




Original


**Factores de riesgo y nivel de ansiedad en gestantes con
enfermedad hipertensiva en el embarazo**

**Risk Factors and Anxiety Level in Pregnant Women with
Hypertensive Disease during Pregnancy**


Daysi López Moré¹  

Zaily Fuentes Díaz² 

Rolando Rodríguez Puga³ 

Yamislé Borjas Rodríguez⁴ 

Orlando Bismark Rodríguez Salazar⁵ 

Yamili Rodríguez Aguilar⁶ 

¹Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Facultad Tecnológica. Departamento de Enfermería. Camagüey, Cuba

²Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Hospital Provincial Docente de Oncología "María Curie". Servicio de Anestesiología y Reanimación. Camagüey, Cuba

³Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Hospital Pediátrico de Camagüey. Departamento de Epidemiología Hospitalaria. Camagüey, Cuba

⁴Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech". Servicio de Neurocirugía. Camagüey, Cuba

⁵Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech". Servicio de Cirugía Plástica y Caumatología. Camagüey, Cuba

⁶Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Departamento de Posgrado. Camagüey, Cuba

Recibido: 13/102/2024

Aceptado: 19/03/2025



Resumen

Introducción: Los factores de riesgo de hipertensión arterial se relacionan con un aumento en los niveles de ansiedad durante el embarazo.

Objetivo: Evaluar los factores de riesgo y nivel de ansiedad en gestantes con enfermedad hipertensiva en el embarazo.

Métodos: Se realizó un estudio cuasi-experimental de intervención diagnóstica en gestantes con enfermedad hipertensiva en el embarazo, ingresadas en el Hospital Universitario Ginecobstétrico "Ana Betancourt de Mora", de Camagüey. El periodo de estudio comprendió los meses de enero a diciembre de 2023. De un universo de 200 gestantes se trabajó con 60, seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico intencional. Se conformaron dos grupos de estudio, uno experimental y otro convencional. La ansiedad se evaluó con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo.

Resultados: Existió predominio del rango etario de 20-39 años en ambos grupos, de manera que alcanzó el 59,3 % en el grupo experimental y el 51,5 % en el convencional. En el 78,3 % de las gestantes no se recogió antecedente de hábitos tóxicos. El nivel de ansiedad 24 horas después del ingreso indicó un comportamiento similar en ambos grupos, mientras en las 24 horas previas a la prueba de peso sostenido los grupos mostraron comportamiento diferente (U de Mann-Whitney (p=0,000).

Conclusiones: Las gestantes con enfermedad hipertensiva presentan un mayor nivel de ansiedad debido a factores como la edad, el estado civil, los hábitos tóxicos y el número de gestaciones. Es necesario implementar estrategias de apoyo psicológico y educativo para mitigar los riesgos y promover la salud mental durante el embarazo.

Palabras clave: ansiedad; gestante; hiperreactividad cardiovascular; enfermedad hipertensiva en el embarazo.

Abstract

Introduction: High blood pressure risk factors are related to increased anxiety levels during pregnancy.

Objective: Assess the risk factors and anxiety level in pregnant women with hypertensive disease during pregnancy.

Methods: A quasi-experimental study of diagnostic intervention was carried out in pregnant women, admitted to Ana Betancourt de Mora Gynecological and Obstetric University Hospital in Camagüey, with hypertensive disease during pregnancy. The study was conducted from January to December 2023. From a universe of 200 pregnant women, 60 were selected using intentional non-probabilistic sampling. Two study groups were made up, one experimental and the other conventional. Anxiety was assessed with the State-Trait Anxiety Inventory.

Results: The age range of 20-39 years predominated in both groups, 59.3% in the experimental group and 51.5% in the conventional one. 78.3% of the pregnant women had no history of toxic habits. The anxiety level 24 hours after admission indicated similar behavior in both groups, whereas in the 24 hours prior to the sustained weight test, the groups show different behaviors (Mann-Whitney U (p=0.000).



Conclusions: Pregnant women with hypertensive disease have a higher level of anxiety due to factors such as age, marital status, toxic habits and the number of pregnancies. Psychological and educational support strategies are necessary to mitigate risks and promote mental health during pregnancy.

