CARACTERIZACIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO DE 14 A 40 AÑOS DE EDAD EN EL PERIODO MAYO 2023 A- NOVIEMBRE 2023 B EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ

Autores: Villarreal[1], E.Vargas O [2] ,Oñate L [3],Vargas S [4]

1 Médicos internos del HUEM , Universidad Metropolitana
2 Médicos internos del HUEM, Universidad Simón Bolívar
3 Médicos internos del HUEM, Universidad Simón Bolívar
4 Médicos internos del HUEM, Universidad Cooperativa de Colombia

RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo caracterizar los niveles de ansiedad experimentados por las mujeres durante el trabajo de parto en el hospital Erasmo Meoz en el periodo de tiempo de mayo del 2023 a noviembre del 2023,Para realizar la caracterización de los niveles de estrés de las gestantes en trabajo de parto inicialmente se realizó una revisión sistemática de la literatura científica para identificar y analizar estudios relevantes sobre este tema y posteriormente se implementó la escala de hamilton para determinar el grado grado ansiedad de las gestantes junto con algunas variables sociodemográficas los resultados obtenidos nos indica que la ansiedad es una experiencia común durante el trabajo de parto, y que su nivel puede variar significativamente entre las mujeres. Además, se encontraron diversas variables que pueden influir en los niveles de ansiedad, como la edad de la mujer, estrato socioeconómico,comorbilidades y las expectativas previas al parto. Estos hallazgos tienen importantes implicaciones clínicas y sugieren la necesidad de intervenciones costo efectivas para reducir la ansiedad y mejorar la experiencia del parto.

INTRODUCCIÓN

Basados en la importancia de la salud mental y la atención materna durante el parto, la presente investigación está enfocada en determinar la posible correlación entre el trabajo de parto y el aumento en los niveles de ansiedad durante este proceso teniendo como motivación que el trabajo de parto es un proceso fisiológico y emocionalmente complejo que puede generar ansiedad en las mujeres. La ansiedad durante el trabajo de parto puede causar malestar emocional y afectar negativamente el progreso del parto y la experiencia de la mujer. Por lo tanto, comprender y caracterizar los niveles de ansiedad durante esta etapa es fundamental para brindar un cuidado adecuado y mejorar los resultados maternos y neonatales

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio transversal de tipo descriptivo y no experimental en el período comprendido entre el 1 de mayo de 2023 y el 2 de noviembre de 2023.inicialmente se realizó una revisión sistemática de la literatura científica para identificar y analizar estudios relevantes sobre este tema y posteriormente se implementó la escala de hamilton para determinar el grado grado ansiedad de las gestantes junto con algunas variables sociodemográficas donde inicialmente La muestra estuvo compuesta por 150 mujeres en trabajo de parto. Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: mujeres en trabajo de parto con edades comprendidas entre 15 y 40 años, con un feto único vivo en presentación cefálica, gestación a término, sin cesárea electiva programada, y que fueran capaces de leer y hablar español. Los criterios de exclusión abarcaban a mujeres en trabajo de parto
con antecedentes de enfermedad mental diagnosticada o que presentaban una puntuación severa según la escala análoga del dolor que imposibilitaba la realización del cuestionario .

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos nos indican que la ansiedad es una experiencia común durante el trabajo de parto, y que su nivel puede variar significativamente entre las mujeres. Además, se encontraron diversas variables que pueden influir en los niveles de ansiedad, como la edad de la mujer, estrato socioeconómico,comorbilidades y las expectativas previas al parto. Estos hallazgos tienen importantes implicaciones clínicas y sugieren la necesidad de intervenciones costo efectivas para reducir la ansiedad y mejorar la experiencia del parto.

DISCUSIÓN:

Durante el embarazo y parto, las mujeres sufren una serie de cambios psicológicos y fisiológicos que generan estrés. Además, con la progresión del trabajo de parto, la ansiedad se vuelve creciente y se ha demostrado que tiene efectos adversos en los resultados de salud materna e infantil. La prevalencia de ansiedad entre mujeres prenatales es más alta que en la población general 27% vs 5%, existiendo tasas de complicaciones significativamente más altas en mujeres ansiosas. En diversas revisiones se ha descrito que puede haber más síntomas psiquiátricos posparto, disminución del funcionamiento sexual y del deseo de tener un próximo hijo, además, mala conexión madre - bebé cuando las madres

tuvieron experiencias durante el parto más negativas. En el caso de las mujeres que se someten a una cesárea, los altos niveles de ansiedad también pueden conducir a resultados negativos, tales como un consumo mayor de analgésicos, presión arterial y frecuencia cardiaca elevada, nivel de cortisol elevado, respuesta inmune reducida, curación más lenta de heridas y mayor riego de infección.
Además, los padres de bebés prematuros enfrentan desafíos psicológicos y físicos adicionales durante la transición a la paternidad. La prematuridad afecta las morbilidades a corto y largo plazo de los bebés, lo que puede generar dificultades extremas y emocionales para los padres, como depresión y ansiedad posparto (pace et al., 2016). Los padres también experimentan una gran angustia emocional después de un parto prematuro. Incluso una revisión de Cai Thi et al. La prevalencia de depresión posparto (29,2%) ansiedad (37.7%) entre las madres de niños prematuros.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta revisión sistemática evidencian que la ansiedad es una experiencia frecuente durante el trabajo de parto y que su nivel puede variar ampliamente entre las mujeres. Además, se identificaron variables como la edad, estrato socioeconómico y las comorbilidades que influyen en los niveles de ansiedad durante esta etapa. Estos hallazgos resaltan la importancia de evaluar y abordar la ansiedad durante el trabajo de parto para mejorar la experiencia materna y neonatal. Se requieren intervenciones eficaces para reducir la ansiedad y promover un ambiente de parto seguro y tranquilo adaptadas a la infraestructura y disponibilidad de recursos de cada institución prestadora de servicios de salud . Futuras investigaciones podrían explorar nuevas estrategias de intervención específicas costo efectivas dirigidas a reducir la ansiedad durante el trabajo de parto y sus efectos en la salud materna y neonatal

RECOMENDACIONES:

ABSTRACT

INTRODUCTION

Based on the importance of mental health and maternal care during childbirth, the present research is focused on determining the possible compensation between labor and the increase in anxiety levels during this process, having as motivation that labor . It is a physiologically and emotionally complex process that can generate anxiety in women. Anxiety during labor can cause emotional distress and negatively affect the progress of labor and the woman's experience. Therefore, understanding and characterizing anxiety levels during this stage is critical to providing appropriate care and improving maternal and neonatal outcomes

MATERIALS AND METHODS:

A descriptive and non-experimental cross-sectional study was carried out in the period between May 1, 2023 and November 2, 2023. Initially, a systematic review of the scientific literature was carried out to identify and analyze relevant studies on this topic and subsequently the Hamilton scale was implemented to determine the degree of anxiety of pregnant women along with some sociodemographic variables. where initially the sample was made up of 150 women in labor. The following inclusion criteria were applied: women in labor aged between 15 and 40 years, with a live single fetus in cephalic presentation, full-term gestation, without a scheduled elective cesarean section, and who were able to read and speak Spanish. Exclusion criteria included women in labor
with a history of diagnosed mental illness or who had a severe score according to the pain analogue scale that made it impossible to complete the questionnaire.

RESULTS:

The results obtained indicate that anxiety is a common experience during labor, and that its level can vary significantly between women. In addition, various variables were found that can influence anxiety levels, such as the woman's age, socioeconomic status, comorbidities, and expectations prior to childbirth. These findings have important clinical implications and suggest the need for cost-effective interventions to reduce anxiety and improve the birth experience.

CONCLUSIONS

The results of this systematic review show that anxiety is a common experience during labor and that its level can vary widely among women. In addition, variables such as age, socioeconomic status and comorbidities that influence anxiety levels during this stage were identified. These findings highlight the importance of assessing and addressing anxiety during labor to improve the maternal and neonatal experience. Effective interventions are required to reduce anxiety and promote a safe and calm birth environment adapted to the infrastructure and availability of resources of each institution providing health services. Future research could explore new specific cost-effective intervention strategies aimed at reducing anxiety during labor and its effects on maternal and neonatal health.

INTRODUCCIÓN

“La salud mental ha sufrido un boom en los últimos años, tomando cada vez más relevancia en la sociedad, siendo actualmente un punto de referencia para el manejo de cada individuo, no solo abarcando enfermedades físicas, sino también la salud mental” (Rojas-Bernal LA, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP. 2018; 32(2): 130. 1)

El embarazo es un estado de gran importancia para la mujer, en la cual gracias a los procesos fisiológicos presentes durante el transcurso del mismo, ocurren cambios tanto a nivel macroscópico como molecular. Entre estos cambios se destaca la liberación hormonal específica que ocurre a lo largo de la duración del embarazo; en donde se ha descrito la aparición de hormonas como, el lactógeno placentario, progesterona, estrógeno, etc.

