

## Nivel de Ansiedad y Control Prenatal en Embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar 73

**Laura Nallely González-Oviedo<sup>1</sup>**

[nel\\_lau@hotmail.com](mailto:nel_lau@hotmail.com)

<https://orcid.org/0009-0006-8239-4956>

Unidad de Medicina Familiar 73

Saltillo, Coahuila.

México

**César Alejandro Valdés-Borjas**

[cavborjas@hotmail.com](mailto:cavborjas@hotmail.com)

<https://orcid.org/0009-0003-6941-0083>

Unidad de Medicina Familiar 73

Saltillo, Coahuila

México

**Claudia del Rocío Martínez-Chacón**

[clmach99@hotmail.com](mailto:clmach99@hotmail.com)

<https://orcid.org/0009-0001-4429-6849>

Delegación IMSS Coahuila

México

### RESUMEN

**Antecedentes:** La OMS establece que toda embarazada debe tener de 4 a 8 consultas de control prenatal. El embarazo produce alteraciones fisiológicas las cuales podrían estar involucradas con los síntomas de ansiedad, la cual es un estado emocional que tiene cambios somáticos y psíquicos.

**Objetivo:** analizar la relación entre el nivel de ansiedad y el control prenatal en pacientes embarazadas de la UMF No. 73. **Material y métodos:** se realizó un estudio observacional, analítico y transversal, se aplicó la escala de Hamilton a 331 embarazadas adscritas a la UMF No. 73. Se realizó estadística descriptiva y análisis comparativo con SPSS, se consideró valor de  $p \leq 0.05$  como significativo.

**Resultados:** la edad promedio de la muestra fue de  $26.85 \pm 6.13$  años, con 4 meses de embarazo. El nivel de ansiedad obtenido de la muestra fue moderado en 47% de las participantes y 12% fue severo además el 60% tuvo un control prenatal adecuado. La comparación entre grupos del nivel de ansiedad y el control prenatal fue  $p > 0.050$ . **Conclusiones:** Se determina que no hubo diferencia significativa entre el control prenatal y el nivel de ansiedad en mujeres embarazadas, pero si se concluyó que el nivel de ansiedad se encontró en moderado.

**Palabras clave:** ansiedad; embarazo; embarazadas; consultas; escala de Hamilton

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [nel\\_lau@hotmail.com](mailto:nel_lau@hotmail.com)

## **Anxiety Level and Prenatal Control in Pregnant Women from the Family Medicine Unit 73**

### **ABSTRACT**

**Background:** The WHO establishes that every pregnant woman should have 4 to 8 prenatal control visits. Pregnancy produces physiological alterations which could be involved with anxiety symptoms, which is an emotional state that has somatic and psychological changes. **Objective:** to analyze the relationship between the level of anxiety and prenatal control in pregnant patients of the UMF No. 73. **Material and methods:** an observational, analytical and cross-sectional study was carried out, the Hamilton scale was applied to 331 pregnant women assigned to the UMF No. 73. Descriptive statistics and comparative analysis were carried out with SPSS, a value of  $p \leq 0.05$  was demonstrated as significant. **Results:** the average age of the sample was  $26.85 \pm 6.13$  years, with 4 months of pregnancy. The level of anxiety obtained from the sample was moderate in 47% of the participants and 12% was severe, and 60% had adequate prenatal care. The comparison between groups of anxiety level and prenatal control was  $p > 0.050$ . **Conclusions:** It is determined that there was no significant difference between prenatal control and the level of anxiety in pregnant women, but it is concluded that the level of anxiety was moderate.

**Keywords:** *anxiety; pregnancy; pregnant women; consultations; Hamilton scale*

*Artículo recibido 05 setiembre 2023*

*Aceptado para publicación: 12 octubre 2023*

## INTRODUCCIÓN

El embarazo es el estado fisiológico que comienza desde la implantación del óvulo fecundado en el útero hasta el momento del parto y nacimiento del neonato. De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) En México siete de cada 10 mujeres de 15 años y más ha tenido un hijo o hija nacidos vivos

La atención prenatal ofrece la oportunidad de tener comunicación con las mujeres, las familias y sus comunidades para poder brindarles apoyo siempre contando con una comunicación eficaz sobre cuestiones fisiológicas, biomédicas, de comportamiento, socioculturales y psicológicas, incrementando la calidad en la atención de la paciente

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que toda embarazada debe tener de 4 a 8 consultas de control prenatal. Lograr un cumplimiento adecuado de atención prenatal garantiza niños sanos y madres saludables

El embarazo, nacimiento y lactancia materna producen alteraciones fisiológicas que son cambios múltiples hormonales y en el sistema de neurotransmisores, los cuales podrían estar involucrados con los síntomas propios de la ansiedad.