Keywords: anxiety; pregnant woman; cardiovascular hyperreactivity; hypertensive disease in pregnancy.

Introducción

La interrelación entre los factores de riesgo de la enfermedad hipertensiva en el embarazo y los niveles de ansiedad en las gestantes es compleja. En este sentido, se deben abordar las distintas causales como, por ejemplo, la edad, el estado civil, los hábitos tóxicos, el número de gestaciones y el nivel de ansiedad.

En relación con la edad esta puede tener una asociación directa con patrones de respuesta desadaptativos, de manera que lleguen a ocasionar síntomas de salud mental como ansiedad, depresión e incluso enfermedades psiquiátricas.⁽¹⁾ Las dimensiones psicosociales de adaptación al embarazo van desde el estado civil, la aceptación de la pareja, la calidad de la relación entre ambos, la preparación para el parto, el miedo al dolor, a la pérdida de control durante el parto, además de la preocupación por el bienestar propio y del recién nacido.⁽²⁾

Los hábitos tóxicos y el número de gestaciones también constituyen factores de riesgo determinantes en el estado de salud mental de la gestante. En el primero, existe exposición a la nicotina como sustancia adictiva que genera síntomas de dependencia como la ansiedad o en el caso del abandono la aparición del llamado síndrome de abstinencia. Del mismo modo, el número de embarazos supone un riesgo mayor para la aparición de enfermedades como la hipertensión arterial.⁽³⁾

En este sentido, Chamorro Mendoza,⁽⁴⁾ hace referencia a los factores de riesgo y a la adaptación psicosocial al embarazo según los niveles de adaptación, desadaptación e inadaptación, con el objetivo de explicar la conducta de la gestante. Con respecto a la desadaptación existe dificultad para las modificaciones y ajustes en la conducta como reacción ante la realidad del embarazo, lo que implica cierto nivel de ansiedad.

En el estudio realizado por Callo Zegarra,⁽⁵⁾ la mayor parte de las gestantes fueron diagnosticadas con ansiedad severa, seguido por moderada y muy severa. Se constató una asociación significativa entre el embarazo y la presencia de ansiedad. Un alto porcentaje del total de gestantes presentaron adaptación psicosocial al embarazo, mientras un número reducido mostró desadaptación al mismo.

El mecanismo de desadaptación implica una serie de factores que repercuten desde el punto de vista fisiológico en la gestante, lo cual influye de manera negativa en las funciones de determinados órganos y sistemas. De manera particular, en el aparato cardiovascular de la gestante se producen ciertas alteraciones que traen consigo un cuadro de hiperreactividad cardiovascular y, por consiguiente, trastornos hipertensivos gestacionales.⁽⁶⁾



La hipertensión gestacional (HG) es una complicación que afecta entre el 6 y el 10 % de los embarazos a nivel mundial, considerándose una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materno-fetal. Por lo antes expuesto, se realiza la presente investigación con el objetivo de evaluar los factores de riesgo y nivel de ansiedad en gestantes con enfermedad hipertensiva en el embarazo.

Métodos

Se realizó un estudio cuasi-experimental de intervención diagnóstica en el Hospital Universitario Ginecobstétrico "Ana Betancourt de Mora", de la provincia Camagüey, durante el periodo de enero a diciembre de 2023. De un universo de 200 gestantes con diagnóstico de enfermedad hipertensiva, se seleccionó una muestra de 60, mediante un muestreo no probabilístico intencional.

Se conformaron dos grupos de estudio, uno experimental con 27 gestantes y otro convencional con 33. El primero quedó conformado por las gestantes con diagnóstico de enfermedad hipertensiva en el embarazo, más hiperreactividad cardiovascular, mientras el convencional incluyó a las gestantes con diagnóstico de enfermedad hipertensiva en el embarazo sin hiperreactividad cardiovascular.

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de elegibilidad:

Criterios de inclusión

- Gestante del tercer trimestre, con diagnóstico confirmado de enfermedad hipertensiva, que se encontraba en régimen de hospitalización.
- Gestante con ausencia de antecedentes de ansiedad u otro desorden psicológico.
- Gestante con disposición para participar en el estudio previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Gestante con antecedente de hipoacusia parcial o total, sin prótesis auditiva.

