

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y VARIABLES ASOCIADAS: UN ESTUDIO CON PUÉRPERAS

SINTOMAS DE ANSIEDADE E VARIÁVEIS ASSOCIADAS: UM ESTUDO COM PUÉRPERAS

ANXIETY SYMPTOMS AND ASSOCIATED VARIABLES: A STUDY WITH PUERPERAS

Kélita Gomes da Silva¹, Iasmim de Lima Torres², Bethania Ferreira Goulart³, Mariana Torreglosa Ruiz⁴, Bibiane Dias Miranda⁵

Cómo citar este artículo: Silva, KG, Torres IL, Goulart BF, Ruiz MT, Miranda BD. Síntomas de ansiedad y variables asociadas: un estudio con puérperas. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2023 [acceso en: ____]; 12(3): e2023112. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v12i3.5348>

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de esta investigación fue identificar los síntomas de ansiedad y su asociación con factores sociodemográficos y obstétricos entre puérperas hospitalizadas en alojamiento conjunto. **Metodo:** Es una investigación cuantitativa y transversal. Participaron 264 puérperas hospitalizadas en el sector de alojamiento conjunto de un hospital universitario. Para identificar los síntomas de ansiedad se utilizó el instrumento IDATE. En el análisis bivariado se utilizó la prueba t-Student. La puntuación media de las puérperas en el STAI-Estado fue de 34 ($\pm 8,2$) puntos, y en el STAI-Trait fue de 33,7 ($\pm 8,5$). **Resultados:** Los resultados mostraron un bajo estado de ansiedad entre los participantes. Las variables: no vivir en pareja, tener una “mala” relación de pareja y aborto previo se asociaron con una mayor puntuación de síntomas de ansiedad-estado. En cuanto a la ansiedad rasgo, las variables: tener una “mala” relación de pareja y no planificar el embarazo se asociaron con una mayor puntuación de síntomas de ansiedad rasgo. **Conclusión:** Es fundamental que los enfermeros consideren las evidencias para que puedan implementar, priorizar y consolidar la práctica profesional con el objetivo de prevenir la ansiedad e identificar precozmente sus signos y síntomas.

Descriptor: Enfermería; Período posparto; Ansiedad; Salud maternal e infantil.

¹ Enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Universitario Mario Palmério, Uberaba (MG), Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-8090-600X>

² Enfermero. Residente en Salud de la Familia de la Universidad Estadual de Montes Claros - Unimontes. Montes Claros. Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-1439-6726>

³ Enfermero. Doctor. Profesora Adjunta del Curso de Pregrado en Enfermería. Universidad Federal del Triángulo Mineiro. Uberaba (MG), Brasil. Universidad Federal del Triángulo Mineiro. <http://orcid.org/0000-0003-2855-6767>

⁴ Enfermero. Doctor. Profesora Adjunta del Curso de Pregrado en Enfermería. Universidad Federal del Triángulo Mineiro. Uberaba (MG), Brasil. Universidad Federal del Triángulo Mineiro. <http://orcid.org/0000-0002-5199-7328>

⁵ Enfermero. Doctor. Profesora Adjunta del Curso de Pregrado en Enfermería. Universidad Federal del Triángulo Mineiro. Uberaba (MG), Brasil. Universidad Federal del Triángulo Mineiro. <http://orcid.org/0000-0001-7369-5745>

RESUMO

Objetivo: identificar os sintomas de ansiedade e a sua associação com fatores sociodemográficos e obstétricos entre puérperas internadas no alojamento conjunto. **Método:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa e transversal. Participaram 264 puérperas internadas no setor de Alojamento Conjunto de um hospital de ensino. Para a identificação dos sintomas ansiosos, foi utilizado o instrumento IDATE. Na análise bivariada, foi usado o Teste t-Student. O escore médio das puérperas no IDATE-Estado foi de 34 ($\pm 8,2$) pontos, e no IDATE-Traço, de 33,7 ($\pm 8,5$). **Resultados:** evidenciaram um baixo estado de ansiedade entre as participantes. As variáveis “não morar com o companheiro”, “ter convivência “ruim” com o companheiro” e “aborto prévio” estiveram associadas a maior escore dos sintomas de ansiedade-estado. Em relação à ansiedade-traço, as variáveis “ter convivência “ruim” com o companheiro” e “não planejamento da gravidez” associaram-se a maior escore dos sintomas de ansiedade-traço. **Conclusão:** É essencial que enfermeiros considerem evidências para que possam instrumentalizar, priorizar e consolidar a prática profissional com o objetivo de prevenir a ansiedade e identificar precocemente seus sinais e sintomas.

