



El acompañamiento como método para reducir la ansiedad en embarazadas ingresadas en el tercer trimestre

Companionship as a method to reduce anxiety in pregnant women hospitalized during their third trimester

Acompanhamento como método para redução da ansiedade em gestantes internadas no terceiro trimestre

Como citar este artículo:

Barrio-Forné N, Gasch-Gallén A. Companionship as a method to reduce anxiety in pregnant women hospitalized during their third trimester. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03749. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018603749>

 Natalia Barrio-Forné¹

 Ángel Gasch-Gallén²

¹ Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

² Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to study the association between pregnancy-related anxiety in women, screened during the third trimester, and companionship during their hospitalization. **Method:** A case-control study was conducted in which 80 pregnant women over the age of 18 years, at 28 weeks and beyond, and without any diagnosed physical and/or health conditions took part. They were divided into 20 cases and 60 controls. Anxiety was measured using State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and specific variables were recorded. A descriptive bivariate analysis was performed to compare the chosen variables by means of the chi-squared, Kruskal-Wallis H and Mann-Whitney U tests. **Results:** Companionship was associated with a reduction in state and trait anxiety ($p = 0.038$ in both dimensions) during hospitalization. Women of the Roma (Gitano) ethnicity developed the most anxiety ($p = 0.019$) and primiparous women were at four times greater risk. **Conclusion:** The absence of support from a person of trust during hospitalization, together with ethnicity and primiparity, contributed to increased symptoms of anxiety in pregnant women hospitalized during their third trimester. Therefore, involvement by their close social circle is essential for the prevention and/or reduction of anxiety in this population.

DESCRIPTORS

Anxiety; Pregnancy; Family Relations; Social Support; Surveys and Questionnaires.

Autor correspondiente:

Natalia Barrio Forné
Hospital Universitario Miguel Servet
Calle Padre Manjón 13-15, 2^oC
CP 50010 – Zaragoza, España
nata_barrio@hotmail.com

Recibido: 06/06/2020
Aprobado: 16/12/2020

INTRODUCCIÓN

La literatura científica destaca que la ansiedad se desarrolla con más frecuencia en mujeres observándose una prevalencia del 60% aproximadamente⁽¹⁾, siendo el embarazo una de las etapas con mayor vulnerabilidad⁽²⁾.

Hay características sociodemográficas que pueden influir en la aparición de este trastorno mental durante el embarazo. Se ha demostrado que aquellas gestantes con un trabajo por cuenta propia⁽³⁾, más mayores⁽⁴⁾ y procedentes de países en desarrollo⁽⁵⁾ presentaban más riesgo de sufrir ansiedad durante este periodo. Esto puede deberse a un sentimiento de inseguridad generado por la inestabilidad económica de la progresión de un negocio durante el parto⁽³⁾, la menor confianza en ellas mismas⁽⁶⁾, menor acceso al sistema sanitario y menos conocimientos en el manejo de la salud⁽⁵⁾. También se ha vislumbrado un incremento en casadas⁽³⁾, factor importante ya que está relacionado con el apoyo social; condición que a su vez está ligada al acompañamiento durante al parto y que además puede ser un condicionante de los recursos económicos en algunas culturas⁽³⁾.

Todos estas variables sociodemográficas hacen pensar que la inseguridad en cualquier faceta acrecienta la posibilidad de desarrollar ansiedad en el embarazo.

Los antecedentes obstétricos más estudiados relacionados con la ansiedad son la paridad y la existencia de abortos anteriores. Se cree que las mujeres multiparas tienen más posibilidades de desarrollar ansiedad debido a posibles experiencias negativas anteriores a la gestación actual⁽²⁾ y/o problemas en las relaciones interpersonales con los hijos y la pareja derivada de la llegada de un nuevo miembro a la familia⁽⁷⁾.

Se ha demostrado también que la pérdida de una gestación previa puede provocar sentimientos de inseguridad sobre su capacidad de concebir⁽²⁾.

Se han investigado la relación con otras variables como las semanas de gestación. Se ha visto que en las gestaciones pre-término, es decir, menos de 37 semanas, poseen mayores niveles de ansiedad a causa de la probabilidad de enfrentarse a un parto prematuro⁽²⁾.