El miedo y ansiedad al parto afecta negativamente a las mujeres durante el embarazo e incluso después del parto. La tasa de ansiedad al parto varía entre distintos países, sin tener evidencia sólida de las razones de la variación, sin embargo, según distintos autores (Anna Dencker, 2019), se cree que es debido a diferencias culturales, condiciones personales internas o externas de las mujeres, es decir, una mala salud mental, trastornos de ansiedad, experiencias previas de trauma y abuso, o circunstancias sociales como apoyo social deficiente, desempleo y problemas económicos, además, algunas mujeres tienen creencias culturales sobre el parto como un evento médico riesgoso.

Las mujeres con gran miedo al parto durante el embarazo corren varios riesgos. Tienden a tener con mayor probabilidad una experiencia negativa del parto, independientemente de las complicaciones obstétricas, pero también tienen con mayor frecuencia complicaciones relacionadas con el parto y un mayor riesgo de estrés postraumático, ansiedad o depresión. (Sluijs, Cleiren, & Wijma, 2012)

Basado en la importancia de la salud mental, se enfoca la investigación en determinar la posible correlación entre el trabajo de parto y el aumento en los niveles de ansiedad que afectan a las mujeres embarazadas en el Hospital Erasmo Meoz de Cúcuta en el periodo del 1 de mayo del 2023 hasta el dos de noviembre del 2023. Para la realización de la investigación, se toma como herramienta de medición la Escala de Hamilton.

EPIDEMIOLOGÍA

El embarazo es un período en el que se presentan cambios fisiológicos, psíquicos, hormonales y sociales, aumentando el riesgo de sufrimiento emocional y morbilidad psiquiátrica en esta etapa de la vida de la mujer. Algunas mujeres pueden experimentar el embarazo como una fuente de felicidad, satisfacción y autorrealización; otras, sin embargo, pueden experimentar durante este período cambios en su salud mental, como el desarrollo de ansiedad.

La evidencia sugiere que la probabilidad de ansiedad durante el embarazo aumenta en casos de comorbilidad psiquiátrica, eventos estresantes, desventaja social, antecedentes de aborto, pérdida fetal, parto prematuro o pérdida neonatal temprana, antecedentes de enfermedad mental o de tratamiento psiquiátrico durante un embarazo anterior o durante toda la vida. (Monica María De Jesus Silva, 2017)

Se informa que la prevalencia del miedo durante el embarazo oscila entre el 10 y el 50%, dependiendo de la definición y el grado de miedo, pero la definición de ansiedad perinatal es compleja y el marco de normalidad sigue sin estar claro.

Teniendo en cuenta la creencia de muchas sociedades de que el estado psicológico de la madre puede afectar al niño en su útero, el trastorno de ansiedad se considera uno de los factores de riesgo en el desarrollo del embarazo, ya que su aparición puede comprometer al feto al asociarse con resultados neonatales negativos.

De hecho, estudios nacionales e internacionales apuntan a índices de ansiedad variables de alrededor del 23% en un estudio realizado en Alberta, Canadá, 15,6% en un estudio realizado en Alemania y 49% en Pakistán. (Monica María De Jesus Silva, 2017)

La prevalencia del miedo intenso al parto (FOC) varía del 4,8% en Australia (Toohill, Fenwick, Gamble y Creedy, 2014) al 6,3% en Bélgica y al 14,8% en Suecia. Los sentimientos de incertidumbre de las mujeres en torno al proceso de parto parecen ser la base de su miedo a dar a luz (Sheen y Slade, 2018). Las mujeres con miedo al parto tienen un riesgo cinco veces mayor de tener una experiencia de parto negativa.(Wigert H, et al, 2020)

Un estudio llevó entre 208 mujeres embarazadas para ver la importancia de variables psicosociales en el embarazo, se pudo observar lo siguiente: el 16,7% sufrió la muerte o enfermedad de un familiar cercano (en los 6 meses previos a la entrevista), el 31,8% de las mujeres consideró su embarazo como un evento negativo en su vida, el 55,7% de las mujeres no había planificado su embarazo. (Wedel Herrera, 2018)

MARCO REFERENCIAL

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

LA ANSIEDAD DURANTE EL TRABAJO DE PARTO RELACIONADA CON EVENTOS OBSTÉTRICOS ADVERSOS.

El trabajo de parto es una experiencia única en la vida de una mujer que puede generar una amplia gama de emociones. Aunque la mayoría de personas se enfocan en la alegría y el éxtasis del parto, no se debe pasar por alto que el miedo y la ansiedad también son comunes en este proceso. El miedo puede surgir debido a la incertidumbre, el dolor, la falta de control o el temor a complicaciones en el parto, entre otros factores. Por otro lado, la ansiedad puede ser desencadenada por un aumento en los niveles de cortisol, lo que puede hacer que la mujer se sienta inquieta y nerviosa. Aproximadamente el 20% de las mujeres que están en trabajo de parto asocian la ansiedad con las posibles complicaciones que podrían surgir en este proceso. Estas complicaciones podrían incluir un trabajo de parto prolongado o fallido que requiera un procedimiento quirúrgico de emergencia, una hemorragia intrauterina,

desgarros y principalmente, la posibilidad de complicaciones o eventos inesperados que pongan en peligro la vida del recién nacido.

En el estudio titulado "Antecedentes de Eventos Obstétricos Adversos como Factor Asociado a Ansiedad en la Gestante del Hospital de Apoyo Chepén, Octubre - Diciembre 2016" tuvo como objetivo determinar la asociación entre los eventos obstétricos adversos y la ansiedad en las pacientes embarazadas en ese establecimiento. En este estudio observacional de corte transversal y descriptivo, utilizando una encuesta y la recopilación de datos de 200 pacientes. Los resultados indicaron que la ansiedad se distribuyó en tres niveles: baja (22%), media (61%) y alta (17%). Se observaron diferencias significativas en edad, paridad, estado civil y nivel de estudios entre las gestantes con ansiedad media/alta y las que tenían ansiedad baja. El promedio de edad en las gestantes con ansiedad media /alta en comparación con las gestantes con ansiedad baja fue 28,15 ± 6,04 vs 30,16 ± 3,93; $p < 0,05$; el promedio de paridad fue 2,19 ± 0,92 vs 2,51 ± 0,63; $p < 0,05$. El estado civil casado estuvo presente en 80% vs 95,56%; $p < 0,05$ y el nivel de estudios superior fue 40% vs 57,78%; $p < 0,05$. También se identificó que la presencia de antecedentes de eventos obstétricos adversos, especialmente abortos y partos prematuros, estaba asociada de manera significativa con niveles más altos de ansiedad en las gestantes, de modo tal que los antecedentes de eventos obstétricos adversos fue 23,23% vs 62,22%; $p < 0,001$; y se observó la presencia de aborto en 9,68% vs 24,44%; $p < 0,001$ y parto pre término en 7,10% vs 28,89%; $p < 0,001$. En un análisis multivariado, el nivel de estudios y el antecedente de eventos obstétricos adversos se destacaron como factores independientemente asociados a la ansiedad media y alta en las gestantes. (Cubero Morejón, 2011)

NIVELES DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

El embarazo en la adolescencia, al ser un período de transición caracterizado por la inestabilidad en varios aspectos de la vida, puede tener efectos significativos en la esfera emocional. Un estudio reveló que las adolescentes embarazadas experimentan niveles medios de ansiedad de tipo somática. Estos niveles de ansiedad se han relacionado con complicaciones en el parto y del desarrollo del feto. En muchos casos, la ansiedad en adolescentes durante el trabajo de parto se asocia con la falta de experiencia, la corta edad de inicio de esta nueva etapa en la vida, la ausencia de apoyo de familiares y parejas sentimentales, así como la falta de apoyo y empatía por parte del personal médico.

