

**ARTÍCULO ORIGINAL**

# Ansiedad y depresión entre las mujeres embarazadas atendidas en unidades de salud familiar: estudio transversal

**HIGHLIGHTS**

1. El 37 % de las embarazadas presentaron síntomas de ansiedad de leve a moderada.
2. El 23 % de las embarazadas presentaron síntomas de depresión de leve a grave.
3. Se observó una relación entre la depresión y el número de personas que vivían en el domicilio.

Priscila Alves de Lima<sup>1</sup>   
Gabriel Rodrigues Neto<sup>1</sup>   
Vagna Cristina Leite da Silva Pereira<sup>1</sup>   
Francilene Jane Rodrigues Pereira<sup>2</sup>   
Cleyton Cézar Souto Silva<sup>2</sup>   
Smalyanna Sgren da Costa Andrade<sup>1</sup>   
Sônia Mara Gusmão Costa<sup>1</sup> 

**RESUMEN**

**Objetivo:** verificar la prevalencia y los factores asociados a la ansiedad y la depresión en mujeres embarazadas atendidas en consultas prenatales en la Unidad de Salud Familiar en un municipio del noreste de Brasil. **Método:** estudio descriptivo transversal, con 81 embarazadas, con cuestionario de preguntas abiertas y cerradas e Inventory de Ansiedad y Depresión de Beck. Los datos se analizaron con estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** se identificó que 30 embarazadas (37 %) presentaban síntomas de ansiedad de leve a moderada y 18 (23 %) síntomas de depresión de leve a grave. Se observó una significación estadística entre la depresión y el número de personas en el hogar ( $p = 0,033$ ), así como entre la ansiedad y la depresión ( $p < 0,001$ ). **Conclusión:** ante el impacto de las enfermedades mentales en el ciclo gravídico-puerperal, es esencial utilizar instrumentos validados para orientar las intervenciones tempranas, promoviendo la prevención de trastornos mentales y la mejora de la calidad de vida de las mujeres embarazadas.

**DESCRIPTORES:** Personas Embarazadas; Ansiedad; Depresión; Atención Prenatal; Salud de la Familia.

**CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:**

de Lima PA, Rodrigues Neto G, Pereira VCLS, Pereira FJR, Silva CCS, Andrade SSC, et al. Ansiedad y depresión entre las mujeres embarazadas atendidas en unidades de salud familiar: estudio transversal. Cogitare Enferm [Internet]. 2025 [cited "insert year, month and day"];30:e96201es. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.96201es>

<sup>1</sup>Faculdades Nova Esperança, João Pessoa, PB, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

## INTRODUCCIÓN

La gestación es considerada por la sociedad como una etapa natural en la vida de las mujeres. Sin embargo, este período implica una serie de cambios hormonales, físicos, psicológicos, familiares y sociales, así como la posibilidad de adaptaciones y reestructuraciones en la vida de las mujeres. Estas transformaciones suelen generar un escenario de vulnerabilidad para las mujeres embarazadas, momento que puede acentuar las fragilidades emocionales y predisponer al desarrollo de trastornos mentales. Entre estos trastornos, la ansiedad y la depresión destacan como los más comunes y, si no se reconocen o tratan adecuadamente durante el periodo prenatal, pueden tener consecuencias adversas significativas tanto para la salud de la madre como para la del feto<sup>1</sup>.

Las consultas prenatales de calidad insatisfactoria, que se caracterizan por una escucha clínica limitada, la falta de evaluación de la salud mental y la ausencia de vínculo entre la gestante y el equipo de salud, suelen pasar por alto los primeros signos de estos trastornos, lo que dificulta las intervenciones oportunas. Esta negligencia puede culminar en un agravamiento de la salud mental materna, un aumento del riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer, dificultades en la formación del vínculo madre-hijo y daños en el desarrollo infantil. Además, el mantenimiento de los síntomas depresivos o de ansiedad después del parto puede tener un efecto adverso sobre la lactancia materna, el autocuidado de la madre y la experiencia de la parentalidad<sup>2</sup>.

La depresión se caracteriza como una condición patológica marcada por síntomas como tristeza, desequilibrio emocional, ausencia de placer y baja autoestima, que afectan tanto a la madre como al niño, con importantes consecuencias sociales y familiares, como problemas conyugales, retraso en el desarrollo infantil y sufrimiento psíquico de la madre<sup>3</sup>. Por su parte, la ansiedad es un estado emocional que tiene componentes fisiológicos y psicológicos que abarcan diversas sensaciones, entre ellas el miedo y la inseguridad, el aumento del estado de vigilia y molestias somáticas y del sistema nervioso autónomo<sup>4</sup>. Esto pone de manifiesto la importancia de realizar consultas cualificadas durante el periodo prenatal.