El parto se puede ver afectado, ya que el aumento de epinefrina en sangre que produce la ansiedad, disminuye la actividad uterina, con lo que se puede alargar el tiempo más de lo esperado⁽⁸⁾. Estos factores justifican la importancia de su detección a través de sistemas de cribado.

Para prevenir o disminuir los niveles de la ansiedad, el mejor arma es el acompañamiento⁽⁹⁾. Se cree que la ansiedad puede ser producto de una baja autoestima, con lo que el acompañamiento puede aportar una mejora de la salud mental en la futura madre, incrementando la confianza y seguridad en sí misma, además de ayudar a mantener la salud en el postparto⁽⁹⁾ y construir un fuerte vínculo con la persona que ejerce ese soporte, especialmente si es aportado por la pareja⁽¹⁰⁾.

Se cree que la persona que ejerce el acompañamiento también es determinante. Se ha demostrado que el apoyo ejercido por la familia y por la pareja inflúa positivamente en

la ansiedad⁽⁷⁾. En los casos de mala relación con el cónyuge se ha comprobado, en cambio, una mayor vulnerabilidad para padecer un trastorno de ansiedad⁽⁷⁾.

A pesar de la importancia de este condicionante, no existen muchos estudios que hayan analizado la influencia del acompañamiento entre gestantes que se encuentren en su tercer trimestre y estén ingresadas. Es necesario conocer el efecto de este apoyo y que características poseen las embarazadas más predispuestas a desarrollar ansiedad, para así definir el papel de la enfermera y de la matrona en este ámbito, además de abordar la brecha que hay en la literatura.

El objetivo de este estudio fue analizar la asociación entre la ansiedad gestacional, cribada durante el tercer trimestre, y el acompañamiento ejercido por las redes sociales familiares durante el ingreso en planta.

MÉTODO

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional analítico retrospectivo de casos-control.

POBLACIÓN

Se seleccionaron aquellas mujeres embarazadas entre 28 y 41 semanas que estuvieran hospitalizadas en el Hospital Materno-Infantil de Zaragoza entre marzo y noviembre de 2018.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Debían cumplir los siguientes criterios: ausencia de patologías físicas o mentales diagnosticadas durante el embarazo o previo al mismo, ausencia de adicciones a drogas legales e ilegales, ausencia de patologías fetales diagnosticadas a lo largo del embarazo, como fetos pequeños para la edad gestacional (PEG), crecimiento intrauterino retardado (CIR), alteraciones cromosómicas, etc. Estos datos se obtuvieron a través de la historia clínica de la paciente. Como criterios de exclusión se establecieron todas aquellas embarazadas que no cumplieran los criterios de inclusión y además, no cumplimentaran correctamente durante su ingreso el instrumento de valoración de niveles de ansiedad, el Spielberger *Trait Anxiety Inventory* (STAI).

DEFINICIÓN DE MUESTRA

Se llevo a cabo un muestreo por conveniencia para obtener 3 controles por cada caso que se obtenga.

RECOPIACIÓN DE DATOS

El tiempo estipulado para obtener la población a estudio fue de 6 meses entre marzo y noviembre de 2018. Se llevó a cabo una búsqueda de la información en dos fases. En la primera fase, se seleccionaron a las pacientes ingresadas en el Hospital Materno-Infantil según los criterios de inclusión.

Confirmada su inclusión, se procedió a la segunda fase, donde se les facilitó el instrumento de cribado para la ansiedad, el inventario STAI. Dicha encuesta se relleno de forma

autoadministrada durante el ingreso en planta. Después, se comprobó la adecuada cumplimentación, observando que todos los ítems habían obtenido la puntuación oportuna.

Todos los datos fueron almacenados en una tabla ad hoc confeccionada por la investigadora principal y fue tratada exclusivamente para el análisis estadístico. La información fue codificada de tal manera que no se asociara a ninguna de las participantes.

ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS

La variable dependiente principal fue la ansiedad, medida a través del instrumento STAI. Este inventario fue elaborado por Spielberger en 1970 y adaptado al español por el mismo autor en 1982⁽¹¹⁾. En España, en 2011 y 2014, se llevaron a cabo investigaciones que actualizaron la validación de este método para detectar síntomas ansiosos⁽¹¹⁾. Consta de dos apartados, denominados Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo, que miden los síntomas ansiosos en un momento dado y la personalidad ansiosa, respectivamente⁽¹¹⁾.

