



Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna durante el puerperio inmediato

Gustavo Romero-Gutiérrez,¹ David Rocha-Morales,² Armando Saúl Ruiz-Treviño³

RESUMEN

Antecedentes: durante el embarazo, la ansiedad es un factor de riesgo de morbilidad materno-fetal con efectos adversos en el recién nacido a corto y largo plazos.

Objetivo: determinar, mediante la escala de ansiedad de Hamilton modificada, el grado de ansiedad materna durante el puerperio inmediato y su asociación con complicaciones materno-fetales.

Material y método: estudio transversal que incluyó 384 pacientes entre 18 y 38 años de edad que cursaban el puerperio inmediato, a quienes se aplicó el cuestionario estructurado de la Escala de Ansiedad de Hamilton modificada para determinar el grado de ansiedad y su asociación con factores de morbilidad materno-fetal. Los datos se analizaron con prueba de regresión logística, con valor alfa de 0.05.

Resultados: 135 (35%) pacientes tuvieron ansiedad asociada con el puerperio, los factores influyentes fueron: escolaridad ($p = 0.0034$), número de embarazos ($p = 0.0001$) y ocupación ($p = 0.0001$). Las mujeres con ansiedad tuvieron mayor frecuencia de amenaza de aborto ($p = 0.0061$), amenaza de parto prematuro ($p = 0.0001$), sepsis neonatal ($p = 0.0123$) y el recién nacido taquipnea transitoria ($p = 0.0016$).

Conclusiones: durante el puerperio, un porcentaje significativo de mujeres sufre ansiedad, lo que se relaciona con mayor morbilidad materno-fetal. Se recomienda la identificación oportuna de este trastorno para evitar su repercusión en el cuidado del neonato.

Palabras clave: ansiedad, factores de riesgo, morbilidad materno-fetal.

ABSTRACT

Background: Anxiety during pregnancy is a risk factor of maternal and fetal morbidity with adverse results in newborn at short and long term.

Objective: To determine, with the modified Hamilton Anxiety Scale, the level of anxiety at the immediate postpartum and its association with maternal and fetal morbidity.

Material and method: A cross-sectional study including 384 patients at the immediate postpartum to whom modified Hamilton Anxiety Scale was applied to determine the level of anxiety and its association with maternal factors and fetal and neonatal morbidity. Data were analyzed with statistical logistic regression analysis; an alpha value was set at 0.05.

Results: One hundred thirty-five patients had anxiety associated at immediate postpartum, the significant factors were scholarship ($p = 0.0034$), number of pregnancies ($p = 0.0001$), occupation ($p = 0.0001$). Women with anxiety had more frequency of threatened abortion ($p = 0.0061$), preterm labor ($p = 0.0001$), neonatal sepsis ($p = 0.0123$) and transient tachypnea of the newborn ($p = 0.0016$).

Conclusions: A significant percentage of pregnant women had anxiety at immediate postpartum. Women with anxiety suffer more frequently maternal and fetal morbidity. It is recommended the opportune identification of this disorder in order to avoid the repercussion in the neonatal care.

Key words: anxiety, risk factors, maternal outcome.

RÉSUMÉ

Antécédentes: l'anxiété est un facteur de risque de morbidité fœtale avec effets indésirables au cours de la grossesse chez le nouveau-né à court et à long terme.

Objectif: à déterminer, à l'aide de la Hamilton mis à jour l'anxiété échelle, le degré d'anxiété maternelle pendant la période de post-partum immédiat et son association avec complications foetales.

Matériel et méthodes: une étude transversale qui a inclus 384 patients âgés de 18 et 38 ans qui étaient inscrits dans la période postnatale immédiate, qui a demandé le questionnaire structuré de l'échelle d'anxiété de Hamilton modifiée pour déterminer le degré d'anxiété et de son association avec des facteurs de morbidité materno-fœtale. Les données ont été analysées avec la preuve de la régression logistique, avec une valeur alpha de 0,05.