Descritores: Enfermagem; Período Pós-Parto; Ansiedade; Saúde Materno-Infantil.

ABSTRACT

Objective: The aim of this research was to identify anxiety symptoms and their association with sociodemographic and obstetric factors among puerperal women hospitalized in rooming-in. **Method:** It is a quantitative and transversal research. Participants were 264 postpartum women hospitalized in the rooming-in sector of a teaching hospital. To identify anxiety symptoms, the IDATE instrument was used. In the bivariate analysis, the t-Student test was used. The average score of postpartum women on the STAI-State was 34 (± 8.2) points, and on the STAI-Trait, it was 33.7 (± 8.5). **Results:** a low state of anxiety among the participants was showed. The variables: not living with a partner, having a “bad” relationship with a partner and previous abortion were associated with a higher score of state-anxiety symptoms. Regarding trait anxiety, the variables: having a “bad” relationship with a partner and not planning the pregnancy were associated with a higher score of trait anxiety symptoms. **Conclusion:** It is essential that nurses consider evidence so that they can implement, prioritize and consolidate the professional practice with the aim of preventing anxiety and early identifying its signs and symptoms.

Descriptors: Nursing; Postpartum Period; Anxiety; Maternal and Child Health.

INTRODUCCIÓN

La fase puerperal corresponde a un momento importante en la vida de la mujer, ya que ocurren cambios y transformaciones biológicas con fuerte impacto en la vida de la puérpera, que pueden causar conflictos en la elección de la lactancia materna exclusiva e incluso desencadenar inestabilidad emocional, resultando en postparto. - depresión del parto, parto y ansiedad.¹

El posparto es uno de los períodos de mayor riesgo para la aparición o empeoramiento de trastornos mentales, y además de la depresión posparto, también existen trastornos de ansiedad, que en ocasiones llegan a ser más comunes que los trastornos depresivos.²

En este sentido, es importante identificar que las necesidades de la madre, durante este período, reflejan el cambio y

cambios de roles, el surgimiento de nuevas funciones y la redefinición de rutinas y responsabilidades³, y estos cambios pueden ser importantes estresores.

La ansiedad en el contexto de la maternidad es un fenómeno multifactorial relacionado con diferentes variables, tanto sociodemográficas como psicosociales. Estas variables pueden desencadenar un estado ansioso en la madre y también influir en la ansiedad de las madres que ya la padecen, agravándola. Esta complejidad obliga a los profesionales a realizar una mirada individualizada de cada mujer en busca de una mejor comprensión del origen de la ansiedad materna en relación con los aspectos típicos de la maternidad.⁴

Existe una alta prevalencia de síntomas de ansiedad informados por las mujeres antes de dar a luz. En un estudio se identificó que una de cada cuatro mujeres antes de dar a luz, y una de cada tres después de 1 año de dar a luz, reportaban síntomas de ansiedad, a pesar de haber tenido un parto sin incidentes y un niño sano.⁵

Un estudio que analizó el impacto de las preocupaciones maternas en la ansiedad de las mujeres concluyó que los profesionales de la salud presentes durante el control prenatal son fundamentales para la prevención de los síntomas depresivos y de ansiedad, y que este seguimiento debe tener

en cuenta las necesidades individuales de la madre, su edad, origen, consideraciones médicas y aspectos socioeconómicos.⁶

De lo anterior, queda claro que los síntomas ansiosos afectan directamente la salud y el bienestar de la puérpera y de su bebé, lo que puede conducir a diversos cambios y generar problemas y complicaciones de salud durante el período puerperal e intrauterino.

Considerando el gran impacto que pueden tener las condiciones de ansiedad durante este período, identificar los síntomas de ansiedad es relevante para la práctica clínica, ya que puede proporcionar información y proporcionar herramientas que influyan y orienten la práctica hacia una mejor atención de esta población.

El contacto directo por parte del profesional de la salud, específicamente la enfermera, permite la identificación temprana de los síntomas de ansiedad y garantiza acciones específicas hacia el binomio madre-hijo y la familia, además de asegurar derivaciones adecuadas dirigidas a problemas de salud mental que puedan estar presentes o con posibilidad de empeoramiento.