Para valorar la puntuación obtenida, se siguieron las instrucciones del autor⁽¹²⁾. Cada uno de los apartados está compuesto por 20 ítems, valorados con una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos, por lo que puede obtenerse en cada uno una puntuación total de 0 a 60, que se agrupaban en rangos para darles una clasificación. En el apartado Estado se definían de la siguiente manera: de 0 a 14 puntos se categorizaban como nivel bajo de ansiedad, de 15 a 19 en tendencia al promedio, de 20 a 22 en nivel medio, de 23 a 31 por encima del promedio y de 32 a 60 en alto riesgo. En el apartado Rasgo se especificaron como bajo riesgo los valores de 0 a 16, tendencia al promedio de 17 a 23, promedio de 24 a 25, sobre el promedio de 26 a 32 y de alto riesgo de 33 a 60. Para valorar la presencia o ausencia de ansiedad, se tomaron los valores menores al promedio en cualquiera de los dos apartados como ausencia de ansiedad y aquellos valores iguales o mayores del promedio en cualquiera de los dos apartados como presencia de ansiedad.

Las variables independientes fueron: personas que ejercen el acompañamiento y semanas de gestación antes de ingresar en la sala de dilatación. El acompañamiento se clasificó en función de su presencia y ausencia a lo largo del ingreso. Subsiguientemente, para aquellas gestantes que estuvieran acompañadas, se categorizó una segunda variable relacionada con el acompañamiento, para conocer quien ejercía la compañía: familiar, pareja u otras personas. Ésta última opción podía hacer referencia a profesionales de la salud, amigos, vecinos, doulas, etc. Las semanas de embarazo se obtuvieron a partir de la historia clínica en el momento de la cumplimentación de la encuesta, clasificándose según las semanas de gestación completas en embarazo pretérmino para aquellas mujeres que estuvieran entre las 28 y 34 semanas, embarazo pretérmino tardío entre las 35 y 36 semanas, y embarazo a término entre las 37 a 41 semanas.

Se incluyeron otras variables como la edad; situación de empleo (activo, inactivo o ama de casa); país de origen y etnia. Se tuvo en cuenta también la paridad, obtenida a partir de la historia clínica, categorizándose en primípara o múltipara, y número de abortos.

Se utilizó el programa SPSS v.20 para realizar los cálculos estadísticos. Se comprobó previamente la distribución de estos dos valores a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov. A continuación, se realizó un estudio descriptivo, en relación con la ansiedad, hallando frecuencias y porcentajes y el cálculo de medidas de tendencia central como la media y medidas de dispersión (rango y desviación típica).

En segundo lugar, se calcularon las frecuencias, porcentajes, medias y medidas de dispersión en función de la presencia o ausencia de acompañamiento durante la hospitalización.

En tercer lugar, se llevó a cabo un estudio bivariado con las variables sociodemográficas y la ansiedad (Rasgo y Estado). Se estudió la relación entre la variable ansiedad (Rasgo y Estado) y las variables de resultado a partir de la comparación de medias. En el estudio de las variables sociodemográficas y obstétricas y su relación con la ansiedad (Rasgo y Estado), se llevó a cabo un cálculo de los test U de Mann Whitney (U), Kruskal-Wallis (H) y *odd ratio* (OR).

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio obtuvo el dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (Ceica), acta nº 11/2017, a quienes se dio a conocer los objetivos de la investigación y los procedimientos a seguir. Además también se obtuvo el beneplácito del Jefe de Servicio de Obstetricia y de la Dirección Médica del Hospital Materno-Infantil de Zaragoza.

Posteriormente, en la segunda fase de la recopilación de los datos, se informó a las gestantes sobre el estudio, resolviendo las dudas que pudieran surgir; solicitándoles la firma del consentimiento informado. Se les subrayó el carácter confidencial de los datos, asegurando que los datos personales solo serán utilizados por la investigadora principal y nunca serán reflejados ni asociados a ninguna de las participantes.