Résultats: 135 (35 %) patients avaient anxiété associée à la période puerpérale, les facteurs d'influence sont : l'éducation ($p = 0,0034$), nombre de grossesses ($p = 0,0001$) et de l'occupation ($p = 0,0001$). Femmes avec anxiété avaient augmenté la fréquence de menace d'avortement ($p = 0,0061$), menace d'accouchement prématué ($p = 0,0001$), septicémie néonatale ($p = 0,0123$) et tachypnée transitoire du nouveau-né ($p = 0,0016$).

Conclusions: au cours de la période postnatale, un pourcentage important de femmes souffre anxiété, ce qui est lié à une plus grande morbidité maternelle-fœtale. L'identification rapide de ce trouble est recommandée afin d'éviter leur impact sur les soins du nouveau-né.

Mots-clés: anxiété, facteurs de risque et la morbidité maternelle-fœtale.

RESUMO

Antecedentes: materna pós-parto a ansiedade é um fator de risco para morbidade fetal com efeitos adversos durante a gravidez, o recém-nascido a curto e longo prazo.

Objetivo: determinar, usando o Hamilton modificado ansiedade escala, grau de ansiedade materna durante o período pós-parto imediato e sua associação com complicações fetais.

Material e métodos: estudo transversal que incluiu 384 pacientes entre 18 e 38 anos de idade que estavam matriculadas no período pós-natal imediato, que aplicaram o questionário estruturado da escala de ansiedade de Hamilton modificado para determinar o grau de ansiedade e sua associação com fatores de morbidade materno-fetal. Os dados foram analisados com prova de regressão logística, com valor de alfa de 0,05.

Resultados: 135 (35%) pacientes tinham ansiedade associada ao puerpério, os fatores influentes foram: Educação ($p = 0.0034$), número de gestações ($p = 0.0001$) e ocupação ($p = 0.0001$). Mulheres com ansiedade tinham aumentado a freqüência de aborto ameaçado ($p = 0.0061$), ameaça de parto prematuro ($p = 0.0001$), sepse neonatal ($p = 0.0123$) e taquipneia transitória do recém-nascido ($p = 0.0016$).

Conclusões: durante o período pós-parto, uma percentagem significativa de mulheres sofre de ansiedade, o que está relacionado a maior morbidade materna-fetal. A identificação atempada deste transtorno é recomendada para evitar o seu impacto sobre o cuidado do recém-nascido.

Palavras-chave: ansiedade, fatores de risco, morbidade materna-fetal.

La ansiedad durante el embarazo es un factor de riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y otros efectos adversos para la madre y el neonato.¹ Además, se ha asociado con gestaciones más cortas con repercusión en el desarrollo neurológico por prematuridad.²

Vrekoussis y su grupo³ sugieren que los estímulos adversos prenatales, como el estrés y la ansiedad en la madre, actúan en el embrión en desarrollo *in utero*, lo que causa trastornos de salud a corto y a largo plazo: parto prematuro, bajo peso al nacer y enfermedades en etapas adultas que van desde trastornos del desarrollo neurológico hasta el síndrome metabólico.

En un estudio realizado por Berkowitz y colaboradores⁴ se encontró que aunque hay una tendencia lineal signifi-

cativa entre el estrés y el parto prematuro en las mujeres blancas, esta asociación no se observa en las mujeres afroamericanas, por lo que la raza también es un factor asociado. Otros estudios epidemiológicos demuestran, sistemáticamente, asociación entre la ansiedad materna y el parto prematuro en etapa aguda; asimismo, el estrés crónico se asocia con recién nacidos con peso bajo al nacer.⁵ El estrés materno puede afectar el desarrollo del cerebro fetal y aumentar significativamente algunas enfermedades, como los trastornos convulsivos, anomalías neuroinflamatorias, esquizofrenia y complicaciones perinatales.⁶

