	0.72 ± 0.809	0.007

* Test Kruskall-Wallis

En la dimensión "ansiedad social" dos indicadores: "preocuparme de que me avergonzaré delante de los demás" (p = 0.008) y "miedo de que los demás me juzguen negativamente" (p = 0.001) mostraron un comportamiento estadísticamente diferente según los trimestres del embarazo. En la dimensión "ansiedad aguda y adaptación" dos indicadores: "sentirse sola "al verse a si misma" (p = 0.024) y "perder la noción del tiempo y no poder recordar lo que pasó" (p = 0.018) mostraron comportamientos estadísticamente diferentes según los trimestres del embarazo. En todos los casos esos indicadores evidenciaron mayor ansiedad durante el primer trimestre del embarazo, seguida del tercer trimestre; no obstante, en el segundo trimestre se observaron menos indicadores de ansiedad.

En el **Cuadro 3** se asienta la asociación entre el trimestre del embarazo y la ansiedad. En el primer trimestre el 35.5% de las embarazadas tuvieron ansiedad leve-moderada y el 37.3% ansiedad severa; esto hace un total de 72.8% de embarazadas con algún grado de ansiedad en el primer trimestre. En el segundo trimestre el 46.2% de las embarazadas experimentaron ansiedad leve-moderada y el 13.5% ansiedad severa; esto hace un total de 59.7% de embarazadas con algún grado de ansiedad en el segundo trimestre. En el tercer trimestre el 56.0% de las embarazadas cursó con ansiedad leve-moderada y 22.0% con ansiedad severa; esto hace un total de 78.0% de embarazadas con algún grado de ansiedad en el trimestre.

El puntaje global de ansiedad prenatal fue diferente en los tres trimestres del embarazo (p = 0.006), de modo que en el primer trimestre el puntaje promedio fue mayor. Luego, el puntaje global de ansiedad se redujo en el segundo trimestre y se incrementó al final de la gestación. La comparación por trimestres mostró diferente puntaje global de ansiedad entre el primero y segundo trimestre (p < 0.001), con predominio de mayor puntaje en el primer trimestre. Al comparar los puntajes de ansiedad global del segundo contra el tercer trimestre (p > 0.05) o el tercero en comparación con el primer trimestre (p > 0.05) no se observaron diferencias significativas. **Figura 2**

DISCUSIÓN

La salud mental es un componente fundamental de la salud corporal. Una buena salud mental permite a las personas hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar productivamente y desenvolverse favorablemente en sus comunidades.[15] En ese orden de ideas estudiar problemas como la ansiedad es relevante para la salud pública, sobre todo en ciertas poblaciones, como las embarazadas en quienes sus manifestaciones se reconocen exacerbadas y sus efectos más perjudiciales.[16]

Cuadro 3. Asociación entre el trimestre del embarazo y ansiedad en pacientes atendidas en el Centro de Salud Base San Martín de Porres

Ansiedad prenatal	Trimestre			p-valor*
	Primero	Segundo	Tercero	
Asintomática	14 (27.4)	21 (40.3)	11 (22.0)	0.021
Leve-moderada	18 (35.5)	24 (46.2)	28 (56.0)	
Severa	19 (37.3)	7 (13.5)	11 (22.0)	
	51 (100.0)	52 (100.0)	50 (100.0)	

*Prueba de χ^2 de independencia

https://doi.org/10.24245/gom.v91i7.8163

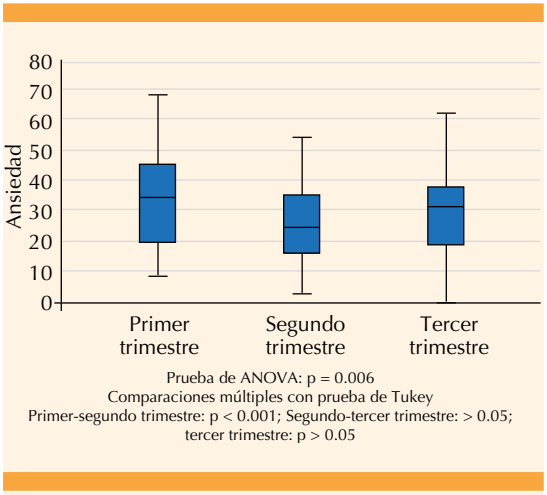


Figura 2. Ansiedad según el trimestre del embarazo en pacientes atendidas en el Centro de Salud Base San Martín de Porres.