RESULTADOS

La edad media del total de participantes fue de 33,35 años ($SD = 28,63-38,07$), siendo el 75,0% de origen español y el 78,8% en activo laboralmente. El 11,3% desempeñaba su trabajo como administrativo, las actividades de dependencia y profesional de la limpieza obtuvieron un 10,0% cada una y, en tercer lugar, en frecuencia, se observó la disciplina de medicina con el 7,5% de las participantes. En cambio, el 16,3% no especificó su ocupación. De las 80 gestantes, 40 afirmaron tener titulaciones superiores. El 40,0% estaban acompañadas en la habitación por su pareja y el 22,5% lo estaba también por algún miembro de su familia. Además, aseveraron que estaban casadas el 65,0% (Tabla 1).

En cuanto a las características obstétricas, 53 mujeres eran primíparas. De éstas, el 28,3% ya había estado embarazada anteriormente en una o más ocasiones, aunque el resultado había sido la pérdida gestacional. El 33,8% de la población escogida era múltipara, de las cuales el 81,5% era secundigesta. La edad gestacional media al ingreso fue de 38 semanas (Tabla 1).

Tabla 1 – Variables sociodemográficas de la población en función de la presencia o ausencia de ansiedad – Zaragoza, España, 2018.

	Embarazadas con ansiedad	Embarazadas sin ansiedad
Edad		
18–24	1 (5,0%)	3 (5,1%)
25–31	4 (20,0%)	17 (28,2%)
32–38	14 (70,0%)	33 (55%)
39–45	1 (5,0%)	7 (11,7%)
País de origen		
Española	13 (65,0%)	47 (78,3%)
Rumania	2 (10,0%)	6 (10,0%)
República Dominicana	2 (10,0%)	1 (1,7%)
Otros países	3 (15,0%)	6 (10,2%)
Etnia		
Caucásica	15 (75,0%)	55 (91,7%)
Gitana	2 (10,0%)	2 (3,3%)
Otras etnias	3 (15,0%)	3 (5,0%)
Actividad laboral		
En paro	1 (5,0%)	8 (13,3%)
Activo	16 (80,0%)	47 (78,4%)
Ama de casa	3 (15,0%)	5 (8,3%)
Ocupación		
Sanitario	7 (35,0%)	20 (33,4%)
Sector Servicios	6 (30,0%)	24 (40,0%)
Profesora	-	3 (5,0%)
Ingeniera	1 (5,0%)	1 (1,7%)
Informática	-	2 (3,3%)
Contable/Gestora	1 (5,0%)	2 (3,3%)
NS/NC*	5 (25,0%)	8 (13,3%)
Acompañamiento		
	Si: 5 (25,0%)	Si: 22 (36,7%)
	No: 15 (75,0%)	No: 38 (63,3%)
Tipo de acompañamiento		
	Pareja: 2 (40,0%)	Pareja: 3 (13,64%)
	Pareja y familia: 3 (60,0%)	Familia y pareja: 19 (86,36%)
Edad gestacional		
28-34	2 (10,0%)	7 (11,7%)
35-36	-	6 (10,0%)
37-41	18 (90,0%)	47 (78,3%)
Paridad		
Primíparas	11 (55,0%)	42 (70%)
Múltiparas	9 (45,0%)	18 (30%)
Abortos anteriores		
0	3 (15,0%)	37 (61,7%)
1-2	13 (65,0%)	17 (28,3%)
3-4	4 (20,0%)	6 (10,0%)

*NS/NC = no sabe/no contesta

Tras la comprobación de la normalidad a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov, se observaron valores de $p = 0,000$ tanto para los valores del apartado Estado como del apartado Rasgo, por lo tanto se trata de una distribución distinta a la normalidad.

En el estudio observacional de las variables sociodemográficas, se observó que el acompañamiento tenía relación con los valores obtenidos en los dos apartados la STAI, aumentando el riesgo significativamente de padecer ansiedad en aquellas

gestantes que no estuvieron acompañadas durante el ingreso. Cuando se profundizó en la persona que había ejercido ese comportamiento, no se vieron influencias significativas.

En cuanto a la etnia, se obtuvo asociación con los valores del apartado rasgo (Tabla 2).