La depresión prenatal ha sido un gran problema de salud pública en todo el mundo, con mayor prevalencia en los países en desarrollo de ingresos bajos y medios. Estudios anteriores muestran índices del 27 % en Sudáfrica, del 15,3 % en Israel y del 10,3 % en China<sup>5</sup>. En Estados Unidos, aproximadamente el 15 % de las mujeres embarazadas padecen trastornos de ansiedad y depresión, y a la mayoría se les recetan antidepresivos<sup>6</sup>.

En el contexto brasileño, la literatura científica ha señalado prevalencias variables de depresión tanto durante el embarazo como en el posparto, lo que refleja la diversidad metodológica de los estudios, así como las especificidades socioculturales, económicas y asistenciales que atraviesan la realidad de las mujeres en diferentes regiones del país. En São Paulo, varía entre el 24 % y el 38,5 %; en Río de Janeiro, la prevalencia fue del 18 %; en Minas Gerais, la tasa osciló entre el 12,5 % y el 33 %; en el Distrito Federal, se registró entre el 15,47 % y el 52,5 % en diferentes estudios, y en Goiás, del 25,33 %. En Rio Grande do Sul, la prevalencia fue de entre el 20,5 % y el 21,6 %. En Maranhão, la tasa fue del 27,5 %. En Sergipe, se encontró una prevalencia del 28,9 %<sup>7</sup>. Ante lo expuesto, es notable que la depresión perinatal no puede entenderse de manera homogénea, sino que requiere un análisis contextualizado que tenga en cuenta factores como el acceso a los servicios de salud, la red de apoyo social, las condiciones de vulnerabilidad y los antecedentes de salud mental.

Los signos de ansiedad y depresión durante el embarazo, especialmente los síntomas leves, pueden ser ignorados por los profesionales sanitarios durante la evaluación prenatal, ya que probablemente se atribuyen a los cambios emocionales provocados por las hormonas del embarazo<sup>8</sup>, por lo que pueden pasar desapercibidos durante este periodo e impedir el inicio de intervenciones psicosociales para prevenir o mitigar las consecuencias adversas asociadas a la depresión prenatal<sup>9</sup>.

A pesar de la relevancia del tema, existen lagunas en la detección y el manejo de estos trastornos en la atención primaria de salud, especialmente durante las consultas prenatales, que a menudo tienen un enfoque predominantemente biomédico. Por lo tanto, el objetivo fue verificar la prevalencia y los factores asociados con la ansiedad y la depresión en mujeres embarazadas atendidas en Unidades de Salud Familiar en un municipio del noreste de Brasil.

## MÉTODO

Investigación descriptiva transversal con enfoque cuantitativo realizada en el área de cobertura de una Unidad de Salud Familiar en una ciudad del noreste de Brasil. El universo del estudio estuvo compuesto por 130 mujeres embarazadas registradas en una Unidad de Salud Familiar de la ciudad de João Pessoa, Paraíba, Brasil.

La muestra del estudio fue no probabilística, de tipo conveniencia, compuesta por 81 mujeres embarazadas registradas en la USF durante el período comprendido entre marzo y mayo de 2019. Las participantes fueron incluidas según su disponibilidad e interés en participar en la investigación, cumpliendo con los criterios de inclusión: estar registradas en la unidad de salud familiar y encontrarse en cualquier periodo de gestación. Se excluyeron del estudio las mujeres embarazadas con diagnóstico de trastorno mental grave, severo y persistente, y que estuvieran tomando psicofármacos.

La recopilación de datos se llevó a cabo durante las consultas prenatales de las embarazadas, en un entorno privado y cómodo para las investigadas. El instrumento utilizado para la recopilación de datos fue un cuestionario semiestructurado que incluía preguntas abiertas y cerradas de opción múltiple y escala Likert, ya que permiten cuantificar las respuestas. También se utilizó el Inventario de Ansiedad (BAI) y el Inventario de Depresión (BDI) de Beck<sup>10</sup>.