Es importante tener un instrumento para clasificar el grado de ansiedad-estrés que puede padecer la mujer en el puerperio inmediato, por lo que en este estudio se utilizó la Escala de Ansiedad de Hamilton modificada por Carrobles,⁷ que es ampliamente utilizada en la actualidad para valorar el grado de ansiedad en forma global, ya que discrimina adecuadamente entre pacientes con ansiedad y sanos. Inicialmente se conformó para valorar neurosis de ansiedad y la respuesta de pacientes con ansiedad a los tratamientos farmacológicos.⁸ El objetivo de este estudio es: determinar, mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton modificada, el grado de ansiedad materna durante el puerperio inmediato y su asociación con complicaciones materno-fetales.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal en el que se aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton modificada a 384 pacientes en el puerperio inmediato, por parto o cesárea, en la Unidad

¹ Ginecoobstetra perinatólogo. Director de Educación e Investigación.

² Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.

³ Médico pasante en Investigación.

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco-Pediatría 48, León, Guanajuato. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia: Dr. Gustavo Romero-Gutiérrez. UMAE. Hospital de Gineco-Pediatría 48, piso 1. Fuego 216, León 37160 Guanajuato. Correo electrónico: gustavo.romerog@imss.gob.mx

Recibido: octubre 2012. Aceptado: febrero 2012.

Este artículo debe citarse como: Romero-Gutiérrez G, Rocha-Morales D, Ruiz-Treviño AS. Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna durante el puerperio inmediato. Ginecol Obstet Mex 2013;81:180-185.

Médica de Alta Especialidad del Hospital de Gineco-Pediatria 48 del Instituto Mexicano del Seguro Social de León, Guanajuato. El periodo de estudio fue de enero a diciembre de 2011. Las pacientes se reclutaron de acuerdo con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: mujeres de 18 a 38 años de edad, con puerperio inmediato por parto o cesárea, atendidas en nuestro hospital sin antecedentes de enfermedades crónicas o psiquiátricas.

Criterios de exclusión: pacientes en quienes no pudo completarse la hoja de captura de datos por falta de conocimiento de la información interrogada o no estar descrita en el expediente clínico.

El protocolo fue aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética en Salud del hospital, que está integrado por un presidente, quien es ginecoobstetra y director de la Unidad, un secretario general, que es miembro del Sistema Nacional de Investigadores del CONACYT, y cinco vocales, todos con destacada trayectoria en investigación validada por la Coordinación Nacional de Investigación en Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social. A todas las pacientes se les informó el propósito del estudio, se les explicó el procedimiento y dieron su consentimiento para participar.

En la hoja de captura se registraron los siguientes datos de cada una de las pacientes: nombre, edad, escolaridad, estado civil, antecedentes ginecoobstétricos –cantidad de embarazos, partos, cesáreas, abortos–, ocupación, realización de ejercicio físico, si fue o no deseado el embarazo, si tuvo alguna complicación desde el inicio y durante el embarazo. También se recabaron los siguientes datos después de la terminación del embarazo: vía de terminación del embarazo –ya sea parto o cesárea–, calificación de Apgar al minuto y a los cinco minutos, peso, edad gestacional por Capurro y talla del neonato, y si hubo alguna complicación.

La Escala de Ansiedad de Hamilton modificada se aplicó durante la estancia hospitalaria en las primeras 8 a 24 horas después del parto o la cesárea. La escala de ansiedad de Hamilton (*Hamilton Anxiety Scale*)⁸ se diseñó en 1959. Inicialmente constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se resumieron en dos, con lo que quedó reducida a 13. Después, en 1969 el ítem “síntomas somáticos generales” se dividió en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) con lo que quedó con 14. Su objetivo es valorar el grado de ansiedad; según el autor, no

debe usarse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia). Existe una versión española, realizada por Carrobles y colaboradores⁷ en 1986, que es la utilizada en este estudio. Esta versión es la que se usa más ampliamente en la actualidad. La escala tiene 14 preguntas, cada pregunta consta de cinco opciones con intervalo de 0 a 4, donde 0 corresponde a ausente, 1 = intensidad leve, 2 = intensidad moderada, 3 = intensidad grave y 4 = totalmente incapacitante. Se seleccionó sólo una respuesta y al final se contaron los puntos obtenidos correspondientes a cada paciente y se clasificaron en tres grupos de acuerdo con la puntuación: no ansiedad (0-5 puntos), ansiedad leve (6 a 14 puntos) y ansiedad severa (15 o más puntos); la puntuación total de la prueba es de 56 puntos. Posteriormente, el mismo investigador llenó el formato de recolección de datos.