Tabla 2 – Relación entre la ansiedad y las variables sociodemográficas y obstétricas – Zaragoza, España, 2018.

	STAI Estado		STAI Rasgo	
	Parámetro	P*	Parámetro	P*
Edad materna	$U^{\dagger} = 380$	0,705	$U^{\dagger} = 449,5$	0,062
País de Origen	$H^{\ddagger} = 0,283$	0,595	$H^{\ddagger} = 0,497$	0,481
Etnia	$H^{\ddagger} = 0,291$	0,589	$H^{\ddagger} = 6,321$	0,018 [§]
Gitana-caucásica	-		-	0,044 [§]
Gitana-otras etnias	-		-	0,004 [§]
Caucásica- otras etnias	-		-	0,061
Actividad Laboral	$H^{\ddagger} = 1,553$	0,213	$H^{\ddagger} = 0,019$	0,890
Ocupación	$H^{\ddagger} = 0,085$	0,771	$H^{\ddagger} = 1,473$	0,225
Acompañamiento	$OR^{\#} = 4,295$	0,038 [§]	$OR^{\#} = 4,306$	0,038 [§]
Tipo de acompañamiento	$OR^{\#} = 0,273$	0,601	$OR^{\#} = 3,084$	0,079
Primíparas	$OR^{\#} = 1,197$	0,274	$OR^{\#} = 2,135$	0,144
Múltiparas	$OR^{\#} = 1,556$	0,212	$OR^{\#} = 1,556$	0,212
Edad gestacional	$U^{\dagger} = 391$	0,817	$U^{\dagger} = 604,5$	0,868
Paridad	$OR^{\#} = 4,079$	0,043 [§]	$OR^{\#} = 0,342$	0,559
Abortos anteriores	$U^{\dagger} = 323$	0,217	$U^{\dagger} = 545,5$	0,383

* p = nivel de significación, $^{\dagger}U$ = U- Mann Whitney, $^{\ddagger}H$ = Kruskal-Wallis, $^{\#}OR$ = Odd Ratio, $^{\S}p < 0,05$

Por lo tanto, se realizó una prueba post hoc dentro del test Kruskal-Wallis para ver entre que grupo había relación estadística. De esta manera, se comprobó que entre las embarazadas de etnia gitana en comparación con las otras etnias existían diferencias significativas, observándose valores $p = 0,044$ en relación con la etnia caucásica y $p = 0,004$ respecto a las otras etnias minoritarias.

Al estudiar la relación entre las variables obstétricas y la ansiedad se observó que existía asociación entre la paridad y el estado de ansiedad, desarrollando las primíparas 4 veces más ansiedad (Tabla 2).

DISCUSIÓN

El objetivo principal fue relacionar el acompañamiento y la ansiedad. En nuestra investigación, se observó que influía el apoyo social recibido, ejercido en la mayoría de las ocasiones por la familia y la pareja, aunque no se demostró que la figura social fuera determinante en la aparición o disminución de los síntomas ansiosos.

Estos resultados confluyen con algunos estudios, donde se afirmó que un bajo apoyo social a la gestante provocaba una peor salud mental⁽¹³⁾. Algunos investigadores afirman que el apoyo es ejercido mayoritariamente por la pareja⁽⁹⁾; colaborando en la disminución de la ansiedad y en la gestión adecuada de los sentimientos⁽¹⁴⁾.

Nuestros datos sobre el acompañamiento también difieren de una investigación realizada en 2015, en la que se

demonstró que la presencia de la madre de la gestante ayuda a disminuir los síntomas de ansiedad debido a los consejos y aportaciones que esta figura daba sobre el embarazo, sobre todo en las más jóvenes⁽¹⁵⁾.

Es importante conocer también la satisfacción con el apoyo recibido, ya que las últimas investigaciones apuntan a que la calidad de este apoyo influye en el bienestar de la gestante⁽¹⁶⁾; por lo que son necesarias futuras investigaciones para observar este hecho.

Las variables sociodemográficas y obstétricas pueden condicionar el acompañamiento durante la hospitalización de la gestante. Las mujeres embarazadas escogidas eran predominantemente de origen español y de etnia caucásica. La personalidad ansiosa aumentaba en según la etnia, refutando que la ansiedad se desarrolla de forma diferente en algunas poblaciones, como ocurre en la etnia gitana.