Urteaga repetto a. (2018); realizó la investigación titulada “nivel de ansiedad en las gestantes adolescentes atendidas en el hospital regional de loreto enero a julio del 2018”; con el objetivo de determinar el nivel de ansiedad que tienen las gestantes adolescentes con el propósito de conocer su entorno psicológico. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo de diseño descriptivo. Aplicaron una encuesta usando la escala de ansiedad de Hamilton de 14 ítems a 104 de 142 gestantes adolescentes atendidas en el hospital regional de Loreto durante el 2018. Dentro de sus resultados menciona: el 66.3% (69) de las gestantes adolescentes presentan ansiedad leve, el 11.5% (12) una ansiedad moderada; y el 22.1% (23) no presentan ansiedad. La ansiedad se relacionó significativamente con su menor edad ($p=0.034$), menor nivel de instrucción ($p=0.006$), menor edad gestacional ($p=0.032$), mala relación emocional con los padres ($p=0.005$), mala relación emocional con su pareja ($p=0.002$) y con el abuso de su pareja ($p=0.000$). (Repetto Urteaga, 2018)

LA ANSIEDAD ASOCIADA CON DESENLACES DESFAVORABLES EN LA MADRE Y EN EL NEONATO

El embarazo, a nivel psicológico y emocional, es percibido de forma diferente por cada mujer según la personalidad y/o contexto asistencial en que se encuentre. Algunas gestantes ante la inminencia del parto, podrían presentar estados de ansiedad y miedos, que se ha relacionado con resultados obstétricos y neonatales desfavorables.

Desde un punto de vista psicológico, el embarazo en la mujer, se considera un momento crítico, ya que las adaptaciones que éste requiere, pueden alterar su equilibrio emocional y generar en ella estados de tensión, ansiedad y/o miedo, emoción, ésta última, presente en aproximadamente un 20% de las gestaciones (Kjaergaard, Wijma, Dykes, & Alehagen, 2008). En los últimos años, han aparecido investigaciones en relación al efecto, que la presencia de estos estados emocionales negativos, pueden tener sobre la evolución del embarazo y el desarrollo del feto, como por ejemplo, la sensación de descontrol y/o dolor excesivo de la mujer durante el parto (García-Rodríguez, 2012), el incremento de la dificultad para la dilatación, con partos más prolongados y un mayor número de cesáreas y el incremento de recién nacidos pre término y con bajo peso al nacer (Glynn, Schetter, Hobel, & Sandman, 2008).

Diferentes estudios reportan que las mujeres embarazadas que presentan altos niveles de ansiedad parecen tener entre un 25% a 60% más de riesgo para prematurez, en comparación con las mujeres que declararon bajos niveles, factores estresantes psicosociales como: los grandes acontecimientos vitales negativos. La evidencia dada por las investigaciones apoya la hipótesis de la relación de la ansiedad materna en la génesis del parto pretérmino y otros efectos adversos al nacimiento.

Los estudios sugieren que el estrés materno, al igual que la ansiedad relacionada con el embarazo, la depresión o estrés puede estar asociado con un riesgo incrementado de nacimiento pretérmino. De la misma manera los niveles de preocupación por la salud propia, la del bebe tienen una asociación significante con un incremento de parto pretérmino espontáneo, aun después de ajustar factores de riesgo tradicionales como: resultado adverso en embarazo previo, bajo peso materno, sangrado, uso de tabaco, control de enfermedades presentes en el embarazo , tratamiento de infecciones , entre otros (Martinez, 2014).

ANTECEDENTE NACIONAL

***PREVALENCIA DE LA ANSIEDAD Y VARIABLES ASOCIADAS EN GESTANTES DE BUCARAMANGA**

Osma-Zambrano S, Lozano-Osma M, Mojica-Perilla M, Redondo-Rodríguez S. (2019) en Colombia; realizaron una investigacion: Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia) realizado en el 2019 en Colombia; Objetivo. Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad gestacional, y las variables demográficas, psicosociales y clínicas asociadas, en mujeres consultantes a control prenatal en Bucaramanga y Floridablanca, Santander. Metodología. Estudio descriptivo, transversal aplicando una encuesta y las escalas de depresión posnatal de Edimburgo, autoevaluación de ansiedad de Zung, apgar familiar y cuestionario de apoyo social percibido, dichas encuestas se aplicaron a 244 gestantes. Resultados: Se estudiaron 244 gestantes, con un promedio de 24.8 años. La prevalencia de depresión fue de 24.6%, IC 95% (19.1-30.0) y ansiedad fue de 25.8%, IC 95% (20.3-31.3). La depresión está asociada con antecedente familiar de depresión en primer o segundo grado, razón de prevalencia: 2.0, IC 95% (1.1-3.7); presencia de ansiedad, razón de prevalencia: 22.5, IC 95% (9.4-53.7); y consumo de alcohol, razón de prevalencia: 2.9, IC 95% (1.1-8.2). Como factor protector se encontró tener dos fuentes de ingresos (pareja y familia), razón de prevalencia: 0.6, IC 95% (0.4-0.8). Adicionalmente, la ansiedad se asoció a presencia de depresión, razón de prevalencia: 13.3, IC 95% (6.3-28.1); presencia de violencia psicológica, razón de prevalencia: 2.3, IC 95% (1.1-4.8) y tener confianza en la pareja, razón de prevalencia: 3.4, IC 95% (1.5-8.2). Conclusión: existe una fuerte asociación entre ansiedad y depresión por lo que debe ser tamizada durante la gestación. (Osma-Zambrano SE, 2019)

MARCO LEGAL

El marco legal de parto humanizado en Colombia se basa en varias leyes y normativas que buscan promover el respeto por los derechos de las mujeres embarazadas y garantizar un parto seguro, donde se disminuyan los niveles de ansiedad y estrés para disminuir las complicaciones secundarias. Algunas de las leyes y regulaciones relevantes incluyen:

1. La Ley 1412 de 2010 es una ley colombiana que autoriza la realización gratuita de anticoncepción quirúrgica por parte del Estado como formas para fomentar la paternidad y la maternidad responsable. Reconociendo el derecho de las parejas a decidir libre y responsablemente el número de hijos que conformarán la familia, así mismo esto genera una actitud positiva frente a la sociedad debido a que el hecho de que las parejas tengan el derecho de escoger si quieren convertirse en padres y cuántos hijos desean tener disminuye los niveles de ansiedad y depresión relacionados con la responsabilidad de la paternidad y los gastos económicos que esto conlleva. Fue expedida el 19 de octubre de 2010 y entró en vigencia en la misma fecha.

2. La resolución 412 de 2000, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, regula la atención del parto en el país y promueve la humanización de este proceso para garantizar una atención adecuada y respetuosa durante el proceso de parto, promoviendo la salud materna e infantil. Esta resolución establece las normas y lineamientos para garantizar una atención integral y de calidad durante el embarazo, el parto y el posparto. Establece la promoción de la atención prenatal, que incluye la realización de controles médicos periódicos, la detección temprana de complicaciones y la promoción de hábitos saludables durante el embarazo; la atención del parto, que debe ser realizada por personal capacitado y en condiciones adecuadas de seguridad y confort para la madre y el recién nacido, entendiendo la importancia de las implicaciones de niveles elevados de estrés y ansiedad durante el parto, así mismo promueve la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del bebé, para fomentar el vínculo materno fetal, así como el apoyo y la orientación a las madres en esta práctica. La atención posparto, que incluye el seguimiento médico de la madre y el bebé, la detección temprana de complicaciones y la promoción de la salud y el bienestar de ambos.

3. La Norma Técnica para la Atención del Parto y Nacimiento (NTAPN) es una norma emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Esta norma establece los estándares y pautas para la atención del parto humanizado en el país. Su objetivo es garantizar una atención integral y respetuosa de los derechos de las mujeres durante el proceso de parto y nacimiento, así mismo promover un enfoque centrado en la mujer, brindando atención personalizada, respetando sus decisiones informadas y fomentando la participación activa de la mujer y su familia en el proceso de atención. También fomenta la participación activa de la mujer y su familia en el proceso de atención, reconociendo la importancia de su autonomía y empoderamiento. Entre los principios fundamentales se encuentran el respeto a la dignidad y los derechos humanos de la mujer, la promoción de la participación informada y activa de la mujer en la toma de decisiones, la atención basada en la evidencia científica y el enfoque integral de la salud materna y neonatal todo ello velando por el bienestar físico y emocional de la mujer y su bebé.

4. La Ley 2244 de 2022, también conocida como Ley de Parto Digno, Respetado y Humanizado, fue promulgada el 11 de julio de 2022 y entró en vigencia en la misma fecha. Esta ley tiene como objetivo reconocer y garantizar los derechos de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, postparto y duelo gestacional y perinatal, así como los derechos de los recién nacidos, de igual manera, establece obligaciones para los profesionales de la salud y sanciones por su incumplimiento. Considera diversas disposiciones para proteger los derechos de las mujeres dentro de las cuales destacamos:

Derecho a asistencia psicosocial: Las mujeres tienen derecho

a recibir asistencia psicosocial, especialmente en salud mental, de manera oportuna y de calidad. Esta asistencia también se brindará al padre ya la familia si así lo necesitan y desean.

Información sobre consecuencias físicas y psicológicas: Las mujeres tienen derecho a recibir información sobre las consecuencias físicas y psicológicas del posparto, así como las indicaciones sugeridas según sus condiciones de salud y basadas en la evidencia científica actualizada.