Las variables analizadas incluyeron:

- Rango etario: (15-19, 20-39 y 40-49).
- Estado civil: (casada, unión consensual y divorciada).
- Hábitos tóxicos: (tabaquismo, alcoholismo y sin antecedentes).
- Número de gestaciones: (primípara y multípara).
- Nivel de ansiedad: (24 horas después del ingreso).
- Nivel de ansiedad: (24 horas antes de la prueba de peso sostenido).

Para la identificación de la ansiedad como el síntoma de salud mental objeto de estudio, se aplicó el inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE), para adultos, en su versión en español. Se trata de un



cuestionario tipo Likert, de 20 ítems, donde se analizan las dimensiones ansiedad rasgo y ansiedad estado. Mide la intensidad y frecuencia de las respuestas emocionales, lo cual aporta información precisa sobre el nivel de ansiedad en diferentes escenarios y contextos.

El nivel de ansiedad se evaluó según la puntuación y categorías siguientes: baja (menos de 30 puntos), media (30 a 44 puntos) o alta (más de 44 puntos).

El procesamiento estadístico se realizó mediante los programas EPIDAT, versión 3.1 y el Paquete Estadístico para el Estudio de la Ciencias Sociales (SPSS, por sus siglas en inglés), en su versión 25.0. Se aceptó un margen de error del 5 % y un valor de confianza del 95 %. Las variables cualitativas fueron resumidas en por ciento, mientras para las cuantitativas se calculó la media (M) y la desviación estándar (DE). Se aplicó el análisis no paramétrico para muestras independientes mediante la U de Mann-Whitney.

El estudio siguió lo estipulado en el Código de Núremberg de 1947, el Código Internacional de Ética Médica aprobado en la 3ra. Asamblea General de la Asociación Médica Mundial celebrada en Londres en 1949 y en la Declaración de Helsinki de 1964 sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

Resultados

En la tabla 1 se observa la distribución de las gestantes según el rango etario. Existió predominio de las edades entre 20 y 39 años en ambos grupos, de manera que alcanzó el 59,3 % en el grupo experimental y el 51,5 % en el convencional. La media de la edad fue de 26,82, con una desviación estándar de 9,83

Tabla 1. Distribución de las gestantes por grupos de estudio (convencional y experimental) según el rango etario

Rango etario (años)	Grupo de estudio				Total		Medidas	
	Convencional		Experimental		n	%	M	DE
	n	%	n	%				
15-19	11	33,3	7	25,9	18	30,0	17,0	1,65
20-39	17	51,5	16	59,3	33	55,0	27,61	6,31
40-49	5	15,2	4	14,8	9	15,0	43,56	3,64
Total	33	100	27	100	60	100	26,82	9,83

Fuente: elaboración propia

El estado civil de las gestantes se distribuye en la tabla 2, lo que permitió constatar preponderancia de las casadas en el grupo convencional (39,4 %) y de las divorciadas en el experimental (70,4 %).



Tabla 2. Distribución de las gestantes por grupos de estudio (convencional y experimental) según el estado civil

Estado civil	Grupo de estudio				Total	
	Convencional		Experimental			
	n	%	n	%	n	%
Casada	13	39,4	5	18,5	18	30,0
Unión consensual	9	27,3	3	11,1	12	20,0
Divorciada	11	33,3	19	70,4	30	50,0
Total	33	100	27	100	60	100

Fuente: elaboración propia

En la tabla 3 se relacionan las gestantes según el antecedente de hábitos tóxicos, de modo que el tabaquismo alcanzó valores superiores en el grupo experimental (25,9 %) y el 15,2 % en el convencional. De manera general, en el 78,3 % de las gestantes no se recoge antecedente.