El estudio se efectuó en una muestra de 153 embarazadas atendidas en un establecimiento de salud de atención primaria de Lima, Perú, en quienes se encontró una prevalencia de ansiedad prenatal de 69.9%. De modo similar, otros investigadores de Perú reportan que el 68.9% de embarazadas adolescentes tuvieron ansiedad en alto grado;[17] asimismo, en Cuba se reportó que 67.3% llegan a padecer ansiedad en algún grado durante el embarazo.[6] Estas similitudes ponen en evidencia la magnitud con que los síntomas de ansiedad afectan a las mujeres embarazadas, exhibiendo en muchos casos preocupación excesiva, irritabilidad, taquicardia, entre otros síntomas anímicos y físicos.

En estudios llevados a cabo en México se ha reportado ansiedad prenatal en el 41% de las embarazadas;[17] mientras que en otros estudios de Latinoamérica se reportan prevalencias de 26.8% en Brasil[18] y 25.8% en Colombia.[19] Es notable la amplia variabilidad con que este problema de salud mental afecta a las embarazadas, al tiempo que destaca la necesidad de enviarlas oportunamente a la consulta especializada (psicólogo o psiquiatra) con miras a mitigar la exacerbación de los síntomas ansiosos y reducir el riesgo de desenlaces adversos: prematurez, bajo peso al nacer, entre otros.[20]

De todas las embarazadas, el 45.7 y 24.2% exhibieron síntomas de ansiedad en grado leve-moderado y severo, respectivamente. En concordancia con estos hallazgos, Monterrosa y su grupo[21] reportaron que el 19.2% de las embarazadas experimenta síntomas severos de ansiedad. Por su parte, Mendoza y colaboradores[22] encontraron que solo 3.3% de las embarazadas resultan con ansiedad severa. De nuevo destaca la magnitud variable con esta categoría de gravedad ansiosa que afecta a las embarazadas que requieren atención inmediata especializada debido al elevado riesgo de psicopatología.

El embarazo requiere una adaptación que va de la mano de dudas e incertidumbres resultado de los cambios asociados con la maternidad.[6] La bibliografía médica reconoce un estrés específico de la etapa prenatal vinculado con preocupaciones de la mujer respecto de los síntomas físicos, la salud del feto, el parto, las relaciones interpersonales y la crianza posterior al embarazo.[23] Sin duda existe una relación dosis-respuesta entre la intensidad de la exposición a síntomas ansiosos y los desenlaces perinatales adversos, lo que resulta útil para plantear intervenciones; no obstante, es aún más útil conocer la trayectoria de los síntomas ansiosos conforme a los trimestres del embarazo.

Solo por mencionar algunos síntomas de ansiedad prenatal, Monterrosa y coautores[21] reportaron que las embarazadas expresan: "tuve miedo sin razón" (37.4%), "se me hizo difícil respirar" (26.2%), "sentí estar a punto del pánico" (23.8%), entre otros síntomas anímicos y físicos indicativos de ansiedad. De manera complementaria, el estudio aquí publicado demuestra que la expresión de tales síntomas ansiosos difiere según el trimestre del embarazo ($p < 0.05$), de

modo que se encuentran exacerbados en el primer trimestre y se reducen para el segundo; sin embargo, vuelven a reagudizarse en el transcurso del tercer trimestre, pero sin superar al primero.

De modo general, la ansiedad prenatal se asocia con el trimestre del embarazo (p = 0.021). Prevalece en el 72.8% de las embarazadas del primer trimestre, 59.7% en embarazadas del segundo y 78.0% del tercero. Esto confirma, categóricamente, lo observado con ciertos indicadores de ansiedad, cuyo comportamiento se muestra exacerbado en el primer y tercer trimestre para apaciguarse en el segundo. Si bien investigadores como Soto y su grupo[24] reportan prevalencias menores, sí confirman la exacerbación de los síntomas ansiosos en el primer (10.5%) y tercer (7.7%) trimestre, que decrece en el segundo (6.3%). Asimismo, investigadores como Zhang y colaboradores[25] encontraron que la ansiedad es menor en el segundo trimestre (17.4%), pero mayor en el primero (22.7%) y tercer (20.8%) trimestre. Las brechas de prevalencia de ansiedad reportadas por trimestres se explican por las diferentes herramientas de tamizaje empleadas; no obstante, queda claro que el primer y tercer trimestre representan los periodos más críticos.