Así, el objetivo de esta investigación fue identificar síntomas de ansiedad y su asociación con factores sociodemográficos y obstétricos entre puérperas hospitalizadas en alojamiento conjunto.

MÉTODOS

Se trata de una investigación descriptiva, con un enfoque cuantitativo y transversal. El presente estudio fue realizado en el Sector de Obstetricia/Sala de Alojamiento de un hospital universitario, en una ciudad del interior de Minas Gerais.

Con base en información del servicio estadístico del citado hospital, sobre el número de nacimientos de años anteriores, se calculó el tamaño de la muestra mediante la aplicación PASS (Power Analysis and Sample Size), versión del año 2002, obteniendo un tamaño muestral mínimo de $n = 264$ mujeres posparto. En el estudio participaron 264 mujeres en posparto.

La recolección de datos ocurrió entre abril y octubre de 2018, durante el período de internación de las púerperas, en el Rooming Room. Se informó a las mujeres sobre la investigación y se las invitó a participar. Se decidió realizar una entrevista directa debido a la posibilidad de dificultad para leer o interpretar las preguntas, aunque los instrumentos podían ser autoadministrados. Se destaca que las entrevistas se realizaron en el momento oportuno, según el interés de la mujer y sus condiciones clínicas adecuadas.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron: púerperas internadas en el sector de Obstetricia/Rooming Room y que aceptaron participar del estudio. Los

criterios de exclusión del estudio fueron: púerperas que no aceptaron y/o no recibieron el consentimiento de sus tutores para participar en el estudio; y condiciones clínicas y/o cognitivas que hicieron imposible la participación.

Se utilizó el instrumento IDATE para evaluar los síntomas de ansiedad. Consta de dos escalas que miden dos conceptos de ansiedad: ansiedad estado (State-IDATE) y ansiedad rasgo (Trait-IDATE). Cada escala consta de 20 preguntas que se presentan en una escala de respuesta tipo Likert. La escala Estado-IDATE indica cómo se sienten los individuos en un momento dado y la escala Rasgo-IDATE describe cómo se sienten los individuos en general. La puntuación total del instrumento puede variar de 20 (mínimo) a 80 (máximo) en cada escala. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor será el nivel de ansiedad; de 20 a 40 puntos indica un nivel bajo de ansiedad, de 41 a 60 puntos indica un nivel medio de ansiedad y de 60 a 80 puntos indica un nivel alto de ansiedad.⁷

En este estudio, consideramos la suma de las puntuaciones de los participantes en el State-IDATE y el Trait-IDATE. Esta variable se categorizó cuantitativamente.

Cabe destacar que no se identificaron púerperas con diagnóstico previo de ansiedad.

Los datos se introdujeron en una hoja de cálculo electrónica mediante doble mecanografía, con posterior validación de los datos, y el análisis se llevó a cabo mediante el programa informático SPSS para Windows versión 20.0.

Se utilizó análisis univariado de datos, distribución de frecuencias absolutas (n) y relativas (%) para variables cualitativas y valores medios y medianos (medidas de tendencia central), y desviaciones estándar para variables cuantitativas. En el análisis bivariado se verificó la existencia de asociación mediante la prueba T para muestras independientes. Durante la investigación se consideraron significativos resultados de p inferior a 0,05, con un IC del 95%.

Se respetó toda la legislación nacional vigente relacionada con la ética en la investigación con seres humanos. El proyecto fue presentado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEP) de la UFTM a través de Plataforma Brasil, con CAAE N° 79943317.6.0000.5154.

RESULTADOS

Participaron 264 puérperas. La edad promedio fue de 25,2 ($\pm 6,5$) años, con una mínima de 14 años y una máxima de 43 años. El promedio de años de estudio de las mujeres fue de 8,9 ($\pm 2,9$) años, mientras que

el ingreso familiar, en salario mínimo (SM), fue de 1,9 ($\pm 0,9$) SM, con un máximo de 5 y un mínimo de 1 SM, y el número de residentes en el hogar tuvo un promedio de 4,7 ($\pm 1,6$).

En cuanto al color de piel autoinformado, prevaleció el color de piel moreno (36,7%), seguido del color de piel blanco (33,3%), así como el estado civil de casado/en unión estable (69,7%). En cuanto a la ocupación, predominó la categoría “hogar”, con 46,2%, seguida de los desempleados (24,6%).