Contacto piel con piel y amamantamiento inmediato: Las mujeres tienen derecho a tener contacto piel con piel con su madre y a amamantar de manera inmediata. Se deben postergar los procedimientos que no se consideran vitales con el objetivo de favorecer los procesos de adaptación neurofisiológica y psicológica.

Derecho a ser informada: Las mujeres tienen derecho a ser informadas sobre sus derechos, los procedimientos de preparación psicológica y corporal para el trabajo de parto, el parto y el posparto, así como los beneficios, riesgos y efectos de las diferentes intervenciones durante estas etapas. También tienen derecho a recibir información clara, apropiada y suficiente por parte de los profesionales de la salud, basada en la evidencia científica segura y actualizada. Además, tienen derecho a conocer las diversas alternativas de atención del parto para poder elegir libremente.

Decidir sobre el lugar y los actores de la atención: Las mujeres tienen derecho a decidir sobre el lugar y los actores del sistema de salud encargados de su atención durante el embarazo, el parto y el posparto.

Contacto con el padre durante el proceso de nacimiento: Las mujeres tienen derecho a que el padre esté presente durante su trabajo de parto, parto y posparto, siempre y cuando la mujer lo autorice y no existan contraindicaciones médicas. En caso de no contar con una persona de confianza, se debe proporcionar una persona especialmente entrenada para brindar apoyo emocional. Este derecho no puede ser cobrado bajo ninguna circunstancia.

MARCO TEÓRICO

ANSIEDAD

La ansiedad se define como una sensación de inquietud, terror, asociada a tensión o estrés. En ocasiones, puede ser muy difícil separar los síntomas de ansiedad y depresión cuando se presentan conjuntamente. A veces la persona que padece manifestaciones depresivas y ansiosas produce confusión en el personal de salud y en los médicos, los cuales pueden tratar una u otra causa sin comprender la simultánea presentación de síntomas.

Un cierto nivel de ansiedad es importante para el desarrollo de actividades diarias, pero esta se vuelve patológica cuando incrementa de tal modo que irrumpe en las actividades cotidianas del individuo. Para esta respuesta interactúan tres sistemas de respuesta:

A) Respuesta cognitiva: la ansiedad normal se presenta como pensamientos o sentimientos de miedo, preocupación, mientras que la ansiedad psicopatológica se entiende como una catástrofe inminente y se puede manifestar como desórdenes de pánico.

B) Respuesta fisiológica: actúan principalmente dos sistemas, autónomo y somático. Como consecuencia puede producir aumentos en la actividad cardiovascular, electrotérmica, el tono músculo-esquelético y la frecuencia respiratoria.

C) Respuestas motoras: el aumento de respuestas tanto fisiológica como cognitivas producen cambios motores, divididas en directas (tics, temblores, inquietud, tartamudeo, etc.), indirectas (conductas de escapes o evitación producto de la ansiedad).

El miedo es una respuesta fisiológica, que surge ante situaciones amenazantes con la finalidad de defender al individuo de los males circundantes; su papel a lo largo de la de la evolución ha sido fundamental para la supervivencia de la especie, tiene por lo tanto una función adaptativa, ya que le pone en alerta ante los estados potenciales. En la ansiedad patológica surge sin que exista un peligro o amenaza objetivable o porque aun existiendo ese peligro la respuesta es desproporcionada en intensidad y duración. La ansiedad se presenta ante estímulos que se perciben como peligrosos y constituyen una amenaza externa (tener un accidente, contagiarse de una enfermedad o suspender exámenes) pero esta también puede surgir por vivencias internas (recuerdos, emociones e imágenes), que ponen en marcha los mismos mecanismos fisiológicos de alerta y defensa.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas pueden ser diversas, dentro de las cuales se encuentran síntomas como:

Psicológicos: Miedos anticipatorios, irritabilidad y sensibilidad al ruido, inquietud, falta de concentración o preocupaciones excesivas.

Físicos: xerostomía, disfagia, molestias epigástricas, meteorismo, dificultad para la inspiración, hiperventilación, palpitaciones, molestias precordiales, micción frecuente o urgente, disfunción eréctil, molestias menstruales, amenorrea, temblor, parestesias, tinnitus, mareo, cefalea, dolores musculares, depresión, obsesiones, entre otros.

ANSIEDAD EN EL EMBARAZO

La ansiedad se relaciona con la aparición de preocupaciones o miedos, y precisamente el embarazo es un periodo en el que la mujer debe afrontar cambios adaptativos, con fluctuaciones en los niveles hormonales y otros cambios fisiológicos, en el

que además aparecen preocupaciones acerca del bienestar fetal y miedo al parto, entre otros. El estrés y la ansiedad son relativamente comunes durante el período prenatal y afectan tanto a la madre como al recién nacido. Se estima que alrededor del 15% de las mujeres embarazadas presentan algún síntoma de ansiedad.

Los efectos y consecuencias de los trastornos de la ansiedad o el estrés prenatal pueden afectar tanto a la madre como al feto. Por un lado, los trastornos de ansiedad pueden reducir la capacidad de autocuidado en la gestante que en determinados casos conlleva una nutrición inadecuada, con las consecuencias que esto conlleva al feto. Por otro lado, a nivel fisiológico, niveles elevados de estrés o ansiedad pueden aumentar la producción de cortisol en el organismo. Este aumento del cortisol puede tener un efecto negativo tanto en la madre como en el feto.

Dentro de las distintas complicaciones asociadas a la ansiedad durante el embarazo, destacamos:

-Restricción del crecimiento intrauterino
-Parto prematuro
-Bajo peso al nacer
-Factor de riesgo para desarrollar depresión postparto

Además, existen estudios que evalúan cómo niveles elevados de estrés y ansiedad de manera continuada pueden repercutir negativamente en el desarrollo psicológico del niño, en comparación con niños nacidos de madres que no han experimentado estrés o ansiedad durante el embarazo. Se ha observado cómo en estos casos los niños son más propensos a desarrollar trastornos como el déficit de atención e hiperactividad.

ESCALA DE HAMILTON

La escala de ansiedad de Hamilton es un instrumento de evaluación clínica que se utiliza para medir el grado de ansiedad de un individuo. Es útil tanto en niños como en adultos. Asimismo, es un instrumento que pueden emplear tanto los médicos como los psiquiatras, pero teniendo claro que no determina el diagnóstico de un trastorno concreto (aunque sí puede ayudar al mismo).

Es uno de los cuestionarios psicológicos más utilizados, además de ayudar a clarificar el grado de ansiedad que sufre una persona, es un recurso útil y altamente eficaz para valorar en qué estado se encuentra el paciente, cuáles son sus síntomas psicosomáticos, sus miedos y sus procesos cognitivos. Fue diseñada en 1959 Max R. Hamilton y al día de hoy sigue siendo una de las más utilizadas.

Este instrumento consta de 14 ítems. Cada pregunta tiene cinco opciones de respuesta, que van desde no presente hasta muy severo. Así, una puntuación de 17 o menos, indica ansiedad leve. Una puntuación que va entre 18 y 24 puntos indica ansiedad moderada. Por último, si obtenemos una puntuación entre 24 a 30, indicaría un estado severo de ansiedad. Este tipo de prueba, como cualquier otra propia de la evaluación clínica, debe hacerse por profesionales especializados. Aún más, la escala de ansiedad de Hamilton cuenta con un ítem donde el propio investigador debe valorar en qué estado ha realizado la prueba el paciente.

La escala de Hamilton modificada es un cuestionario estructurado que se utiliza para evaluar el grado de ansiedad y funciona como una entrevista semi-estandarizada, en donde se debe evaluar en una escala de 0 (ausente) a 4 (intensidad máxima), junto con la conducta de la paciente durante la entrevista, las siguientes variables: humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, dificultades intelectuales, depresión, y síntomas musculares, gastrointestinales, genitourinarios y vegetativos. La puntuación asignada a cada una de las variables debe establecerse con arreglo a una estimación combinada de la frecuencia e intensidad de los síntomas presentes.

ANSIEDAD DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

El dolor es una realidad inherente al parto y posiblemente el determinante más notable durante esta experiencia. La percepción del dolor es secundaria a las contracciones uterinas, dilatación cervical y extensión uterina para el parto vaginal. En múltiples revisiones, y como es de esperar, existe una asociación entre la ansiedad durante el trabajo de parto y el dolor, teniendo en cuenta que el manejo subóptimo de este puede estar asociado a consecuencias fisiológicas y psicológicas negativas. Incluso llega a formar un circuito de retroalimentación positiva en el que la ansiedad estimula al sistema nervioso simpático y libera hormonas relacionadas con el estrés (noradrenalina, cortisol y adrenalina), que a su vez aumentan la gravedad del dolor del trabajo de parto y disminuyen la actividad uterina, favoreciendo la evolución a un parto prolongado (Zahrani TS et al, 2008).