El BDI de Beck evalúa los síntomas de la depresión mediante 21 ítems, cada uno con cuatro posibles respuestas que reciben una puntuación de cero a tres, indicando así la gravedad del síntoma. Las preguntas del BDI evalúan el estado de ánimo, el pesimismo, el sentimiento de fracaso, la insatisfacción personal (relacionada con la anhedonia y la sensación de vacío), el sentimiento de culpa, el castigo, la antipatía hacia uno mismo, la autoculpabilidad, los pensamientos suicidas o de autolesión, el llanto, la irritabilidad, el aislamiento social, la imagen corporal, las dificultades en el trabajo, el insomnio, la fatiga, apetito, pérdida de peso, preocupación corporal y pérdida de libido, donde los ítems del 1 al 13 evalúan síntomas de naturaleza psicológica, y los ítems del 14 al 21 evalúan síntomas físicos, cada uno con 4 alternativas, que implican grados crecientes de gravedad de la depresión, con opciones de respuesta (escala de 0 a 3)<sup>10</sup>.

El BAI de Beck también consta de 21 ítems que evalúan la intensidad de los síntomas físicos y cognitivos de ansiedad experimentados por el individuo durante la

última semana. Cada ítem se puntuó en una escala Likert de cuatro puntos, que sigue una escala Likert: 0 (absolutamente no), 1 (ligeramente ansioso), 2 (moderadamente ansioso), 3 (gravemente ansioso). La puntuación máxima es de 63 puntos, categorizados en: 0-10 (síntomas mínimos), 11-19 (síntomas leves), 20-30 (síntomas moderados), 31-63 (síntomas graves)<sup>10</sup>.

El análisis de los datos se realizó con la ayuda del programa Statistics Package for the Social Sciences (SPSS), versión 20. Los datos descriptivos se presentaron mediante distribución porcentual (%) y todas las comparaciones se realizaron mediante la prueba exacta de Fisher. Se adoptó un nivel de significación de  $p \leq 0,05$ . Los resultados se presentaron en forma de tablas y posteriormente se discutieron basándose en la bibliografía pertinente.

El estudio cumplió con los aspectos éticos de la Resolución 466/2012, que aprueba las directrices y normas reguladoras de las investigaciones con seres humanos, y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEP) de las Facultades Nova Esperança con el número de dictamen 4.105.628 y CAAE: 08781919. 9.0000.5179.

## RESULTADOS

Se observa que 47 (58 %) embarazadas declararon tener hijos, mientras que 34 (42 %) estaban en su primer embarazo. En cuanto al historial de abortos, 50 (61,7 %) mujeres declararon no haber pasado nunca por esa experiencia, mientras que 31 (38,3 %) habían sufrido al menos un aborto. En cuanto al estado clínico del embarazo actual, 65 (80,2 %) embarazadas realizaban un seguimiento prenatal clasificado como de bajo riesgo, y solo 16 (19,8 %) fueron identificadas como embarazos de alto riesgo. En cuanto a la planificación del embarazo, predominó la no intencionalidad: 53 (65,4 %) participantes afirmaron que el embarazo actual no fue planeado, lo que evidencia la necesidad de promover entre la población herramientas y estrategias de asesoramiento más eficaces.

En relación con los análisis de los datos recopilados en la Tabla 1, se muestra la distribución de los niveles de ansiedad entre las mujeres embarazadas atendidas en el prenatal, según variables sociodemográficas. Se observa que la mayoría de las participantes presentaron síntomas mínimos de ansiedad, independientemente de las características analizadas.

En el análisis porcentual, se observó que la predominancia de la ansiedad se encontraba en la clasificación mínima con ( $n=51$ ; 63 %) participantes en el rango de edad de 18 a 34 años ( $n=47$ ; 64,4 %), religión católica ( $n=27$ ; 77,1 %), educación secundaria ( $n=28$ ; 66,7 %), ingresos mensuales de hasta un salario mínimo ( $n=34$ ; 69,4 %), estado civil soltero ( $n=21$ ; 67,7 %) y número de personas en el hogar entre 2 y 4 personas ( $n=27$ ; 65,9 %). Se identificaron 20 (24,7 %) embarazadas con ansiedad leve y 10 (12,3 %) con ansiedad moderada. No se encontraron mujeres con ansiedad grave.