En relación al perfil obstétrico de las puérperas, el promedio de hijos vivos de las participantes fue de 2,2 ($\pm 1,3$), con un mínimo de 1 y un máximo de 8 hijos, y la edad promedio de las mujeres en su primer embarazo fue 19 ($\pm 4,2$) años. El embarazo actual fue no planeado (62,1%), la mayoría recibió atención prenatal (97,3%) y el 25,8% refirió haber sufrido ya un aborto. La relación con la pareja se destacó como buena (96,2%).

La mayoría (51,8%) no tuvo complicaciones durante el embarazo y el parto actual, así como la mayoría recibió orientación sobre lactancia materna en el período prenatal y posparto y se incentivó a amamantar al bebé inmediatamente después del nacimiento (82,2%, 89,8% y 78,4%). %, respectivamente).

En los resultados relacionados a los síntomas de ansiedad, el puntaje para los síntomas de ansiedad estado presentó un promedio de 34 ($\pm 8,2$) puntos, y para la ansiedad rasgo, un promedio de 33,7 ($\pm 8,5$). Por lo tanto, un bajo nivel de síntomas de ansiedad estado y rasgo. Según el STAI, cuanto mayor es la puntuación, mayor es el nivel de ansiedad. Los resultados variaron

entre 20 y 40 puntos, es decir, un nivel bajo de ansiedad.

En el análisis bivariado fueron las variables “no vivir con la pareja” ($p=0,007$), “tener 'mala' relación de pareja” ($p=0,048$) y “haber tenido un aborto previo” ($p=0,035$), asociado con una mayor puntuación de síntomas de ansiedad estatal, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1– Comparación de factores sociodemográficos, obstétricos y puntuación de síntomas de ansiedad estado en mujeres posparto en 2018.

Variables	IDATE – ESTADO			valor p
	n	Promedio	Desviación estandar	
Vive con pareja				0,007
Sí	184	33,1	8,1	
No	80	36	8,1	
Vivir con una pareja				0,048
Bien	177	32,8	7,6	
Malo	7	39	15,1	
Aborto				0,035
Sí	68	35,8	9,9	
No	196	33,4	7,4	
Intercurrencias en la maternidad				0,19
Sí	127	34,6	9,1	
No	137	33,3	7,2	
Planificación del embarazo				0,99
Sí	100	34	8,8	
No	164	34	7,8	

Fuente: De los autores, 2020.

En cuanto a la ansiedad rasgo, en el análisis bivariado las variables “tener una 'mala' relación de pareja” ($p=0,002$) y “no planificar un embarazo” ($p=0,05$) se

asociaron con una mayor puntuación de síntomas de ansiedad rasgo, como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2– Comparación de factores sociodemográficos, obstétricos y puntuación de síntomas de ansiedad estado en mujeres posparto en 2018.

Variables	IDATE – RASGO			valor p
	n	Promedio	Desviación estandar	
vive con pareja				0,9
Sí	184	33,7	8.7	
No	80	33,8	8.1	
Vivir con una pareja				0.002
Bien	177	33.3	8.1	
Malo	7	43.4	16.5	
Aborto				0,74
Sí	68	34.0	9.5	
No	196	33,6	8.2	
Intercurrencias en la maternidad				0,13
Sí	127	34,6	9.3	
No	137	33.0	7.6	
Planificación del embarazo				0,05
Sí	100	32.4	8.4	
No	164	34,5	8.5	

Fuente: De los autores, 2020.

DISCUSIÓN

En este estudio, las mujeres participantes tenían una edad similar a la encontrada en la literatura. Un estudio realizado en tres ciudades del estado de São Paulo encontró que la mayoría de las madres tenían más de 25 años (72,5%).⁸ En otro estudio con mujeres embarazadas participantes de un proyecto de extensión en una Universidad Privada de João Pessoa (PB), se demostró que la mayoría de las mujeres tenían más de 20 años (76%)⁹. Finalmente, un estudio realizado en Portugal encontró que la edad promedio 27,69 ($\pm 5,82$).¹⁰

En relación al estado civil, la mayoría estaba casada, hecho evidenciado

en diferentes estudios relacionados con la ansiedad materna - 87,5%⁸, 64%⁹, 86,2%¹⁰ y 77%.¹¹ En relación a esta variable, la literatura destaca que el estado civil contribuye en gran medida a la seguridad emocional, apoyo financiero y garantía de asistencia para la satisfacción de las necesidades humanas básicas de la gestante¹², convirtiéndose en una variable importante para la temática abordada en este estudio.