Las investigaciones que han tratado estas variables señalan esta cuestión en un concepto más amplio, afirmando que las mujeres procedentes de países en desarrollo poseen mayores niveles de ansiedad⁽⁵⁾, apreciando a través de las entrevistas individuales que la preocupación sobre el embarazo y parto aumentaban. Estas consideraciones referencian que las diferencias en las costumbres culturales⁽¹⁷⁾ pueden influir en el proceso de acompañamiento y, por tanto, en la aparición de ansiedad en la hospitalización.

Las embarazadas que continuaban en activo laboralmente durante el tercer trimestre presentaban más síntomas

ansiosos, aunque no pudo comprobarse estadísticamente. En otras investigaciones, en cambio, afirmaron que el desempleo podía considerarse un mediador para la aparición de ansiedad gestacional⁽³⁾.

La ansiedad se vio incrementada en el grupo comprendido entre las 37 y 40 semanas. La mayoría de los estudios demostraron que la ansiedad incrementa en menores de 37 semanas, momento donde la futura madre se enfrenta a la posibilidad de un parto prematuro⁽¹⁸⁻¹⁹⁾; manteniéndose en niveles más altos hasta el final del embarazo debido al miedo al parto⁽²⁾.

Nuestros resultados mostraron que las primíparas presentan un estado más ansioso respecto a las múltiparas. Algunas investigaciones han unido este hecho a la aparición de miedo al parto, lo que hace que sea más común en este grupo⁽²⁰⁾. Los principales factores que desencadenan dicho miedo, y por lo tanto, que generan síntomas de ansiedad son la incertidumbre⁽²¹⁾ y el desconocimiento.

En nuestro estudio, hay una mayor incidencia de ansiedad en aquellas mujeres que tienen abortos anteriores. Los autores que comprobaron este hecho afirmaron que los antecedentes de abortos anteriores producía un efecto negativo en la gestación actual por la inseguridad forjada⁽²⁾. Este hecho ratifica la importancia del tratamiento psicológico tras una pérdida gestacional⁽²²⁾.

Estos datos arrojan claridad al papel de la enfermería, en especial de la matrona, para propiciar un entorno más agradable a la embarazada. El acompañamiento durante la estancia hospitalaria disminuye el impacto de los miedos y sentimientos de incertidumbre que surgen, especialmente en la población más susceptible, lo que convierte a este método en una herramienta eficaz para prevenir y/o disminuir la ansiedad gestacional.

Como profesionales de la salud, debemos favorecer el apoyo de la pareja y de la familia de la embarazada, facilitando que se produzca el acompañamiento y hacerles partícipes del proceso del parto a través de la información continuada con el consentimiento expreso de la gestante.

De esta manera, colaboraremos en el mantenimiento del vínculo con su red social, aportando seguridad en la paciente y, por consiguiente, disminuyendo o evitando la aparición de síntomas ansiosos.

Este estudio presenta como principal limitación el tamaño muestral, por lo que es necesario seguir con la línea de investigación para aumentar el número de participantes y averiguar como influye la satisfacción del apoyo social recibido.

CONCLUSIÓN

Se ha demostrado que la ansiedad se sustenta principalmente en la inseguridad de la gestante. Esta cualidad se ve reflejada en las variables que han sido comprobadas estadísticamente en el estudio.

Se ha corroborado que el acompañamiento influye en la ansiedad, aumentando su incidencia ante la falta del mismo. Esto implica que debe fomentarse la implicación del círculo cercano a la gestante para prevenir o disminuir su aparición.

Además, se deben tener en cuenta las circunstancias que rodean a la embarazada, como por ejemplo las costumbres culturales o sus antecedentes obstétricos. En esta investigación, se observa que la etnia gitana tiene una mayor predisposición a desarrollar una personalidad más ansiosa respecto a otras culturas, por lo que debe tenerse en cuenta su visión del embarazo y de la evolución del parto para asegurar una mayor satisfacción del proceso.