Para el cálculo de la muestra se tomó en cuenta la amplitud total con intervalo de 0.1 y nivel de confianza de 95%, los datos se analizaron mediante estadística descriptiva con media aritmética, error estándar y valores porcentuales. Se realizó análisis de regresión logística para encontrar factores de predicción de ansiedad materna. Los factores de riesgo socio-demográficos y clínicos se consideraron variables independientes. La variable dependiente fue la existencia o no de ansiedad. Se asignó un valor alfa de 0.05. El análisis estadístico se realizó con el programa NCSS (*Number Cruncher Statistical System*).

RESULTADOS

Se incluyeron 386 mujeres en el puerperio inmediato entre 8 y 24 h posparto o cesárea, con límites de edad de 18 y 38 años; de ellas dos pacientes tuvieron datos incompletos y se excluyeron del estudio, por lo que se incluyeron 384 participantes; la edad promedio total fue de 26.8 años, la edad promedio de las pacientes sin ansiedad fue de 26.4 años y la de las pacientes con ansiedad de 27.6 años.

Se encontró que 135 mujeres (35%) tuvieron ansiedad y 249 (65%) no. Del porcentaje de mujeres (35%) con ansiedad 18% tuvieron ansiedad severa y 16% cursaron con ansiedad leve. Al analizar los factores de morbilidad materno-fetal asociados con ansiedad encontramos mayor porcentaje de complicaciones en el grupo de ansiedad (Cuadro 1).

Cuadro 1. Análisis de las variables de morbilidad materno-fetal asociadas con ansiedad

Variable	Mujeres sin ansiedad n = 249		Mujeres con ansiedad n = 135	
	n	%	n	%
Amenaza de aborto	26	10.4	26	19
Infección de vías urinarias	53	21.2	29	21
Amenaza de parto prematuro	34	13.6	51	37.5
Parto prematuro	3	1.2	16	11.7
Rotura prematura de membranas	36	14.4	34	25.2
Sepsis	3	1.2	11	7.5
Taquipnea transitoria del recién nacido	4	1.6	16	11.7
Hipoglucemia	8	3.2	12	8.3
Macrosomía	0	0	3	1.8
Restricción del crecimiento intrauterino	10	4	12	8.8
Sufrimiento fetal agudo	0	0	5	3.6
Aspiración de meconio	0	0	4	3.1
Porcentaje total	162	65	48	35

Entre los factores sociodemográficos asociados con ansiedad las variables significativas fueron: la escolaridad (a mayor grado de escolaridad, mayor grado de ansiedad), $p = 0.0034$; el número de embarazos (a menor paridad, mayor ansiedad), $p = 0.0001$, y hubo más casos de ansiedad en pacientes que trabajan en comparación con las que se dedican al hogar, $p = 0.0001$ (Cuadro 2).

Cuadro 2. Análisis de regresión logística de variables sociodemográficas asociadas con ansiedad

Variable	Coeficiente de regresión	Nivel de probabilidad
Escolaridad	0.1799	0.0034
Estado civil	0.6616	0.1629
Embarazos	0.5705	0.0001
Ocupación	2.435	0.0001
Realización de ejercicio	5.1432	0.8820
Embarazo deseado	0.5103	0.5763
Complicaciones durante el embarazo	4.9048	0.0001

En el análisis de la asociación entre las variables y la ansiedad, las variables significativas fueron: amenaza de aborto ($p = 0.0061$), sepsis neonatal ($p = 0.0123$), taquipnea transitoria del recién nacido ($p = 0.0016$) y amenaza de parto prematuro (0.0001). Sin embargo, otros factores (como parto prematuro, rotura prematura de membranas, hipoglucemia, macrosomía y otras complicaciones) no fueron significativas (Cuadro 3).