En la relación entre la depresión y las variables sociodemográficas, se observó que las embarazadas que vivían con su pareja presentaban ansiedad mínima en 49 (60 %) casos, las que vivían con dos a cuatro personas, en 53 (65,9 %) casos, y las que vivían con más de cuatro personas, en 46 (57,1 %) casos. En el análisis porcentual, se identificó que la predominancia de la depresión se encontraba en la clasificación mínima ( $n = 62$ ; 76,5 %) en el grupo de edad de 18 a 34 años ( $n = 58$ ; 79,5 %), religión católica ( $n = 30$ ; 85,7 %), educación superior ( $n = 17$ ; 81,0 %), ingresos mensuales de hasta un salario

mínimo ( $n = 38$ ; 77,6 %), estado civil soltero ( $n = 27$ ; 87,0 %) y número de personas en el hogar que vivían con su pareja ( $n = 26$ ; 78,7 %). Se encontraron 13 (16 %) mujeres con depresión leve, cuatro (5 %) con depresión moderada y dos (2,5 %) con depresión grave, según la Tabla 2.

**Tabla 1.** Análisis cruzado de las variables sociodemográficas con signos de ansiedad en mujeres embarazadas de la USF Integrada Ipiranga. João Pessoa, PB, Brasil, 2024

VARIÁBLES	ANSIEDAD				Total n(%)	P
	Mínimo n(%)	Leve n(%)	Moderada n(%)	Grave n(%)		
<b>Edad</b>						
15 – 17 años	2(50,0)	1(25,0)	1(25,0)	0(0,0)		
18 – 34 años	47(64,4)	17(23,3)	9(12,3)	0(0,0)	100	0,559
> 35 años	2(50,0)	2(50,0)	0(0,0)	0(0,0)		
<b>Religión</b>						
Católica	27(77,1)	6(17,1)	2(5,8)	0(0,0)		
Protestante	23(52,3)	13(29,5)	8(18,2)	0(0,0)	100	0,124
Otras	1(50,0)	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)		
<b>Educación</b>						
Educación Primaria	10(55,6)	5(27,8)	3(16,6)	0(0,0)		
Educación Secundaria	28(66,7)	11(26,2)	3(7,1)	0(0,0)	100	0,587
Educación Superior	13(62,0)	4(19,0)	4(19,0)	0(0,0)		
Ingresos mensuales						
Hasta 1 salario mínimo*	34(69,4)	11(22,4)	4(8,2)	0(0,0)		
Entre 1 e 2 salarios	15(51,7)	8(27,6)	6(20,7)	0(0,0)	100	0,348
> 2 salarios mínimos	2(66,7)	1(33,3)	0(0,0)	0(0,0)		
<b>Estado Civil</b>						
Casada	29(59,2)	16(32,7)	4(8,1)	0(0,0)		
Soltera	21(67,7)	4(12,9)	6(19,4)	0(0,0)	100	0,144
Otros	1(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)		
<b>Número de personas em el hogar</b>						
Vive con su pareja	20(60,6)	9(27,3)	4(12,1)	0(0,0)		
De 2 a 4 personas	27(65,9)	9(22,0)	5(12,1)	0(0,0)	100	0,969
Más de 4 personas	4(57,1)	2(28,6)	1(14,3)	0(0,0)		

Leyenda: ( $n=81$ ); \*Salario mínimo vigente en 2019 (998,00 reales brasileños/250,00 dólares estadounidenses).

Fuente: Los autores (2019).

**Tabla 2.** Análisis cruzado de las variables sociodemográficas con signos de depresión en mujeres embarazadas de la USF Integrada Ipiranga. João Pessoa, PB, Brasil, 2024

VARIABLES	DEPRESIÓN					p
	Mínimo n(%)	Leve n(%)	Moderada n(%)	Grave n(%)	Total n(%)	
<b>Edad</b>						
15 – 17 años	2(50,0)	1(25,0)	0(0,0)	1(25,0)		
18 – 34 años	58(79,5)	10(13,7)	4(5,5)	1(1,4)	100	0,078
> 35 años	2(50,0)	2(50,0)	0(0,0)	0(0,0)		
<b>Religión</b>						
Católica	30(85,7)	4(11,4)	0(0,0)	1(2,9)		
Protestante	30(68,2)	9(20,5)	4(9,1)	1(2,3)	100	0,337
Otras	2(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)		
<b>Educación</b>						
Educación Primaria	13(72,2)	5(27,8)	0(0,0)	0(0,0)		
Educación Secundaria	32(76,2)	6(14,3)	3(7,1)	1(2,4)	100	0,661
Educación Superior	17(81,0)	2(9,4)	1(4,8)	1(4,8)		
<b>Ingresos ensuales</b>						
Hasta 1 salario mínimo *	38(77,6)	7(14,3)	3(6,1)	1(2,0)		
Entre 1 e 2 salarios	21(72,5)	6(20,7)	1(3,4)	1(3,4)	100	0,915
> 2 salarios mínimos	3(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)		
<b>Estado Civil</b>						
Casada	35(71,4)	10(20,4)2	2(4,1)	2(4,1)		
Soltera	27(87,0)	2(6,5)	2(6,5)	0(0,0)	100	0,11
Otros	0(0,0)	1(100,0)	0(0,0)	0(0,0)		
<b>Número de personas em el hogar</b>						
Vive con su pareja	26(78,7)	2(6,1)	3(9,1)	2(6,1)		
De 2 a 4 personas	31(75,6)	10(24,4)	0(0,0)	0(0,0)	100	0,033**
Más de 4 personas	5(71,4)	1(14,3)	1(14,3)	0(0,0)		