Aún relacionado con el aspecto de las relaciones de estas gestantes, la literatura indica que el 78,5% vive con el padre del niño y la forma de participación de esta pareja es, en el 64% de los casos, apoyo emocional y económico.⁹

Otras variables importantes, que se discuten como predictoras de indicadores de salud, son la educación y el ingreso, ya que la escasez en estos aspectos genera menor acceso a los servicios de salud, menor acceso a la información y menor capacidad de captación de conocimientos.¹³ Así, tal como en la literatura, se encontró que el 56% de las mujeres tenía más de 9 años de estudio y el 94% tenía un ingreso menor a 2 SM.¹¹ Otro estudio identificó que el 54,5% de las gestantes tenían entre 9 y 12 años de educación¹⁰; en otra encuesta, el 64% tenía un ingreso familiar entre 1 y 2 salarios mínimos.⁹

La caracterización obstétrica y clínica de las participantes se aproxima a los datos de la bibliografía. Un estudio mostró que 41% de las mujeres no deseaban el bebé¹¹; en otro, 64% no planeaban el embarazo.⁹

La literatura muestra que el embarazo planeado es una situación importante porque cuando es planeado, la pareja, pero especialmente la mujer, se prepara física y mentalmente para iniciar este nuevo período. Cuando no se planifica, puede provocar en la pareja sentimientos negativos como la negación y el estrés.⁹

En cuanto a la investigación sobre los síntomas de ansiedad, se evidenció un bajo nivel de síntomas de ansiedad entre los participantes. En la escala de ansiedad

estado, la puntuación media de las puérperas fue de 34 puntos ($\pm 8,2$), y en la ansiedad rasgo se encontró una media de 33,7 ($\pm 8,5$). La literatura apunta a resultados tanto mayores como menores que los encontrados en esta investigación.

Una encuesta realizada a mujeres en el tercer trimestre y en espera de atención prenatal en Unidades Básicas de Salud identificó que alrededor del 36% de las gestantes presentaban ansiedad alta¹¹; En otro estudio, los autores identificaron un 15,9% (>45 puntos en el STAI) de mujeres con síntomas de ansiedad durante el embarazo y un 23,1% después del parto.¹⁰

Otro estudio, realizado con gestantes entre el segundo y tercer trimestre y atendidas en una unidad básica de salud, identificó una frecuencia alta (20,4%)¹⁴ en relación al diagnóstico probable de trastorno de ansiedad generalizada; Finalmente, un estudio encontró resultados aún más altos: el 86% de las mujeres tenía ansiedad moderada.⁹

Los autores demostraron que el 36,3% de las mujeres fueron identificadas con estado de ansiedad¹¹, además de otro estudio¹, que investigó a mujeres embarazadas usuarias de servicios prenatales en la ciudad de Araguaia/MT e identificó que, para mujeres hasta 20 años de edad, la media de estado de ansiedad fue $46,42 \pm 10,52$; de 21 a 35 años, $50,68 \pm 10,57$; y

mayores de 36 años, $44,25 \pm 18,8$. Este resultado es similar a otro estudio, donde el 86% de las gestantes investigadas por estos autores fueron identificadas como positivas para ansiedad estado (de >40 a 60 puntos).⁹ Se evidenció que las características de la ansiedad estado, según el STAI, fueron menores en este estudio en comparación con datos de otra literatura.

La ansiedad rasgo también obtuvo resultados inferiores a los encontrados en la literatura. Se encontró que el 36,1% de las mujeres presentaban ansiedad rasgo.¹¹ Otro estudio, que entrevistó a 53 madres de bebés en riesgo de desarrollo, encontró que el 40% de ellas presentaba ansiedad rasgo.¹⁵ Otra investigación demostró que hasta los 20 años de edad, el promedio de ansiedad rasgo era de $46,5 \pm 11,73$; de 21 a 35 años, $47,68 \pm 9,30$; y a partir de 36 años, $44,5 \pm 15,26$.¹

Este hallazgo estadístico puede representar que las mujeres posparto ya tuvieron un deterioro emocional de mayor duración, pero no es posible identificar si los síntomas ya se presentaron antes o si se encuentran en esta condición debido al embarazo y al parto.¹⁵ En este sentido, vale la pena resaltando que el embarazo es una etapa espléndida en la vida de la mujer, pero, eventualmente, pueden aparecer algunos problemas y, en consecuencia, desencadenar o empeorar trastornos de salud mental, incluido un aumento de los síntomas de

ansiedad.⁹ Este hecho puede continuar hasta el posparto.