La ansiedad es un estado emocional que tiene cambios somáticos y psíquicos:

Somáticos: mareos, diaforesis, hiperreflexia, fluctuaciones en los niveles de la presión arterial, palpitaciones, síncope, taquicardia, temblor, molestias gastrointestinales, midriasis, sensación de “cabeza vacía”, entre otros.

Psíquicos: inquietud, preocupación excesiva, miedos irracionales, deseo de huir, ideas catastróficas, intranquilidad, temor a perder el control, sensación de muerte

No se cuenta con pruebas de laboratorio o estudios de imagen que puedan ayudar en el diagnóstico del trastorno de ansiedad, pero se pueden solicitar los siguientes laboratorios: Biometría Hemática completa, glucosa, perfil de lípidos, electrolitos séricos, enzimas hepáticas, creatinina, examen general de orina, pruebas de función tiroidea, electrocardiograma y en caso de ser necesario prueba inmunológica de embarazo.

Se utiliza la escala de Hamilton de Ansiedad que evalúa la intensidad del trastorno de ansiedad, sin embargo, se da preferencia a la entrevista clínica, ya que el instrumento sólo es un apoyo para complementar el diagnóstico

Las mujeres embarazadas experimentan más ansiedad y depresión en comparación con sus parejas, y la mayoría de ellas no están siendo monitoreadas por su médico, los estudios que muestran esta problemática de depresión y ansiedad en mujeres en etapa de gestación son limitados.

Gracias a un adecuado control prenatal, y a un diagnóstico temprano de ansiedad, se pueden obtener beneficios tanto a nivel personal en la embarazada como a nivel institucional, evitando un incremento de costos, por el gasto en medicamentos y hospitalizaciones, así como envío a segundo nivel de atención.

Tomando en cuenta la información expuesta se formuló el objetivo: analizar la relación entre el nivel de ansiedad y el control prenatal en pacientes embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 73.

## **METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal. La investigación se realizó en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la Unidad de Medicina Familiar No. 73. Se obtuvo el Número de Registro Institucional: R-2021-503-004, Registro COFEPRIS 17 CI 05 030 065, Registro CONBIOÉTICA 05 CEI 002 20180413. Una vez autorizado, se actuó a aplicar un instrumento de investigación ya validado.

En el área de sala de espera de consultorios de la Unidad de Medicina Familiar No. 73, se abordó a las mujeres embarazadas que acuden a consulta, se procedió a invitar a participar en el protocolo de investigación, se entregó consentimiento informado donde se detallan objetivo, riesgos y beneficios de participar en el proyecto (anexo 1), se le entregó el instrumento de recolección de datos (anexo 2): la paciente contestó todas las preguntas de la encuesta por su propia cuenta con puño y letra y al final se le realizó el Test de Hamilton para Ansiedad (anexo 3) explicando cada uno de los síntomas mencionados en dicho Test para su mejor entendimiento, y así también ver el comportamiento de la paciente.

La escala de Hamilton para Ansiedad consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además, un ítem (14) que evalúa específicamente el ánimo deprimido del paciente al estar realizando el instrumento de recolección de datos.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos, el valor máximo es 4 puntos.

La puntuación total es la suma de cada uno de los ítems, el rango va de 0 a 56 puntos.

17 o menos puntos: Ansiedad leve

18-24 puntos: Ansiedad Moderada

25-30 ó más: Ansiedad Severa

Cuando el resultado de la escala de Hamilton para la ansiedad tuvo un puntaje en el cual se demuestra que la paciente tiene ansiedad moderada o severa, se comentó a la paciente el resultado, se dio una breve explicación de este padecimiento por medio de un folleto y se le dio la sugerencia de comentarlo con su médico, si así lo desea, para que se le brinde apoyo psicológico o psiquiátrico a su criterio. A todas las pacientes que participaron se les dio un tríptico con información sobre la ansiedad, para que estén al pendiente en caso de que pudiera presentarla, y saber que puede solicitar apoyo en cuanto desee.