Leyenda: (n=81); \*Salario mínimo vigente en 2019 (998,00 reales brasileños/250,00 dólares estadounidenses); \*\*Asociación significativa (prueba de Fisher).

Fuente: Los autores (2019).

En la relación entre ansiedad y depresión, se observó una asociación significativa entre las variables ( $p<0,001$ ). Se observa que la depresión en la clasificación mínima ( $n=76$ ; 94,1 %) y leve ( $n=3$ ; 3,9 %) está asociada a la ansiedad mínima; además, la depresión mínima está asociada a la ansiedad leve ( $n=40$ ; 50,0 %), según la Tabla 3.

**Tabla 3.** Relación entre ansiedad y depresión entre mujeres embarazadas de la USF Integrada Ipiranga, João Pessoa, PB, Brasil, 2024 (n=81)

VARIABLES	DEPRESIÓN					p
	Mínimo n(%)	Leve n(%)	Moderada n(%)	Grave n(%)	Total n(%)	
<b>Ansiedad</b>						
Mínimo	76(94,1)	3(3,9)	0(0,0)	2(2,0)	100	
Leve	41(50,0)	28(35,0)	8(10,0)	4(5,0)	100	
Moderada	32(40,0)	32(40,0)	17(20,0)	0(0,0)	100	<0,001*
Grave	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	100	

Leyenda: \*Asociación significativa (Prueba de Fisher).

Fuente: Los autores (2019).

## DISCUSIÓN

La depresión y la ansiedad se presentan como afecciones comunes durante el período gestacional, difiriendo solo en cuanto al nivel de gravedad de estos cuadros, que pueden estar relacionados con antecedentes previos de trastornos mentales comunes (ansiedad, depresión y somatizaciones), así como con las características socioeconómicas<sup>4</sup>. El prenatal es el período de seguimiento que precede al parto y tiene como uno de sus principales objetivos promover el buen desarrollo del embarazo y, con ello, un parto saludable. Estas acciones se llevan a cabo durante todo el embarazo para proporcionar una atención de calidad y reducir la mortalidad materna y perinatal. Incluyen actividades preventivas, educativas y terapéuticas, y toda esta asistencia es importante para la prevención de enfermedades, el diagnóstico precoz de enfermedades y los tratamientos que sean necesarios durante este período<sup>11</sup>.

La depresión se caracteriza como una condición patológica marcada por aversión a las actividades que se realizan habitualmente, trastornos del sueño o del apetito e irritabilidad, con repercusiones en el comportamiento, la salud y las relaciones interpersonales de la persona. Mientras que la ansiedad es una respuesta emocional ante situaciones amenazantes o desafiantes, que se manifiesta por sensaciones de aprensión, preocupación o miedo, generalmente proporcionales al estímulo y de corta duración. Por el contrario, el trastorno de ansiedad se caracteriza por una preocupación excesiva, persistente y desproporcionada en relación con las situaciones enfrentadas. Los síntomas incluyen inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño, que persisten durante períodos prolongados y, a menudo, sin una causa aparente. Esta afección interfiere significativamente en la calidad de vida del individuo, afectando su funcionamiento social, ocupacional y otras áreas importantes<sup>12</sup>.

Un estudio describe que entre el 10 % y el 15 % de todas las mujeres embarazadas experimentan síntomas de ansiedad y depresión leves a moderados. Los síntomas, en general, son similares a los que se producen en la depresión en cualquier otro período de la vida de la mujer, como falta de apetito y de energía y sentimiento de culpa<sup>13</sup>.