Tabla 3. Distribución de las gestantes por grupos de estudio (convencional y experimental) según hábitos tóxicos

Hábitos tóxicos	Grupo de estudio				Total	
	Convencional		Experimental			
	n	%	n	%	n	%
Tabaquismo	5	15,2	7	25,9	12	20,0
Alcoholismo	0	0,0	1	3,7	1	1,7
Sin antecedentes	28	84,8	19	70,4	47	78,3
Total	33	100	27	100	60	100

Fuente: elaboración propia

El número de gestaciones para ambos grupos se expone en la tabla 4, corroborándose prevalencia de las multíparas tanto en el grupo experimental (66,7 %) como en el convencional (57,6 %).

Tabla 4. Distribución de las gestantes por grupos de estudio (convencional y experimental) según número de gestaciones

Número de gestaciones	Grupo de estudio				Total	
	Convencional		Experimental			
	n	%	n	%	n	%
Primípara	14	42,4	9	33,3	23	38,3
Múltipara	19	57,6	18	66,7	37	61,7
Total	33	100	27	100	60	100

Fuente: elaboración propia

En la tabla 5 se aprecia el nivel de ansiedad de las gestantes 24 horas después del ingreso para ambos grupos. El convencional muestra una media de 45,06 con una desviación estándar de 3,708 y el

experimental de 46,48 con 1,718. La prueba U de Mann-Whitney no rechaza la hipótesis nula ($p = 0,130$), lo que indica un comportamiento similar en ambos grupos.

Tabla 5. Distribución de las gestantes por grupos de estudio (convencional y experimental) 24 horas después del ingreso según el nivel de ansiedad en el tercer trimestre del embarazo

Nivel de ansiedad	Grupo de estudio				Prueba de U de Mann-Whitney
	Convencional		Experimental		
	M	DE	M	DE	
	45,06	3,708	46,48	1,718	0,130

Fuente: elaboración propia

El nivel de ansiedad de las gestantes a las 24 horas previas a la prueba de peso sostenido se observa en la tabla 6, cuyos resultados para el grupo experimental evidencian una media de 45,52, mientras en el grupo convencional resulta de 33,58. La prueba U de Mann-Whitney rechaza la hipótesis nula ($p = 0,000$) y acepta la alternativa, por lo cual los grupos muestran comportamiento diferente.

Tabla 6. Distribución de las gestantes por grupos de estudio (convencional y experimental) 24 horas antes de la prueba de peso sostenido según el nivel de ansiedad en el tercer trimestre del embarazo

Nivel de ansiedad	Grupo de estudio				Prueba de U de Mann-Whitney
	Convencional		Experimental		
	M	DE	M	DE	
	33,58	4,138	45,52	1,968	0,000

Fuente: elaboración propia

Discusión

La hipertensión arterial durante el embarazo puede estar en relación con diversos factores de riesgo que a su vez contribuyen al estado de ansiedad. En la presente investigación se evalúan variables que serán motivo de discusión.

Con respecto al rango etario, en un estudio realizado por Bryce Moncloa y otros,⁽⁷⁾ el total de gestantes con diagnóstico de hiperreactividad cardiovascular predominó en menores de 35 años. Resultados similares informó Mogrovejo Del Saltó,⁽⁸⁾ quien determinó superioridad de gestantes en las edades antes referidas. Los autores de la presente investigación encontraron datos a fines.

García Hermida y otros,⁽⁹⁾ en cuanto a la edad de las gestantes con hipertensión arterial, mostraron resultados, con los que coinciden los reportados en el presente estudio. En este sentido, es criterio de los



autores que las gestantes entre 20 y 39 años son más propensas al riesgo adicional de sufrir trastornos hipertensivos en el embarazo e hiperreactividad cardiovascular, lo que favorece al estado de ansiedad. Esto se debe a los factores de riesgo subyacentes que presentan las gestantes previo al embarazo.

En relación con el estado civil, este debe considerarse un factor de riesgo perinatal. Las gestantes solas o divorciadas suelen experimentar temores, estrés y ansiedad, producto a la falta de apoyo afectivo y el estrato socioeconómico como factores asociados. Lo anterior puede causar cifras tensionales elevadas, y por consiguiente, abortos, hemorragias e infecciones, y en el peor de los casos muerte materna.⁽¹⁰⁾

Los autores consideran que las gestantes sin pareja a menudo enfrentan ansiedad debido a la presión social, el miedo a la crianza y la falta de apoyo emocional. La incertidumbre financiera y el cambio brusco en su situación personal también incrementan la preocupación y estrés.