Se ingreso al expediente de las pacientes que aceptaron participar en el proyecto y se verifico a cuantas consultas prenatales asistieron durante su embarazo.

La muestra estuvo constituida por 331 mujeres con diagnóstico de embarazo adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 73 seleccionadas de manera aleatoria.

Los datos recolectados se capturaron en una base de datos elaborada en Excel para posteriormente realizar su análisis en SPSS Versión 23. Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central, representado en frecuencias y porcentajes para variables cuantitativas; y un análisis comparativo no paramétrico con Chi2 para variables cualitativas Y ANOVA para muestras independientes de variables cuantitativas, con nivel de confianza al 95% y valor de  $p \leq 0.05$ .

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

La muestra estuvo compuesta por 331 mujeres embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 73, con una edad promedio de 26.85 años. En el Cuadro I se muestran los valores mínimos, máximos, medias y desviación estándar (D.E.) de las variables cuantitativas.

## ILUSTRACIONES, TABLAS, FIGURAS.

### Cuadro I

Datos de variables cuantitativas de 331 mujeres embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 73

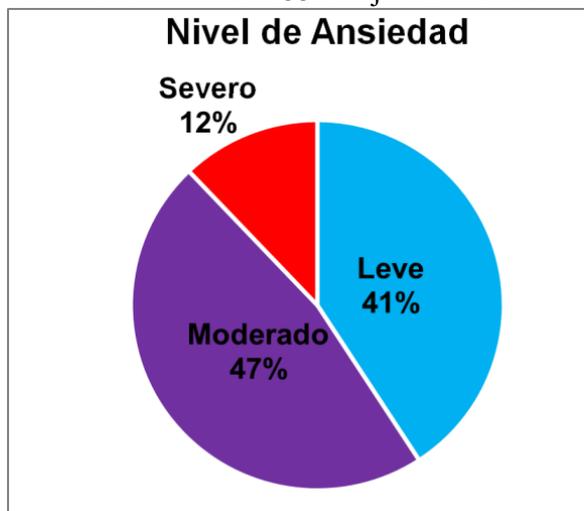
Variables	Mínimo	Máximo	Media	D.E.
Edad	13	49	26.85	6.13
Meses de embarazo	1.0	9.0	4.02	2.35
Semanas de gestación	4.0	38.0	16.28	9.49
Gestas	1	8	2.33	1.39
Partos	1	5	1.89	1.05
Abortos	1	3	1.22	.50
Cesáreas	1	3	1.22	.46
Número de consultas	1	14	6.37	3.22

D.E. desviación estándar

Se aplicó el instrumento para calcular la escala de ansiedad de Hamilton y se obtuvieron los siguientes resultados (Figura 1):

### Figura 1

Niveles de ansiedad de 331 mujeres embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 73



Se realizaron las pruebas estadísticas pertinentes para hacer tablas comparativas entre el nivel de ansiedad y las variables de interés.

En el Cuadro II se realizó la comparación entre el estado civil y el nivel de ansiedad por medio de la Prueba de Chi Cuadrada de Pearson.

### Cuadro II

Comparación de variables sociodemográficas y niveles de ansiedad de mujeres embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 73

Variables	Nivel de Ansiedad			p*	
	Leve	Moderado	Severo		
Estado Civil	Soltera	11.1 %	10.9 %	10.0 %	0.759
	Casada	31.1 %	38.5 %	32.5 %	
	Unión libre	52.6 %	46.8 %	47.5 %	
	Divorciada	3.7 %	2.6 %	5.0 %	
	Separada o viuda	1.5 %	1.3 %	5.0 %	
Escolaridad	Primaria	1.5 %	3.8 %	2.5 %	0.649
	Secundaria	43.7 %	42.3 %	42.5 %	
	Bachillerato	31.1 %	28.2 %	40.0 %	
	Licenciatura	23.0 %	25.6 %	15.0 %	
	Posgrado	0.7 %	0.0 %	0.0 %	
Ocupación	Ama de casa	31.9 %	34.6 %	55.0 %	0.050
	Estudiante	4.4 %	6.4 %	2.5 %	
	Empleado	52.6 %	44.2 %	30.0 %	
	Desempleado	3.0 %	1.9 %	7.5 %	
	Profesional	8.1 %	12.8 %	5.0 %	