Es claro que la evaluación clínica y el seguimiento en la atención primaria son fundamentales, principalmente porque la atención prenatal es un momento único de contacto y establecimiento de vínculo entre las mujeres en edad reproductiva y los servicios de salud. De esta manera, se vuelven imprescindibles acciones orientadas a promover la salud de las mujeres; Es en estos momentos que se identifican posibles trastornos mentales durante el embarazo, posibilitando una intervención que favorezca una mejor comprensión de la dinámica madre-hijo y contribuyendo a la calidad de la atención a las familias en general.¹⁴

Los hallazgos del análisis bivariado indicaron que las mujeres que informaron una "mala" relación con su pareja tenían puntuaciones más altas en síntomas de ansiedad estado y ansiedad rasgo. Además, no vivir con una pareja y haber tenido un aborto previo (ansiedad estado) y no haber planeado un embarazo (ansiedad rasgo) fueron variables para puntuaciones más altas de síntomas de ansiedad entre los participantes.

Algunos autores han informado en sus estudios de que, con respecto a la variable "estado civil", los datos mostraban que las embarazadas casadas tenían una puntuación tanto para la ansiedad rasgo

como para la ansiedad estado de baja a moderada, y las embarazadas que informaban de su estado civil como estable o unión consensual tenían una ansiedad rasgo y estado mayores. Esto demuestra que existe dependencia entre la variable "estado civil" tanto para la ansiedad rasgo como para la ansiedad estado¹, lo que significa que estar casado tiene un efecto significativo sobre la ansiedad, es decir, las variables son dependientes.

En el presente estudio, esta relación sólo se evidenció para el estado de ansiedad, que denota ansiedad relacionada principalmente con el sentimiento experimentado en ese momento. También se presentó como un aspecto positivo la estabilidad de las relaciones matrimoniales identificada en la literatura⁹; en otras palabras, es una variable que representa protección. Los mismos autores refieren que las relaciones familiares se consideran fundamentales durante el embarazo.

Los hallazgos indicaron que las mujeres que no planificaron su embarazo tenían puntuaciones más altas de ansiedad rasgo, un hecho que puede haber ocurrido durante todo el embarazo. Los autores encontraron que, cuando la madre y su pareja deseaban el bebé, las posibilidades de tener una característica de alta ansiedad en el tercer trimestre del embarazo disminuyeron¹¹, corroborando los hallazgos

de esta investigación, ya que las mujeres que declararon haber planificado el embarazo tuvieron menores resultados para condiciones de ansiedad. Esto puede deberse a que, cuando se planifica, las mujeres, sus parejas y sus familias pueden prepararse emocionalmente para el proceso de embarazo y parto.

Respecto a la variable "aborto previo" y mayor puntaje de síntomas de ansiedad estado, un estudio realizado con gestantes atendidas en unidades básicas de salud identificó que la amenaza de aborto aumentaba en 3.464.¹¹ la probabilidad de presentar ansiedad estado alta.

Un factor importante y relevante entre los datos identificados en la investigación fue que la "mala" convivencia con la pareja presentó una mayor puntuación de síntomas de ansiedad estado y ansiedad rasgo entre las mujeres posparto. Este hecho fue confirmado en un estudio de mujeres rurales. Las mujeres que reportaron una "mala" relación con su pareja tuvieron puntuaciones más altas en ansiedad estado y síntomas de ansiedad rasgo que aquellas que tenían una "buena" relación¹⁶, como se evidencia en otro estudio, donde las mujeres cuyas relaciones estaban experimentando dificultades en las relaciones maritales y aquellas quienes no tenían suficiente apoyo social eran más propensos a desarrollar ansiedad severa.¹⁷

Un estudio realizado con metodología longitudinal sobre la relación entre la ansiedad materna y las trayectorias de crecimiento fetal-neonatal encontró que existe una necesidad real de consultas prenatales con una evaluación sistemática de la ansiedad durante el embarazo y también en el posparto. Con esta atención, las mujeres pueden beneficiarse de una atención individualizada en las unidades de salud, que previene daños al desarrollo del feto, al crecimiento del bebé y al desarrollo del vínculo madre-bebé.¹⁰

Dados los resultados de esta investigación, y de acuerdo con la discusión anterior, se puede observar que la ansiedad es un predictor importante de varias complicaciones de salud tanto en la madre como en el bebé.