El tabaquismo durante el embarazo puede causar complicaciones como la hipertensión arterial, debido al efecto de la nicotina y del resto de las sustancias tóxicas que el mismo contiene. Presenta un efecto directo sobre la circulación materno-fetal, para luego producir un aumento de las cifras de tensión arterial; sin embargo los efectos principales lo constituyen el riesgo de aborto y la hipoxia fetal, así como puede alterar los niveles de neurotransmisores del cerebro y contribuir a la ansiedad.⁽¹¹⁾

Por otra parte, según la literatura, el consumo de alcohol en la etapa gestacional aumenta los niveles de estrés. De este modo puede comprometerse el bienestar emocional y causar bajo peso al nacer, prematuridad, envejecimiento placentario prematuro y restricción del crecimiento intrauterino, para nombrar algunos.⁽¹²⁾

A juicio de los autores de la presente investigación el tabaquismo y el alcoholismo en gestantes afectan la salud materno-fetal, provocan hipoxia y alteraciones vasculares que elevan la presión arterial. Además, estas sustancias generan ansiedad al alterar neurotransmisores, que comprometen el bienestar físico y emocional de la madre y el feto.

Diferentes estudios hacen referencia a los riesgos de embarazos en mujeres multíparas, entre los que se encuentran la infección urinaria, la diabetes gestacional y la hipertensión arterial, así como las complicaciones (preeclampsia, prematuridad y hemorragia postparto). Además de la afectación psicológica causada por la fatiga y el estrés debido a la carga física y emocional que produce el cuidado de varios hijos, lo que a su vez contribuye a la ansiedad y a problemas hipertensivos.^(13,14)

Se estima que las gestantes experimentan trastornos de ansiedad, lo que resulta prevalente en embarazos de alto riesgo, como aquellos con enfermedad hipertensiva en y factores predisponentes, tales como: los antecedentes de trastornos mentales y los eventos estresantes. La ansiedad no tratada durante el embarazo tiene efectos adversos tanto a corto como a largo plazo. Se describe en la literatura que afecta el vínculo madre-hijo y contribuye a problemas en el desarrollo cognitivo y emocional del niño.⁽¹⁵⁾



La ansiedad materna se manifiesta de diversas formas, documentada desde el primer trimestre del embarazo, donde ñas gestantes experimentan preocupación constante sobre el bienestar del feto, cambios de humor repentinos, que van desde la euforia hasta la tristeza y trastornos del sueño como el insomnio y las pesadillas. También puede presentarse la sudoración nocturna, palpitaciones, temblores, dolores de cabeza y mareos, acompañado de sensación constante de miedo o inquietud.⁽¹⁶⁾

En el segundo trimestre se reduce la ansiedad, sin embargo, algunas gestantes experimentan preocupaciones específicas sobre el desarrollo orgánico del feto, el parto y los cambios físicos que pueda sufrir su cuerpo. La literatura hace referencia a que en el tercer trimestre aumenta la ansiedad debido a la proximidad del parto y el temor a las complicaciones.^(17,18)

Se implementan estrategias basadas en la terapia cognitivo-conductual, las técnicas de relajación, el apoyo psicológico y la educación prenatal.⁽¹⁹⁾ No obstante, la interacción entre la enfermedad hipertensiva en el embarazo y los trastornos de ansiedad es compleja y requiere atención integral.⁽²⁰⁾

Los autores estiman conveniente gestionar el estrés a través de técnicas de relajación y apoyo emocional. Los beneficios se verán reflejados a mediano plazo en la salud materna y fetal durante esta etapa.

Las intervenciones tempranas, como la terapia psicológica o programas de apoyo emocional, son cruciales en el control de los efectos negativos en el neurodesarrollo infantil. La ansiedad materna durante el embarazo tiene un impacto significativo sobre la salud emocional, cognitiva y conductual del binomio materno-fetal.

Conclusiones

Las gestantes con enfermedad hipertensiva presentan un mayor nivel de ansiedad debido a factores como la edad, el estado civil, los hábitos tóxicos y el número de gestaciones. Es necesario implementar estrategias de apoyo psicológico y educativo para mitigar los riesgos y promover la salud mental durante el embarazo.