\* p = Prueba de Chi Cuadrada de Pearson

En el Cuadro III se realizó la Prueba ANOVA de un factor, para comparar los promedios de las variables numéricas y los niveles de ansiedad. Los niveles de ansiedad se categorizaron en 3: Leve (135 mujeres), Moderado (156 mujeres) y Severo (40 mujeres)

### Cuadro III

Comparación de control prenatal y niveles de ansiedad de mujeres embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 73

Cruce de variables	Media	DE	Mínimo	Máximo	P	
Edad	Leve	26.61	6.24	17	49	0.434
	Moderado	27.28	6.21	13	47	
	Severo	26.03	5.41	17	38	
	Leve	3.89	2.34	1.0	9.0	

Meses de embarazo	Moderado	4.14	2.40	1.0	9.0	0.674
	Severo	4.03	2.21	2.0	9.0	
Semanas de gestación	Leve	15.82	9.36	4.0	37.0	0.741
	Moderado	16.69	9.79	4.0	38.0	
	Severo	16.20	8.84	6.0	36.0	
Gestas	Leve	2.23	1.39	1	7	0.556
	Moderado	2.40	1.36	1	8	
	Severo	2.40	1.46	1	8	
Partos	Leve	1.83	1.08	1	5	0.815
	Moderado	1.91	1.02	1	5	
	Severo	2.00	1.16	1	5	
Abortos	Leve	1.17	0.38	1	2	0.205
	Moderado	1.21	0.51	1	3	
	Severo	1.60	0.89	1	3	
Cesáreas	Leve	1.29	0.56	1	3	0.720
	Moderado	1.18	0.39	1	2	
	Severo	1.23	0.44	1	2	

DE: desviación estándar.

\* p = Prueba ANOVA de un factor.

Se realizó la Prueba Chi Cuadrada de Pearson para saber si existe diferencia estadísticamente significativa entre el control prenatal y el nivel de ansiedad de las mujeres incluidas en el estudio y se muestra en el Cuadro IV.

#### Cuadro IV.

Comparación de control prenatal y niveles de ansiedad de mujeres embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 73

Control prenatal	Nivel de Ansiedad			p*
	Leve	Moderado	Severo	
Deficiente	34.1 %	46.8 %	35.0 %	0.068
Adecuado	65.1 %	53.2 %	65.0 %	

\* p = Prueba de Chi Cuadrada de Pearson

En el Cuadro V, se realizó la correlación de Spearman para conocer la asociación entre el nivel de ansiedad y el control prenatal en la población de estudio.

### Cuadro V

Correlacione entre el nivel de ansiedad y control prenatal de mujeres embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 73

Rho de Spearman		Nivel de ansiedad	Control prenatal
Nivel de ansiedad	Coeficiente de correlación	1.000	-.071
	Sig. (bilateral)	.	.199
	N	331	331
Control prenatal	Coeficiente de correlación	-.071	1.000
	Sig. (bilateral)	.199	.
	N	331	331

### DISCUSIONES

Actualmente se le ha prestado más atención a la salud psicológica. Investigaciones previas han demostrado una alta prevalencia de enfermedades psiquiátricas en mujeres embarazadas

Entre las mujeres que experimentan adversidades psicológicas durante el embarazo existe una tendencia hacia resultados de parto no óptimo, que incluyen mortalidad y morbilidad, gestación más corta y bajo peso al nacer. Si bien algunos estudios no reportan ningún vínculo entre la salud mental materna durante el embarazo y los resultados del parto, la evidencia de los efectos específicos de la ansiedad en los resultados del parto sigue siendo poco clara y, en ocasiones, contradictoria.

Las mujeres se ven afectadas de manera desproporcionada por trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, especialmente en la edad fértil, y los problemas de salud mental a menudo empeoran o surgen durante el embarazo. Las causas generales de preocupación durante el embarazo pueden girar en torno a: el bienestar fetal, las enfermedades maternas, el apoyo social y económico y la mortalidad.