La falta de experiencia y el déficit de conocimientos son dos hechos que se dan frecuentemente en una primípara, por lo que en la última etapa del embarazo aumenta significativamente el estado ansioso. Una de las formas de conseguir aumentar los conocimientos es a través de la colaboración de la familia o de una persona del grupo social a la que esté vinculada. Tener cerca a alguien de confianza ayuda a aumentar la seguridad en la gestante y, junto a la mayor aportación de información veraz aportada por la enfermera y/o matrona, disminuye esa incertidumbre que deriva en la generación de ansiedad.

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de este estudio fue examinar la asociación entre la ansiedad gestacional, cribada durante el tercer trimestre, y el acompañamiento durante el ingreso en el hospital. **Método:** Se llevó a cabo un estudio observacional casos-control en el que participaron 80 grávidas, divididas en 20 casos y 60 controles, mayores de 18 años, de 28 o más semanas, sin patologías físicas y/o psíquicas diagnosticadas. Se midió la ansiedad con el instrumento STAI y se recogieron las variables seleccionadas. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado, comparando las variables escogidas mediante Chi-Cuadrado, Kruskal Wallis y Mann-Whitney. **Resultados:** El acompañamiento en Estado y Rasgo ($p = 0,038$ en ambos) influye en la disminución de la ansiedad durante la hospitalización. Las mujeres de etnia gitana desarrollaron más ansiedad ($p = 0,019$) y las primíparas obtuvieron un riesgo 4 veces mayor. **Conclusión:** La falta de una persona de confianza durante el ingreso colabora en el aumento de los síntomas ansiosos, así como la etnia y la primiparidad, por lo que la implicación del círculo social cercano es indispensable para la prevención y/o disminución de la ansiedad en esta población.

DESCRIPTORES

Ansiedad; Embarazo; Relaciones Familiares; Apoyo Social; Encuestas y Cuestionarios.

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste estudo foi examinar a associação entre ansiedade gestacional, rastreada durante o terceiro trimestre, e monitoramento durante a admissão hospitalar. **Método:** Foi realizado um estudo observacional caso-control no qual participaram 80 gestantes, divididas em 20 casos e 60 controles, maiores de 18 anos, 28 ou mais semanas, sem diagnóstico de patologias físicas e/ou mentais. A ansiedade foi medida com o instrumento STAI e as variáveis selecionadas foram coletadas. Foi realizada análise descritiva e bivariada, comparando as variáveis escolhidas por meio do Qui-Quadrado, Kruskal Wallis e Mann-Whitney. **Resultados:** O monitoramento do estado e do traço ($p = 0,038$ em ambos) influencia a diminuição da ansiedade durante a hospitalização. As mulheres ciganas desenvolveram mais ansiedade ($p = 0,019$) e as primíparas tiveram um risco 4 vezes maior. **Conclusão:** A falta de uma pessoa

de confiança durante a internação contribui para o aumento dos sintomas de ansiedade, bem como a etnia e primiparidade, portanto, o envolvimento do círculo social próximo é essencial para a prevenção e/ou redução da ansiedade nesta população.

DESCRITORES

Ansiedade; Gravidez; Relações Familiares; Apoio Social; Inquéritos e Questionários.