Referencias bibliográficas

1. Yanque Robles O, Becerra Chauca N, Nieto Gutiérrez W, Alegría Guerrero R, Uriarte Morales M, Valencia Vargas W, et al. Guía de práctica clínica para la prevención y el manejo de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Rev. colom. obstet. ginecol [Internet]. 2022 [citado 11/12/2024];73(1):48-141. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3810>
2. Monterrosa Castro A, Rodelo Correa A, Monterrosa Blanco A, Morales Castellar I. Factores psicosociales y obstétricos asociados con depresión, ansiedad o estrés psicológico en embarazadas



- residentes en el Caribe colombiano. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2022 [citado 11/12/2024];90(2):134-47. Disponible en: <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/factores-psicosociales-y-obstetricos-asociados-con-depresion-ansiedad-o-estres-psicologico-en-embarazadas-residentes-en-el-caribe-colombiano>
3. Jiménez Crrufo DE. Factores de riesgo que inciden en la hipertensión arterial de las gestantes del Centro de Salud Cisne 2, Guayaquil. *Más Vita. Rev. Cienc. Salud* [Internet]. 2022 [citado 11/12/2024];2(2):9-16. Disponible en: <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/127>
4. Chamorro Mendoza SV. Adaptación psicosocial al embarazo en adolescentes gestantes atendidas en un hospital de Lima Metropolitana [tesis de licenciatura en Psicología]. Lima, Perú: Universidad de San Ignacio de Loyola; 2019 [citado 11/12/2024]. Disponible en: <https://repositorio.usil.edu.pe/entities/publication/4d733cf5-e78c-4dee-b72f4b0a71db642>
5. Callo Zegar WA. Prevalencia de niveles de depresión y posibles complicaciones en gestantes del Hospital III Goyeneche, Arequipa-2020. [Tesis de grado]. Caracas, Venezuela: Universidad de Santa María; 2020 [citado 11/12/2024]. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/10016/70.2544.M.pdf>
6. Borjas Gutiérrez EJ, Ledezma N, Sevilla G, Alas Pineda C, Bejarano S. Patología hipertensiva durante el embarazo y el producto de la concepción. *CTS* [Internet]. 2021 [citado 11/12/2024];8(2):134-46. Disponibilidad en: <https://revistas.usac.edu.gt/index.php/cytes/article/view/888>
7. Bryce Moncloa A, Alegría Valdivia E, Valenzuela Rodríguez G, Larraurí Vigna CA, Urquiaga Calderón J, San Martín MG. Hipertensión en el embarazo. *Rev peru ginecol obstet* [Internet]. 2018 [citado 11/12/2024];64(2):191-6. Disponible en: <http://51.222.106.123/index.php/RPGO/article/view/2077>
8. Mogrovejo Del Saltó VN. Factores epidemiológicos de la hipertensión en el embarazo. *RECIMUC* [Internet]. 2021 [citado 11/12/2024];5(1):4-13. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/589>
9. García Hermida MI, García Ramírez CG, García Ríos CA. Comportamiento clínico epidemiológico de gestantes adolescentes con hipertensión arterial. *AMC* [Internet]. 2020 [citado 11/12/2024];24(4):e7571. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7571>
10. Yanza Sasig MJ, Colvopiña Alvarez, CD, López Vilaña, KA, Villafuerte Castillo MG, Robayo Paguay D. Actualización en el manejo de la Hipertensión Gestacional: Artículo de revisión. *LATAM* [Internet]. 2024 [citado 11/12/2024];5(5):3404-15. Disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/2871>