El embarazo representa un momento en el que la ansiedad puede exacerbarse o aparecer de nuevo en la vida de las mujeres; reportes han estimado que al menos el 10.8% de las mujeres embarazadas están afectadas por ansiedad. El 14.3% de las madres declararon aparición de ansiedad en el parto, 20% de las mujeres reconocieron la aparición de ansiedad por primera vez durante el embarazo y 51.4% inmediatamente después del parto. En el presente estudio todas las pacientes refirieron presentar ansiedad en diferente intensidad: 12 % ansiedad severa, 47 % moderada y 41 % leve.

Yu-ting Kang y cols. en 2016 reportó que el 18.4 % y el 2.1 % de las mujeres informaron ansiedad leve y moderada, respectivamente, lo que da una prevalencia general de ansiedad prenatal del 20.6 %. No se encontró ansiedad prenatal severa en el estudio.

Existen factores de riesgo para desencadenar trastornos de ansiedad en el período anterior, intraparto o posparto y pueden incluir factores ambientales, físicos, biológicos, sociales y psicológicos. Todos estos factores pueden tener un efecto acumulativo en el estado de ansiedad de un individuo. Además, la cantidad de apoyo social recibido también puede contribuir a los trastornos de ansiedad, ya que se ha informado que la disponibilidad de apoyo de la pareja sirve como predictor de ansiedad en el embarazo. Otros factores como el nivel socioeconómico (ingresos, empleo y educación) o el control prenatal que se haya tenido también son predictivos de la probabilidad de aumentar la ansiedad y/o desarrollar trastornos de ansiedad durante el embarazo.

En el presente proyecto no se encontró una diferencia estadística entre el estado civil y la severidad de la ansiedad, por lo que podemos contrastar con los resultados publicados en donde se cree que la relación conyugal es importante para los trastornos de salud mental. Lo que hace creer que la falta de apoyo social es un posible factor que influye en la aparición de ansiedad. Se ha reportado que las personas que carecen de apoyo conyugal tienden a sufrir enfermedades mentales que aquellas que cuentan con un apoyo adecuado. Las mujeres embarazadas en ausencia de apoyo conyugal tienden ser pesimistas y sufren baja autoestima.

Los hallazgos de este trabajo no encontraron diferencia contundente entre el nivel de ansiedad y la escolaridad ( $p=0.649$ ). Sin embargo, existe material de referencia en donde muestran que las mujeres embarazadas con menor nivel educativo tenían un mayor riesgo de desarrollar ansiedad durante el embarazo. Un menor nivel educativo se correlaciona con un menor nivel socioeconómico, y las personas con estas cualidades carecen de recursos e información adecuados para mejorar su situación durante el embarazo.

En los datos obtenidos en el presente estudio, se encontró una diferencia significativa entre la ocupación de las participantes y su nivel de ansiedad, ya que puede sonar coherente que los ingresos económicos sea un tema importante en las mujeres embarazadas, y esto es comprobado en un estudio realizado por

Bayrampour et al., quien mencionó las experiencias con el sistema de atención médica, problemas sociales y financieros relacionados con el nivel de ansiedad que presentan estas mujeres

Se encontró que la edad de la madre, particularmente las madres más jóvenes, era más propensa a sufrir ansiedad durante el embarazo temprano. Los sentimientos acerca de la proximidad del parto y el miedo al parto también pueden influir en el desarrollo de la ansiedad durante el embarazo temprano. A diferencia de los datos arrojados con el análisis estadístico realizado en el presente proyecto no se hallaron diferencias entre el nivel de ansiedad y la edad ( $p=0.434$ ), complicaciones de embarazos previos ( $p=0.321$ ), ni tampoco con la etapa del embarazo en que se encontraban las mujeres participantes ( $p=0.674$ ).