El embarazo, parto y posparto pueden causar estrés y aumentar el riesgo de ansiedad en las mujeres y sus parejas. La ansiedad es un proceso psicobiológico que provoca cambios a nivel cognitivo, afectivo, fisiológico y conductual, interpretada como una señal de alerta a una amenaza o peligro inminente. Una alta proporción de mujeres, aproximadamente del 20% al 25% sufren ansiedad durante la transición a la paternidad, de los cuales entre el 10% y 20% tendrán episodios depresivos. Además, los trastornos de ansiedad durante el embarazo y posparto pueden ser más comunes que la depresión, y cuando estos ocurren, a menudo preceden a la depresión posparto (Esther Dominguez-Solís, 2021).

La presencia de ansiedad durante el embarazo, parto y posparto en la madre se ha asociado con una mayor incidencia de complicaciones perinatales para la madre y el niño, una de estas es la depresión posparto. Es posible que una madre posparto que esté deprimida no pueda brindar la mejor atención a su bebe lo que puede interferir con el apego madre - bebé y producir bebés con un apego inseguro. Estos recién nacidos corren un mayor riesgo de sufrir problemas psicológicos del

desarrollo a medida que maduran. De esta forma, si se previene o trata la ansiedad, se evitará o reducirá estas alteraciones durante la transición a la paternidad y el desarrollo del recién nacido (Esther Dominguez-Solís, 2021).

Con la prolongación del trabajo de parto, aumenta el riesgo de infección, daño físico, nervioso y muerte del feto o recién nacido, y las madres se exponen a hemorragias, infecciones posparto, angustia mental, insomnio y fatiga. El dolor del parto puede provocar pérdida del control psicológico materno durante el parto, parto traumático y trastornos mentales. Por otro lado, la elongación del dolor del parto puede reducir la progresión y aumentar la necesidad de parto instrumental o cesárea y estimulación del parto. La persistencia del dolor y la ansiedad durante el parto también afecta el sistema respiratorio, la circulación sanguínea, las glándulas endocrinas y otras funciones corporales y por lo tanto puede provocar un aumento de la distocia (Tabatabaeichehr M, 2020).

Estudios han demostrado resultados prometedores en la disminución de los niveles de ansiedad y estrés en la madre y la mejora de los parámetros fetales (como la variabilidad de los latidos del corazón). Sin embargo, estos resultados no pueden extrapolarse a la población general debido al grado de variabilidad entre los estudios, el número de pacientes evaluados y el riesgo de sesgo (Santiváñez Acosta R, 2020) (Simavli SA, 2014).

Con respecto al tratamiento de la ansiedad durante el embarazo, el parto y el postparto, muchas mujeres se muestran reacias a tomar medicamentos por temor a posibles efectos secundarios para el feto o recién nacido. Varios autores afirman que las intervenciones no farmacológicas (aromaterapia, musicoterapia, masajes, entre otros) pueden reducir y tratar el estrés, la ansiedad y la depresión en estas circunstancias (J. Alder, 2011) (MI Chang, 2008)..

En pacientes primíparas en trabajo de parto, cuatro estudios evaluaron el resultado de la ansiedad con respecto a la musicoterapia versus la atención habitual durante el parto. Se realizó un metanálisis con tres de ellos y los resultados revelaron diferencias significativas en el uso de musicoterapia en la fase latente y en la fase activa del parto (DM: - 0,74; IC 95% - 1,00; - 0,48) y en la fase activa del parto (DM: −0,76; IC 95% −0,88; − 0,64) (Simavli SA, 2014) (Lui Y. Chang M. 2010).

Por lo que resulta clave mejorar la formación de enfermeras y personal asistencial general en métodos no farmacológicos basados en la evidencia para la prevención y el tratamiento de la ansiedad, destacando la importancia de prevenir estos problemas en beneficio de las madres y los recién nacidos (AJ Henrique, 2018).

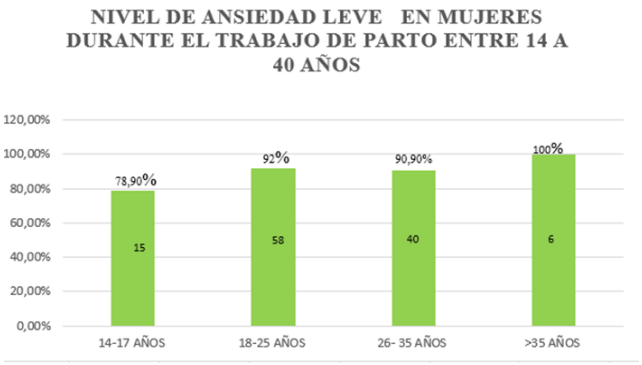
MATERIALES Y MÉTODOS

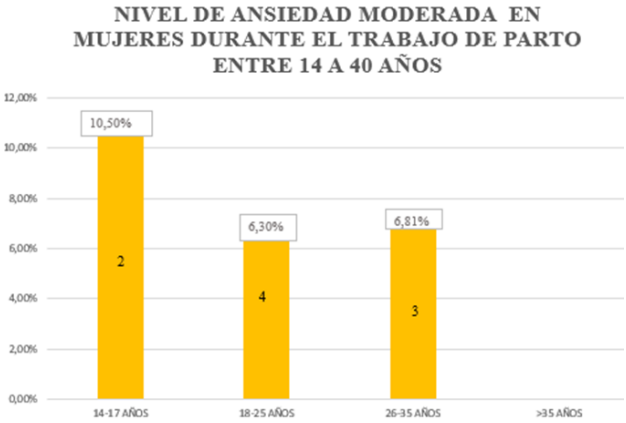
Se realizó un estudio transversal de tipo descriptivo y no experimental en el período comprendido entre el 1 de mayo de 2023 y el 2 de noviembre de 2023. La muestra estuvo compuesta por 150 mujeres en trabajo de parto. Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: mujeres en trabajo de parto con edades comprendidas entre 15 y 40 años, con un feto único vivo en presentación cefálica, gestación a término, sin cesárea electiva programada, y que fueran capaces de leer y hablar español. Los criterios de exclusión abarcaban a mujeres en trabajo de parto con antecedentes de enfermedad mental diagnosticada o que presentaban una puntuación severa según la escala análoga del dolor que imposibilitaba la realización del cuestionario . La recolección de datos se llevó a cabo mediante la técnica de encuestas electrónicas, en la que se aplicó el Test de Hamilton para la ansiedad, la cuál ha sido desde 1959 una de las medidas más usadas para evaluar los síntomas de ansiedad en diversas poblaciones. Este instrumento es adecuado para su uso por parte de todo el personal de salud y es de gran importancia para detectar cambios en el estado de ánimo en todas las personas. A su vez, se analizaron los resultados de las encuestas y se relacionaron con variables sociodemográficas y la paridad. Asociado con la Escala de Hamilton para explorar los niveles de ansiedad durante el trabajo de parto.Se llevó a cabo una búsqueda sistemática en bases de datos electrónicas en inglés y español, como PubMed, Scopus y Cochrane, utilizando palabras claves como “ansiedad” ,”trabajo de parto”, “tratamiento”, ”miedo”,”estrés”,”labor”,”delivery” Se tuvieron en cuenta estudios publicados en los últimos 10 años, dada la escasez de material bibliográfico disponible