11. Sánchez Delgado JA, Sánchez Lara NE. Factores de riesgo cardiovascular y riesgo cardiovascular global en gestantes. Rev. cuba. abstet. ginecol [Internet]. 2023 [citado 11/12/2024];49(4):e409. Disponible en: <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/409>
12. Guerrero Castro FF, Andachi Rodríguez JL, Giler Zambrano XA, Villamar Manrique MM. Factores predisponentes asociados a la hipertensión en pacientes gestantes en América. MQInvestigar [Internet]. 2023 [citado 11/12/2024];7(1):2631-43. Disponible en: <http://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/282>
13. Portillo Román G, Velázquez González C. Estados hipertensivos del embarazo y complicaciones materno-perinatales en el Hospital Regional de Ciudad del Este. Rev. salud publica [Internet]. 2023 [citado 11/12/2024];13(3):49-54. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-33492023000300049&Ing=en
14. González Ruiz GE, Reyes LA, Camacho Rodríguez D, Gutiérrez Alcázar MI, Perea de la Rosa MJ, Suarez Barros MP. Factores de riesgo de los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo en mujeres atendidas en una entidad de salud de Santa Marta. Duazary [Internet]. 2024 [citado 11/12/2024];10(2):119-26. Disponible en: <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/509>
15. Salgado Contreras RM, Torres Chauca ML, Salazar Campos RM, Bolívar Renón JL, Quispe Alosilla Y, Chilipio Chiclla MA. Nivel de ansiedad según el trimestre del embarazo en un establecimiento de salud de atención primaria. Ginecol. Obstet. Méx [Internet]. 2023 [citado 11/12/2024];91(7):468-78. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412023000700002&Ing=es
16. Azúa Morera E, Carvajal Barboza F. Actualización del trastorno de ansiedad durante el embarazo. Rev. méd. sinerg [Internet]. 2024 [citado 11/12/2024];9(2):e1140. Disponible en: <https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/1140>
17. Prieto F, Portellano JA, Martínez Orgado JA. Ansiedad materna prenatal, desarrollo psicológico infantil y reactividad del eje HPA en bebés de 2 a 3 meses de edad. Clínica y Salud [Internet]. 2020 [citado 11/12/2024];30(1):23-33. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742019000100004&Ing=es
18. González Oviedo LN, Valdés Borjas CA, Martínez Chacón CdR. Nivel de ansiedad y control prenatal en embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar. Ciencia Latina [Internet]. 2022 [citado 11/12/2024];12(3):e12335. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/8170/12335>
19. Ati Andino AM, Analuisa Jiménez EI. Percepción de las embarazadas sobre ansiedad y el uso de terapias alternativas como apoyo emocional. ReSoFro [Internet]. 2024 [citado 11/12/2024];4(3):e43283. Disponible en: <https://www.revistasocialfronteriza.com/ojs/index.php/rev/article/view/283>



20. Álava Loor I, Vera García B. Niveles de ansiedad en embarazadas, Centro de Salud Andrés de Vera, Portoviejo. Polo del Conocimiento [Internet]. 2020 [citado 11/12/2024];5(9):829-37. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/1732>

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Daysi López Moré y Zaily Fuentes Díaz.

Curación de datos: Daysi López Moré, Zaily Fuentes Díaz, Rolando Rodríguez Puga, Orlando Bismark Rodríguez Salazar y Yamili Rodríguez Aguilar.

Análisis formal: Daysi López Moré, Orlando Bismark Rodríguez Salazar, Yamislé Borjas Rodríguez y Yamili Rodríguez Aguilar.

Investigación: Daysi López Moré, Zaily Fuentes Díaz y Rolando Rodríguez Puga.

Metodología: Daysi López Moré, Zaily Fuentes Díaz, Rolando Rodríguez Puga y Orlando Bismark Rodríguez Salazar.

Administración del proyecto: Daysi López Moré y Zaily Fuentes Díaz.

Recursos: Daysi López Moré y Yamili Rodríguez Aguilar.

Software: Daysi López Moré.

Supervisión: Daysi López Moré.

Validación-Verificación: Daysi López Moré, Zaily Fuentes Díaz y Rolando Rodríguez Puga.

Visualización: Daysi López Moré, Orlando Bismark Rodríguez Salazar y Yamislé Borjas Rodríguez.

Redacción-borrador original: Daysi López Moré y Zaily Fuentes Díaz.

Redacción-revisión y edición: Daysi López Moré, Zaily Fuentes Díaz, Rolando Rodríguez Puga y Yamislé Borjas Rodríguez.