En cuanto a la distribución de las características obstétricas de las gestantes atendidas en la Unidad de Salud Familiar estudiada, se encontraron datos similares en un estudio<sup>14</sup>, en el que la mayoría de las gestantes (77,7 %) eran secundíparas y multíparas, y tuvieron un embarazo no planificado (88 %). Otra investigación también

demostró que la mayoría de las mujeres eran multiparas (60 %) y que el embarazo actual no había sido planeado (58 %)<sup>15</sup>. No planificar un embarazo puede afectar a la salud mental de la mujer, aumentando los niveles de ansiedad y el riesgo de depresión<sup>16</sup>.

Al cruzar las variables sociodemográficas (edad, religión, nivel educativo, ingresos mensuales, estado civil y número de personas en el hogar) con los signos de ansiedad y depresión en las embarazadas, se observó que no existía asociación entre ellas y la ansiedad, y que existía asociación entre el número de personas en el hogar y la depresión.

En cuanto a la ansiedad, se observó que la mayoría de las mujeres se encuadraban en la clasificación mínima (tabla 1). Un dato divergente de este estudio señala que el 18,8 % de las embarazadas en atención prenatal presentaban síntomas graves de ansiedad y, por ello, utilizaban respuestas de afrontamiento significativamente más inadecuadas y menos adaptativas, como la autoculpa y la negación de la realidad, que seguían asociadas a la ansiedad en el período perinatal<sup>16</sup>. Otro estudio señaló que el 30 % de las embarazadas no presentaban ansiedad, el 30 % presentaban ansiedad leve, el 22 % ansiedad moderada, el 16 % ansiedad grave y el 2 % no respondieron al cuestionario<sup>13</sup>. Estos resultados presentan un porcentaje mayor que los presentados en este estudio. En consonancia con los últimos resultados y en divergencia con las cifras de la presente investigación, otro estudio identificó una prevalencia de síntomas depresivos del 20 % y de síntomas de ansiedad del 39 %<sup>15</sup>. Se encontraron datos similares en otro estudio, en el que la mayoría presentaba ansiedad mínima<sup>16</sup>.

En cuanto a la depresión, se identificó que predominaban los casos leves y mínimos. Se verificaron cuatro mujeres con depresión moderada y dos con depresión grave. En consonancia con esto, otro estudio señaló que la mayoría de las mujeres no presentaban síntomas depresivos y tenían depresión leve, aunque también se observó, en menor proporción, depresión moderada y grave<sup>13</sup>. En otro estudio se verificó que la mayoría de las mujeres embarazadas tenían depresión mínima<sup>16</sup>.

La depresión tiene un impacto emocional considerable, ya que compromete tanto la salud mental como la física de la embarazada, y se ha identificado como un factor de riesgo para el desprendimiento prematuro de placenta (DPP), pudiendo también comprometer el crecimiento del feto, aumentando así el riesgo de preeclampsia y parto prematuro, lo que reafirma que la intervención para la depresión debe comenzar en el período prenatal<sup>17</sup>.

El embarazo puede ser un acontecimiento estresante y causante de ansiedad. Por consiguiente, la ansiedad, como trastorno mental común, puede deteriorar silenciosamente la salud de la mujer, siendo un importante factor predictivo asociado a la depresión durante el embarazo<sup>17</sup>.

Cabe destacar también que es necesario que los enfermeros realicen una atención integral en el seguimiento prenatal, abordando cuestiones clínicas y también psicosociales, para que de esta manera puedan contribuir de manera significativa con intervenciones para la detección y mejora de los niveles de ansiedad y depresión entre las gestantes, colaborando para la efectividad de una atención prenatal de calidad<sup>18</sup>. La atención prenatal, definida como un conjunto de acciones que son simultáneamente preventivas, promotoras de la salud, diagnósticas y curativas, tiene como objetivo proporcionar esta asistencia, con miras a un buen desenlace del embarazo<sup>19</sup>.

A la vista de los datos presentados, se señala como factor limitante de este estudio el hecho de que la mayoría de las embarazadas se encuadran en niveles mínimos de

ansiedad y depresión, lo que impide identificar características asociadas a los casos graves.

Sin embargo, el estudio incita a realizar otros, en diferentes escenarios, que puedan generar datos más heterogéneos con posible identificación de asociaciones. Además, el tema alerta a los profesionales que trabajan en la atención prenatal de las Unidades de Salud Familiar para que presten atención no solo a las características fisiológicas del embarazo, sino también a las psicosociales, ya que la ansiedad y la depresión en sus formas graves pueden manifestarse entre las mujeres embarazadas.