Por eso, es importante equipar a los profesionales para que puedan identificar tempranamente signos y síntomas y, así, derivar correctamente a estas madres. Esta situación es aún más relevante cuando se considera al equipo de enfermería, especialmente al enfermero, ya que es uno de los profesionales que está directamente presente en el seguimiento y evolución del binomio madre-bebé. Por lo tanto, es fundamental que las enfermeras consideren la evidencia aquí discutida para que puedan implementar, priorizar y consolidar la práctica profesional con el objetivo de

prevenir la ansiedad e identificar tempranamente sus signos y síntomas.

CONCLUSIÓN

Los resultados mostraron que las púerperas participantes en el estudio presentaron puntuaciones para los síntomas de ansiedad estado (34 puntos) y ansiedad rasgo (33,7 puntos), confirmando un bajo nivel de ansiedad entre las participantes, tanto para la ansiedad estado como para la ansiedad rasgo. Este hecho no resta valor a los síntomas mencionados por los participantes y su riesgo de empeoramiento y complicaciones emocionales.

Aquellos que informaron que no tenían una buena relación con su pareja obtuvieron puntuaciones más altas en los síntomas de ansiedad estado y ansiedad rasgo. Las variables “no vivir con pareja” y “aborto previo” también mostraron puntuaciones más altas para los síntomas de ansiedad estado. La variable “no planificar el embarazo” demostró una puntuación más alta para los síntomas de ansiedad rasgo.

Se evidenció que los factores conductuales y de salud reproductiva estaban relacionados con la salud mental de las púerperas, en el caso del estudio, con síntomas de ansiedad.

Los síntomas de ansiedad pueden estar presentes a lo largo de todos los ciclos de la vida; sin embargo, en algunas

situaciones, las personas se vuelven más vulnerables y propensas. Así, el ciclo del embarazo puerperal es un momento, como lo demuestran la literatura y los resultados de las investigaciones, en que la ansiedad como estado puede traer daño tanto a la mujer como al feto/bebé y también a la familia.

Por lo tanto, los resultados encontrados en esta investigación sacan a la luz reflexiones y la necesidad de discusión sobre el tema, ya que es claro que la atención prenatal y puerperal se centra en procedimientos técnicos, pruebas de laboratorio y necesidades fisiológicas

básicas, relegando aspectos sociales, emocionales y mentales. secundaria, impactando directamente en la prevalencia e incidencia de los trastornos mentales.

Las limitaciones incluyen la muestra de mujeres provenientes de una sola institución de salud y el método transversal, que no permite identificar relaciones causales. Por lo que se sugiere realizar investigaciones multicéntricas para evaluar las relaciones de causa y efecto y obtener la confirmación final de posibles predictores de ansiedad en mujeres embarazadas y posparto.

REFERENCIAS

- Alves JS, Siqueira HCH, Pereira QLC. Inventário de ansiedade Traço-Estado de gestantes. *J Nurs Health* [Internet]. 2018 [citado em 2 jul 2023]; 8(3):e188307. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/13621/8942>
- Moita CE, Bomfim CS, Rosário ECSF, Oliveira MCD. As dificuldades no cuidado de enfermagem à mulher com transtornos de humor no período gestacional e puerperal. *Revista Acadêmica Universo Salvador* [Internet]. 2017 [citado em 2 jul 2023]; 3(5):xx-xx. Disponível em: <http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=1UNIVERSOSALVADOR2&page=article&op=view&path%5B%5D=5763>
- Caetano ABJR, Mendes IMMMD, Rebelo ZASA. Preocupações maternas no pós-parto: revisão integrativa. *Referência* [Internet]. 2018 [citado em 2 jul 2023]; 4(17):149-59. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388256983019/html/>
- Chemello MR, Levandowski DC, Donelli TMS. Ansiedade materna e maternidade: revisão crítica da literatura. *Interação Psicol.* [Internet]. 2017 [citado em 2 jul 2023]; 21(1):78–89. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/download/46153/32917>
- Janssen AB, Savory KA, Garay SM, Sumption L, Watkins W, Garcia-Martin I, et al. Persistence of anxiety symptoms after elective caesarean delivery. *BJPsych Open* [Internet]. 2018 [citado em 2 jul 2023]; 4(5):354-60. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6127961/pdf/S2056472418000480a.pdf>
- Gravensteen IK, Jacobsen E-M, Sandset PM, Helgadottir LB, Rådestad I, Sandvik L, et al. Anxiety, depression and relationship satisfaction in the pregnancy following stillbirth and after the birth of a live-born baby: a prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2018 [citado em 2 jul 2023]; 18(1):41. Disponível em:

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5781321/pdf/12884_2018_Article_1666.pdf
7. Biaggio AMB, Natalício L, Spielberger RCD. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. *Arq Bras Psicol Apl* [Internet]. 1977; [citado 2023 out 20]; 29(3):31-44. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/view/17827/16571>
8. Dib EP, Padovani FHP, Perosa GB. Mother-child interaction: implications of chronic maternal anxiety and depression. *Psicol Reflex Crit*. [Internet]. 2019 [citado em 2 jul 2023]; 32(1):10. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6967190/pdf/41155_2019_Article_123.pdf
9. Severo MEV, Santos AF, Pereira VCLS. Ansiedade em mulheres no período gestacional. *Rev Ciênc Saúde Nova Esperança* [Internet]. 2017 [citado em 2 jul 2023]; 15(1):80-91. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Ansiedade-em-mulheres-v15.1.7.pdf>
10. Pinto TM, Caldas F, Silva CN, Figueiredo B. Maternal depression and anxiety and fetal-neonatal growth. *J Pediatr (Rio J)*. [Internet]. 2017 [citado em 2 jul 2023]; 93(5):452-9. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755717301122/pdf?md5=1cc14d6429863d713796a516dc6142f3&pid=1-s2.0-S0021755717301122-main.pdf>
11. Schiavo RA, Rodrigues OMPR, Perosa GB. Variáveis associadas à ansiedade gestacional em primigestas e multigestas. *Trends Psychol*. [Internet]. 2018 [citado em 2 jul 2023]; 26(4):2091-104. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tpsy/a/5Nr4Yz4vHyHdd5kvMgQY53R/?format=pdf&lang=pt>
12. Melo WA, Alves JI, Ferreira AAS, Souza VS, Maran E. Gestação de alto risco: fatores associados em município do noroeste paranaense. *Espaç Saúde (Online)* [Internet]. 2016 [citado em 2 jul 2023]; 17(1):83-92. Disponível em:
- <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/371/11>
13. Ferreira IS, Fernandes AFC, Lô KKR, Melo TP, Gomes AMF, Andrade IS. Percepções de gestantes acerca da atuação dos parceiros nas consultas de pré-natal. *Rev Rene*. [Internet]. 2016 [citado em 2 jul 2023]; 17(3):318-23. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3444/2680>
14. Costa DO, Souza FIS, Pedroso GC, Strufaldi MWL. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2018 [citado em 2 jul 2023]; 23(3):691-700. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Z6JBYjY99CHjsFmkygVrfTS/?format=pdf&lang=pt>
15. Alves GMAN, Rodrigues OMPR, Cardoso HF. Indicadores emocionais de mães de bebês com risco para o desenvolvimento. *Pensando Fam*. [Internet]. 2018 [citado em 2 jul 2023]; 22(2):70-87. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v22n2/v22n2a06.pdf>
16. Parreira BDM, Goulart BF, Ruiz MT, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. Sintomas de ansiedade entre mulheres rurais e fatores associados. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. [Internet]. 2021 [citado em 2 jul 2023]; 25(4):e20200415. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/FYWhctYJymBLc4gBTr89Tnv/?format=pdf&lang=pt>
17. Shrestha S, Adachi K, Petrini MA, Shrestha S. Factors associated with post-natal anxiety among primiparous mothers in Nepal. *Int Nurs Rev*. [Internet]. 2014 [citado em 2 jul 2023]; 61(3):427-34. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/inr.12118>

RECIBIDO: 23/03/21

APROBADO: 09/11/23

PUBLICADO: Oct/2023