Cuadro 3. Análisis de regresión logística de las variables de morbilidad materno-neonatal asociadas con ansiedad

Variable	Coeficiente de regresión	Nivel de probabilidad
Amenaza de aborto	1.2649	0.0061
Infección de vías urinarias	-0.7754	0.1043
Amenaza de parto prematuro	3.3797	0.0001
Parto prematuro	1.0180	0.1907
Rotura prematura de membranas	0.8578	0.1083
Sepsis	2.3840	0.0123
Taquipnea transitoria del recién nacido	2.4549	0.0016
Hipoglucemia	0.5478	0.4851
Macrosomía	15.8201	0.9891
Restricción del crecimiento intrauterino	1.2861	0.0779
Sufrimiento fetal agudo	17.6360	0.9797
Aspiración de meconio	14.3334	0.9851

DISCUSIÓN

La ansiedad durante el embarazo y el puerperio es un importante y frecuente factor de morbilidad materno-fetal que poco se ha tomado en cuenta. No están claras las estrategias para su tratamiento y, aunque existe un apartado en el sistema de salud que se enfoca a la atención psicológica, es insuficiente si se tiene en cuenta que no han podido disminuirse las tasas de prematuridad y su comorbilidad en el recién nacido, por lo que los resultados de este estudio

pueden abrir una línea de investigación que de mayor veracidad a la interrogante de si la ansiedad medida durante el embarazo es un factor de riesgo para las variables de morbilidad materno-fetal.

La ansiedad, al igual que la depresión prenatal, se ha asociado en numerosos estudios con resultados perinatales adversos en la madre y el recién nacido.¹ A pesar de que la depresión posparto se ha estudiado ampliamente, algunos estudios indican que la ansiedad antenatal es más prevalente durante la mayor parte de las etapas del embarazo. La ansiedad antenatal se considera factor de riesgo de depresión posparto.⁹

Nuestros resultados concuerdan con lo reportado por Dunkel y su grupo¹ quienes describen que la ansiedad durante el embarazo se asocia con embarazos más cortos y tiene consecuencias adversas para el recién nacido, como prematuridad y mayor susceptibilidad a la morbilidad. Hobel y colaboradores¹⁰ mencionan que niveles altos de ansiedad y estrés y la vida laboral en las embarazadas aumentan el riesgo de parto prematuro, sepsis y desnutrición; sin embargo, en nuestras pacientes sólo hubo mayor relación de la ansiedad severa con sepsis neonatal y otras complicaciones.

En las mujeres de este estudio encontramos una prevalencia de ansiedad durante el embarazo de 35%, que es menor a la que mencionan Rozas y colaboradores,¹¹ quienes, en un estudio comparativo que valoró la ansiedad con la Escala de Ansiedad de Hamilton, encontraron prevalencia en el grupo de embarazadas adolescentes de 74.3% y en adultas de 48.5%. Esto podría explicarse debido a algunos factores que no se analizaron en nuestro estudio, como: edad de la pareja, ser adolescente y la problemática que esto implica.

También existen diferencias en cuanto a la puntuación en el grupo de ansiedad asociada con el embarazo. En nuestro estudio la media fue de 14 puntos, comparada con 8.6 puntos.¹¹

Nuestros hallazgos concuerdan con lo reportado por Gwen y su grupo,¹² quienes encontraron que el parto prematuro puede implicar una interacción entre la respuesta al estrés materno y su fisiología gestacional, porque las mujeres en mayor riesgo de parto prematuro tienen mayores puntuaciones de ansiedad en relación con menor nivel educativo. Sin embargo, nuestros resultados difieren de los de estos autores, porque nosotros encontramos mayor ansiedad en relación con mayor nivel de escolaridad y puede deberse a que la mayoría de las mujeres con mayor escolaridad son solteras.