Las limitaciones del estudio incluyen el hecho de que la mayoría de las mujeres embarazadas presentaban niveles mínimos de ansiedad y depresión, lo que dificultó la identificación de características asociadas a los casos más graves de estas afecciones. Sin embargo, se logró el objetivo de este estudio, lo que contribuirá a futuras implicaciones en la formulación de estrategias o políticas públicas orientadas a la salud mental de las mujeres embarazadas.

## CONCLUSIÓN

Los sistemas de atención prenatal de alta calidad deben desarrollar la capacidad de evaluar y tratar el riesgo de depresión y ansiedad. Los proveedores de atención deben realizar evaluaciones de detección de forma rutinaria utilizando herramientas de detección validadas, proporcionando recursos centrados en la información educativa sobre la salud mental materna y siendo conscientes de los diversos enfoques multiprofesionales como posibilidad de facilitar el tratamiento y orientar y derivar mejor los casos cuando sea necesario.

En este estudio se observa un índice representativo de mujeres embarazadas atendidas en servicios de atención primaria que padecen trastornos mentales como ansiedad y depresión. Estos trastornos eran ignorados por los profesionales de la atención prenatal, ya que en este enfoque el profesional se centra en las necesidades, las quejas y los cambios biológicos. Teniendo en cuenta la importancia y las repercusiones de las enfermedades mentales en el ciclo gravídico-puerperal, se refuerza la necesidad de implementar instrumentos sencillos y validados que puedan guiar al profesional en este enfoque para garantizar una intervención inmediata en los casos.

Cabe destacar la importancia de adoptar prácticas centradas en la prevención de trastornos mentales comunes, con miras a mejorar la calidad de vida de las mujeres embarazadas y reducir los riesgos de complicaciones relacionadas con el parto y la salud de la mujer y el niño.

## REFERENCIAS

- Backes DS, de Medeiros LS, da Veiga AC, Colomé JS, Backes MTS, dos Santos MR, et al. Collective prenatal care facilitated by educational technology: perception of pregnant women. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2024 [cited 2025 Apr 30];29(1):e00392023. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.00392023>
- Tomasi E, de Assis TM, Muller PG, da Silveira DS, Neves RG, Fantinel E, et al. Evolution of the quality of prenatal care in the primary network of Brazil from 2012 to 2018: what can (and should) improve? PLoS ONE [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 30];17(1):e0262217. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262217>

[pone.0262217](#)

3. Guimarães RB, dos Santos, RB, dos Santos T, Carvalho AR, Lima MAC, Costa TA, et al. Atuação do enfermeiro à gestante e puérpera com depressão. Rev Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2021 [cited 2024 Feb 20];13(1):e5178. Available from: <https://doi.org/10.25248/reas.e5178.2021>
4. de Sousa ALV, Ribeiro IG, Cordeiro IP, Amaral LV, da Cruz LM, Pereira LFA, et al. Transtornos mentais e o período gestacional. E-Acadêmica [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 21];4(2):e3042491. Available from: <https://doi.org/10.52076/eacad-v4i2.491>
5. Silva MMJ, Clapis MJ. Risco de depressão na gravidez na percepção dos profissionais de saúde. Enferm Foco [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 21];14:e-202321. Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2023.v14.e-202321>
6. de Araújo ALS, Xavier JECA, Lima MIF, Jacó AP, Araújo MTC, Santos PIOS, et al. Ansiedade na fase perinatal: revisão de literatura. Res, Soc Dev [Internet]. 2021 [cited 2024 Feb 20];10(15):e566101523521. Available from: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23521>
7. Barbosa IHA, Cerqueira-Santos E. Depressão e ansiedade entre gestantes de Sergipe: prevalência e fatores associados. Saúde Desenvolv Hum [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 21];11(3):1-13. Available from: <https://doi.org/10.18316/sdh.v11i3.10407>
8. Arrais AR, de Araujo TCCF, Schiavo RA. Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. Rev Psicol Saúde [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 21];11(2):23-34. Available from: <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.706>
9. da Silva BAB, Rosa WAG, Oliveira ISB, Rosa MG, Lenza NFB, Silva VLQ. Depression in pregnant women cared for in primary health care. Cogitare Enferm [Internet]. 2020 [cited 2023 Sep 21];25:e69308. Available from: <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.69308>
10. Martins BG, da Silva WR, Maroco J, Campos JADB. Escala de depressão, ansiedade e estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. J Bras Psiquiatr [Internet]. 2019 [cited 2023 Sep 21];68(1):32-41. Available from: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000222>
11. Pereira JS, de Almeida EWS, Evangelista CB, Dias CLO, Quadros JFC, de Oliveira PAP, et al. Profile of pregnant women attending prenatal care in family health strategy teams. Saúde Colet (Barueri) [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 21];10(52):2118-23. Available from: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i52p2112-2123>
12. Ferreira e Sousa TC, Ferreira e Sousa IY, Almeida RMFS. Ansiedade x transtorno de ansiedade: existe diferença? Contribuciones a Las Ciencias Sociales [Internet]. 2024 [cited 2025 May 17];17(13):e14165. Available from: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.13-549>
13. Goncalves RA. Saúde mental na gestação: importância da avaliação psicológica na identificação de depressão, ansiedade e ideação suicida na gestação. In: Open Science Research I [Internet]. [Guarujá, SP]: Editors Científica; 2022 [cited 2025 Jun 27]. p. 1826-38. Available from: <https://doi.org/10.37885/220107204>
14. Ferreira MGBL. Percepção de gestantes sobre o cuidado durante o período de pré-natal em uma Estratégia de Saúde da Família [thesis on the Internet]. Maceió: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas; 2022 [cited 2024 Feb 21]. 80 p. Available from: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/123456789/11986>
14. da Paz MM, Diniz RMC, Almeida MO, Cabral NO, de Assis TJCF, de Sena MF, et al. Analysis of the anxiety level in high risk pregnancy based on the Beck Anxiety Inventory. Rev Bras Saúde Mater Infant [Internet]. 2022 [cited 2022 Feb 21];22(4):1015-23. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200040016>
15. Testouri F, Hamza M, Amor AB, Barhoumi M, Fakhfakh R, Triki A. et al. Anxiety and depression symptoms in at-risk pregnancy: influence on maternal-fetal attachment in Tunisia. Matern Child Health J [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 21];27:2008-16. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10995-023-03736-y>