La elevada prevalencia de ansiedad en el primer trimestre puede estar relacionada con los cambios adaptativos propios de la maternidad. Su reagudización hacia el tercer trimestre podría explicarse por los temores, preocupaciones y miedos propios de la culminación del embarazo. Lo anterior se apoya en las investigaciones efectuadas en Brasil que reportan mayor prevalencia de ansiedad en el tercer trimestre (42.9%).[18] No obstante, se discrepa de estudios de Guatemala que reportan que la ansiedad es más exacerbada en el segundo trimestre y menor en otros trimestres.[26] Las disimilitudes encontradas entre el estudio aquí reportado y algunas investigaciones previas se explican, parcialmente, por los diversos instrumentos de tamizaje utilizados, la realidad de salud de procedencia de las embarazadas, así como algunas características personales de las embarazadas conforme sugieren algunos estudios.[27,28]

Desde ningún punto de vista el estudio aquí publicado se limita solo a establecer el diagnóstico de ansiedad si no, más bien, a tamizar la coexistencia de síntomas de ansiedad mediante una herramienta válida, como la Escala de Detección de Ansiedad Prenatal desarrollada por Somerville y su grupo[11] y aplicada en diversos estudios. Al tratarse de un estudio transversal, las asociaciones observadas bajo ningún punto de vista han de interpretarse como causalidad; además del trimestre del embarazo es posible que en la ansiedad influyan ciertas características obstétricas (antecedente de aborto) y sociodemográficas (bajo nivel educativo). Puesto que no fue objeto de este estudio la evaluación de tales asociaciones, seguramente que en futuras investigaciones se indagará en dichos factores al parecer vinculados con la ansiedad.

La salud mental es fundamental para formar vínculos saludables, controlar el estrés, trabajar de forma productiva y vivir de forma plena. En este sentido se hace un llamado a los proveedores de atención materna para identificar, durante las atenciones prenatales, indicadores sugerentes de ansiedad y derivar, tempranamente, a la consulta especializada, a las embarazadas en riesgo. Con base en los hallazgos de este estudio es necesario hacer hincapié en la atención médica de los síntomas ansiedad hacia el final de la gestación a fin de mejorar la salud materna y perinatal y minimizar el riesgo de ansiedad en el futuro.

CONCLUSIONES

Más de la mitad de las embarazadas cursaron con ansiedad, sobre todo durante el primer trimestre, en menor porcentaje en el segundo y con exacerbación hacia el final de la gestación, sin superar los niveles de ansiedad del primer trimestre.