Asimismo, otra variable significativa en nuestro estudio fue el hecho de tener un trabajo, lo que se asoció con mayor nivel de ansiedad durante el embarazo. De manera similar, Talge y su grupo¹³ encontraron mayor ansiedad en mujeres que trabajan fuera del hogar y este factor se relacionó con mayor frecuencia de parto prematuro, y explican que el estrés laboral se relaciona con aumento de la contractilidad uterina; estos autores reportan que 15% de las pacientes con ansiedad asociada con el embarazo tienen complicaciones materno-fetales.

En la bibliografía no encontramos estudios que se enfoquen al estudio de la ansiedad durante el embarazo y sus repercusiones en la madre y el recién nacido, excepto el estudio comparativo de Rozas y colaboradores,¹¹ que valoró la ansiedad con la Escala de Ansiedad de Hamilton a dos grupos de mujeres, pero sin incluir factores asociados de morbilidad materno-neonatal. Sin embargo, nuestros resultados muestran la importante asociación de la morbilidad materno-fetal con la ansiedad, ya que la mayor parte de las variables analizadas fueron significativas.

En los resultados obtenidos fueron estadísticamente significativas la taquipnea transitoria del recién nacido, la sepsis y la amenaza de parto pretérmino, lo que es similar a lo reportado por Beijers y su grupo,¹⁴ quienes además reportaron que la prematuridad conlleva mayor riesgo de sepsis y morbilidad pulmonar caracterizada por inmadurez del sistema respiratorio.

CONCLUSIONES

La ansiedad asociada con el puerperio es un factor de morbilidad materno-fetal que requiere diagnóstico oportuno. En nuestro medio es necesario el seguimiento y tratamiento de la ansiedad de la mujer embarazada. En pacientes con mayor nivel de ansiedad, nivel de académico y con trabajo remunerado se observan más complicaciones perinatales.

REFERENCIAS

1. Dunkel-Schetter C. Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annu Rev Psychol* 2011;62:531-558.
2. Dunkel-Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry* 2012;25:141-148.

3. Vrekuassis T, Kalantaridou SN, Mastorakos G, Zoumakis E, et al. The role of stress in female reproduction and pregnancy: an update. *Ann N Y Acad Sci* 2010;1205:69-75.
4. Berkowitz GS, Kasl SV. The role of psychosocial factors in spontaneous preterm delivery. *J Psychosom Res* 1983;27:283-290.
5. Hoque CJ, Bremner JD. Stress model for research into preterm delivery among black women. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:S47-S55.
6. Kinney DK, Munir KM, Crowley DJ, Miller AM. Prenatal stress and risk for autism. *Neurosci Biobehav Rev* 2008;8:1519-1532.
7. Carrobles JA, Costa M, Del Ser T, Bartolomé P. La práctica de la terapia de conducta. Valencia: Promolibro, 1986.
8. Hamilton M. Diagnosis and rating of anxiety in studies of anxiety lander. *Br J Psychiatr Spec Pub* 1969;3:76-79.
9. Giakoumaki O, Vasilaki K, Lili L, Skourliakou M, Liosis G. The role of maternal anxiety in the early postpartum period: screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2009;30:21-28.
10. Hobel C, Culhane J. Role of psychosocial and nutritional stress on poor pregnancy outcome. *J Nutr* 2003;133:1709S-1717S.
11. Rozas M, Soto Y, Vera Y, Vera MI. Niveles de ansiedad y factores asociados en gestantes adolescentes y adultas que acuden a los Hospitales del Ministerio de Salud de la Ciudad del Cuzco – 1999. *SITUA* 2001;18.
12. Latendresse G. The interaction between chronic stress and pregnancy: preterm birth from biobehavioral perspective. *J Midwifery Womens Health* 2009;54:8-17.
13. Taige NM, Neal C, Glover V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48:245-261.
14. Beijers R, Jansen J, Riksen-Walraven M, De Weerth C. Maternal prenatal anxiety and stress predict infant illnesses and health complaints. *Pediatrics* 2010;126:401-410.