La ansiedad y la depresión maternas durante el embarazo no solo son un problema de salud importante para las mujeres porque muchas de ellas continúan teniendo trastornos psiquiátricos después del parto, sino también un problema de salud potencial para su descendencia. Se sabe que los hijos de mujeres que tienen depresión durante el embarazo tienen casi 5 veces más probabilidades de recibir un diagnóstico de depresión a los 16 años que aquellos que no estuvieron expuestos a la depresión prenatal. Por lo tanto, las gestantes con complicaciones deben recibir mayor atención psicológica por parte de los cuidadores y familiares, lo que podría disminuir la ocurrencia y desarrollo de la ansiedad prenatal. Puede ayudar a los médicos a determinar si las mujeres embarazadas deben someterse a pruebas de detección de ansiedad y ayudar a las mujeres embarazadas ansiosas a controlar sus emociones a través de la psicoterapia, así como para sopesar los beneficios y riesgos del tratamiento farmacológico cuando no se dispone de psicoterapia y, fundamentalmente, para mejorar los resultados tanto para las madres como para los neonatos.

## **CONCLUSIONES**

El nivel de ansiedad encontrado en mujeres embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 73 fue severo en 12 %, moderado 47% y leve en el 41 % de la muestra según el puntaje obtenido en la aplicación del instrumento de recolección.

El control prenatal de las mujeres embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 73 fue adecuado en el 60 %, es decir que acudieron a más de 6 consultas durante su periodo gestacional.

Se realizó el análisis de la relación entre el nivel de ansiedad y el control prenatal de mujeres embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 73 y los resultados obtenidos muestran una relación negativa, es decir que la relación entre el nivel de ansiedad y el control prenatal es inversa (Rho de Spearman = -0.071).

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, El instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES).

Mujeres y Hombres en México 2018. México. INEGI. (2018) de:

[http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/MHM\\_2018.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2018.pdf)

Tamez-González S, Valle-Arcos RI, Eibenschutz-Hartman C, Méndez-Ramírez I. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. Salud pública Méx. 2017; 48(5): 418-429. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342006000500008&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000500008&lng=es)

Organización Mundial de la Salud, Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. (2018) Washington, D.C.: Org. Panamericana de la Salud; Disponible en:

<http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>

Lugones-Botell M. La importancia de la atención prenatal en la atención y promoción de la salud. (2018), La Habana, Cuba, Rev Cubana de Obst y Gine. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2018/cog181a.pdf>

Wedel-Herrera K, Depresión, Ansiedad y Disfunción familiar en el embarazo. (2018) Costa Rica, Rev med Sinergia, Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms181a.pdf>

Mojica-Perilla M, Redondo-Rodriguez S, Osma-Zambrano SE. Depresión y ansiedad prenatal: una revisión de la literatura. MedUNAB. 2019 Sep 26;22(2):200–12.

Luna M, Hamana Z L, Colmenares YC, Maestre CA. Ansiedad y Depresión. AVFT. 2018; 20(2): 111-122. Disponible en:

[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-02642001000200002&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642001000200002&lng=es).

- Puga-Olguín A, Rodríguez Landa F, Morales Arias A, et al. Trastornos de Ansiedad, ResearchGate. (2020); Disponible en:  
[file:///C:/Users/nel\\_1/AppData/Local/Temp/Puga-Olgunetal.2020-Captulo6.pdf](file:///C:/Users/nel_1/AppData/Local/Temp/Puga-Olgunetal.2020-Captulo6.pdf)
- Bohorquez-Otálvaro AS, Lemos Hoyos M, Ansiedad, depresión y características demográficas asociadas en el embarazo de mujeres entre los 14 y los 40 años. (2020), Medellín, Universidad EAFIT, Disponible en:  
[https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/25473/AnaSofia\\_BohorquezOtalvaro\\_2020.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/25473/AnaSofia_BohorquezOtalvaro_2020.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Thomas-Hilarión WD, et al. Apoyo social percibido por mujeres gestantes de Santa Marta, Colombia: un análisis comparativo. *Revista Cuidarte* [Internet]. 31 de agosto de 2022;13(3). Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/2448>
- ORTIZ, Manuel S et al. Psychometric properties of the ENRICHD Social Support Instrument (ESSI) in a Chilean sample. *Ter Psicol* [online]. 2022 [citado el 12/enero//2023], vol.40, n.3, pp.331-346. Disponible en: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082022000300331&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082022000300331&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0718-4808.  
<http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082022000300331>.
- Wallace K, Araji S. An Overview of Maternal Anxiety During Pregnancy and the Post-Partum Period. *J Ment Heal Clin Psychol*. 2020;4(4):47–56.
- Peñalba YG, et al, Nuevos retos en los cuidados: detección de la ansiedad en la gestante de riesgo, *Enfermería Clínica*, Volume 29, Issue 4, 2019, Pages 248-253, ISSN 1130-8621, <://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.09.002>.  
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862118302237>)
- Brandao T, et al. Anxiety and depressive symptoms during pregnancy, perceived control and posttraumatic stress symptoms during pregnancy, perceived control and posttraumatic stress symptoms after childbirth. A longitudinal meditation analysis. *Journal of health psychology*. 2018. *J Health Psychol*. 2020 Nov-Dec;25(13-14):2085-2095. doi: 10.1177/1359105318787018. Epub 2018 Jul 10. PMID: 29987940. DOI: [10.1177/1359105318787018](https://doi.org/10.1177/1359105318787018).