https://doi.org/10.24245/gom.v91i7.8163

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. [Online].; 2017 [cited 2019 agosto 17. Available from:https:iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf.
2. Field T. Prenatal anxiety effects: A review. Infant Behavior and Development. 2017; 49: 120-128. doi: 10.1016/j.infbeh.2017.08.008.
3. Kingston D AMHKMSLG. Study protocol for a randomized, controlled, superiority trial comparing the clinical and cost-effectiveneness of integrated online mental health assessment-referral-care in pregnancy to usual prenatal care on prenatal an postnatal mental health and infan. 2014; 15(72): 72. doi: 10.1186/1745-6215-15-72.
4. Arranz A, García M, Montenegro G, Camacho A, Parés S, Goberna J, et al. La influencia del estrés o ansiedad de la gestante en el peso fetal o neonatal: revisión bibliográfica. Matronas Prof. 2017; 18(2): 19-77. https://s3-eu-south-2.ionoscloud.com/assetsedmayo/articles/BH5i04LoLl7M-1SKzoqxXrQ589PKXbZ3a7k9EAH3d.pdf
5. Purizaca M. Modificaciones Fisiológicas en el Embarazo. Rev Per Ginecol Obstet. 2010; 56(1): 57-69. https://www.redalyc.org/pdf/3234/323428195010.pdf
6. Díaz M, Amato R, Chávez J, Ramirez M, Rangel S, Rivera L, et al. Depresión y ansiedad en embarazadas. Salus Online. 2013; 17(2): 32-40. http://ve.scielo.org/pdf/s/v17n2/art06.pdf
7. Piazza M, Fiesta F. Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. Rev. Perú Med, exp. Salud Publica. 2014; 31(1): 30-38. http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n1/a05v31n1.pdf
8. Vara L, Rimari F. Evaluación de la ansiedad en embarazadas en tiempos de Covid-19, en un hospital del Callao. Agora Rev Cient. 2021; 8(1): 17-22. doi: 10.21679/arc.v8i1.202.
9. Ramirez H, Rodriguez I. Salud mental en madres en el periodo perinatal. Andes Pediatr. 2014; 92(5): e01-e09. doi: 10.32641/andespediatr.v92i5.3519.
10. Berlanga S PRVMBF. Satisfacción en la provisión de redes de apoyo social en grupos de acompañamiento a la maternidad. Enferm Glob. 2014;(33): 18-32. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/clinica2.pdf
11. Somerville S, Dedman K, Hagan R, Oxnan E, Wettinger M, Byrne S, et al. The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. Arch Womens Ment Health. 2014; 17(5): 443-454. doi: 10.1007/s00737-014-0425-8.
12. Mohammad E, Othman A, Khalaf I. The Translation of Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS) into Arabic. Open Journal of Nursing. 2020; 10(4): 367-380. doi: 10.4236/ojn.2020.104025.
13. Yazici E, Mutu T, Uslu H, Kose E, Cevrioglu S, Bulent A. Perinatal Anxiety Screening Scale validiy and reliability study in Turkish (PASS-TR validity and reliability). Psychiatry and Clinical Psychopharmacology. 2019; 29(4): 609-617. doi: 10.1080/24750573.2018.1506247.
14. Coo S, Medina F, García M, Pérez C. Evaluación de las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad Perinatal en una muestra de madres en Chile. Ansiedad y Estrés. 2022; 28(1): 40-46. doi: 10.5093/anyes2022a4.
15. Etienne C. Salud mental como componente de la salud universal. Rev Panam Salud Publica. 2018; 42: e140. doi: 10.26633/RPSP.2018.140.
16. Grigoriadis S, Graves L, Peer M, Mamisashvili L, Tomlimson G, Vigod S, et al. Maternal anxiety during pregnancy and the association with adverse perinatal outcomes. The Journal of Clinical Pysichiatry. 2018; 79(5): e1-e22. doi: 10.4088/JCP.17r12011.
17. Vega E, Guerrero A, Guzmán B, Huamaní E, Herrera G. Ansiedad y depresión en embarazadas adolescentes en un hospital de Lima, Perú. Rev Int Salud Materno Fetal. 2019; 4(3): 03-07. file:///C:/Users/pc/Downloads/107-Texto_Trabajo_Manuscrito-227-1-10-20191010.pdf
18. De Jesús M, Alves D, Carvalho E. Ansiedad en el embarazo: prevalencia y factores asociados. Rev Esc Enferm. 2017; 51: e03253. doi: 10.1590/S1980-220X2016048003253.
19. Osma S, Lozano M, Mojica M, Redondo S. Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en embarazadas de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia). Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. 2019; 22(2): 171-185. doi: 10.29375/0123-7047.3586.
20. Xiu D, Yi W, Shao X, Ruo Z, Xiao J, Shi Z, et al. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. J Affect Disord. 2014; 159: 103-110. doi: 10.1016/j.jad.2014.02.027.
21. Monterrosa A, Rodelo A, Monterrosa A, Morales I. Factores psicosociales y obstétricos asociados con depresión, ansiedad o estrés psicológico en embarazadas residentes en el Caribe colombiano. Ginecol Obstet Mex. 2022; 90(2): 134-147. doi: /10.24245/gom.v90i2.7248.
22. Mendoza J, Maldonado C, Salvatierra Y. Nivel de ansiedad y depresión por el Coronavirus en embarazadas atendidas en establecimientos de salud de Huancayo, 2020. Visionarios en Ciencia y Tecnología. 2021; 6: 15-22. doi: 10.47186/visct.v6i1.85.
23. Bayrampour H, Ali E, McNeil D, Benzies K, MacQueen G, Tough S. Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. International Journal of Nursing Studies. 2016; 55: 115-130. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.023.
24. Soto C, De la Fe M, Escudero A, Ferrer F, Nhu H. Incidence, prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy. Psicothema. 2018; 30(3): 257-263. doi: 10.7334/psicothema2017.379.
25. Zhang Y, Muyidili X, Wang S, Jiang W, Wu J, Li M, et al. Prevalence and relevant factors of anxiety and depression among pregnant women in a cohort study from south-east China. J Reprod Infant Psychol. 2018; 36(5): 519-529. doi: 10.1080/02646838.2018.1492098.

26. Cheang G, Soldini A, Montenegro M, López R. Prevalencia de Trastorno de Ansiedad Generalizada según el Trimestre de Embarazo. Revista de la Facultad de Medicina. 2018; 1(25): 42-47. doi: 10.37345/23045329.v1i25.25.

27. Kalayil G, D`Souza M, Subrahmanya K. Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. International Journal of Africa Nursing Sciences. 2015; 3: 01-07. doi: 10.1016/j.ijans.2015.06.002.

28. Ting Y, Yao Y, Dou J, Guo X, Yue L, Zhao C, et al. Prevalence and Risk Factors of Maternal Anxiety in Late Pregnancy in China. Int J Environ Res Public Health. 2016; 13(5): 468. doi: 10.3390/ijerph13050468.

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Yang M, Guo ZW, Deng CJ, Liang X, Tan GJ, Jiang J, Zhong ZX. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res. 2017;25(11):239-42. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04..0015*

* El registro Doi deberá colocarse con el link completo (como se indica en el ejemplo).

https://doi.org/10.24245/gom.v91i7.8163