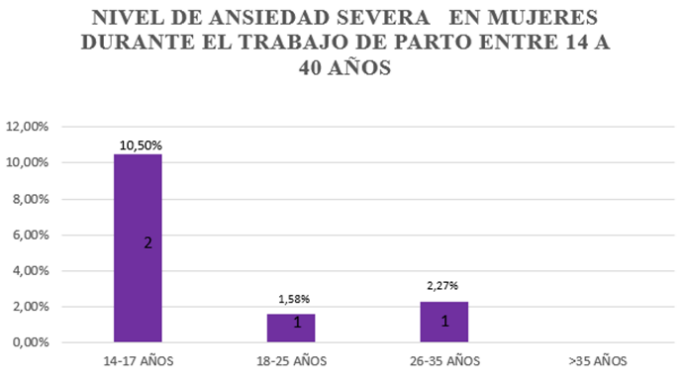
RESULTADOS

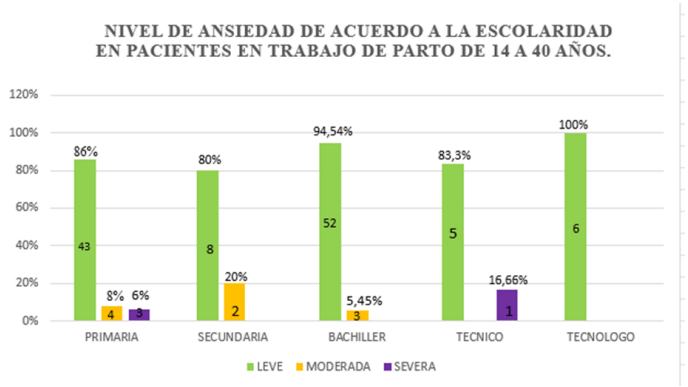
La muestra estudiada estuvo constituida por 150 embarazadas de las cuales 18 fueron excluidas por datos inconclusos al diligenciar de forma incompleta la encuesta, por lo que debieron ser excluidas del estudio dejándonos con resultado de la muestra 132 embarazadas, dentro de las cuales el 14.4 % (n = 19) tenían entre 14 y 17 años, el 47,7% (n = 63) tenían entre 18 y 25 años, el 33.3 % (n = 44) tenían entre 26 y 35 años, y el 4.5% (n = 6) tenían entre 36 y 40 años de edad. El 43.9% (n = 58) corresponde a pacientes primigestantes y el 56.1% (n = 74) corresponde a pacientes multíparas, dentro de las cuales el 16.2%(n = 12) han tenido más de cuatro gestaciones. El 15.9% (n = 21) de nuestra muestra presentaba comorbilidades dentro de las cuales el 71.4% (n = 15) tuvieron trastornos hipertensivos, 19% (n = 4) tuvieron alteraciones placentarias que no condicionaron cesárea electiva programada, 4,7% (n = 1) tuvieron diabetes gestacional, 4.7%(n = 1) tenían diagnóstico de restricción de crecimiento intrauterino, el 2.3% (n = 3) de la muestra presentaron gestaciones múltiples. El 58.3% (n = 77) pertenecían al estrato socioeconómico 1, 40.1% (n = 53) pertenecían al estrato socioeconómico 2, y el 4.5% (n = 2) pertenecían al estrato 3. El 67.4% (n = 89) correspondieron a pacientes de nacionalidad Venezolana y el 32.6% (n = 43) fueron colombianas. El nivel educativo de la muestra corresponde a 41.7% (n = 55) bachilleres, 37.9% (n = 50) completaron estudios de básica

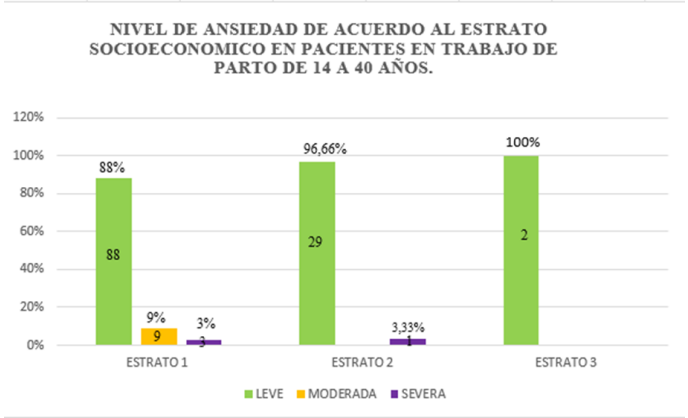
primaria, el 7.6% (n =10) no culminaron el bachiller académico, el 4.5%(n = 6) presentaron un nivel educativo técnico, el 45.5% (n = 6) tecnólogo y el 3.8% (n = 5)de las pacientes tenían nivel educativo profesional. Respecto al nivel ansiedad que nos arrojó la implementación de la escala de hamilton el 90.15% (n = 119) presentaron ansiedad leve, el 6.81% (n = 9)presentaron ansiedad moderada y el 3.03% (n = 4)presentaron ansiedad severa, ninguna paciente de la muestra presentó ansiedad muy severa.











DISCUSIÓN:

Durante el embarazo y parto, las mujeres sufren una serie de cambios psicológicos y fisiológicos que generan estrés. Además, con la progresión del trabajo de parto, la ansiedad se vuelve creciente y se ha demostrado que tiene efectos adversos en los resultados de salud materna e infantil. Como se ha descrito en el presente trabajo la ansiedad en el trabajo de parto ,la ansiedad es una emoción común durante el trabajo de parto y puede tener un impacto significativo en la experiencia y el bienestar de las mujeres .Podemos explorar como la ansiedad puede manifestarse durante este proceso y cómo puede afectar tanto física como emocionalmente a las mujeres y una escala útil y válida es la escala de Hamilton que valora los niveles de ansiedad de cada paciente

Además podemos identificar que hay factores de riesgos asociados aumentar la ansiedad en mujeres en trabajo de parto que fueron identificados en el estudio que puede estar relacionados con niveles más altos de ansiedad en mujeres durante el trabajo de parto,com o el bajo nivel académico,el grupo etaria y el estrato socioeconómico

Esto factores asociado puede tener un impacto a negativo en el desarrollo del trabajo de parto aumentando los niveles de ansiedad y así aumento del tiempo del trabajo de parto,la

insatisfacción de la paciente en el trabajo de parto, la necesidad de aumento de intervenciones médicas y farmacológica .Por lo que es de vital importancia que se comprenda que es una necesidad que se identifica y se aborde la ansiedad en el trabajo de parto , por lo que proponemos intervenciones basadas en la evidencia costo efectivas que se ajuste a la infraestructura de cada institución de salud que cuenta con el servicio de sala de partos,como los es las técnicas de relajación ,musicoterapia,apoyo emocional por parte del personal de salud y familiares,capacitación del personal de salud para identificar y manejar pacientes con posibles riesgo de altos niveles de ansiedad

Podemos analizar que los hallazgos del presente estudio pueden tener implicaciones importantes en la práctica clínica como por ejemplo la importancia de incorporar la evaluación y el manejo de la ansiedad en el plan de atención de mujeres en trabajo de parto y realizar enfoques para abordar la ansiedad

Se evidenció que el 100% de las pacientes entre 36 y 40 años tuvo ansiedad leve, sin embargo, este grupo de gestantes fue comprendido solo por 6 mujeres en trabajo de parto. Como hallazgo llamativo el grupo etario que presentó mayor proporción de ansiedad severa y moderada fueron las pacientes entre 14 y 17 años con 10.5% (n = 2) por cada clasificación. Respecto a los niveles de ansiedad relacionados con el nivel educativo el 100% de la pacientes que tenían estudios profesionales y tecnólogos presentaron ansiedad leve.

Dentro de las gestantes que más presentaron niveles de ansiedad moderados en asociación con la escolaridad, 20% (n = 2) de las que corresponden a secundaria incompleta presentaron niveles de ansiedad moderada, seguidos los que solo completaron estudios de básica primaria en un 8% (n = 4). El nivel educativo que presentó mayor proporción de ansiedad severa corresponde a las gestantes que completaron estudios técnicos, con un 16.6% (n=1, quien además se asoció a un trastorno hipertensivo), sin embargo, el número total de pacientes dentro de este grupo fue de 6 individuos. Seguidos de las pacientes con nivel educativo básico primaria que presentaron en un 6% (n=3) ansiedad severa.

Al analizar los niveles de ansiedad leve relacionados con la nacionalidad de las pacientes, el 90.69% (n=39) de las pacientes con nacionalidad colombiana presentaron ansiedad leve y el 89.88%(N=80) de venezolanas presentaron ansiedad leve. Los niveles de ansiedad moderada corresponden a 2.32%(n=1) para las pacientes con nacionalidad colombiana y 8.68% (n=8) para la nacionalidad venezolana. Los niveles de ansiedad severa corresponden a 6.97%(n=3) para pacientes con nacionalidad colombiana y 1.12% (n = 1) para nacionalidad venezolana.

Por otra parte, los niveles de ansiedad relacionados con el estrato socioeconómico nos arrojó que el 100%(n=2) de las pacientes con estrato socioeconómico 3 tuvieron ansiedad leve. El porcentajes de pacientes con mayores niveles de ansiedad moderada según el estrato socioeconómico corresponden al estrato 1, que presentaron ansiedad moderada en el 9%(n=9) y las únicas dentro del total de la muestra con este nivel de ansiedad. A su vez las pacientes con mayor proporción de niveles de ansiedad severa fueron el estrato socioeconómico 2 con un porcentaje de 3.33% (n=1) y pacientes con estrato socioeconómico 1 con un porcentaje de 3%(n=3).

De acuerdo con la paridad, en las pacientes primigestas (n=58), el 87.93% (n=51) presentaron ansiedad leve, el 8.62% (n=5) presentaron ansiedad moderada y el 3.44 % (n=2) presentaron ansiedad severa. Los niveles de ansiedad correspondiente a las pacientes multigestante (n=74) que nos arrojó la encuesta fueron del 91.89% (n=68) para ansiedad leve, el 5.4%(n=4) para ansiedad moderada y el 2.7% (n=2) para ansiedad severa. Las pacientes con comorbilidades (n=20) el 71.42% (n=15) presentaron ansiedad leve, el 10% (n=2) presentaron ansiedad moderada y el 15% (n=3) presentaron ansiedad severa.

RECOMENDACIONES

Basados en que la ansiedad durante el trabajo de parto es algo común y que amerita intervenciones costo efectivas basadas en evidencia científica adaptadas la infraestructura recursos disponibles de cada institución prestadora de salud realizamos las siguientes recomendaciones basadas en evidencia que pueden ayudar a disminuir la ansiedad en mujeres durante este proceso:

1. Educación prenatal: Recibir educación sobre el proceso del parto y las diferentes etapas puede ayudar a reducir la ansiedad. Comprender lo que está sucediendo en el cuerpo y qué esperar puede brindar una sensación de control y tranquilidad.

2. Apoyo emocional: El apoyo emocional por parte del personal de salud o familiar puede ser muy beneficioso. La presencia de alguien empático y tranquilizador puede reducir la ansiedad y proporcionar un ambiente de seguridad. Por lo que es necesario realizar capacitaciones de humanización en salud tanto al personal de salud como a los familiares de nuestras pacientes,esto se ha evidencia en estudios resultados que hna tenido como resultados que existe beneficios del acompañamiento en el trabajo de parto y parto, entre ellos: seguridad, disminución de estrés, ansiedad y angustia. El apoyo emocional para la mujer fue el más significativo. Entre los aspectos negativos se encontraron la angustia e impotencia de la pareja o familiar

3. Técnicas de relajación: Practicar técnicas de relajación, como la respiración profunda, la visualización guiada o la relajación muscular progresiva, puede ayudar a disminuir la ansiedad y promover una sensación de calma durante el trabajo de parto.segun un estudio realizado en portugal con el objetivo evaluar los efectos de la práctica regular de una técnica de relajación en mujeres gestantes sobre variables emocionales y físicas: estrés, ansiedad, depresión, tasa cardíaca (TC) y

presión arterial (PA). La muestra ha estado compuesta por 46 mujeres gestantes con edades comprendidas entre los 18 y 38 años, residentes en Portugal que tuvo como resultado que la realizacion de practicas de relajacion disminuyen los niveles de ansiedad y depresion en gestantes ,junto con la frecuencia cardíaca (FC) y Presión arterial (PA) sistólica y diastólica en mujeres embarazadas y concluye que la relajación es útil para reducir el estrés, la ansiedad y la depresión. durante el embarazo, así como para promover el bienestar y resultados positivos. (Isabel Casado Morales Ma Xesús Froján Parga Ma Eugenia Olivares Crespo Miguel Ángel Pérez Nieto Viente Prieto Cabras Ma Fe Rodríguez Muñoz Pablo Santamaría Fernández Albert Sesé Abad Clinical, Benvinda Nereu Bjorn, & Neves de Jesus Ma Isabel Casado Morales, 2018)

4. Uso de técnicas de distracción: Durante el trabajo de parto, se pueden emplear técnicas de distracción para desviar la atención de la ansiedad y el dolor Como musicoterapia principalmente escuchar música relajante.En un estudio cuantitativo de tipo observacional y con un diseño casi experimental que tomó en cuenta a 60 gestantes en trabajo de parto realizado en el instituto materno perinatal durante abril -junio del 2015, se evidencia el efecto positivo de la musicoterapia con un valor de de $P<0.05$,Siendo significativo(Jenny Elenisse y María Minaya 2015)

5. Manejo Multidisciplinar. Se recomienda Realizar un manejo integral con los servicio psicología, trabajo social y psiquiatría en paciente con niveles de ansiedad severa y muy severa,según un estudio realizado al implementar tratamientos basado en terapia terapia conductiva conductual se evidencio que el tratamiento en profesionales expertos fue eficaz para reducir la sintomatología ansiosa en mujeres embarazadas. Las participantes que asistieron al modelo de atención plena compasiva lograron aumentar sus niveles de atención plena y de compasión. (Augusto, Durán, Beatriz, & Coutiño, 2021)

6. Entorno tranquilo y seguro: Crear un entorno tranquilo y acogedor puede ayudar a reducir la ansiedad. Esto puede incluir la regulación de la luz, la temperatura, así como el uso de aromaterapia que ha demostrado disminuir los niveles de ansiedad. Vakiliain et al, Ahmadi et al y Yazdkhasti et al demostraron que la inhalación de aceite esencial de lavanda disminuyó significativamente la intensidad del dolor durante el parto. Alavi et al. demostró que la intensidad del dolor inducido por el parto en el grupo de inhalación de lavanda disminuyó significativamente 30 y 60 minutos después de la intervención. Seraji et al. Descubrió que la aromaterapia con lavanda era significativamente más eficiente que las técnicas de respiración para reducir la intensidad del dolor del parto. También se ha demostrado la disminución de la ansiedad y dolor con la utilización de Rosa damascena,jazmín, manzanilla, menta, naranja dulce, clavo y aceite esencia de mandarina para la aromaterapia (Vakiliain et al., 2012) (Tabatabaeichehr, M., & Mortazavi, H. 2020).

7.Se recomienda individualizar cada situación clínica basado en el principio médico y ético de que cada mujer es única y que las intervenciones que pueden tener un beneficio significativo para una población pueden ser poco beneficiosas para otra o para. Es importante que el personal de salud apoye a la gestante a que encuentre las estrategias que mejor se adapten a sus necesidades y preferencias. Y el personal de salud siempre está presto a realizar asesoramiento personalizado y adecuado a cada situación.

DISCUSIÓN:

Durante el embarazo y parto, las mujeres sufren una serie de cambios psicológicos y fisiológicos que generan estrés. Además, con la progresión del trabajo de parto, la ansiedad se vuelve creciente y se ha demostrado que tiene efectos adversos en los resultados de salud materna e infantil. Como se ha descrito en el presente trabajo la ansiedad en el trabajo de parto ,la ansiedad es una emoción común durante el trabajo de parto y puede tener un impacto significativo en la experiencia y el bienestar de las mujeres .Podemos explorar como la ansiedad puede manifestarse durante este proceso y cómo puede afectar tanto física como emocionalmente a las mujeres y una escala útil y válida es la escala de Hamilton que valora los niveles de ansiedad de cada paciente

Además podemos identificar que hay factores de riesgos asociados aumentar la ansiedad en mujeres en trabajo de parto que fueron identificados en el estudio que puede estar relacionados con niveles más altos de ansiedad en mujeres durante el trabajo de parto,com o el bajo nivel académico,el grupo etaria y el estrato socioeconómico

Esto factores asociado puede tener un impacto a negativo en el desarrollo del trabajo de parto aumentando los niveles de ansiedad y así aumento del tiempo del trabajo de parto,la insatisfacción de la paciente en el trabajo de parto, la necesidad de aumento de intervenciones médicas y farmacológica .Por lo que es de vital importancia que se comprenda que es una necesidad que se identifica y se aborde la ansiedad en el trabajo de parto , por lo que proponemos intervenciones basadas en la evidencia costo efectivas que se ajuste a la infraestructura de cada institución de salud que cuenta con el servicio de sala de partos,como los es las técnicas de relajación ,musicoterapia,apoyo emocional por parte del personal de salud y familiares,capacitación del personal de salud para identificar y manejar pacientes con posibles riesgo de altos niveles de ansiedad

Podemos analizar que los hallazgos del presente estudio pueden tener implicaciones importantes en la práctica clínica como por ejemplo la importancia de incorporar la evaluación y el manejo de la ansiedad en el plan de atención de mujeres en trabajo de parto y realizar enfoques para abordar la ansiedad

respecto a las posibles limitaciones que podemos debatir de este estudio tenemos el tamaño de la muestra , las limitaciones metodológicas al realizar el estudio ,la poca bibliografía

disponible además recomendamos realizar futuras investigaciones , como por ejemplo la necesidad en el trabajo de parto de realizar invenciónes que prevengas niveles moderado y severos de ansiedad.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta revisión sistemática evidencian que la ansiedad es una experiencia frecuente durante el trabajo de parto y que su nivel puede variar ampliamente entre las mujeres. Además, se identificaron variables como la edad, estrato socioeconómico y las comorbilidades que se relacionan con niveles de ansiedad durante esta etapa. Estos hallazgos resaltan la importancia de evaluar y abordar la ansiedad durante el trabajo de parto para mejorar la experiencia materna y neonatal. Por lo que se requieren intervenciones eficaces para reducir la ansiedad y promover un ambiente de parto seguro y tranquilo adaptadas a la infraestructura y disponibilidad de recursos de cada institución prestadora de servicios de salud ,también Futuras investigaciones podrían explorar nuevas estrategias de intervención específicas costo efectivas dirigidas a reducir la ansiedad durante el trabajo de parto y sus efectos en la salud materna y neonatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Rojas-Bernal LA, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP. Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. Rev CES Med 2018; 32(2): 130.