van de Loo KFE, Vlenterie R, Nikkels SJ, et al. Depression and anxiety during pregnancy: The influence of maternal characteristics. *Birth*. 2018;45(4):478–89. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29517137/>

Mudra S, Göbel A, Barkmann C, et al. The longitudinal course of pregnancy-related anxiety in parous and nulliparous women and its association with symptoms of social and generalized anxiety. *J Affect Disord*. 2020;260:111–8. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31494362/>

Yu M, Qiu T, Liu C, Cui Q, Wu H. The mediating role of perceived social support between anxiety symptoms and life satisfaction in pregnant women: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1):1–8. Available from:

<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-020-01479-w>

Feligreras-Alcalá D, Frías-Osuna A, Del-Pino-casado R. Personal and Family Resources Related to Depressive and Anxiety Symptoms in Women during Puerperium. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(14):1–14. Available from: [/pmc/articles/PMC7400701/](https://pmc/articles/PMC7400701/)

Monterrosa-Castro A., et al. Factores psicosociales y obstétricos asociados con depresión, ansiedad o estrés psicológico en embarazadas residentes en el Caribe colombiano. *Ginecol. obstet. Méx.* [revista en la Internet]. 2022 [citado 12 mayo 2023]; 90(2):134-147. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412022000200134&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412022000200134&lng=es). Epub 30-Mayo-2022. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i2.7248>.

Kim MK, Lee SM, et al. Socioeconomic status can affect pregnancy outcomes and complications, even with a universal healthcare system. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):2. Available from: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-017-0715-7>

Awad-Sirhan N, Simó-Teufel S, et al. Factores asociados al estrés prenatal y la ansiedad en gestantes durante el COVID-19 en España. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2021 Oct 21; Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1130862121002205?token=08CF0D940ACB261CE3C0105AC9729E95AD511513B77B9539853F58219151133D8F606A8CED52964C82B178B5A94403EC&originRegion=us-east-1&originCreation=20211103084310>

- Caparros-Gonzalez RA, Torre-Luque A de la, Romero-Gonzalez B, Quesada-Soto JM, Alderdice F, Peralta-Ramírez MI. Stress During Pregnancy and the Development of Diseases in the offspring: A Systematic-Review and Meta-Analysis. *Midwifery*. 2021 Jun;97:102939.
- Osma-Zambrano SE, Lozano-Osma MD, Mojica-Perilla M, Redondo-Rodríguez S. Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia). *MedUNAB* [Internet]. 2019 Sep 26;22(2):171–85. Available from: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3586/3122>
- Herrera KW, editor. *DEPRESION, ANSIEDAD Y DISFUNCION FAMILIAR EN EL EMBARAZO*. Vol. 3. *Revista Médica Sinergia*; 2018.
- Cruz N. Influencia del estrés prenatal en las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes, atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno, 2021. *Upscedupe* [Internet]. 2021 [cited 2022 marzo 18]; Available from: <http://repositorio.upsc.edu.pe/handle/UPSC%20S.A.C./124>
- Valeriano Gutiérrez, Karen. Nivel de estrés prenatal en pacientes hospitalizadas con preeclampsia en un instituto materno – Lima, 2018. *Uplaedupe* [Internet]. 2018 [cited 2022 enero 12]; Available from: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1392>