16. Silva MMJ, Clapis MJ. Perception of pregnant women about the risk factors of depression during pregnancy. REME - Rev Min Enferm [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 14];24:e-1328. Available from: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200065>
17. da Silva HCP, Silva AKC, da Rocha RMB, Ribeiro AGS, de Oliveira JNA, Mota LR, et al. Ansiedade e depressão em gestantes. Res, Soc Dev [Internet]. 2022 [cited 2022 Feb 21];11(3):e51811325570. Available from: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.25570>
18. Pereira JCN, Caminha MFC, Gomes RA, dos Santos CC, de Lira PIC, Batista Filho M. Temporal evolution of prenatal care in Pernambuco in 1997, 2006 and 2016. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2022 [cited 2022 Feb 21];30(1):e64056. Available from: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.64056>

## **Anxiety and depression among pregnant women attending a family health center: a cross-sectional study**

### **ABSTRACT**

**Objective:** The purpose of this study is to confirm the prevalence of anxiety and depression in pregnant women who are undergoing prenatal consultations at a Family Health Unit in a northeastern Brazilian municipality. **Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted with 81 pregnant women, utilizing a questionnaire that included both open-ended and closed-ended questions, as well as the Beck Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics. **Results:** The results indicated that 30 pregnant women (37%) had mild to moderate anxiety symptoms and 18 (23%) had mild to severe depression symptoms. There was statistical significance between depression and the number of people in the household ( $p=0.033$ ), as well as between anxiety and depression ( $p<0.001$ ). **Conclusion:** Considering the influence of mental illness on the pregnancy-puerperal cycle, it is critical to implement early interventions with validated tools to prevent mental/cognitive disorders and enhance pregnant women's quality of life.

**DESCRIPTORS:** Pregnant People; Anxiety; Depression; Prenatal Care; Family Health.

**Recibido en:** 19/07/2024

**Aprobado en:** 19/05/2025

**Editor asociado:** Dra. Tatiane Herreira Trigueiro

**Autor correspondiente:**

Cleyton Cézar Souto Silva

Universidade Federal da Paraíba

Campus I Lot. Cidade Universitária, PB, 58051-900

E-mail: [cleyton.souto@academico.ufpb.br](mailto:cleyton.souto@academico.ufpb.br)

**Contribución de los autores:**

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **de Lima PA, Pereira VCLS.** Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **de Lima PA, Rodrigues Neto G, Pereira VCLS, Pereira FJR, Silva CCS, Andrade SSC, Costa SMG.** Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **de Lima PA, Pereira VCLS, Silva CCS, Andrade SSC, Costa SMG.** Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

**Conflicto de intereses:**

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

**ISSN 2176-9133**



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](#).