Anna Dencker, Christina Nilsson, Cecily Begley, Elisabeth Jangsten, Margareta Mollberg, Harshida Patel, Helena Wigert, Eva Hessman, Helen Sjöblom, Carina Sparud-Lundin. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review, Women and Birth, Volume 32, Issue 2, 2019, Paginas 99-111, ISSN 1871-5192, https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.004.(https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519217307060)

Anne-Marie Sluijs, Marc P. H. D. Cleiren, Sicco A. Scherjon & Klaas Wijma (2012) No relationship between fear of childbirth and pregnancy-/delivery-outcome in a low-risk Dutch pregnancy cohort delivering at home or in hospital, Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 33:3, 99-105, DOI: 10.3109/0167482X.2012.685905

Soto-Balbuena, C., Rodríguez, M. de la F., Escudero-Gomis, A. I., Ferrer-Barriendos, F. J., Le, H. N., & Grupo PMB-HUCA. (2018). Incidence, prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy. Psicothema, 30(3), 257-263. https://doi.org/10.7334/psicothema2017.379

Wigert H, Nilsson C, Dencker A, Begley C, Jangsten E, Sparud-Lundin C, Mollberg M, Patel H. Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. Int J Qual Stud Health Well-being. 2020 Dec;15(1):1704484. doi: 10.1080/17482631.2019.1704484. PMID: 31858891; PMCID: PMC6968519.

Cubero Morejón, T. G. (2011). LA ANSIEDAD MATERNA Y SUS EFECTOS PREVIA A LA. Ambato - Ecuador: UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO.

Repetto Urteaga, A. d. J. (2018). Nivel de ansiedad en las gestantes adolescentes atendidas en El Hospital Regional de Loreto enero a julio del 2018.

MARTÍNEZ, R. A. (2014). RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE ESTRÉS DURANTE EL EMBARAZO Y. Santiago de Cali, Colombia: Universidad del Valle.

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]. 26 de septiembre de 2019 [citado 13 de noviembre de 2023];22(2):171-85. Disponible en: https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3586

Dennis, C. L., Kobra, F. H., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. The British Journal of Psychiatry, 210, 315-323. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179

M. Belén, M. Carmen (2021) Versión española abreviada del Cuestionario de Ansiedad Relacionada con el Embarazo, Clínica y Salud vol.32 no.1 Madrid mar. Universidad de Santiago de Compostela, Spain https://journals.copmadrid.org/clysa/art/clysa2020a22

Herrera, K. W. (2018). Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo . Sinergia, 1-6.

Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicosométricas (GVPEEP). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Med. Clin (Barc) 2002;118(13):439-9.

Monica María De Jesus Silva, D. A. (2017). Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. Revista da escola de enfermagem, 1-8.

Browning, R. (2017). Cómo controlar la ansiedad y los ataques de pánico. Estados Unidos: Amazon Digital Services LLC - KDP Print US, 2017.

Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C: Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database Syst Rev (8):CD003934, 2013. doi:

10.1002/14651858.CD003934.pub3

Aasheim V, et al: Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev 6:CD006672, 2017. doi: 10.1002/14651858.CD006672.pub3

Zahrani TS, Honarjoo M, Jannesari SH, Alvi H. Efecto del masaje sobre la intensidad del dolor durante la primera etapa del parto. J Facul Med Shaheed Beheshti Univ Med Sci Health Ser. 2008; 32 (2): 141-145. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9264534/#CR

Esther Domínguez-Solís, Marta Lima-Serrano, Joaquín Salvador Lima-Rodríguez, Non-pharmacological interventions to reduce anxiety in pregnancy, labour and postpartum: A systematic review, Midwifery, Volume 102, 2021, 103126, ISSN 0266-6138, https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103126. (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613821002060)

J. Alder , C. Urech , N. Fink , J. Bitzer , I. Hoesli. Respuesta a la relajación inducida durante el embarazo: comparación de mujeres con niveles altos versus bajos de ansiedad J.Clin. Psicólogo. Medicina. Configuración , 18 (2011) , págs . 13-21 ,10.1007/s10880-010-9218-z

MI Chang , CH Chen , KF Huang. Efectos de la musicoterapia en la salud psicológica de la mujer durante el embarazo. J.Clin. Enfermeras. , 17 (19) (2008) , págs. 2580 - 2587 ,10.1111/j.1365-2702.2007.02064.

AJ Henrique , MC Gabrielloni , P. Rodney , M. Barbieri. Intervenciones no farmacológicas durante el parto para aliviar el dolor, la ansiedad y los parámetros de estrés neuroendocrino: un ensayo controlado aleatorio. En t. J. Enfermeras. Práctica. , 24 (3) (2018) ,10.1111/ijn.12642

Tabatabaeichehr M, Mortazavi H. The Effectiveness of Aromatherapy in the Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic Review. Ethiop J Health Sci. 2020 May;30(3):449-458. doi: 10.4314/ejhs.v30i3.16. PMID: 32874088; PMCID: PMC7445940

Santiváñez-Acosta R, Tapia-López ELN, Santero M. Music Therapy in Pain and Anxiety Management during Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. Medicina (Kaunas). 2020 Oct 10;56(10):526. doi: 10.3390/medicina56100526. PMID: 33050409; PMCID: PMC7599829.

Simavli SA, Kaygusuz I., Gumus I., Usluoğulları B., Yildirim M., Kafali H., Usluogullari B., Yildirim M. Efecto de la musicoterapia durante el parto vaginal sobre el alivio del dolor posparto y la salud mental. J. Afecto. Desorden. 2014; 156 : 194–199. doi: 10.1016/j.jad.2013.12.027. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

. Liu Y.-H., Chang M.-Y., Chen C.-H. Efectos de la musicoterapia sobre el dolor y la ansiedad del parto en madres primerizas taiwanesas. J.Clin. Enfermeras. 2010; 19 : 1065-1072. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03028.x.

. De Medicina F, De Obstetricia EAP. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS "EFECTO DE LA MUSICOTERAPIA DURANTE EL. (María Elena Minaya y Manrique Jenny Elenisse Zavaleta Luján 2015)

Augusto, C., Durán, R., Beatriz, A., & Coutiño, M. (2021). Evaluación de dos tratamientos psicológicos para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa. *Psicología y Salud*, *31*(1), 69–79. https://doi.org/10.25009/PYS.V31I1.2677

Kjærgaard, H., Wijma, K., Dykes, A. K., & Alehagen, S. (2008). Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *26*(4), 340–350. https://doi.org/10.1080/02646830802408498

(Guadalupe García Hernández, Pablo Sánchez Rodríguez, Tenopala Villegas, & Mariana Guadalupe García Hernández, 2012)

ANSIEDAD Y MIEDOS DE LAS GESTANTES ANTE EL PARTO: LA IMPORTANCIA DE SU DETECCIÓN 2011. (Rodriguez-Garcica 2011).

Vakilian K, Karamat A, Mousavi A, Shariati M, Ajami E, Atarha M. El efecto de la esencia de lavanda mediante el método de inhalación sobre el dolor del parto. Revista de la Universidad de Ciencias Médicas de Shahrekord. 2012; 14 (1): 34–40.

Tabatabaeichehr, M., & Mortazavi, H. (2020). The Effectiveness of Aromatherapy in the Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic Review. *Ethiopian journal of health sciences*, *30*(3), 449–458. https://doi.org/10.4314/ejhs.v30i3.16

Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Ryding EL. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. Birth. 2014 Dec;41(4):384-94. doi: 10.1111/birt.12136. Epub 2014 Oct 9. PMID: 25303111; PMCID: PMC4257571.

Isabel Casado Morales Ma Xesús Froján Parga Ma Eugenia Olivares Crespo Miguel Ángel Pérez Nieto Viente Prieto Cabras Ma Fe Rodríguez Muñoz Pablo Santamaría Fernández Albert Sesé Abad Clinical, M., Benvinda Nereu Bjorn, M., & Neves de Jesus Ma Isabel Casado Morales, S. (2018). Clínica y Salud Estrategias de relajación durante el período de gestación. Beneficios para la salud. Clínica y Salud, 24(2), 77–83. https://doi.org/10.5093/cl2013a9

Glynn, L. M., Schetter, C. D., Hobel, C. J., & Sandman, C. A. (2008). Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health Psychology : Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *27*(1), 43–51. https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.1.43