REFERENCIAS

1. Doornbos MM, Zandee GL, Timmermans B, Moes J, DeGroot J, DeMaagd-Rodriguez M, et al. Women supporting women: Supportive/educative groups for ethnically diverse, urban, impoverished women dealing with depression and anxiety. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(4):524-9. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.02.007>
2. Silva MM, Nogueira DA, Clapis MJ, Leite EP. Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51(0):e03253. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016048003253>
3. Mahenge B, Stöckl H, Likindikoki S, Kaaya S, Mbwambo J. The prevalence of mental health morbidity and its associated factors among women attending a prenatal clinic in Tanzania. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;130(3):261-5. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.04.032>
4. Nath S, Busuulwa P, Ryan EG, Challacombe FL, Howard LM. The characteristics and prevalence of phobias in pregnancy. *Midwifery*. 2020 Mar;82:102590. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102590>
5. Verbeek T, Arjadi R, Vendrik JJ, Burger H, Berger MY. Anxiety and depression during pregnancy in Central America: a cross-sectional study among pregnant women in the developing country Nicaragua. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):292. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0671-y>
6. Brunton RJ, Dryer R, Saliba A, Kohlhoff J. The initial development of the Pregnancy-related Anxiety Scale. *Women Birth*. 2019;32(1):e118-30. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.05.004>
7. Jonsdottir SS, Thome M, Steingrimsdottir T, Lydsdottir LB, Sigurdsson JF, Olafsdottir H, et al. Partner relationship, social support and perinatal distress among pregnant Icelandic women. *Women Birth*. 2017;30(1):e46-55. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.08.005>
8. Cicek S, Basar F. The effects of breathing techniques training on the duration of labor and anxiety levels of pregnant women. *Complement Ther Clin Pract*. 2017;29:213-9. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.10.006>
9. Cheng ER, Rifas-Shiman SL, Perkins ME, Rich-Edwards JW, Gillman MW, Wright R, et al. The influence of antenatal partner support on pregnancy outcomes. *J Womens Health (Larchmt)*. 2016;25(7):672-9. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5462>
10. Gondwe KW, White-Traut R, Brandon D, Pan W, Holditch-Davis D. The role of sociodemographic factors in maternal psychological distress and mother-preterm infant interactions. *Res Nurs Health*. 2017;40(6):528-40. <https://doi.org/10.1002/nur.21816>
11. Serrano-Villa S, Campos-Gayturo PC, Carraez Pariasca NY. Association between maternal anxiety and preterm delivery in Lima, Peru. *Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]*. 2016 [cited 2020 Feb 10];42(3):309-20. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=70124>
12. Spielberger C, Jacobs G. Stress and anxiety during pregnancy and labour. In: Carenza L, Pancheri P, Zichella L, editors. *Clinical psychoneuroendocrinology in reproduction*. London: American Press; 1978. p. 261-9.
13. Bayrampour H, Vinturache A, Hetherington E, Lorenzetti DL, Tough S. Risk factors for antenatal anxiety: a systematic review of the literature. *J Reprod Infant Psychol*. 2018;36(5):476-503. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1492097>
14. Nasreen HE, Rahman JA, Rus RM, Kartiwi M, Sutan R, Edhborg M. Prevalence and determinants of antepartum depressive and anxiety symptoms in expectant mothers and fathers: results from a perinatal psychiatric morbidity cohort study in the east and west coasts of Malaysia. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):195. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1781-0>
15. Razurel C, Kaiser B. The role of satisfaction with social support on the psychological health of primiparous mothers in the perinatal period. *Women Health*. 2015;55(2):167-86. <https://doi.org/10.1080/03630242.2014.979969>
16. Racine N, Plamondon A, Hentges R, Tough S, Madigan S. Dynamic and bidirectional associations between maternal stress, anxiety, and social support: the critical role of partner and family support. *J Affect Disord*. 2019;252:19-24. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.083>
17. Ramos IF, Guardino CM, Mansolf M, Glynn LM, Sandman CA, Hobel CJ, et al. Pregnancy anxiety predicts shorter gestation in Latina and non-Latina white women: the role of placental corticotrophin-releasing hormone. *Psychoneuroendocrinology*. 2019;99:166-73. <https://doi.org/10.1016/j.psycheneu.2018.09.008>
18. Grigoriadis S, Graves L, Peer M, Mamisashvili L, Tomlinson G, Vigod S, et al. Maternal anxiety during pregnancy and the association with adverse perinatal outcomes: systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2018;79(5):17r12011. <https://doi.org/10.4088/JCP.17r12011>
19. Giménez Peñalba Y, Fatjó Hurios F, González Plaza E, Arranz Betegón A. New care challenges: detection of anxiety in pregnant women at risk. *Enferm Clin*. 2019;29(4):248-53. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.09.002>
20. Molgora S, Fenaroli V, Prino LE, Rollè L, Sechi C, Trovato A, et al. Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant women: the role of anxiety, depression, and couple adjustment. *Women Birth*. 2018;31(2):117-23. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.022>
21. Almeida Schiavo R, Piazzentin Rolim Rodrigues O, Benzaquen Perosa G. Variables associated with gestational anxiety in primigravidas and multigravidas. *Trends Psychol*. 2018;26(4):2105-18. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2018.4-14pt>
22. Rooney KL, Domar AD. The relationship between stress and infertility. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018;20(1):41-7. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney>



Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons.