

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO

Monografía

**PRESENTADA A LA HONORABLE JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

Kay Nicté Herman Gómez

Andrés Ricardo Figueroa Najarro

Médico y Cirujano

Guatemala octubre de 2021

El infrascrito Decano y la Coordinadora de la Coordinación de Trabajos de Graduación –COTRAG–, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que los estudiantes:

1. KAY NICTÉ HERMAN GÓMEZ 201500077 2939568981701
2. ANDRÉS RICARDO FIGUEROA NAJARRO 201512336 2868045140101

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al título de Médico y Cirujano en el grado de licenciatura, habiendo presentado el trabajo de graduación, en modalidad de monografía titulado:

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LOS TRASTORNOS
DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO**

Trabajo asesorado por la Dra. Virginia María Ortiz Paredes y revisado por la Dra. María Victoria Pimentel Moreno, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el veintiocho de octubre del año dos mil veintiuno



Dra. Magda Francisca Velásquez Tohom
Coordinadora


Vo.Bo.
Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva. PhD
Decano


UNIVERSIDAD DE
SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS
Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva
DECANO

La infrascrita Coordinadora de la COTRAG de la **Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala**, HACE CONSTAR que los estudiantes:

- | | | | |
|----|---------------------------------|-----------|---------------|
| 1. | KAY NICTÉ HERMAN GÓMEZ | 201500077 | 2939568981701 |
| 2. | ANDRÉS RICARDO FIGUEROA NAJARRO | 201512336 | 2868045140101 |

Presentaron el trabajo de graduación en la modalidad de Monografía, titulado:

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LOS TRASTORNOS
DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO**

El cual ha sido revisado y aprobado por el **Dr. Melvin Fabricio López Santizo**, profesor de esta Coordinación, al establecer que cumplen con los requisitos solicitados, se les **AUTORIZA** continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el veintiocho de octubre del año dos mil veintiuno.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Dra. Magda Francisca Velásquez Tohom
Coordinadora

Guatemala, 28 de octubre del 2021

Doctora
Magda Francisca Velásquez Tohom
Coordinadora de la COTRAG
Presente

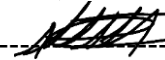
Dra. Velásquez:

Le informamos que nosotros:

1. KAY NICTÉ HERMAN GÓMEZ



2. ANDRÉS RICARDO FIGUEROA NAJARRO



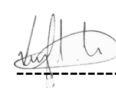
Presentamos el trabajo de graduación en la modalidad de MONOGRAFÍA titulada:

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LOS TRASTORNOS
DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO**

Del cual la asesora y revisora se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

FIRMAS Y SELLOS PROFESIONALES

Asesor: Dra. Virginia María Ortiz Paredes



Virginia M. Ortiz P.
Medicina
Col. 10,824

Revisora: Dra. María Victoria Pimentel Moreno



Dra. María Victoria Pimentel
MSc. Pediatría
Col. 8,230

Reg. de personal 960542

Dedicatoria

A nuestros padres Rebeca Gómez, Carlos Herman, Anabella Najarro y Ricardo Figueroa por el enorme sacrificio que realizaron durante estos años y por ser siempre nuestro motor para seguir adelante, incluso cuando en muchas ocasiones pensamos que el sueño era muy grande para nosotros.

A nuestras abuelitas, Luisa Caal y Josefa Jiménez por siempre creer en nosotros, inspirarnos a ser mejores personas cada día y ser nuestro ejemplo a seguir.

A nuestros hermanos Jorge Herman, Pablo Herman, Sofía Figueroa y Rafael Figueroa, porque a pesar de las veces en que no pudimos compartir tiempo con ellos, comprendieron que luchábamos en silencio por convertirnos en médicos.

A todas aquellas personas que, sin ninguna obligación, nos tendieron la mano cuando más lo necesitábamos, nos dieron palabras de aliento cuando más nos faltaban, a todos ellos, ¡muchas gracias!: Edna Lucas, Cindy Méndez, Laura Figueroa, Carolina Figueroa, Lily Leiva, André Vásquez.

Agradecimientos

Agradecemos a Dios por los dones que nos ha heredado porque en él conservamos un corazón puro y un Espíritu firme; porque nos da la oportunidad de servir al necesitado con sabiduría y entendimiento.

Agradecemos a la población guatemalteca por permitirnos escuchar sus problemas, diagnosticar su enfermedad y brindar tratamiento a sus dolencias, pero principalmente les damos gracias por la oportunidad que nos dan de cumplir el sueño de ser médicos.

Agradecemos a nuestros docentes y residentes quienes, con la única finalidad de dar academia, enriquecieron nuestros saberes como futuros profesionales al servicio de la población guatemalteca.

Índice

Prólogo	9
Introducción	10
Planteamiento del Problema	12
Objetivos	14
Método	15
Plan de análisis.....	17
Contenido temático	
Capítulo 1 Determinantes sociales de la salud de los trastornos de ansiedad y depresión durante el embarazo.....	18
Capítulo 2 Determinantes estructurales que influyen en el desarrollo de ansiedad y depresión durante el embarazo.....	46
Capítulo 3 Determinantes asociados al sistema de salud que retrasan la detección oportuna de estos trastornos durante el embarazo.	56
Capítulo 4 Entrevistas.....	85
Capítulo 5 Análisis	90
Conclusiones	95
Recomendaciones.....	96
Referencias bibliográficas.....	97
Anexos	114



De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores, es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresados en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala y, de las otras instancias competentes, que así lo requieran.

Prólogo

En Guatemala el estudio de la salud mental ha sido relegado a un segundo plano desde hace mucho tiempo. Actualmente es cada vez más evidente que este es un tema que cobra relevancia, desde la individualidad del sujeto y desde su lugar en la comunidad. La importancia de mantener una adecuada salud mental durante el embarazo es trascendental para que el sujeto que pronto nacerá tenga las condiciones necesarias para un adecuado desarrollo físico y emocional.

En esta monografía se identifican los determinantes sociales de la salud que inciden en los trastornos de ansiedad y depresión durante el embarazo, así como los determinantes sociales en la salud mental y la salud materna y reproductiva. Se hace una revisión sobre los servicios de salud en Guatemala y su importancia para la atención de la salud mental en las mujeres haciendo énfasis en las adolescentes embarazadas.

Este trabajo realizado por nuestros estudiantes nos permite conocer con detalle las dificultades que tenemos como país para abordar en el tema de la salud mental. Nos acerca a la realidad que viven las mujeres embarazadas que carecen de las condiciones adecuadas que les permiten gozar del embarazo como una elección de vida.

Dra. Virginia María Ortiz Paredes

MSc, Psiquiatría

Introducción

El embarazo representa la concepción de la vida a partir de la unión de dos células progenitoras, formación del cigoto y su implantación en el endometrio etapa desde la cual la OMS refiere, inicia la etapa embrionaria. Sin embargo, a todo ese proceso biológico se suman cambios fisiológicos y químicos que conjuntamente a los determinantes sociales, socioeconómicos, estructurales y del sistema de salud que tienen lugar en las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y mueren, la claridad mental de la futura madre puede afectarse, de tal manera que se favorece la presentación de sintomatología del estado de ánimo y con ello el desarrollo de trastorno depresivo o ansioso que contribuye a que exista una hiperfunción del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal representando efectos adversos a la simbiosis materno-fetal. (1, 2, 3)

Así pues, se reconoce que la prevalencia para los trastornos depresivo o ansioso va del 7 al 30% y del 15 al 70% respectivamente, lo cual es llamativo porque los datos son similares para las mujeres gestantes como no gestantes en edad fértil. Por ello y porque padecer estas enfermedades durante el embarazo trae consigo resultados adversos para la madre y el feto se reconoce la necesidad de identificar y abordar los determinantes sociales de la salud que contribuyen a su desarrollo. En donde políticas públicas pertinentes culturalmente subsanan las desigualdades entre las mujeres que viven condiciones desfavorables, por ejemplo, que sufren violencia doméstica por parte de la pareja íntima u otro integrante de la familia; cursan con un embarazo no planeado o consumen sustancias teratogénicas como alcohol y otras drogas por mencionar algunas situaciones de vida en las que puede tener lugar la gestación, la cual no es un factor protector contra enfermedades mentales. (1, 2, 3, 4, 5, 6)

Sin embargo, a pesar del reconocimiento de los determinantes mencionados se identifica que existe estigmatización a la sintomatología depresiva o ansiosa en la futura madre, quien al presentarse a los controles prenatales no se tamiza rutinariamente por procesos mórbidos del estado de ánimo lo cual deriva en una atención integral deficiente, en donde no se diagnostican episodios ni trastornos depresivos o ansiosos ni se refieren a profesionales de la salud mental para el mejoramiento de las condiciones en las que tiene lugar el embarazo. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11)

Por consiguiente, se decide realizar una monografía de tipo compilación con diseño descriptivo. La cual basó su recolección bibliográfica a partir de fuentes de información de tipo primaria, secundaria y terciaria. En donde los resultados obtenidos deben provenir de publicaciones científicas sin conflictos de intereses, en idioma inglés o español, estudios de tipo descriptivo, casos y controles, cohorte, metaanálisis, revisión sistemática.

Para ello se tomaron en cuenta: publicaciones iguales o menores a 5 años de antigüedad; referencias de más de 5 años de antigüedad si proporciona información relevante, estandarizada y que responde a las preguntas de investigación; estudios que involucren a mujeres en edad fértil mayores de 18 años; gestantes de áreas urbanas y rurales; gestantes solteras o casadas; gestantes con sobrepeso u obesidad.

Para lo cual se utilizó el catálogo en línea de la biblioteca Dr. Julio de León Méndez de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos para la obtención de Tesis de post y grado, así como revistas, libros y recursos como: HINARI, Pubmed, BVS, Cochrane, Scielo y Google Académico.

Planteamiento del Problema

En el embarazo ocurren cambios fisiológicos y químicos que según el entorno en el que se desarrollan, puede transcurrir con normalidad o no, llegando a comprometer el estado mental y cognitivo de la madre favoreciendo la incidencia de trastornos mentales como depresión o ansiedad y con ello afectar el desarrollo normal del feto al tiempo que se desfavorece la simbiosis materno-fetal recién formada derivado de la hiperfunción del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal que puede representar efectos adversos en donde el cortisol se eleva a concentraciones en que desencadena una serie de procesos que restringen la nutrición del feto que podría tener como consecuencia el desarrollo de abortos, malformaciones congénitas, parto complicado, cesárea no electiva, pequeños para la edad gestacional, dificultades del parto por macrosomía fetal y el compromiso del ciclo circadiano sueño-vigilia lo cual exacerba ambos trastornos durante la gestación. ^(1, 2, 3, 4, 5, 6)

Asimismo, cuando se describe la ocurrencia de estos trastornos y se indica que el embarazo no se exime de la presentación de ellos se hace localizando los determinantes sociales, socioeconómicos, estructurales y del sistema de salud que se conjugan para su aparición. Por ello, reconocer que, ser madre joven; ama de casa o desempleada; primigesta o multigesta; haber experimentado al menos un aborto; ser de escasos recursos; habitar en áreas rurales; gran tamaño familiar; ser objeto de violencia doméstica por parte de la pareja íntima u otro integrante de la familia; cursar con un embarazo no planeado; consumo de cigarrillos, drogas o alcohol; estado civil soltera; falta de apoyo por parte del esposo; falta de apoyo social, comprendido como aquel que no llega a la población vulnerable a través de su desarrollo informático, instrumental y emocional; Índice de Masa Corporal -IMC- mayor a 30, falta de hogar, control prenatal deficiente por parte de las instituciones de salud y figuras de poder de la comunidad como las comadronas, además de programas que no alcanzan a la población más vulnerable o bien no tienen pertinencia cultural, pueden afectar a la claridad mental de la madre, favoreciendo inclusive la presentación de angustia psicológica la cual comprende estrés, ansiedad y depresión. ^(1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15)

Por ello abordar esta problemática que se estigmatiza tanto aún y en donde los datos son escasos, representa un paso más hacia el desarrollo de un control prenatal integral en donde desde la primera cita pueda reconocerse a cabalidad el contexto en el que la paciente se presenta a consulta por ello resulta práctico describir ambos trastornos a partir de su porcentaje de aparición, así como de su prevalencia en cuanto a la edad gestacional se refiere, es decir, el trimestre en que se aparecen peores resultados clínicos en las futuras madres. Así pues, mientras que el trastorno de ansiedad va de 7% hasta 30%, el trastorno de depresión va desde 15% a 70% por ciento siendo que ambos se presentan con mayor frecuencia durante el segundo y tercer trimestre de la gestación casi indistintamente. ^(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11)

Finalmente, resulta que no reconocer a la gestante que cursa con síntomas de ansiedad y depresión durante el control prenatal puede tener serias repercusiones en el futuro de esta y del recién nacido durante el desarrollo global del crecimiento, el cual se puede ver mermado por la aparición de Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad -TDAH-, autismo, esquizofrenia, y claro, depresión o ansiedad durante la adolescencia que puede interferir en el desarrollo de una adultez sana. ^(7, 16, 17)

Objetivos

Objetivo general

- Describir los determinantes sociales de la salud de los trastornos de ansiedad y depresión durante el embarazo.

Objetivos específicos

- Describir el contexto socioeconómico de las gestantes que cursan con ansiedad y depresión.
- Describir los determinantes estructurales que influyen en el desarrollo de ansiedad y depresión durante el embarazo.
- Identificar los determinantes asociados al sistema de salud retrasan la detección oportuna de estos trastornos durante el embarazo.

Método

Se realizó una monografía de tipo compilación con diseño descriptivo. La recolección de la bibliografía se realizó a través de la búsqueda en línea de fuentes de información de tipo primaria, secundaria y terciaria. Los resultados obtenidos provinieron de publicaciones científicas sin conflictos de intereses, en idioma inglés o español, estudios de tipo descriptivo, casos y controles, cohorte, metaanálisis, revisión sistemática.

Los criterios de inclusión para la bibliografía fueron:

- Publicaciones iguales o menores a 5 años de antigüedad.
- Referencias de más de 5 años de antigüedad si proporciona información relevante, estandarizada y que responde a las preguntas de investigación.
- Estudios que involucren a mujeres en edad fértil menores de 40 años; gestantes de áreas urbanas y rurales; gestantes solteras o casadas; gestantes con sobrepeso u obesidad.

El criterio de exclusión fue:

- Gestantes mayores de 40 años.

Para la búsqueda se utilizó el catálogo en Línea de la biblioteca Dr. Julio de León Méndez de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos para la obtención de Tesis de post y pregrado, así como revistas, libros y recursos como: HINARI, Pubmed, BVS, Cochrane, Scielo y Google Académico. Las variables de búsqueda incluyeron:

Tabla No. 1: Motores y descriptores de búsqueda.

DeCS	MeSH	Calificadores	Conceptos relacionados	Operadores lógicos
“Síntomas afectivos; de edad”; “Ansiedad”;	“Affective symptoms”; “Age group”; “Anxiety”;	“Control prenatal”; “Terapia”; “Diagnóstico”; “Terapia”;	“Ansiedad en el embarazo”; “Depresión en el embarazo”;	AND “Depresión” AND “Consecuencias

“Desórdenes de ansiedad”;	“Anxiety disorders”;	“Rehabilitación”;	“Angustia psicológica durante el embarazo”.	AND
“Comportamiento”;	“Behavior”;	“Epidemiología”;		“Adversity”
“Cultura”;	“Culture”;	“Complicaciones”;		
“Muerte”;	“Death”;	“Morbilidad”;		NOT
“Depresión”;	“Depression”;	“Mortalidad”.		
“Divorcio”;	“Divorce”;			“Postpartum”
“Economía”;	“Economics”;			NOT
“Violencia doméstica”;	“Domestic violence”;			“Teenagers”
“Educación”;	“Education”;			NOT
“Características familiares”;	“Emotions”;			
“Edad gestacional”;	“Family characteristics”;			OR
“Drogas ilícitas”;	“Gestacional age”;			“Anxiety and depression antenatal” OR
“Salud materno-infantil”;	“Illicit drugs”;			“Anxiety during pregnancy” OR
“Desórdenes mentales”;	“Maternal and child health”;			“Depresión during pregnancy”
“Salud mental”;	“Mental disorders”;			
“Ocupación”;	“Mental health”;			
“Satisfacción personal”;	“Occupations”;			
“Control prenatal”;	“Personal satisfaction”;			
“Factores de riesgo”;	“Prenatal care”;			
“Grupos de riesgo”;	“Risk factors”;			
“Violencia contra la mujer”;	“Risk groups”;			
“Estrés psicológico”	“Violence against women”;			
	“Psychology distress”.			

Elaboración propia.

Plan de análisis

Tabla No. 2: Plan de análisis

Tipo	Término utilizado	Número de artículos
Todos los artículos	(sin filtro)	352
Ensayos con asignación aleatoria	“random allocation” [MeSH] “Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto” [DeCS]	1
Estudios de cohorte	“cohort studies” [MeSH]	5
Estudios de casos y controles	“Case-Control Studies”[Mesh] “Estudios de Casos y Controles” [DeCS]	4
Reporte de casos	Case Reports [Publication Type] “Informes de Casos” [DeCS]	1
Estudios descriptivos	“Descriptive studies” [DeCS]	70

Elaboración propia

Capítulo 1 Determinantes sociales de la salud de los trastornos de ansiedad y depresión durante el embarazo

SUMARIO

- Generalidades de los determinantes sociales de la salud
- Descripción general de los determinantes sociales en la salud en el continente americano
- Los determinantes sociales en la salud mental, salud materna y reproductiva
- Depresión durante la gestación
- Factores sociales asociados a la depresión en el embarazo
- Factores sociales asociados a la ansiedad en el embarazo
- Seguimiento de factores sociales para ansiedad y depresión durante el embarazo
- Factores sociales para la depresión y ansiedad en el embarazo en Guatemala
- La salud mental en Guatemala
- Pertinencia cultural en el siglo XXI
- Contexto socioeconómico de las gestantes que cursan con ansiedad y depresión
- Embarazo en la adolescencia
- La mujer embarazada y sus condiciones de vida

1.1 Generalidades de los determinantes sociales de la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los determinantes sociales de la salud como aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, en donde fuerzas y sistemas influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. Siendo estas fuerzas aquellos sistemas económicos y políticos, programas de desarrollo, políticas sociales. Además, declara que cada subgrupo en una población determinada tiene características que convergen para dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud.

Así pues, esos determinantes sociales de la salud que se conjugan para que la enfermedad se presente, pueden en cierta medida ser específicos para cada morbilidad, es así como para el desarrollo de ansiedad o depresión ser madre joven; ama de casa o desempleada; primigesta o multigesta; haber experimentado al menos un aborto; ser de escasos recursos; habitar en áreas rurales; gran tamaño familiar; ser objeto de violencia doméstica por parte de la pareja íntima u otro integrante de la familia; cursar con un embarazo no planeado; consumo de cigarrillos, drogas o alcohol; estado civil soltera; falta de apoyo por parte del esposo; falta de apoyo social, comprendido como aquel que no llega

a la población vulnerable a través de su desarrollo informático, instrumental y emocional; Índice de Masa Corporal -IMC- mayor a 30, falta de hogar, control prenatal deficiente por parte de las instituciones de salud y figuras de poder de la comunidad como las comadronas, además de programas que no alcanzan a la población más vulnerable o bien no tienen pertinencia cultural, pueden afectar a la claridad mental, como veremos a continuación.

El embarazo supone un estado de estrés fisiológico, sin embargo, en un heterogéneo grupo de pacientes es capaz de influir en el desarrollo de enfermedad mental con el potencial suficiente de implicarse en el cuidado prenatal deficiente, abuso de sustancias y desenlace obstétrico adverso como bajo peso al nacer, recién nacido con muy bajo peso al nacer, parto prematuro e incluso mortalidad perinatal. Asimismo, los trastornos del estado de ánimo pueden ser los más prevalentes durante este período, tal como se demostró en un estudio sueco en el 2003, donde el 80% de las participantes cursaba con alguno sin especificar. Todo esto puede entenderse desde la perspectiva biológica de la gestación, en donde factores bioquímicos tales como, el cambio en las concentraciones de esteroides sexuales que aumentan antes del parto y luego disminuyen en el puerperio que deriva del aumento en la síntesis de serotonina y disminución de su degradación y modulación de sus receptores; disfunción del eje hipotálamo/hipofisario/suprarrenal; disfunción tiroidea y respuesta inmune alterada. ^(18, 19)

Ahora bien, desde la perspectiva psicosocial, factores como el estrés percibido puede ser mayor en algunas mujeres que se enfrentan a situaciones adversas como la concepción de un feto con malformaciones genéticas y apoyo familiar deficiente, remarcando así la necesidad de implementar una epidemiología crítica funcional en donde se busque siempre la verdad, es decir las causas de las causas. ^(18, 19, 20, 21)

Por otro lado, datos estadísticos de Estados Unidos (EE.UU) indican que el 18% de las embarazadas cursan con algún tipo de depresión, cifra de la cual se desprende la alarmante realidad de infradiagnóstico y ausencia de tratamiento, además de la escasa puesta en escena de los factores desencadenantes, como se puede poner en evidencia en la exposición que hizo el American College of Obstetricians and Gynecologists en 2012, aduciendo que no hay datos suficientes para hacer una recomendación firme para la

detección sistemática de depresión, ni durante ni después del embarazo. En este mismo renglón se menciona que el suicidio es la quinta causa de muerte en mujeres embarazadas, lo cual nos lleva a recordar y reconocer que entre los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su edición número 5 (DSM-5) para el diagnóstico de depresión figura como y citamos “A-9. Pensamiento de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo” lo que ciertamente tiene desencadenantes importantes, flagelos inmiscuidos en nuestra sociedad que suceden y sobreviven gracias quizás a que la denuncia de estos pasa sin pena ni gloria entre los responsables del diagnóstico y la víctima misma, tal es el caso de la violencia doméstica, principal implicado en la culminación suicida en 65% de estas pacientes aquejadas de un “mal” que a muchos parece inocuo e inofensivo. ^(6, 20, 21)

La situación en cuanto a los trastornos de ansiedad no resulta ser distinta, representando otro 18% en la prevalencia de trastornos mentales durante el embarazo. De estos trastornos se debe enfatizar que generalmente se cataloga como ansiedad a un grupo extenso de subtipos diagnósticos, tales como: ataques de pánico, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social, fobias específicas, trastorno de ansiedad por separación y trastorno de ansiedad generalizada, que si bien presentan características similares, la especificidad del médico al diagnosticar a la paciente quizás provea de una tranquilidad subjetiva, como bien decía el escritor francés Guy de Maupassant “El pensamiento enfermo devora la carne del cuerpo más que la fiebre o la tisis”. ^(6, 19)

1.2 Descripción general de los determinantes sociales en la salud en el continente americano

La OMS define que los determinantes sociales de la salud son “las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que determinan las condiciones de la vida cotidiana”. En donde la formulación de políticas y sistemas económicos, agendas de desarrollo, normas, políticas sociales y sistemas políticos deben ser incluidos para el ejercicio del enunciado incluido entre comillas. ⁽²²⁾

Desafortunadamente el continente americano al que hace mención la OMS es en realidad la población latinoamericana en donde su macroeconomía, etnia, normas culturales, ingreso, educación y ocupación se conjugan para incrementar las brechas en la inequidad y desigualdad en salud que persisten como un statu quo eterno e infranqueable. Para lo cual se han creado los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) los cuales serán abordados a profundidad en los próximos capítulos. ⁽²²⁾

Los determinantes sociales de la salud comprenden componentes básicos tales como: contexto socioeconómico y político, determinantes estructurales y determinantes intermedios que, conjugados al comportamiento de los seres humanos, factores genéticos y acceso a la atención médica de calidad, explican los resultados de salud de una población. En donde la práctica de la salud como un bien público en lugar de uno individual, se localiza en un punto estratégico para mitigar las distancias e inequidades, por ello la empatía e idoneidad de las políticas deben ir en esa dirección. ⁽²²⁾

La disolución de las desigualdades e inequidades en salud es una situación que no atañe solamente al sector salud. Ya atrás ha quedado la concepción de enfermedad en donde su aparición se centraba en un ecosistema pobremente definido, es decir, individuo-agente-enfermedad para dar paso a una crítica a las políticas y programas por parte del estado. Por ello en 2005 la OMS lanzó una Comisión Sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) con la finalidad de recabar información relevante acerca de las inequidades en salud de la población, siendo el objetivo comprender los determinantes sociales y el impacto que estos tienen en la salud de los seres humanos. ⁽²²⁾

Tres años después en el 2008 se obtiene el informe de dichas peticiones y se concluye que: 1) se deben mejorar las condiciones de vida diaria; 2) abordar la distribución desigual del dinero, el poder y los recursos; 3) medir y comprender el problema y evaluar el impacto de la acción. ^(6, 22)

Por otro lado, otra medida implementada por la OMS fue la declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud en 2011, esta enfatizaba la necesidad de dar un enfoque específico a los determinantes sociales de la salud. Estas medidas de la OMS reflejan la necesidad imperante de resolver las desigualdades con las que nacen los

seres humanos, porque no resulta justo que el que nace en zonas rurales deba aceptar una realidad creada por la mala distribución de las riquezas, el escaso o nulo acceso a la educación y un empleo con bajos ingresos, por tanto, a partir de esta declaración se enfatizó la equidad y el desarrollo humano. ^(19, 22)

Es así como al abordar las causas de las causas se llega al entendimiento y la verdad acerca de la realidad de la concepción de salud-enfermedad, una necesidad que está en la agenda de la OMS y que propone un esfuerzo conjunto de múltiples sectores y la investigación continua por parte del sector salud con cierto énfasis en la investigación epidemiológica. ⁽²²⁾

En el anexo 1, se observa un esquema que ofrece la OMS en su sitio oficial para comprender cómo funciona el sistema salud-enfermedad, una realidad que solo pudo haberse aceptado a partir de los esfuerzos de un grupo de epidemiólogos críticos acallados por la misma organización durante mucho tiempo, pero que como decía el juez Louis Brandeis “La luz del sol es el mejor de los desinfectantes”. ⁽²²⁾

1.3 Los determinantes sociales en la salud mental, salud materna y reproductiva

Hay mucho para decir en tanto se refiere a enfermedades no transmisibles, en donde la salud mental es englobada, quizás esto ante el desconocimiento de si en realidad se puede prevenir su aparición o no. Por tanto, el abordaje de los determinantes sociales tales como ingresos, nivel de educación, género, edad, étnia y área geográfica de residencia son los que en primera instancia urge resolver. Se sabe que los pobres y desfavorecidos sufren trastornos mentales con más frecuencia que los colocados en posiciones altas de la sociedad. También se sabe que las mujeres presentan más trastornos de salud mental que los hombres, tales como ansiedad y depresión además de mayor ideación suicida, aunque los hombres ejecutan más esa ideación, es decir, se suicidan más que las mujeres. ⁽¹⁸⁾

Las enfermedades no transmisibles representan el 60-89% de las causas de mortalidad en la población y para su aparición se conjugan una serie de 4 factores que pueden ser modificados por las personas que los practican, entiéndase que estos son: consumo de tabaco, inactividad física, consumo nocivo de alcohol y dietas poco saludables. Estos factores no cambian en la paciente embarazada, así como tampoco son distintos los trastornos mentales en ellas. Por tanto, atender estas necesidades beneficia a todos. ⁽²³⁾

La OMS reconoce que la salud mental puede ser atendida por entornos sociales, económicos y físicos que se conjugan desde las primeras etapas de vida, pero que no se abordan como problemática desde entonces sino hasta cuando la persona se encuentra en una edad adulta, en donde la suma de todos los males predispone a la gravedad de los trastornos mentales. Algo que ha sido reconocido efectivamente en países de ingresos altos en donde sí se presentan los índices de salud mental como afecciones que empeoran la vida. Afortunadamente esto, en los países de ingresos medianos y bajos se está reconociendo más, lo cual resulta beneficioso para la detección oportuna, tratamiento y rehabilitación de los pacientes aquejados. ^(18, 23, 24)

1.4 Depresión durante la gestación

Los estigmas sociales tienen la función de un pensamiento colectivo, el embarazo infortunadamente no se aparta de este fenómeno al creer que durante el embarazo una mujer siente extrema felicidad y que nada la daña e incluso que es protegida de aspectos psicológicos y sociales negativos que enmascaran sentimientos negativos con el potencial de convertirse en una carga emocional para la futura madre quien se siente culpable, triste y apagada al notar que en realidad eso que incluso ella conceptualizaba como quedar embarazada, claramente puede tener vectores distintos. ^(25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33)

Datos de los Estados Unidos mencionan que la depresión mayor, un diagnóstico que requiere de 6 meses de evolución sintomatológica, es prevalente en un 5 a 10% en embarazadas y que tiende a aumentar cuando se encuentra en condiciones adversas como pobreza y pobreza extrema. ^(20, 34, 35, 36, 37, 38)

Esto resulta alarmante porque incluye en la estadística solamente a embarazadas con depresión mayor, y deja de lado a aquellas que no han cumplido los criterios del DSM-5 para el diagnóstico del trastorno, aspecto que como hemos mencionado contribuye al aumento de enfermedad no tratada y que puede provocar eventos adversos para la madre y el feto tales como parto prematuro, aborto espontáneo y depresión postparto. ^(6, 32, 38)

1.5 Factores sociales asociados a la depresión en el embarazo

Durante el embarazo la mujer necesita sentirse protegida y confortada para poder llevar a buen puerto su gestación, por lo tanto, se ha evidenciado que en situaciones en donde la pareja no brinda ese apoyo emocional, los sentimientos de zozobra y adversidad vienen con más facilidad a compungir la mente de quien se ve atrapada en una etapa de su vida de la cual había recibido una información totalmente distinta, es decir, una en donde ella se sentiría muy feliz. Así pues, cuando la pareja no está presente la mayor parte del tiempo en casa o bien está, pero no contribuye a expresar emociones que ambos están experimentando entonces el desarrollo de este trastorno puede ser una condición que perjudique a la madre y al feto. ^(6, 20, 23, 27)

Muchas han sido las causas reconocidas con claridad y las pérdidas de embarazos previos presentan una correlación positiva con la depresión además de una relación directamente proporcional con la mayor cantidad de síntomas e ideación suicida. Esto resuena en las creencias culturales en donde a la mujer que no puede concebir un hijo se le considera como una desgraciada que incluso ha sido no bendecida por Dios para el mantenimiento de la especie. Situaciones que como hemos mencionado incrementa la carga emocional negativa de la mujer que ha tenido estas experiencias y que ahora se encuentra preñada. ^(20, 23, 27, 37)

Las situaciones en donde la mujer ha sido objeto de negligencia médica, maltrato físico, emocional y sexual en la infancia, adolescencia o edad adulta ha sido reconocido como desencadenante también. Datos como que del 15 al 20% de las mujeres han sufrido de algún tipo de abuso durante su vida es preocupante porque al desarrollo del embarazo le afectan estos recuerdos que acompañan a las conductas específicas desarrolladas por

la víctima en un momento crucial de su desarrollo, tales como apartarse de los demás para evitar que la dañen; actuar de tal forma que se considera ella y su bebé contra el mundo, por ejemplo cuando no acude a los servicios de atención primaria para el control prenatal, debido a que con anterioridad han sido nefastos los contactos que ha mantenido con los médicos y enfermeros quienes han pasado por alto motivos de consulta tales como “me siento deprimida” “he perdido el apetito” “no disfruto de mi embarazo” y otros más que no vienen sino a demostrar la falta de empatía con ella y su embarazo. Aspectos reconocidos ampliamente y de los cuales incluso Mahatma Gandhi ha dicho “A veces he llegado a pensar que los curanderos son mejores que los médicos de mayor prestigio” un pensamiento humanista que no hace más que tocar la realidad en lo que la profesión médica se ha convertido hoy, es decir, la atención de la enfermedad y no del enfermo. (23, 25, 26, 27, 29)

La imposibilidad para poder costear los servicios básicos de vida, tales como, el acceso a luz eléctrica, agua potable o atención médica oportuna, son en su conjunto aspectos que contribuyen al desarrollo de depresión en la futura madre. En este sentido nos remitimos a identificar que esto en realidad es el resultado de una condición de pobreza y pobreza extrema, ambas, situaciones abordadas en los ODS que la OMS/OPS han implementado para vencer los flagelos que contribuyen a la enfermedad en donde poder vencer la actitud de quien presta la atención médica en donde si el paciente es pobre y no puede costear la atención o no habla el idioma del médico no es atendido de la misma manera que un paciente que si puede pagar la atención o habla el mismo idioma y le es fácil transmitir lo que siente. Metas implícitas en ese ODS para subsanar estas vicisitudes. (6, 19, 23, 26, 29, 35, 36)

Una mujer embarazada en ocasiones puede aislarse socialmente, no como resultado esto de una decisión personal sino como una consecuencia de la soledad que experimenta, derivado de no contar con una red de personas que le den soporte durante esta etapa, es decir, vive su embarazo bajo estatus de soltera, atraviesa un divorcio, es viuda, no cuenta con sus padres, hermanos, primos o con amigos que le ayuden a resolver las dudas más importantes que presenta en esta etapa y por tanto vienen a ella sentimientos de abandono que pueden afectar al embarazo. (23, 29, 30, 31, 32, 38)

Constantemente se olvida que la mujer embarazada puede estar pasando por su segunda, tercera o cuarta gesta, algo que inconscientemente hacemos puesto que al momento de una historia clínica base se suele preguntar su historial de reproductibilidad o fertilidad. El problema es ese, que solo se pregunta, pero no se interesa realmente en ello. Una mujer embarazada que tiene niños en casa puede estar expuesta a niveles de angustia psicológica, por ejemplo, al no tener las mismas energías para jugar con ellos, ayudarlos a resolver sus tareas o hablar sobre las cosas que más les preocupa a sus pequeños niños. Es posible que todas esas emociones contribuyan a iniciarse en los trastornos afectivos como la depresión y ansiedad que luego en el transcurso de su nuevo embarazo empeoren la experiencia maternal la cual de base ya tiene un componente hormonal en el que la progesterona y hormonas tiroideas afectan el correcto funcionamiento del eje hipotálamo-hipofisario-órgano diana. (29, 30, 31, 36, 32, 38)

Ya mencionaba Freud “Las emociones no expresadas nunca mueren. Son enterradas vivas y salen más tarde en formas más feas”. Partimos de ese axioma para indicar que los recuerdos de una infancia en donde la futura madre se vio inmersa en el seno de una familia disfuncional, huérfana de madre o padre, hija de padres alcohólicos, violentos e incompasivos, le invitan a creer que no tiene la capacidad para ser mamá. Estas preocupaciones crecen en ella constantemente y no las expresa no por no querer hacerlo sino porque teme a ser estigmatizada como normalmente se hace por ejemplo con los antojos que presenta también en esta etapa. En estas circunstancias la madre busca en el almacén de sus recuerdos vínculos con los que su apego ayudaba a la resiliencia de su dolor y busca con ello dejar de pensar en lo que le está acarreado problemas actualmente, puede entonces encontrar en la divinidad de Dios su respuesta, esto en las culturas occidentales; en sus deidades, en las culturas orientales o en sus dioses, en las culturas indígenas y aborígenes. Situación que debería avisar a los proveedores de atención para implementar estrategias para la oportuna detección de trastornos que se desarrollan derivada de la angustia psicológica experimentada y poder derivar a estas pacientes a terapias de ayuda psicológica como la comprobada científicamente, terapia cognitivo conductual (TCC). (6, 19, 29, 20, 31, 36, 37)

Ahora bien, el historial médico de una mujer embarazada puede socialmente pasar desapercibido, es decir, una mujer que antes de su gestación haya estado bajo tratamiento

psicológico o farmacológico vive una situación adversa particular. Su entorno le hace pensar que no puede quedar embarazada, que una madre con problemas psiquiátricos no es adecuada para educar e incluso que no merece vivir la experiencia maternal. ^(20, 23, 27)

1.6 Factores sociales asociados a la ansiedad en el embarazo

Se ha reconocido ampliamente que el sexo femenino es el componente estructural más importante e implicado per se en la predisposición a padecer más trastornos de ansiedad que su congénere masculino. Así pues, se ha reconocido que durante el embarazo estos trastornos no disminuyen o desaparecen sino todo lo contrario, mantienen su prevalencia. ^(19, 23, 26, 27)

La situación se torna compleja cuando aparece en combinación con síntomas depresivos debido a que ambos se consideran la consecuencia de la falta de voluntad para sentirse satisfecha con el embarazo en curso, un pensamiento que se vuelve colectivo cuando tanto la sociedad como los proveedores de atención médica ignoran estas dolencias. ^(1,16,17)

Un aspecto importante es reconocer que los trastornos de ansiedad a pesar de tener subdivisiones específicas tales como: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobias sociales, estos no son reconocidos como tal por los encargados de atención primaria, quienes caen incluso en ignorar los motivos de consulta que derivan en ellos. ^(6, 19, 20, 21)

La descripción de cada uno de los trastornos de ansiedad no se describe en esta obra debido a que no son objeto ni meta exposición específica. No así, dar a conocer que para cada uno existe una prevalencia que va del 2 al 8% escenifica la necesidad de ahondar en sus causas, las cuales han sido ampliamente reconocidas como: el miedo a ser madre; falta de apoyo por parte del esposo o del núcleo familiar; abortos previos; utilización de sustancias prohibidas u otras socialmente aceptadas como el alcohol y el tabaco; la violencia de pareja o por parte de otro ejecutor que predispone a la manifestación de síntomas de angustia psicológica que comprometen el desenvolvimiento social, personal y

psíquico de la paciente, quien para entonces nota que la relación que va formando con su bebé va en detrimento del bien común y desenlace exitoso. (6, 19, 20, 21, 23, 37, 38, 39)

1.7 Seguimiento de factores sociales para ansiedad y depresión durante el embarazo

En países desarrollados se ha visto que la prevalencia de estos trastornos es mayor que la descrita para los países en vías de desarrollo y subdesarrollados. Sin embargo, cuando nos centramos en los factores descritos como falta de vivienda, madre soltera, empleo injustamente remunerado, violencia doméstica o consumo de sustancias, vemos que estos factores en realidad son más prevalentes en el mundo no desarrollado. Lo cual indica la falta de atención del componente mental en la madre, situación que va en contra de la atención prenatal integral la cual debe, como su descripción concibe, brindar ayuda para resolver los síntomas para mejorar la experiencia que está viviendo la paciente. (25, 26, 27, 35, 37, 38, 39)

La información que se obtiene de estos trastornos deriva de autoinformes del paciente, informes hospitalarios, escalas de depresión o ansiedad de Beck, escala de depresión postparto de Edimburgo y encuestas por teléfono, por cuanto entonces su registro no recae en la ausencia de pruebas diagnósticas sino en el desconocimiento y por tanto en el empeoramiento de los síntomas en la paciente que sufre. (6, 20, 21, 25)

Las pacientes suelen compartir las mismas características sociodemográficas independientemente de en dónde se recaben los datos, como veremos ser madre joven; ama de casa o desempleada; primigesta o multigesta; haber experimentado al menos un aborto; ser de escasos recursos; habitar en áreas rurales; gran tamaño familiar; ser objeto de violencia doméstica por parte del esposo u otro integrante de la familia; cursar con un embarazo no planeado; consumo de cigarrillos, drogas o alcohol; estado civil soltera; falta de apoyo por parte del esposo; falta de apoyo social, comprendido como aquel que no llega a la población vulnerable a través de su desarrollo informático, instrumental y emocional; Índice de Masa Corporal -IMC- mayor a 30 y falta de hogar, pueden afectar a la claridad mental de la madre, llegando incluso a presentar angustia psicológica la cual comprende

estrés, ansiedad y depresión la cual se han visto reflejada en investigaciones de tipo descriptiva, casos y controles, investigaciones con enfoques cualitativos y cuantitativos de países tanto latinoamericanos, como europeos y africanos, entre ellos, estudios de México, Uruguay, Argentina, Brasil, Tanzania y Reino Unido. (3, 25, 26, 29, 30, 36, 37, 38, 39)

Una serie de estudios mexicanos de tipo descriptivo han identificado que durante el tercer trimestre las pacientes atendidas en el control prenatal notifican más síntomas ansiosos y depresivos y que entre los factores sociales identificados se encuentran ser madre soltera, no tener empleo, sufrir violencia doméstica, ausencia de apoyo familiar y de amigos, multípara, consumo de sustancias como tabaco y vivir con su pareja bajo un estatus de unión libre. Asimismo, en estos estudios, se ha identificado que la actividad física se correlaciona inversamente con síntomas ansiosos y depresivos. Dato importante ya que hasta el 90% de las gestantes es inactiva físicamente. (40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49)

Los entornos inseguros derivado de la violencia que se vive en las calles aledañas al hogar de una gestante, contribuye a que esta no acuda a los servicios de control prenatal y exprese cómo se siente; la inaccesibilidad a los servicios de salud derivado de un transporte público inexistente o de la necesidad de utilizar más de uno de estos y las mujeres embarazadas no poder acceder a ellos porque no cuentan con el dinero necesario para utilizarlos. Todo ello contribuye aún más a que empeoren los trastornos de ansiedad y depresión porque a pesar de la intención de acudir a atenderse, no lo pueden hacer porque no cuentan con los medios necesarios. (35, 43, 44, 45, 46, 47, 49)

Por otro lado, existe estigmatización hacia las madres que consumen sustancias como alcohol, tabaco, cannabis o cocaína, críticas que no permiten a la madre referir a su médico estos problemas, los cuales en estudios de países sudamericanos como Brasil, Argentina y Uruguay se ha visto empeora la depresión y ansiedad en las pacientes gestantes, siendo mayor en aquellas que se encuentran entre los 18 y 29 años. Un dato importante es que en un estudio brasileño hasta el 26% de las que consumían tabaco presentaron depresión, siendo peor la sintomatología durante el tercer trimestre. (19, 37, 38, 39, 50)

La violencia que puede experimentar la gestante puede ser de tipo psicológico/emocional, físico o sexual e incluso combinaciones de estas. La OPS ha reconocido que es preocupante las altas tasas de prevalencia de violencia en la región Latinoamericana y se la ha propuesto como una necesidad a resolver. (37, 38, 39, 50)

Un componente que se ha puesto en evidencia para este flagelo es el entorno hostil como ya hemos mencionado, pero otro resulta ser el ignorar que sucede y este es más grave considerando que para ello siempre hay una víctima que calla el sufrimiento vivido. En Brasil el 6.7% de las que sufren violencia, desarrollan depresión; en Japón se ha visto que la violencia influye en el desarrollo de depresión, al igual que en Tanzania; Uruguay indica que casi el 30% de las gestantes sufre algún tipo de violencia. (19, 37, 38, 39, 50)

En la mayoría de los casos en los que se describe daño físico, psicológico/mental/emocional la depresión sale a relucir como una consecuencia catastrófica que afecta el ecosistema madre-hijo, primero y más grave porque la víctima no se siente protegida ni por las personas que viven con ella y cuando acude a recibir atención prenatal tampoco encuentra alternativas para sentirse confortada. (19, 37, 38, 39, 50)

Finalmente, describimos que los trastornos de ansiedad y depresión son más frecuentes en aquellas mujeres que viven en espacios cerrados en donde no existen lugares recreativos para distraerse, así también, en aquellas que en el control prenatal no encuentran grupos de apoyo para compartir las vivencias y experiencias de su gestación.

(1, 3, 26, 28, 27, 35, 36, 37)

1.8 Factores sociales para la depresión y ansiedad en el embarazo en Guatemala

Según el informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) del 2019, se expone que el Índice de Desarrollo Humano (IDH) de Guatemala para ese año fue de 0.663 lo cual la sitúa en la categoría de desarrollo humano y la deriva a la posición 127° de 189° países reconocidos como independientes. El IDH es una medida que trata de englobar el desarrollo o la progresión de un país basándose en 3 parámetros fundamentales, siendo estos: 1) Esperanza de vida; 2) Educación y 3) Nivel de ingresos.

(51)

Para esto se remite a los datos de la división de población de las Naciones Unidas, estadística de organización de las Naciones Unidas para la educación, ciencia y cultura y de informes del banco mundial del ingreso bruto per cápita, respectivamente. De manera que, se obtiene un resultado medible y objetivo para valorar la calidad de vida de las personas de un determinado territorio. ⁽⁵¹⁾

Los datos para Guatemala en el informe del 2019 fueron: 74.3 años para la esperanza de vida al nacer; 10.8 años esperados de escolaridad, pero 6.6 años promedio de escolaridad y 8.494 dólares internacionales de ingreso nacional bruto per cápita, lo cual representó un crecimiento del 37.8% respecto al informe presentado en 1990. ⁽⁵¹⁾

Ahora bien, el IDH es importante porque como hemos compartido declara sino unilateralmente si de una manera orientadora, cómo se encuentra un país respecto a sus vecinos y en qué medida los datos explican las vicisitudes que afrontan los habitantes de un territorio reconocido como independiente. Sin embargo, los datos en su conjunto son fríos o al menos lo eran hasta antes del informe presentado en 2010, cuando el PNUD se percató que era necesario ajustar los resultados a la desigualdad que puede existir en los estados miembros respecto a las oportunidades de colaboración para mejorar el desarrollo teniendo como base biológica el ser mujer, por ejemplo. Es así como Guatemala pasa de tener un IDH de 0.663 que lo ubica en el puesto 127° a un IDH ajustado por la desigualdad de 0.481 lo cual representa una pérdida de desarrollo humano del 27.5%. ⁽⁵¹⁾

El índice de desigualdad de género como indicamos, surgió en el informe del 2010 como un parteaguas a la realidad a la que se enfrentaban los informes presentados hasta entonces, puesto que se pasaba por alto dimensiones como las que siguen a continuación: salud reproductiva, la cual se mide a través de tasas de mortalidad materna y fecundidad entre adolescentes; empoderamiento, el cual se mide por el porcentaje de escaños parlamentarios ocupados por las mujeres y los logros en educación secundaria y la educación superior; actividad económica la cual se mide por la tasa de participación femenina y masculina en el mercado laboral. ⁽⁵¹⁾

En Guatemala estas dimensiones representaron un índice de desigualdad de género de 0.479 lo cual permitió colocarse en el puesto 119° pero no de los 189° estados miembros sino de los 162 estados miembros en los cuales se reporta este índice. Así que, afirmar una mejor posición en realidad no es tan real como lo supondría. ⁽⁵¹⁾

En Guatemala 19 mujeres por cada 100 escaños parlamentarios ocupan los puestos vacantes; solamente el 38.6% ha alcanzado al menos un año de educación secundaria; 95 mujeres de cada 100,000 nacidos vivos fallecen por causas relacionadas con el embarazo y la tasa de fecundidad en las adolescentes es de 70.9 nacimientos por cada 1,000 mujeres entre los 15-19 años; finalmente las mujeres tienen una participación del 39.9% en el mercado de trabajo, mientras los hombres expresan el 86.3% de participación. ⁽⁵¹⁾

Derivado de lo expuesto con anterioridad surge un índice de desarrollo de género, el cual se introdujo en el informe del 2014 el cual buscaba comparar el IDH entre las mujeres y los hombres de un mismo país. Las medidas utilizadas fueron y continúan siendo: la salud, es decir la esperanza de vida al nacer entre ambos sexos; la educación, es decir los años esperados de escolaridad entre ambos sexos de 25 años o más y el control de los recursos económicos, es decir el ingreso nacional per cápita entre ambos sexos. ⁽⁵¹⁾

Para el 2019 Guatemala presentó un índice de desarrollo humano de 0.639 para las mujeres y de 0.679 para los hombres, representando un índice de desarrollo de género de 0.941 respecto a las 3 dimensiones que hemos presentado. Esto ubica a Guatemala en el grupo 3 de 5, el cual representa a países con un nivel medio de igualdad en cuanto a los logros en el IDH entre ambos sexos. ⁽⁵¹⁾

1.9 La salud mental en Guatemala

En Guatemala existen programas para la salud mental, estos muchas veces son desconocidos por las pacientes gestantes. Sin embargo, existen algunos estudios en la que sus autores han demostrado que los trastornos de ansiedad y depresión son una problemática para resolver y que sin duda deben ser detectados en las visitas de control prenatal. ⁽⁵²⁾

En un estudio descriptivo transversal presentado como tesis para la obtención del título Médico Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala, realizado a través de entrevistas a 107 adolescentes embarazadas en dos regiones de Chimaltenango, el 85.98% indicó alguna sintomatología depresiva la cual se diagnosticó como depresión leve en 47.66% de ellas. ⁽⁵²⁾

Lo interesante resultó ser que todas las pacientes sometidas a escrutinio compartían características similares, es decir, la mayoría se encontraba en la adolescencia tardía (84.78%), estaba casada (56.52%) y en cuanto a educación, la mayoría también había cursado algún grado de nivel primario (96.74%); por otro lado, otras refirieron algún tipo de violencia doméstica (38.04%) de la cual el 13.04% era del tipo psicológico, el 6.52 del tipo sexual y el 18.48% del tipo físico; no desear el embarazo (52.17%); finalmente casi todas se encontraban en el tercer trimestre del embarazo (58.70%). ⁽⁵²⁾

En Guatemala culturalmente la mujer embarazada se hace cargo de las tareas del hogar, debe abandonar sus estudios y servir al esposo quien debe concentrar todas sus fuerzas en la manutención del hogar. Esto representa en la mujer el estancamiento y cambio de objetivos de vida todos los cuales contribuyen al desarrollo no solamente de depresión sino de sintomatología ansiosa al no saber qué será de su vida a partir de ese momento en donde ha quedado embarazada. ⁽⁵²⁾

Para la mujer guatemalteca es importante el apoyo familiar, tener pareja y un hogar integrado, puesto que socialmente esto le representa sentirse confortada y querida, mientras que la ausencia de esas 3 variables se conjuga para la presentación de trastornos ansiosos y depresivos. ⁽⁵²⁾

En otro estudio presentado como tesis de la Universidad Rafael Landívar en 2017 para la obtención del título de Salud Pública con Énfasis en Epidemiología y Gerencia. Se estudiaron las características sociodemográficas de 11,639 mujeres que tuvieron su primer embarazo o hijo mientras eran adolescentes. Estos datos fueron recabados de la ENSMI 2008/2009. ⁽⁵³⁾

En Guatemala el 57.3% de las mujeres entre 15-49 años han tenido al menos un hijo mientras era adolescente. Esto en el contexto de un país en su mayoría rural, pobre y sin educación demostró aumentar la vulnerabilidad para padecer eventos adversos como la depresión e ideación suicida durante el período prenatal. ⁽⁵³⁾

Existen más estudios en Guatemala acerca de la salud mental y sus características sociodemográficas durante el embarazo, sin embargo, solamente pudimos tener acceso a los resúmenes de los aportes en la gran mayoría de las fuentes escrudiñadas. Por lo que hacemos un llamado a las autoridades encargadas de publicaciones científicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos para el mejoramiento del acceso a tan importantes recursos de información, los cuales se han visto bloqueados derivado de la pandemia por COVID-19. ⁽⁵⁴⁾

En otro estudio guatemalteco presentado como informe final de un programa universitario de investigación interdisciplinaria en salud, titulado como “efectos de la ansiedad y depresión de la salud materno infantil, el cual se desarrolló en el Hospital de Salamá, un municipio de Baja Verapaz, departamento de Guatemala en marzo del 2016, en donde se incluyó a 72 pacientes embarazadas comprendidas entre los 25 a 35 años en un estudio de cohorte en donde la mitad tenía ansiedad o depresión y la otra mitad eran sanas. Encontró que las complicaciones más frecuentes en aquellas pacientes con alguno de los trastornos mencionados, era cesárea, distocia de hombros y prematuridad e igual riesgo de macrosomía y alteración del monitoreo fetal en expuestas y no expuestas. Además, el investigador concluye que no hay asociación significativa entre ambos trastornos mentales y las complicaciones que puedan surgir en el período perinatal, por otro lado, remarcan que la población rural de Guatemala está desinformada respecto a estas enfermedades. ⁽⁵⁴⁾

1.10 Pertinencia cultural en el siglo XXI

Existe un momento en la formación del médico, después de todas esas horas que ha dedicado a la instrucción de su profesión a través de la literatura occidental y contemporánea más actualizada profesada también por sus superiores, quienes además le

han exigido responder a las dimensiones biológicas, psicológicas y “sociales” de la enfermedad en su práctica profesional. Después de ese constructo el médico en formación y algunos de los ya formados migran a lugares alejados de su zona de confort en donde se enfrentan a una realidad muy distinta a la que se han acostumbrado, es decir, a la pertinencia cultural con la cual deben ejercer su profesión. Es esta situación la que despierta en él (médico) una frustración nunca experimentada, se da cuenta que la medicina no es solamente enfocarse en una serie de síntomas y signos para con esfuerzo, englobarlos en un síndrome, diagnosticar una enfermedad, recetar un medicamento, rehabilitar al paciente y que este vuelva a su vida normal. No, en este momento él se da cuenta que las personas tienen costumbres y tradiciones a las que se remiten para atender sus dolencias más comunes y otras más difíciles de resolver. ^(18, 23)

La cultura supone un verdadero reto para el médico. Esto siempre ha sido así, pero pareciera que, a la vanguardia de los nuevos procesos diagnósticos el ser humano desarrollara conductas y personalidades similares al grupo cultural específico para el cual el médico ha sido entrenado atender durante su formación. Estos 2 aspectos intrínsecos a la psique del ser humano están irremediablemente ligados a costumbres y tradiciones del paciente que en un momento dado influyen en las ideas y procedimientos a poner en práctica cuando se presenta alguna dolencia. ^(23, 24)

Puede incluso resultar frustrante para el profesional de la salud, que los pacientes acudan con curanderos, hueseros, comadronas o hasta brujos antes que, con él, pero resulta que estas personas a las que en un momento dado puede catalogar como acientíficos y con quienes los pacientes deciden acudir entienden culturalmente sus dolencias y bien o mal ayudan a resolver situaciones de dolor, tristeza, estrés e incluso un parto. Situaciones para las cuales escasamente ha sido capacitado el profesional, pero que empáticamente ha quedado relegado a un segundo plano por sus homólogos no instruidos, pero sí, fervientemente protegidos por sus atendidos. ^(18, 23, 24)

En la psiquiatría no atender esta problemática sería retroceder en un campo que recién el siglo pasado ha tenido una nueva vida a partir de la psicofarmacología. Recordemos que esta ciencia no ha tenido siempre una reputación respetada y por tanto cerrarse a ideas que hoy el médico repugna tanto como “el mal de ojo” o “empacho”, tiende

a caer en desconocimiento de los inicios históricos de la psiquiatría en donde germinaron teorías igualmente absurdas las cuales eran defendidas por sus practicantes de manera tal que eran la verdad y nada más. Por tanto, conocer las teorías inventadas por Wilhem Reich (teoría de la acumulación de orgones), Franz Mesmer (teoría de la gravitación animal), Benjamín Rush (teoría de la silla giratoria y silla tranquilizadora) o las teorías que indicaban que la enfermedad psiquiátrica era producida por la madre ya que esta era el miembro más enfermo de la familia basándose en meras supersticiones que fueron llamadas teoría del “doble vínculo” y la “madre nevera”, que en su conjunto son el talón de Aquiles de esta rama de la medicina, aporta al clínico actual información suficiente para comprender la influencia del pensamiento colectivo el cual puede convertirse en la piedra angular de un laberinto diagnóstico en donde el principal afectado se encuentre a la mitad y no vea ni el inicio ni el final de su padecimiento. ^(18, 23, 24)

1.11 Contexto socioeconómico de las gestantes que cursan con ansiedad y depresión

El esfuerzo por alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) no solo favoreció la obtención de mejores resultados en materia de salud, sino, hizo énfasis en cuanto a la equidad de los resultados obtenidos por lo que, surgieron otros retos y se observó el estancamiento en algunas áreas como sucede en la reducción de la tasa de extrema pobreza. Esto repercute gravemente en el acceso a la vivienda digna, los servicios, la educación, el transporte y otros factores indispensables para la salud y el bienestar en general de modo que, la OMS ha declarado que la pobreza pueda ser el determinante individual más importante de la salud. ^(26, 55)

Según el Grupo del Banco Mundial se calculó que una de cada cuatro personas en América Latina y el Caribe vive bajo el umbral de pobreza donde existe la clasificación de pobres crónicos que son quienes se enfrentan a mayores barreras para incorporarse a la fuerza laboral a pesar de los intentos del Estado y Organizaciones por resolver dicho problema, lo cual continua con el ciclo de pobreza crónica, siendo los pueblos indígenas los más afectados. ^(26, 27)

En Guatemala, para el año 2014 según el Instituto Nacional de Estadística (INE) el 23.4% de la población guatemalteca vivía en extrema pobreza, siendo la región norte del país la más afectada. Mientras que, el 59.3% de la población vivía en pobreza, el área noroccidente fue la más afectada con 78%. ^(26, 55)

A través de varios estudios se ha demostrado que los principales determinantes sociales de la salud asociados a los trastornos de salud mental son los niveles de ingresos económicos, el nivel de escolaridad, el sexo, la edad, la etnia y la zona geográfica de residencia. Con base a lo anterior, se determinó en los resultados obtenidos de las tasas de depresión y de consumo de sustancias psicoactivas que el consumo de éstas, están mayormente relacionadas con las personas que poseen bajos ingresos económicos. Es así como los pobres y los desfavorecidos sufren con mayor frecuencia trastornos mentales como depresión, ansiedad, entre otros. ⁽²⁶⁾

La falta de acceso a los servicios básicos tiene como consecuencia el aumento de las necesidades de atención de salud que están desatendidas como lo son la anticoncepción, las infecciones de transmisión sexual no diagnosticadas ni tratadas, embarazos involuntarios, entre otros. Lo cual repercute en la salud de las madres, por ende, afecta de manera directa en la salud de sus hijos. Es por ello que es necesario que se reconozca la función de género como un determinante estructural de la salud ya que las mujeres requieren mayor utilización de los servicios de atención de salud en comparación con los hombres. Además, es importante recalcar que las mujeres son más propensas a la pobreza, marginación al desempleo o a la contratación de trabajos que no ofrecen prestaciones de atención de salud siendo más complicado en una mujer gestante, situaciones que comprometen la salud mental de la madre. De esta forma el sexo es otro determinante social relevante, ya que, determinados trastornos mentales son más frecuentes en mujeres que en hombres. ⁽²⁶⁾

1.11.1 Embarazo en la adolescencia

Según la OMS los niveles inferiores de ingreso económico y el origen étnico están fuertemente relacionados con la iniciación sexual precoz que se asocia a un aumento del riesgo de embarazos no deseados en mujeres jóvenes durante la adolescencia. ⁽²⁶⁾

La adolescencia es una edad vulnerable donde enfrentar un embarazo hace que la madre dude de su capacidad materna además de enfrentar situaciones de estrés e impotencia donde las características personales, ambientales y sociales intervienen y afectan el estado emocional de la mujer, dificultan el cuidado de ella misma y del bebé, lo que la lleva a desarrollar síntomas de ansiedad o depresión, sobre todo si la situación es desfavorable; no obstante, la salud mental de las madres adolescentes y los aspectos relacionados con la maternidad han sido poco estudiados en América Latina a pesar de su gran magnitud. ^(26, 27)

Se sabe que un embarazo en la adolescencia representa un desafío de adaptación y desenvolvimiento dentro de una sociedad llena de prejuicios donde el apoyo proveniente de la familia o personas encargadas de la adolescente es crucial para la pareja adolescente o madre soltera. Se ha demostrado que la madre de la adolescente es la principal fuente de apoyo para el desarrollo de una maternidad eficaz. No obstante, un estudio demuestra que el apoyo por parte de la pareja, así como la autoestima de la madre, la edad, embarazo planeado, ausencia de antecedentes personales de ansiedad o depresión están estrechamente relacionados a que la madre adolescente desarrolle el sentimiento de autoeficacia materna lo cual se asocia a un mejor desempeño en ese rol. Sin embargo, la alteración de alguna de estas características personales podría desencadenar síntomas depresivos que afectan la percepción de la autoeficacia materna, lo cual tiene una prevalencia del 33.3% de los casos, contribuyendo a recordar más fallas, ver los eventos interpersonales de forma pesimista, alteración del proyecto de vida y disminución de la confianza para desempeñar el rol de madre lo cual repercute en la calidez, verbalización, sensibilidad y capacidad de respuesta hacia las necesidades del infante. ^(26, 27)

Por lo tanto, el apoyo social influye como variable, principalmente si se cuenta con el apoyo de la madre de la adolescente, pareja, familiares o amigos muy cercanos ya que, esto repercute en la percepción de ellas mismas como madres eficaces y son facilitadores para la atención prenatal, con la cual se puede prevenir la morbi-mortalidad materna y fetal. ⁽²⁷⁾

Aunque se piensa que el apoyo emocional es más importante que el apoyo práctico esto depende del estatus socioeconómico de la madre, lo cual significa que a un bajo estatus socioeconómico el apoyo práctico es indispensable para la supervivencia tanto de la madre como del infante. ⁽²⁷⁾

1.11.2 La mujer embarazada y sus condiciones de vida

De modo que, la mujer podrá desarrollar la preocupación materna primaria si se siente protegida y segura, es por ello por lo que se debe apoyar y acoger a las mujeres embarazadas desamparadas, ya sea por la pareja, familiares o el Estado y así ayudar en el proceso de maduración emocional para beneficiar la salud física y mental materno-fetal y obtener como resultado un vínculo madre-hijo afectivo sano. ^(27, 56)

Últimamente se ha hecho mayor énfasis en los determinantes sociales de salud por lo que es indispensable tomar en cuenta que el embarazo incrementa el riesgo a una mujer de sufrir de una falta de vivienda o, en caso de permanecer en el hogar de un hogar inestable lo cual aumenta el riesgo de salud de la madre y las complicaciones durante el embarazo. En un estudio realizado en un refugio de Massachussetts durante enero 2008 a junio 2015 realizaron la comparación de mujeres embarazadas que acudían al refugio de emergencia contra las que no. Se encontró que las tasas de enfermedad mental por ansiedad y depresión, abuso de sustancias alcohólicas, drogas u opioides eran significativamente más elevadas en mujeres sin hogar. En México 37% de las mujeres embarazadas cursaban con depresión, de ellas solamente 15.2% recibían tratamiento. Por lo que, la falta de hogar y los trastornos mentales o del comportamiento deben ser tratados simultáneamente y no por separado. ^(26, 27, 49, 56)

Es así como los resultados adversos del embarazo de una mujer sin hogar son atribuidos a la salud mental y del comportamiento por los que atraviesa la madre, entre ellos figuran la depresión, ansiedad, uso de sustancias psicoactivas y la falta de atención prenatal, la cual es obstaculizada por las circunstancias antes mencionadas. ^(27, 49, 56)

Otro factor asociado al nivel socioeconómico bajo es la inestabilidad en el hogar donde con frecuencia ocurre violencia doméstica, consumo de sustancias tóxicas por algún integrante, maltrato físico y emocional y/o abuso sexual. Como se mencionó anteriormente, la pobreza se asocia a varios determinantes sociales de la salud como la inseguridad alimentaria, desempleo, falta de transporte y de educación, entre otros, que comprometen el bienestar del individuo. Dada la vulnerabilidad de la mujer durante el embarazo es importante identificar las condiciones de vida que comprometen su salud para determinar

qué tipo de asistencia necesita y evitar la terminación del embarazo como solución a los problemas. (27, 49, 56)

Sin embargo, la falta de recursos económicos, falta de tiempo por realizar las múltiples actividades en el hogar, poca o ninguna educación, inseguridad alimentaria, entorno inseguro, no tener un medio de transporte accesible y las propias actitudes de la mujer embarazada obstaculizan la atención prenatal temprana lo que se conoce como determinantes sociales con consecuencias negativas para la salud de sus hijos. (57)

Por otro lado, la violencia por parte de la pareja íntima es un problema de salud pública a nivel mundial que comprende el 38% con una tasa de 4% en países de altos ingresos y más del 40% en países en vías de desarrollo. Es una de las formas más comunes de violencia contra la mujer que también es considerada un tipo de violencia de género, ya que, expone las desigualdades de poder y dominio dentro de la relación por parte del hombre hacia la mujer. (58)

La violencia psicológica es uno de los tipos de violencia poco tratados por el difícil diagnóstico por la decisión de ocultar la situación, por deseo propio o amenaza de los agresores, o por la falta de capacitación por parte de los profesionales para diagnosticar los casos. Este tipo de violencia tiene graves consecuencias en la salud de la mujer embarazada y se asocia con frecuencia a niveles socioeconómicos bajos en donde el confinamiento, la privación de libertad de expresión, de recursos materiales y financieros y, sobre todo el abuso verbal repetitivo tiene enormes repercusiones en la salud mental de la madre. (58)

Entre los síntomas derivados del sufrimiento psicológico debemos destacar el dolor crónico manifestado en partes del cuerpo, depresión, pánico, trastornos alimenticios e intentos de suicidio. (57, 58, 59)

En el embarazo, la violencia psicológica se asocia a rotura prematura de membranas, preeclampsia, eclampsia, infección del tracto urinario, comportamiento sexual de riesgo y cefaleas. Estas mujeres tienen 54.2% mayor riesgo de complicaciones neonatales. En una investigación realizada en el 2014 se determinó que el 17.6% de las encuestadas informó alguna violencia de pareja íntima y el 31.7% refirieron que el comportamiento agresivo de la pareja fue afectando su salud física o mental. 15.5% afirmó que durante el embarazo la pareja las insultó o las hizo sentir mal consigo mismas; el 4.3%

fueron humilladas en público; 3.9% fueron intimidadas; mientras que el 2.13% fueron amenazadas. Por otro lado, 4.5% de las mujeres embarazadas refirieron haber sido amenazadas, humilladas e intimidadas por parte de algún miembro de la familia. Todo esto se asocia a padecer algún trastorno mental común, 13.6%; al consumo de alcohol, 10.1%; drogas, 1.65%; y tabaco, 15.5%, durante el embarazo. ^(58, 59)

Los factores que predisponen a la violencia psicológica en mujeres embarazadas son haber sufrido de violencia en el año previo al embarazo, sufrir agresiones verbales como insultos, amenazas o humillaciones en embarazos previos (lo que significa que la violencia recurrente está fuertemente ligada a la violencia previa), la edad, escolaridad y desarrollo económico de la mujer, así como la falta de apoyo social o familiar. De este modo, se descarta la posibilidad de que el embarazo sea un factor protector contra la violencia psicológica. ^(57, 58)

La violencia psicológica se caracteriza por destruir vidas al comprometer el desarrollo integral de la víctima y se detecta con mayor dificultad. A la víctima con cicatrices psicológicas es difícil tratarla ya que, entre las dificultades de diagnóstico está la habilidad manipuladora de la pareja quien convence a la víctima de merecer el abuso que en ocasiones también se vuelve físico. Las formas más frecuentes de violencia psicológica son: impedir la libertad financiera; amenazar a muerte si deciden separarse de la pareja; privación de afecto, asistencia y cuidado médico; aislamiento; humillaciones al aspecto físico y vestimenta o comparaciones con otras mujeres, entre otros. ^(26, 57, 58)

En Centroamérica, Nicaragua cuenta con la prevalencia más alta de violencia psicológica contra la mujer embarazada, 51.1% de mujeres expuestas a conductas de control de la pareja íntima. En Guatemala no se cuenta con un registro exacto de mujeres embarazadas víctimas de violencia psicológica, sin embargo, según el INE, en el 2017, 56.7% de mujeres sufrieron algún tipo de violencia donde la más prevalente fue la psicológica, 21%, seguida de violencia física 13.8% y violencia física y psicológica 11.8%. Por otro lado, en un hospital especializado en Perú, la prevalencia de violencia en el embarazo fue de 29.44%, la violencia psicológica fue del 27.78%, violencia física del 8.33% y la sexual de 3.33%, siendo la pareja íntima el principal agresor. ^(58, 59)

Se debe hacer énfasis en que el agresor no siempre es la pareja de la víctima, en algunos casos son los familiares quienes ejercen dicho rol, esto como consecuencia de ser

productos de embarazos no deseados, por abuso sexual hacia la madre de la embarazada, por el consumo de bebidas alcohólicas o drogas ilícitas lo cual, hace que la mujer embarazada sufra de abuso psicológico y sexual desde su niñez, desencadenando en ocasiones embarazos en la adolescencia. En algunos casos la madre de la mujer embarazada induce a practicar el aborto, en su mayoría por la frecuencia de incesto anteriormente mencionada en la población guatemalteca o bien, continúan con el embarazo sin denunciar al agresor por miedo a ser marginadas o desamparadas por su propia familia.

(58, 60)

El embarazo no deseado se convierte en un factor de estrés ya que propicia un ambiente afectivo desequilibrado en la relación con la pareja íntima o dentro del entorno familiar, lo cual aumenta el riesgo de sufrir violencia sexual, abuso sexual y/o psicológico por parte de la pareja o familiares con quienes convive la persona afectada, eso aunado a la autopercepción de fracaso y sentimientos de tristeza y/o frustración, llevan a la mujer embarazada a cursar con síntomas de depresión y a comprometer su eficacia como madre.

(58, 60)

En Guatemala, según el Ministerio Público el maltrato contra personas menores de edad es el delito con mayor incidencia, esto debido a que, Guatemala cuenta con una de las tasas más altas de embarazos en niñas y adolescentes a nivel centroamericano y de América Latina siendo en su mayoría, niñas entre 10 y 14 años de edad como consecuencia de violencia sexual e incesto, una práctica presente en la cultura guatemalteca. En 2010 se registraron 1634 embarazos en niñas y adolescentes; 1,076 en 2011; 3,644 en 2012 y 2,906 de enero a junio de 2013. Para el año 2017 el total de nacimientos ocurridos fue de 383,223 de los cuales el 19% correspondía a madres entre 10 a 19 años, 1% de ellas eran niñas menores de 14 años; el INE reportó que el 88.7% de las madres entre 10 a 19 años eran solteras mientras que, 11.3% estaban casadas. ^(61, 62)

El inicio de la vida sexual en adolescentes guatemaltecos es en promedio a los 17.4 años en hombres y 18.7 años en mujeres, según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015. Sin embargo, se debe tener en cuenta que las personas entrevistadas fueron adultos entre 25-49 años. De las adolescentes entrevistadas entre 15 y 19 años el 8% inició su vida sexual antes de los 15 años lo cual propicia la maternidad temprana. Según INE, 2 de cada 10 partos son de niñas y adolescentes entre 10-19 años. ^(61, 62)

Para el año 2021 los delitos contra mujeres, niñas, niños y adolescentes comprendió el 100% de los delitos más denunciados, desglosándose en: violencia contra la mujer, 71%, donde la violencia física representa el 25%, violencia psicológica 37% y violencia económica 1%; maltrato contra niños, niñas y adolescentes 9%; violación sexual 8%; agresión sexual, 4%; otros delitos sexuales, 1%. A nivel de Guatemala, la tasa más alta de violencia contra la mujer la presenta el municipio de San Diego, Zacapa con 757 víctimas por 100,000 habitantes, seguido de Guastatoya, El Progreso con 619 víctimas por 100,000 habitantes. La tasa más alta para maltrato contra niños, niñas y adolescentes la presenta el municipio de Cabañas, Zacapa con 177 víctimas por 100,000 habitantes. Al día se reciben 19 denuncias diarias por violación sexual a nivel nacional de las cuales se ha hecho justicia a 147 víctimas en su mayoría del sexo femenino. De cada 10 víctimas 3 son mujeres adultas, 5 niños, niñas y adolescentes. Itzapa, Escuintla cuenta con la mayor tasa de víctimas por violación sexual, 134 por cada 100,000 habitantes. ⁽⁶³⁾

Por otro lado, el empoderamiento de la mujer a través de la educación o el trabajo puede favorecer al aumento de la violencia de la pareja, ya que el crecimiento de la mujer puede verse como una amenaza para la autoridad masculina en el entorno familiar por la inversión de roles de género socialmente esperados lo que genera desigualdades en la relación por conflicto de género, de modo que, conlleva al hombre a recurrir a la violencia para mantener su poder y autoridad dentro del hogar. Esto se ve afectado por la diferencia en el ingreso económico cuando es mayor por parte de la mujer, aun cuando cursa con un embarazo, el nivel de estudio con el que cuenten, puesto de trabajo y desenvolvimiento dentro de la sociedad. ^(64, 65)

De acuerdo al departamento de Epidemiología del Ministerio Público y Asistencia Social, la tasa específica de fecundidad en adolescentes en Guatemala en el 2012 fue de 102 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15-19 años de edad. Se observó un descenso a 78.8 para el 2017. Por otro lado, la tasa específica de fecundidad para el grupo etario entre 10-14 se ha mantenido en los últimos 12 años entre 2 y 3.2 por lo que, Guatemala continúa presentando una de las mayores tasas de embarazos en niñas y adolescentes de la región. Por otro lado, el Banco Mundial en el 2019 presentó para Guatemala un índice de fecundidad de 2.8 nacidos vivos por cada 1000 mujeres en edad fértil. ^(62, 66)

De enero al 02 de junio de 2021 se han registrado 2,325 embarazos en niñas de 10-14 años y 47,606 embarazos en adolescentes entre 15-19 años siendo Alta Verapaz el

departamento con mayores cifras de embarazos en niñas y adolescentes con 5,666 embarazos. ^(62, 66)

Uno de los factores más preocupantes de los embarazos en niñas y adolescentes es la interrupción de la educación ya que, la asistencia escolar en 2018 fue de 63.5% en mujeres de 10 a 19 años por lo que es necesario crear estrategias para fomentar la permanencia de las mujeres jóvenes en el sistema educativo y así, tengan la misma oportunidad de desarrollarse en el ámbito educativo y laboral y, cumplir con su proyecto de vida lo cual evita en un futuro la frustración hacia ella misma y problemas de ansiedad o depresión por no lograr superarse o no tener independencia económica que, como bien se sabe el nivel de ingreso económico depende en gran medida del nivel educativo. ^(62, 66)

En 2017 se documentó que 63.6% de las madres adolescentes entre 10-19 años tenía educación primaria, 34.4% contaba con educación secundaria y media y solamente el 2.1% alcanzó estudios universitarios y más. Se puede hacer la comparación con las mujeres que se volvieron madre entre los 20-29 años y se observa que las mujeres adultas tienden a culminar la educación media, ya que el 41.2% logró completar la educación primaria, 49.8% la educación secundaria y media y, el 9% contaba con educación universitaria. ^(62, 66, 67)

Quienes se vuelven madre en la adolescencia tienden a tener altas probabilidades de ser económicamente inactivas; 76.2 de cada 100 madres adolescentes son inactivas y sus ingresos económicos son 22.6% menos, lo cual no permite superar la condición de pobreza. Por otro lado, 67.2 de cada 100 mujeres que fueron madres en edad adulta son inactivas. ^(62, 66, 67)

Otro factor es la afectación de la salud, ya que las adolescentes menores de 16 años tienen cuatro veces mayor riesgo de defunción materna en comparación con mujeres embarazadas de 20 a 30 años. La muerte materna indica la condición social inequitativa de las mujeres y del mal funcionamiento del sistema de salud. En Guatemala la muerte materna se define por la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) como: “la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo

mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales". Para el año 2018 se reportaron 60 muertes maternas en niñas y adolescentes de 10-19 años. ^(65, 66, 67)

En un estudio descriptivo transversal realizado en Chimaltenango en el 2012 realizaron una encuesta utilizando el test de Zung a adolescentes embarazadas de 10-19 años para determinar la caracterización de la sintomatología depresiva en dichas pacientes. Encontraron que 85.98% presentaba depresión, de las cuales 47.66% era leve. Entre los factores de riesgo estaba que el 15.22% no contaba con el apoyo de su pareja, 23.91% provenía de una familia desintegrada, 38.04% sufrían violencia intrafamiliar: 13.04% de tipo psicológica, 18.48% física y 6.52% sexual. 56.52% estaban casadas, 65.22% cursó algún grado de primaria. 52.17% de las adolescentes refirieron no desear el embarazo. ⁽⁵²⁾

Capítulo 2 Determinantes estructurales que influyen en el desarrollo de ansiedad y depresión durante el embarazo

Sumario

- Ansiedad y depresión en la población
- Estructura de los servicios de salud en Guatemala
- Determinantes sociales de la salud
- Pertinencia cultural

2.1 Ansiedad y depresión en la población

A continuación, se describe el origen y función de los determinantes estructurales de la salud mental y cómo influyen en la salud mental de las mujeres embarazadas. También se describen los niveles de atención de salud en Guatemala y el rol de las comadronas en las comunidades, así como la pertinencia cultural.

En datos de la OMS la depresión es una enfermedad común que afecta a más de 264 millones de personas mundialmente con consecuencias fatídicas tales como suicidio, el cual culmina con la vida de al menos 800,000 personas al año, siendo ésta la segunda causa principal de defunción para el grupo etario de 15 a 29 años, con predominio en el sexo femenino sin distinción en tanto a si cursa con un embarazo o no. De donde acota que del 76 al 85% de los afectados habitantes de países de ingresos bajos y medianos no reciben tratamiento para este y otros trastornos mentales como la ansiedad. (26, 68, 69)

Reconoce que la depresión es resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos, dejando atrás la concepción epidemiológica ecológica/biológica y se adentra en la epidemiología crítica pregonada constantemente por epidemiólogos latinoamericanos, específicamente Jaime Breihl en su obra “Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad” además de descartar la concepción Freudiana de la enfermedad mental la cual indicaba que ésta derivaba de conflictos entre los 3 niveles de conciencia, al indicar que ciertos factores de entre lo social, psicológico y biológico, como: estar desempleado, curso de duelo patológico o el desarrollo de un trauma psicológico, predispone a que una persona presente depresión. (12, 26, 68, 69, 70)

Asimismo, afirma que la desatención de estos padecimientos se debe a la falta de recursos, escasez de proveedores de atención médica capacitados de lo cual deriva una evaluación inexacta de estos pacientes, y lamentablemente la estigmatización social a los trastornos mentales, esto probablemente influya al infradiagnóstico y peor aún al diagnóstico erróneo lo cual representa la mala utilización de medicamentos antidepresivos, situación alarmante que de hecho la OMS acepta como problemática que debe ser abordada con políticas a nivel país, como veremos más adelante. (26, 68, 69, 70)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recoge que los primeros datos acerca de trastornos de ansiedad durante el embarazo surgen en Europa a fines del siglo XVI e inicios del XVII indicando que ya existían para entonces múltiples estudios que describían un tema no menos impactante como el neonaticidio. Y va más allá al indicar que en 1757 un médico describió obsesiones de infanticidio, siendo claro indicador de otros trastornos afines tales como tocofobia, el pánico puerperal, fobia hacia el bebé, miedo patológico de muerte súbita del niño, dismorfofobia pre y post-parto, el trastorno por estrés post-traumático y el trastorno querulante (litigioso); expone además que en 1946 un psicoanalista llamado Tom Main ingresa una madre e hijo a un hospital psiquiátrico, siendo este caso la piedra angular para la invención de una nueva subespecialidad médica, la psiquiatría perinatal la cual ha encontrado un camino próspero en Europa, no así en Latinoamérica en donde temas como la pobreza son aún mucho más importantes por resolver. (26, 68, 69, 70)

Asimismo, menciona que la ansiedad puede estar presente en las madres en grado tal que sea normal para el momento de la vida en el que se encuentran, sin embargo, recalca que ese nivel de ansiedad tiene el potencial para causar un deterioro clínicamente significativo y afectar en lo psicológico, social y personal lo que la convierte en una carga que recibe muy poca o nula atención, derivado de la estigmatización que la acompaña. (26, 68, 69, 70)

No obstante, aunque en el DSM-5 los trastornos de ansiedad se describen por separado, la realidad es que cuando se evalúa a una paciente aquejada con este diagnóstico puede ser verdaderamente una miscelánea de resultados, es decir, al mismo tiempo que puede presentar ansiedad generalizada puede haber concomitancia con

trastorno de pánico e incluso tendencias obsesivo-compulsivas, todo lo cual se ha correlacionado con efectos adversos para la madre y el feto en desarrollo. (6, 26, 68, 69, 70)

La prevalencia que apunta la OPS para los trastornos de ansiedad de todo tipo va del 2 al 8%. Ha habido esfuerzos impulsados por la OMS para lograr un desarrollo igualitario para todos los seres humanos, la primera puesta en escena fue en el 2000, cuando se crearon los Objetivos de Desarrollo del Milenio -ODM- los cuales debían alcanzarse para 2015, eran 8 objetivos: luchar contra la pobreza, analfabetismo, hambre, falta de educación, desigualdad entre los géneros, mortalidad infantil y materna, VIH/sida y la degradación ambiental; estas metas en realidad ambiciosas, se lograron poco y no incluía al menos en el ámbito de la salud pública materna, un enfoque holístico del abordaje o bien solamente se reducía a un mal que también ha florecido flagrantemente en países de ingresos bajos y medios, la mortalidad infantil y materna. (68, 69, 70)

Por tanto y ante la misiva de un desarrollo igualitario se crearon los objetivos de desarrollo sostenible, con miras a cumplirse en un plazo de otros 15 años, es decir, hasta 2030; cual, si no fueren ambiciosos los primeros 8 objetivos, estos nuevos se duplicaron más 1 y entre ellos el número 3 es el siguiente “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. (69, 70)

Ahora bien, está claro que la OMS intenta englobar con grandes enunciados situaciones tan diversas que confluyen para la presentación de un problema, el ejemplo más célebre es la definición dada para la concepción de salud la cual menciona “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” y quizá en ello more la necesidad de haber duplicado las metas a alcanzar, pero ¿habrá espacio en ese tercer objetivo para la salud mental y aún más específicamente, para la salud mental en las mujeres embarazadas? (69, 70)

La OMS no desconoce la necesidad de tratar la enfermedad mental sobre todo a partir de las consecuencias indeseables que lleva consigo su desarrollo en grupos vulnerables, es así como crea “la iniciativa especial para la salud mental (2019-2023): cobertura sanitaria universal para la salud mental” no sin antes hacer mención que no puede haber salud o desarrollo sostenible sin salud mental y expone que la depresión y

ansiedad representa US\$ 1 trillón por año; la enfermedad mental representa de 1 a 5 años de discapacidad o bien malestar clínicamente significativo o deterioro en lo laboral, social y/o personal; la cobertura del tratamiento es bajo; a los que padecen enfermedades mentales se violan sus derechos, se les discrimina y estigmatiza. Por ello desarrolla 2 estrategias: la primera, avanzar políticas de salud mental, defensa y derechos humanos; la segunda, ampliar intervenciones y servicios de salud general en la comunidad, recalcando la necesidad de intervenir en grupos en posición vulnerable y aunque generaliza al mencionar solamente entre estos al sexo femenino, debemos entender que le incluye en todas las etapas de su vida. El objetivo principal, para el 2023 “lograr el acceso al cuidado de la salud mental para más 100 millones de personas”. ⁽⁷⁰⁾

Continuando con las medidas implementadas, la OMS publica en 2016 una serie de recomendaciones para la atención prenatal sistemática, enfocándose en el desarrollo de programas y políticas para 5 categorías, las cuales son: nutrición prenatal, evaluación materna/fetal, medidas preventivas, mejora del uso y calidad de la atención prenatal e intervenciones para tratar síntomas fisiológicos comunes durante el embarazo. En donde como vemos se denomina “fisiológico” a todos los cambios que presenta la gestante, un aspecto interesante y que sin duda va en perjuicio y detrimento de la captación oportuna de pacientes aquejadas de síntomas mentales. ^(69, 70)

Las recomendaciones de la OMS para la atención prenatal tienen un objetivo claro “ofrecer a las embarazadas atención respetuosa, individualizada y centrada en la persona en cada contacto, y asegurar que cada uno se apoye en prácticas clínicas eficaces e integradas (intervenciones y análisis), aporte información pertinente y oportuna, y ofrezca apoyo psicosocial y emocional por parte de profesionales con buenas habilidades clínicas e interpersonales en un sistema de salud que funcione correctamente”, todo ello derivado de un problema identificado “la mortalidad perinatal” que como hemos mencionado entre sus causas también figura el suicidio. Basado en ello la OMS interpreta que, a mayor atención, menor mortalidad perinatal, es decir de la recomendación primaria de realizar al menos 4 consultas prenatales pasa a indicar que son necesarias al menos 8, todo con la finalidad de lograr la integración del tratamiento prenatal, sin embargo, deja a cada país u organización encargada de brindar esta atención, la decisión de distribuir durante los

trimestres de la gestación dichos contactos además del qué, quién y cómo desarrollarlos.

(69, 70)

No obstante, la información que puede relacionarse con la salud mental de la madre en cierta medida es inespecífica debido a que se omite su mención o bien se encubre bajo pseudónimos o peor aún se considera algo tan superfluo que su diagnóstico navega sin rumbo. Es así como al remitirnos a la sección de recomendaciones para la evaluación materna y fetal aparece que el médico debe preguntar a todas las embarazadas tan pronto como sea posible si consumen o han consumido tabaco, alcohol u otras sustancias; indagar concienzudamente si la paciente embarazada sufre violencia doméstica y con ello interesarse por las afecciones provocadas o agravadas por este flagelo, sin embargo, aclara que esta recomendación es adecuada solamente si existe la capacidad por el equipo de atención para dar una respuesta de apoyo. ⁽⁷⁰⁾

Anteriormente se pensaba que el embarazo podía ser un factor protector para el desarrollo de enfermedades mentales, algo que afortunadamente se ha descartado con base en la actualizada evidencia científica, donde se demuestra que tanto la mujer gestante como no gestante con edades similares tiene la misma probabilidad de presentar morbilidad de tipo afectiva y de ansiedad, algo que también puede estar sobrestimado al desconocer ciertamente la prevalencia de otros trastornos mentales que como es de esperar no excluye a estas pacientes de su presentación. ^(69, 70)

Para el sexo femenino existe una mayor prevalencia de estos padecimientos y se ha documentado que antes de la gestación muchas de ellas pueden cursar con algún trastorno afectivo de tipo depresivo o bien algún tipo de ansiedad y que de hecho es una consulta frecuente a su ginecólogo la posibilidad de continuar su medicación con psicotrópicos para la modulación de los síntomas, aspecto que sin duda se relaciona con un bienestar clínicamente significativo percibido por la paciente. Dicho esto, cabe la posibilidad de mencionar que la captación oportuna de estas pacientes y la referencia inmediata a un profesional de la salud mental trae consigo la adecuación de un mejor control prenatal y resultados favorables tanto para la futura madre como para el feto en desarrollo. ⁽⁷⁰⁾

Se menciona que las tasas de prevalencia mundial para depresión son de 7.4, 12.8 y 12% para el primer, segundo y tercer trimestre respectivamente. Asimismo, los factores que predisponen a su aparición son el pobre apoyo social (pareja y otros familiares), violencia de pareja, bajo ingreso económico y edad; estos datos no se diferencian sobremanera de las tasas de ansiedad, aunque sí es cierto, se reconoce menos su ocurrencia, quizás porque según los criterios diagnósticos del DSM-5 para el diagnóstico de ansiedad en el embarazo el tiempo requerido para su reconocimiento debe superar los 6 meses, situación que se antoja modificable a toda regla, aunque se debe reconocer que siempre existe el riesgo de patologizar conductas normales de los seres humanos ante situaciones específicas de su vida, algo que ha padecido en crítica informal y por tanto acientífica dicho manual. ^(6, 70)

En el DSM-5 aparece un especificador para estas pacientes, denominado “con inicio en el periparto”, el cual se aplica indistintamente de si es un episodio actual o si actualmente no cumple los criterios para un episodio de depresión mayor, aspecto importante para estimaciones que según este manual se encuentran entre el 3 y 6% durante el embarazo o puerperio y de más ayuda aun cuando se presta atención a una situación común, en donde hasta el 50% de los casos de depresión postparto en realidad iniciaron durante la gestación. ^(6, 70)

2.2 Estructura de los servicios de salud en Guatemala

Las investigaciones en salud pública han llegado a la conclusión de que las personas de nivel socioeconómico bajo y desfavorecidas viven menos y con peor salud, ya que, los recursos promotores y protectores de la salud, así como los factores de riesgo a los que están expuestos están determinados por las condiciones socioeconómicas. ⁽⁷¹⁾

La red de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) se encuentra dividida de forma general en tres niveles de atención: en el primer nivel de atención se ubican los puestos de salud, en el segundo nivel los centros de salud y en el tercer nivel se agrupan los hospitales especializados. A nivel nacional la red de servicios varía para cada departamento siendo Huehuetenango el departamento que cuenta con la mayor cantidad de Puestos de Salud del MSPAS, 100 puestos, sin embargo,

no cuenta con ningún centro comunitario de salud o servicio especializado según las Cuentas Nacionales y Economía de la Salud del año 2,016. ^(71, 72, 73)

El Análisis de Situación en Salud (ASIS) es una práctica epidemiológica cuya función es ser la fuente de comprensión de los problemas principales en salud de una determinada comunidad, que permite una comprensión profunda y búsqueda de soluciones a los problemas encontrados para la mejora de la salud de la población, siendo estos priorizados al momento de realizar la ejecución de una estrategia específica. ⁽⁷⁴⁾

Este Análisis de Situación en Salud integra los determinantes sociales y su interacción con la población determinada. La sala situacional es la recopilación de información de los servicios brindados a la población para llevar a cabo diferentes programas para la promoción y prevención de salud en la comunidad. La finalidad de la sala situacional es identificar la situación de salud de la población de un área determinada por medio de la identificación de factores de riesgo y de la determinación de posibles soluciones para la resolución de problemas. La sala situacional constituye un espacio físico y virtual donde se lleva a cabo su presentación para lograr determinar sus problemas principales. Realiza una interacción de los determinantes socioeconómicos, demográficos y climáticos, entre otros, con los problemas encontrados que afectan a la población. Es así, como los determinantes sociales de la salud son puestos en marcha por la OMS en el 2005 con el propósito de recabar datos que permitan la implementación de las medidas adecuadas y de intervenciones pertinentes en favor de la equidad sanitaria. La acción de los determinantes sociales se sitúa en una propuesta transformadora funcional de orden nacional e internacional que coloca metas e indicadores en el mediano plazo para cambiar la sociedad e influyendo de forma indirecta en el modelo económico y de producción de la sociedad. ^(72, 73, 74)

2.3 Determinantes sociales de la salud

Marc Lalonde en su documento Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses publicado en 1974 estableció que la salud de una comunidad está condicionada por la interacción de cuatro factores: 1) medio ambiente: son los factores que influyen sobre el entorno del hombre y en su salud, no comprende el ambiente natural

únicamente, sino también, el entorno social; 2) estilos y hábitos de vida: toma en cuenta los comportamientos y hábitos de vida que condicionan la salud de forma negativa, está comprendido por las decisiones personales, influencia del entorno y grupo social; 3) sistema sanitario: comprende los recursos humanos, centros, medios económicos, materiales y tecnológicos que son condicionados por la accesibilidad, eficacia y efectividad, centros y recursos así como, la cobertura y adecuada práctica; 4) biología humana: es la carga genética y los factores hereditarios de cada persona que por medio de la ingeniería genética se podrán prevenir enfermedades conocidas. Dicho modelo ha tenido un gran impacto y ha servido como base para la creación de los determinantes sociales de la salud. ⁽⁷⁵⁾

Por lo que, los determinantes sociales de la salud son el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que influyen en el estado de salud. Son los determinantes estructurales y las condiciones de vida que originan las inequidades sanitarias dentro del país, principalmente la distribución de los ingresos, poder, bienes y servicios, acceso a la atención sanitaria, educación, condiciones de trabajo y ocio. ^(74, 75, 76)

Con base a lo anterior la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud formuló tres recomendaciones principales: 1) mejorar las condiciones de vida; 2) luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos; 3) medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones. ⁽⁷⁷⁾

El sistema de salud se define como “un sistema que engloba a todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud (OMS, 2011)”. Por lo que, Guatemala debe incluir el nivel local, es decir, comunidades y aldeas donde no todas las personas tienen acceso a los servicios de salud o utilizan la medicina occidental para atender enfermedades, pero que, prestan servicios de salud con o sin remuneración alguna por su labor. Es por ello que es necesario enfocarse en el desarrollo rural y combatir políticas de exclusión que generan pobreza rural. ^(71, 74, 77, 76)

Un sistema de salud óptimo debe tener ciertas cualidades como cobertura universal, atención integral e integrada, equidad, eficiencia, sustentabilidad y flexibilidad, participación real de la población en la planificación y en la gestión del sistema y calidad de atención, así como, valor para organizar el sistema. Cada sector asignado es responsable de la

promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud como una función del Estado. (71, 74, 75, 76, 78)

Es por ello que la Ley para la Maternidad Saludable se rige por los principios de: a) gratuidad: garantizar la atención gratuita en las intervenciones materno-neonatal de los servicios públicos de salud; b) accesibilidad: garantizar que los servicios de salud materno-neonatal sean accesibles geográfica y culturalmente por parte del Estado; c) equidad: brindar especial atención a las mujeres vulnerables, es decir, de bajo recursos, indígenas, de áreas rurales, adolescentes migrantes, discapacitadas; d) respeto a la interculturalidad: la atención brindada por los servicios de salud deberán garantizar el respeto a la identidad cultural, valores y costumbres de las comunidades; e) sostenibilidad: el Estado debe brindar los recursos necesarios y suficientes para el desarrollo de programas relacionados a la salud materno-neonatal. (79, 80)

Se ha observado que la mujer embarazada que cursa con depresión o ansiedad presenta un bajo porcentaje de controles prenatales conforme avanzaba el embarazo, por lo que, es importante educar a la población de mujeres en edad fértil sobre el motivo y razón del control prenatal para reducir la tasa de mortalidad infantil y mortalidad materna. Una forma de lograr el alcance de atención prenatal en mujeres embarazadas en las comunidades ha sido la visita domiciliar por parte del personal de salud de dicho territorio que, en conjunto con las comadronas, representan una ventaja en la atención comunitaria ya que, hablan el mismo idioma materno y presentan mayor disponibilidad de trabajo, sin embargo, deben ser instruidas continuamente por personal capacitado para la detección de complicaciones en el embarazo e incitar a la mujer embarazada a acudir a un puesto o centro de salud cercano para llevar su control prenatal. (69, 70)

Sin embargo, las condiciones sociales en las que viven las mujeres embarazadas influyen en la posibilidad de acudir a consulta por su control prenatal, es por ello que es indispensable tomar en cuenta los determinantes sociales en cada región ya que, existen desigualdades entre departamentos, regiones, localidades e incluso, entre grupos poblacionales. Los determinantes estructurales son aquellos que se relacionan con la posición social, género, raza, grupo étnico, acceso a la educación y al empleo. (81, 82)

En el caso del embarazo, la edad materna tiene gran influencia sobre el desarrollo de síntomas depresivos o ansiosos, siendo así que, las mujeres menores de 20 años tienen

mayor probabilidad de cursar con dichos síntomas e incluso presentarlos en el posparto. A su vez, el nivel socioeconómico bajo, vivir en zona rural y ser soltera son factores que favorecen la aparición de depresión y ansiedad durante el embarazo. La baja o ninguna escolaridad también se relaciona con trastornos del estado de ánimo, ansiedad, depresión e intento suicida. ^(81, 82)

2.4 Pertinencia cultural

Guatemala se caracteriza por su gran diversidad de etnias y pueblos indígenas. En América Latina es uno de los países con mayor variedad, compuesto por una población de 41.7% de pueblos Mayas, 1.8% por Xincas, 0.1% por Garífunas, 0.2% por afrodescendientes. Debido a que Guatemala es un país intercultural, dichas relaciones han estado marcadas por la desigualdad y la discriminación donde unos están por encima de otros. El racismo es un determinante estructural en Guatemala donde se ve afectada principalmente la población indígena que vive en condiciones de pobreza y de analfabetismo; se observan las peores condiciones de servicios públicos, vivienda, agua potable, carreteras, entre otras cosas. Es por ello por lo que, a través de la pertinencia cultural se debe reconocer que existen diferencias entre los grupos de personas lo cual no es significado de superioridad. Por otro lado, la cultura influye mucho en la forma en que se hace uso de los recursos, los comportamientos y las prácticas, lo que implica una forma diferente de vivir el proceso salud-enfermedad. ⁽⁸³⁾

Capítulo 3 Determinantes asociados al sistema de salud que retrasan la detección oportuna de estos trastornos durante el embarazo.

SUMARIO

- Determinantes asociados al sistema de salud retrasan la detección oportuna de estos trastornos durante el embarazo
- Salud sexual y reproductiva
- Declaración de Río
- Protección de la Maternidad en Guatemala
- Acciones inmediatas de la ley para la maternidad saludable
- Reglamento para la maternidad saludable
- Problemas emocionales y conductuales en la etapa perinatal
- Programas de prevención impulsados por la OPS durante el embarazo
- Programas de doula y apoyo emocional durante el embarazo
- Doula en Guatemala
- Promoción y divulgación de los saberes de las comadronas
- Establecer y fortalecer el relacionamiento de las comadronas con el sistema de salud
- Fortalecimiento institucional para la atención de la salud materna neonatal con pertinencia cultural
- Fortalecer la labor de las comadronas como agentes de cambio
- Depresión y ansiedad en el embarazo
- Métodos de planificación familiar
- La imagen corporal
- Respuesta al consumo de alcohol y otras sustancias durante la gestación

3.1 Determinantes asociados al sistema de salud que retrasan la detección oportuna de estos trastornos durante el embarazo

La estigmatización de la enfermedad psiquiátrica en cualquier grupo poblacional es grave, tanto lo es más aún cuando no se le reconoce en la gestación porque se afecta con ello a la simbiosis materno-fetal, por ello resulta práctico describir ambos trastornos a partir de su porcentaje de aparición, así como de su prevalencia en cuanto a la edad gestacional se refiere, es decir, el trimestre en que aparecen peores resultados clínicos en las futuras madres. Así pues, mientras la ocurrencia para el trastorno de ansiedad va de 7% hasta 30%, el trastorno de depresión va desde 15% a 70% por ciento siendo que ambos se presentan con mayor frecuencia durante el segundo y tercer trimestre de la gestación casi indistintamente. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11)

Son muchos los determinantes asociados al sistema de salud que retrasan la detección oportuna de trastornos mentales tales como depresión o ansiedad durante la gestación. El desarrollo de políticas que carecen de pertinencia cultural puede ser colocado en la punta del “Iceberg” como la problemática principal que afecta a la detección oportuna, sin embargo, es en realidad la captación escasa de las pacientes cuando acuden a su primer control prenatal el determinante más importante, esto derivado del tamizaje deficiente que existe, lo cual es preocupante debido a que quienes refieren este flagelo son los países del primer mundo, es decir que la cifra que mencionamos como prevalente de ambas patologías está en realidad infraestimado. ^(1, 8, 9, 10, 11)

Para que un ser humano tenga las mismas oportunidades de vida, salud, desarrollo y trabajo existe una serie de condiciones que deben conjugarse para su logro; por tanto, sistemas económicos, agendas de desarrollo, normas y políticas sociales que se centralizan y aumentan la inequidad de los bienes innatos de los ciudadanos que se desenvuelven en espacios geográficos similares, se vuelven irremediablemente el objetivo para alcanzar la igualdad. ⁽²⁶⁾

En América Latina particularmente se ha visto que las condiciones para alcanzar una vida digna y por tanto el acceso a la salud, más específicamente el acceso a un control prenatal adecuado, integral y que verdaderamente se ocupe de todo lo que representa para la madre, son en realidad diversas y no se centran específicamente en los niveles de atención en salud que existen. Es decir, para que una paciente embarazada pueda alcanzar la plenitud que ahora y merece debe existir una acción intersectorial mejorada para que esas políticas y regulaciones más allá del campo de la salud se conjuguen en su beneficio. ⁽²⁶⁾

La OMS declara que las metas de los ODM que no se alcanzaron indican los desafíos que deben ser atacados con especial interés y entre ellos destaca la salud mental la cual va de la mano con el género, salud materna y salud sexual como también reproductiva. Especialmente en aquellas que viven en condiciones de extrema pobreza y vulnerabilidad. Recordando pues, que hasta 200 millones de personas en América Latina viven con solamente 4 dólares al día. ⁽²⁶⁾

3.2 Salud sexual y reproductiva

La OMS reconoce que el sexo femenino representa más costos para los servicios de salud, tanto porque acude más como porque parece necesitarlo más. Es decir, una mujer tiene más probabilidades que un hombre, de vivir en pobreza, inaccesibilidad a la educación, trabajos mal remunerados y personalmente el no reconocimiento de sus derechos como madre tanto durante el embarazo como en el puerperio. Además, que las políticas de salud no parecen llegar a las poblaciones pobres, indígenas, adolescentes y sin educación básica en quienes se ha visto los mayores índices de embarazos tempranos, violencia sexual, abuso sexual, consumo de sustancias y desarrollo no diagnosticado de enfermedades psiquiátricas tales como depresión y ansiedad. ⁽²⁶⁾

Asimismo, la OMS engloba a la salud mental en el grupo de las enfermedades no transmisibles que representan del 60 al 89% de la proporción de muertes al año. Y reconoce que las poblaciones más pobres y vulnerables son las más afectadas, por tanto, a quienes deben ir dirigidas las políticas de desarrollo para impulsar la defensa contra los principales factores de riesgo que influyen en los años de vida ajustados a discapacidad, los cuales son: consumo de tabaco, inactividad física, consumo nocivo de alcohol y dietas poco saludables. Factores que como ya se ha visto no se ausentan durante la gestación, sino que influyen a que la madre presente un control prenatal deficiente, o bien que las instituciones dadas a la atención de este, no se inmiscuyan a conocer todo el entorno que rodea a la paciente. ⁽²⁶⁾

Para que la salud mental sea tomada en cuenta al momento de realizar el control prenatal, los programas y políticas de desarrollo deben reconocer que las desigualdades sociales son las principales implicadas en la manifestación de los síntomas, entre estas, los ingresos bajos; la educación; género, que como hemos visto el sexo femenino es un determinante estructural y biológico de importancia; la edad y el área geográfica. Así pues, reconocer esto debería disminuir las tasas de depresión, consumo de sustancias y ansiedad durante el embarazo. ⁽²⁶⁾

3.3 Declaración de Río

Esta declaración es el principio rector que implementa de manera exitosa el enfoque de determinantes sociales de la salud. Lo hace a través del establecimiento de 5 áreas de acción clave sobre esos determinantes ya mencionados. ⁽²⁶⁾

- La primer área clave es mejorar la gobernanza para la salud y el desarrollo. Esta se respalda en que la salud está distribuida de manera desigual, muchos determinantes de la salud dependen de la acción política y en que la salud es una dimensión crítica de los derechos humanos y la ciudadanía. ⁽²⁶⁾

La gobernanza se refiere a la acción conjunta de gobiernos con organizaciones sociales, y esto cumple ciertos requisitos como **legitimidad**, o sea que deben brindar voz a todos los interesados; **dirección** es decir, que debe tener una visión estratégica para promover su agenda; **desempeño**, dirigido a que deben responder a todas las partes interesadas y fomentar la participación; **responsabilidad** orientada a afrontar los resultados de las decisiones tomadas con respecto a los objetivos desarrollados, y **equidad** lo cual indica que las decisiones tomadas deben ser justas y deben reducir las desigualdades en salud. ⁽²⁶⁾

- La segunda área clave es promover la participación en la formulación y aplicación de políticas. Esta requiere que las comunidades y grupos de la sociedad civil participen en la creación de políticas, así como del seguimiento y evaluación de su implementación. ⁽²⁶⁾

Para su correcta implementación se requiere de legitimidad y transparencia puesto que el gobierno en muchas ocasiones deberá incentivar y subvencionar la promoción de la participación de las comunidades para que las políticas desarrolladas tengan pertinencia con las costumbres y tradiciones que condicionan el llegar a la población más necesitada. ⁽²⁶⁾

Es así, como tenemos el ejemplo de Ecuador en donde existe un plan llamado “Plan nacional de Ecuador para el buen vivir” en donde se busca identificar las necesidades

específicas de su población para entonces promover e implementar políticas sociales que vayan impulsadas por múltiples sectores como la salud, la educación y la vivienda. ⁽²⁶⁾

En América Latina han aumentado los esfuerzos por incluir en el concepto de salud a todo aquello que puede afectar el desenvolvimiento personal, social y laboral de sus habitantes. Fue así como en 2014 se incluyó a los grupos marginados y se les dio un lugar central en las discusiones sobre políticas a nivel local, subnacional y nacional; importante fue también reconocer la necesidad de promover la salud mental y el bienestar de las poblaciones indígenas, siendo Argentina, Brasil y Chile quienes han promovido foros de diálogo con la participación de grupos marginados, especialistas de salud mental, salud pública, salud clínica y antropología para intentar subsanar la inequidad que existe para la accesibilidad a la atención digna de estos problemas desafortunadamente estigmatizados.

⁽²⁶⁾

- La tercer área clave. Orientar aún más al sector de la salud hacia la reducción de las desigualdades en salud, buscando que todos tengan acceso y cobertura a la salud. ⁽²⁶⁾

Para que esto tenga resultados se requiere la determinación e implementación de políticas y acciones con enfoque multisectorial, que asegure el abordaje de los determinantes sociales de la salud al mismo tiempo que se garantice el compromiso de la sociedad para promover salud y bienestar tomando en plena consideración que variables como étnia, edad, estatus económico y social son en suma quienes tienen un impacto significativo en las inequidades sanitarias que se presentan, por tanto, subsanar esas diferencias es en grado sumo el objetivo central de la salud universal. ⁽²⁶⁾

En La Paz, Bolivia en el campo de la salud sexual y reproductiva y violencia intrafamiliar, factores que en conjunto afectan la salud mental de la mujer, se obtuvieron testimonios de estas afectadas indicando que la cobertura de atención de salud era menor y que además de eso no se les incluía en la promoción y el cuidado de su propia salud, evidenciando que esto ocurría por discriminación, maltrato y falta de servicios que aborden las necesidades básicas de una mujer. ⁽²⁶⁾

A partir de esos resultados, el departamento de salud de La Paz en 2004 a 2006 desarrolló una iniciativa llamada “Health Services” en donde se buscó mejorar las condiciones de salud bajo el lema “calidad con enfoque de género” siendo su fin el empoderamiento de las mujeres en cada una de sus comunidades. ⁽²⁶⁾

- La cuarta área clave. Fortalecer la gobernanza y colaboración mundiales, en donde para que se asegure la coherencia de políticas que incluyan a los determinantes sociales deba existir el apoyo de las comunidades internacionales. ⁽²⁶⁾

Esta área clave surgió a raíz de la epidemia del tabaco y lo único que busca y para lo cual centra sus esfuerzos es para que todas las personas disfruten del más alto nivel de salud. ⁽²⁶⁾

- La quinta área clave. Monitorear el progreso y aumentar la rendición de cuentas. Concluye que para la implementación de políticas que abordan los determinantes sociales de la salud debe existir evidencia que las respalde. Lo cual quiere decir que se necesita la disponibilidad de datos que nos permitan comprender cuáles son y por tanto cómo intervenir las desigualdades poblacionales que no favorecen la obtención del más alto nivel de salud. ⁽²⁶⁾

Esta área de intervención resulta más importante o al menos adquiere mayor impacto en aquellos países de ingresos bajos y medianos en donde la publicación de datos es escueta o nula, en donde las desigualdades económicas, étnicas y educativas determinan el goce de una buena salud. ⁽²⁶⁾

Los esfuerzos se han casi centralizado a los datos de salud reproductiva, materna e infantil, de donde se desprende que los ODS exige a las instituciones proveedoras de servicio, la disponibilidad de datos de alta calidad, oportunos y confiables que se desglosen por ingresos, género, edad, raza, etnia, situación migratoria, discapacidad, ubicación geográfica y realidades del contexto nacional. ⁽²⁶⁾

Para que todos puedan aportar datos relevantes que aclaren la situación de salud a la que sus habitantes se enfrentan, se desarrolló el marco de monitoreo de la desigualdad en salud, el cual desarrolló la OMS con el objetivo de brindar una guía para los países y así desarrollar el hábito de monitorear y publicar esos resultados que casi en su totalidad se enmarcan en el tercer ODS el cual busca “garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos en todas las edades”. ⁽²⁶⁾

3.4 Protección de la Maternidad en Guatemala

En Guatemala se desarrolla en el 2010 el decreto número 32-2010 derivado de la alta tasa de mortalidad materna con relación a sus vecinos más cercano e indica “el Estado tiene la obligación de proteger el proceso reproductivo, reconociendo que todo embarazo está en riesgo, y que es necesario garantizar a todas las mujeres el acceso a servicios de salud de calidad con calidez y pertinencia cultural, tomando en cuenta la diversidad etaria y ubicación geográfica para la resolución de su embarazo”. ⁽⁷⁹⁾

Esta ley fue estructurada y fundamentada en la necesidad de favorecer el desarrollo integral de la mujer guatemalteca embarazada y para ello expone lo siguiente ⁽⁷⁹⁾:

1. La maternidad saludable es un asunto de urgencia nacional; la población vulnerada, adolescente, rural, indígena y migrante son el objetivo.
2. Fortalecer el programa de salud reproductiva y unidad de atención de salud de los pueblos indígenas en donde con pertinencia cultural se aborden sus principales problemas.
3. Promover el monitoreo, vigilancia y evaluación que aporten la evidencia científica para el desarrollo de políticas que subsanen las desigualdades.
4. Acceso universal, oportuno y de calidad sin importar etnia, ingresos o situación geográfica de la mujer guatemalteca.
5. Establecer un sistema de vigilancia epidemiológica de salud materna neonatal.
6. Promover que las comunidades se involucren en políticas públicas.

Para que la ley de maternidad saludable se desarrolle lo más apegado posible a sus intenciones, debe cumplir requisitos fundamentales tales como: gratuidad, accesibilidad, equidad, respeto a la interculturalidad y sostenibilidad. ⁽⁷⁹⁾

Y aclara, la ley para la maternidad saludable debe implementarse sin objeción en todos los niveles de atención de los cuales se sirve el Ministerio de Salud y Asistencia Social para llegar a la población, siendo estos, los siguientes ⁽⁷⁹⁾:

Primer nivel: puestos de salud y centros de convergencia.

Segundo nivel: centros de salud, maternidades periféricas, centros de atención permanente y centro de atención integral materno infantil.

Tercer nivel: hospitales distritales, departamentales, regionales, nacionales generales y especializados.

En su artículo 6 menciona que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social están obligadas a garantizar a todas sus usuarias el acceso a servicios de salud materno-neonatal con calidad, pertinencia cultural y sin discriminación. Importante sería también indicar, sin estigmatización. ⁽⁷⁹⁾

El artículo 7 menciona además que estas instituciones deben dirigirse a informar, orientar y educar a las usuarias, a cerca de las condiciones físicas, mentales, emocionales y sociales para prevenir embarazos no deseados, así como promover embarazos saludables, sirviéndose de condiciones nutricionales adecuadas y administración de suplementos alimenticios y vitamínicos. ⁽⁷⁹⁾

El artículo 8 menciona “atención obligatoria durante el embarazo y nuevamente se dirige a las 2 instituciones mencionadas, indicando que deben enfatizar en la calidad de los controles prenatales, vigilancia nutricional y sintomatología y signos de peligro en el embarazo. Nuevamente se hace necesario indicar que los responsables no deben estigmatizar los sentimientos de estas pacientes; menciona, además, la necesidad de referir a aquellas pacientes que presenten complicaciones obstétricas que no puedan atenderse en el nivel de atención al cual haya acudido. Algo sumamente importante para el tratamiento de la enfermedad mental, la cual puede en la más de las veces seguirse en

paralelo al control prenatal, con terapia interpersonal o terapia cognitivo conductual en las etapas leve y moderada de los trastornos ansiosos y depresivos de los cuales no tienen defensa biológica, cultural ni social; también indica la necesidad de aportar los medicamentos necesarios para el control prenatal y de las condiciones especiales asociadas. ⁽⁷⁹⁾

Este mismo artículo obliga a garantizar la accesibilidad a las pruebas de tamizaje necesarias para lo que el facultativo haya encontrado en el control prenatal y que pueda representar riesgo obstétrico; dar siempre consejería de planificación familiar; consejería para la obtención de pruebas para descartar enfermedades de transmisión sexual; brindar atención integral y diferenciada para niñas y adolescentes embarazadas en donde se tome en cuenta la edad, etnia, escolaridad, ubicación geográfica y situación económica; atender en su idioma a las mujeres que acuden a los servicios de control prenatal. Lo cual deja implícito que se servirá el facultativo de todas las herramientas necesarias para lograr una comunicación asertiva a pesar de las barreras que supone no poder expresar con el lenguaje los problemas de salud que se puedan estar suscitando en la psique y el cuerpo de la gestante; finalmente indica servirse de material educativo y comprensible para el núcleo familiar en el que se desarrolla la gestante para que puedan reconocer las necesidades imperantes a resolver para salvaguardar la vida de la madre y el feto. ⁽⁷⁹⁾

Guatemala es un país constituido por 22 departamentos, 340 municipios, se hablan 22 idiomas mayas, además del español, xinca y garífuna. En donde la medicina a la cual acuden muchos de sus habitantes se denomina medicina tradicional, la cual aprendieron de los abuelos y comadronas que, por tanto, todo aquello que sea visto como amenaza a estas creencias no se recibe ampliamente como curativo sino como extraño y dañino. Por ello en el artículo 17 de la ley para la maternidad saludable se enfatiza en que los proveedores comunitarios y tradicionales pueden brindar atención en los primeros niveles siempre y cuando apliquen normas y protocolos establecidos. ⁽⁷⁹⁾

3.5 Acciones inmediatas de la ley para la maternidad saludable

Establece una serie de condiciones que deberían cumplirse para el desarrollo integral del embarazo en la guatemalteca, primero indica, deben existir programas nutricionales para todas con especial atención a poblaciones vulnerables para evitar el deterioro de la salud; implementar servicios de planificación familiar antes y después del parto; implementar la atención prenatal antes y después del parto; atender emergencias obstétricas y finalmente poder crear un seguro de maternidad y niñez que les garantice el acceso a los servicios de salud con calidad y calidez. ⁽⁷⁹⁾

3.6 Reglamento para la maternidad saludable

Se crea en Guatemala en el año 2012 como un acuerdo gubernativo número 65-2012 e indica en su artículo 18 el establecimiento de casas maternas con pertinencia cultural, de la siguiente forma ⁽⁷⁹⁾:

- a. Contar con casas maternas a 1 km de distancia de las instituciones englobadas como segundo y tercer nivel de atención.
- b. Observar cuáles son las características socioculturales, prácticas de salud y cosmovisión del lugar en el que la gestante se desenvuelve.
- c. Observar las viviendas para saber si están ambientadas y culturalmente adaptadas.
- d. Tratar en grado sumo que los facultativos que atienden a las gestantes en su control prenatal hablen el idioma local y respeten las costumbres de la región a la cual se dirigen.

3.7 Problemas emocionales y conductuales en la etapa perinatal

Estamos de acuerdo en que la evidencia científica es fundamental para llevar a la práctica políticas y programas que subsanen diferencias en lo económico, étnico y cultural, sin embargo, la OPS reconoce que existe poca información empírica sobre la eficacia de los programas de prevención para los problemas emocionales y conductuales que pueden presentarse en la etapa perinatal, situación que dificulta tener programas basados en la evidencia. ⁽²³⁾

Tanto para el control prenatal como para cualquier fenómeno que se suscite en medicina, esta responde a esas necesidades humanas a través de la implementación una atención jerárquica, es decir, la prevención de todos los problemas de salud debe resolverse en virtud de la etapa en la que se encuentren desarrollados. En este caso, la prevención primaria buscará prevenir la aparición de alteraciones en este caso en lo referente a lo emocional y conductual; esto se logra a través de la promoción y prevención del estado de salud, de manera que se buscan las condiciones que permiten o no el curso adecuado de una gestación integral. Sin embargo, comprobar la eficacia de las intervenciones es aún difícil, por lo tanto, debe existir retroalimentación y una curva de aprendizaje de la cual se desprendan datos que puedan amplificarse por medio de intervenciones dirigidas a responder a las gestantes que presentan sintomatología ansiosa o depresiva. ⁽²³⁾

Hablar de la prevención secundaria es referirnos a impactar positivamente en la gestación en curso, pero específicamente en aquellas que se encuentran en riesgo de desarrollar algún padecimiento del tipo violencia familiar, pareja, trabajo, ingresos económicos, abortos previos, mala percepción del embarazo, entre muchas otras que ya hemos expuesto con antelación. Por lo tanto, este tipo de prevención se impulsa a identificar a las personas en este caso las gestantes que presentan mayor probabilidad de desarrollar enfermedad mental y con ello evitar que se presente o bien si se presenta, que no incapacite y afecte irremediablemente la gestación. ⁽²³⁾

Finalmente, la prevención terciaria se refiere a mitigar la gravedad de los trastornos que se están desarrollando durante la gestación, de manera tal que se da tratamiento y se disminuye la incapacidad al dar rehabilitación, sin embargo, recordemos que durante el embarazo existe escepticismo en cuanto a la utilización de medicamentos psicotrópicos por lo que pueden o no generar al pensar en los efectos adversos para el ecosistema madre-hijo. Por lo que en realidad hablar de tratamiento en este sentido, es complejo y de alguna manera continuamos inmersos en la estigmatización. ⁽²³⁾

La prevención terciaria es pues, tratar a la población que ya manifiesta enfermedad mental y que necesitan aliviar el sufrimiento o incapacidad. No obstante, toma en cuenta el costo y la dificultad para implementar un programa debido a que la cura puede ser en

realidad contraproducente como asegura la OPS ha pasado con programas de prevención del embarazo en adolescentes. ⁽²³⁾

Existe en el campo de la prevención terciaria un término particularmente interesante “el efecto durmiente” este consiste en desarrollar programas que aunque no muestren un resultado inmediato sí que lo hacen a largo plazo, esto en el embarazo parece tomar una importancia mayúscula y es que vemos que los trastornos de ansiedad y depresión no tratados e ignorados durante el periodo prenatal, suelen empeorar en el puerperio y al niño esto no parece serle indiferente tampoco puesto que también le predispone a padecer enfermedad psiquiátrica en la infancia, adolescencia y edad adulta. Por lo tanto, en el campo de la salud mental se tiende a favorecer la acción de factores protectores y a mitigar los que aumentan el riesgo de presentar un trastorno específico, a nuestro interés, ansiedad o depresión. ⁽²³⁾

3.8 Programas de prevención impulsados por la OPS durante el embarazo

Para una mujer la experiencia innata que representa ser madre puede traer consigo una serie de emociones muy difíciles de manejar. Recuerdos de infancia en los que pudo sufrir violencia por parte de sus padres, hermanos o amigos, trastornos psiquiátricos “resueltos” durante su infancia o adolescencia o incluso mientras se daba la transición de mujer a mujer gestante, el consumo de sustancias psicoestimulantes, la experiencia de abortos previos, muerte de sus padres o el mero hecho de afrontar sola esa parte de su vida, en realidad puede generarle estrés y un estado de hipersensibilidad al entorno que le rodea y no como se pensaba anteriormente en donde quedar embarazada significaba que todos esos problemas desaparecerían casi como si fuera un acto de magia “ahora verán cómo desaparezo al conejo mientras lo introduzco en este sombrero”. ⁽²³⁾

Por lo tanto y ante la necesidad de resolver o mitigar estos síntomas en la gestante surge un modelo de tratamiento que debería ser propuesto a todas aquellas detectadas como población en riesgo de presentar un trastorno mental de tipo ansioso o depresivo. Este modelo consta de 12 sesiones semanales de tipo grupal, en donde puede acudir la futura madre como la pareja de esta e incluso la familia. ⁽²³⁾

La ejecución de estas sesiones acepta que acudan 8 parejas para que exista un diálogo constructivo y sobre todo individual en donde los participantes no solamente escuchen, sino que participen de inicio a fin. ⁽²³⁾

La sesión se compone de dos partes: en la primera se busca la instrucción, es más educativo. Mientras que la segunda busca la apertura y expresión de los sentimientos, es entonces de autoexpresión. El terapeuta se ayuda de material didáctico para exponer los puntos que se deben tratar y la gestante (preferentemente ella, porque recordemos puede acudir también la pareja) es quien se identifica con lo visto o escuchado en presentaciones o grabaciones respectivamente y expresa sus emociones. ⁽²³⁾

Desarrollar estas sesiones parece ayudar realmente a la gestante, porque no deja a la aleatoriedad los temas que se deben tratar y resolver. Por ello explicamos a continuación el contenido de una de las primeras intervenciones cuya evidencia científica respalda su implementación ⁽²³⁾:

- En la primera sesión el tema es la noticia del embarazo, en esta se indaga a cerca de las emociones experimentadas y percibidas ante la nueva noticia.
- En la segunda sesión el tema son las capacidades perceptivas y conductuales del feto. Aquí se habla del futuro, ¿“cómo se imaginan a su bebé”?
- En la tercera sesión el tema es el estrés y técnicas de relajación. Se indaga sobre qué produce estrés y si encuentra en algo o alguien la forma de enfrentarlo.
- En la cuarta sesión el tema son las tradiciones familiares. Aquí se habla de la preparación del entorno ante la noticia y lo que ya es un hecho, el embarazo. Se pregunta acerca del apoyo que recibe y las necesidades emocionales de la futura madre.
- En la quinta sesión el tema es el nacimiento de los padres. Esta sesión es particularmente interesante y gusta en el sentido que busca que los futuros padres se identifiquen en su nuevo rol, se les enseña a identificar las características de la depresión en el embarazo y postparto.

- En la sexta sesión el tema es las características del recién nacido y sus necesidades emocionales. Aquí se aborda el momento del parto y los temores que, junto a él, les viene a los padres.
- En la séptima sesión el tema es la vida emocional del bebé. Aquí se aborda la importancia del apego para la vida del nuevo integrante de la familia.
- En la octava sesión el tema es el llanto del bebé. Aborda la importancia de reconocer el llanto del futuro bebé como manifestación única para interactuar con el medio.
- En la novena sesión el tema es el sueño del bebé. Aborda las necesidades de sueño del futuro bebé y los problemas que pueden presentarse si no se crean hábitos del buen dormir.
- En la décima sesión el tema es la alimentación del bebé. En esta, se indica a los padres y específicamente a la madre la importancia de la lactancia materna, las ventajas que conlleva y por qué debe mantener una dieta saludable desde el momento en que ha quedado embarazada.
- En la décimo primera sesión el tema es la autonomía del bebé. En esta, se indica la importancia de permitir al futuro bebé el explorar el medio en el que vivirá.
- En la décimo segunda sesión el tema es el estrés del cuidado de niños pequeños. En esta sesión, se da importancia a las emociones desarrolladas por la madre y las que puede percibir de los demás. En este caso, hablamos de la mitigación de los síntomas mentales que pueden suscitarse al verse inmersa en una etapa tan compleja como el inicio de la maternidad y cómo puede valerse de otros miembros de la familia para distribuir su carga emocional.

Esta terapia divide sus sesiones en aspectos muy importantes a tratar, es así como vemos que la experiencia paternal resulta ser el primer abordaje para luego hablar de la preparación de las futuras necesidades y obligaciones que tendrán lugar desde el momento en que se recibe al nuevo integrante de la familia. Esto es particularmente interesante debido a que como programa para socavar las diferencias ya mencionadas y que influyen enormemente para el desarrollo de un cuidado prenatal óptimo, es sencillo implementar la inclusión de las pacientes a partir de su historia clínica en donde se puede identificar que la nueva experiencia vital no está siendo bien manejada emocionalmente, criterio número 1 para ofrecer esta terapia. ⁽²³⁾

Al momento en que una mujer queda embarazada, independientemente de la edad a la que suceda aunque se reconoce que entre los 20 y los 30 años es cuando con mayor frecuencia pueden presentarse trastornos afectivos y emocionales como depresión y ansiedad, hablar acerca de cómo se sienten respecto a la experiencia es confortante tanto así, que actividades como dibujar al bebé que imaginan, escribirle una carta y pensar en la inclusión que tendrá en la cultura en la que nacerá, mitigan situaciones adversas como el haber sufrido abortos, vivir en pobreza, haber sufrido maltrato en la infancia y otras dificultades psicosociales que merman la salud mental. ⁽²³⁾

Otras han sido también las terapias disponibles para las mujeres embarazadas con la finalidad de mitigar el caos provocado por la enfermedad mental. Por ejemplo, la terapia matrimonial en la que se enseña a los padres a comunicarse mejor para poder desarrollar un ambiente de apego al futuro miembro de la familia es sin duda, una forma de evitar separaciones prematuras y sobre todo que el establecimiento de los trastornos de depresión y ansiedad no encuentren facilidad para acometer a la madre lo cual perjudica el periodo prenatal. ⁽²³⁾

3.9 Programas de doula y apoyo emocional durante el embarazo

Es sobre todo de mucha ayuda cuando la madre enfrenta sola su embarazo. Toma importancia al evaluar que en América Latina casi no se permite que, durante el parto, se encuentren presentes el marido o pareja sentimental. ⁽²³⁾

Doula es un personaje que toma el nombre cultural de la región en donde se desarrolla, así por ejemplo en Guatemala doula sería “comadrona”, aquella mujer que por su experiencia ayuda y asiste a la futura madre durante el trabajo de parto. Esta figura es importante porque le brinda confianza a la madre quien en ella confía como la mujer que puede entender sus miedos y preocupaciones, es pues la referencia a donde puede avocarse siempre que lo necesite. ⁽²³⁾

3.10 Doula en Guatemala: Política nacional de comadronas de los 4 pueblos de Guatemala

Doula en Guatemala significa una sola cosa, misticismo. 25 son los idiomas que se hablan en el país, de los cuales 22 son mayas que junto a los 3 restantes componen la multiculturalidad, multiétnica de un territorio con apenas 108,889 km². Es así como en español, el término “doula” pasa a ser “comadrona”, para el pueblo Xinca “Müyalhatahana”, para el Garífuna “Agüdahatu”, para el Q’eqchi’ “Aj xokol k’uula’al”, para el Kaqchikel “K’exelom/Iyom/Rati’t ak’wal” y para el K’iche’ “Iyom”. Independientemente de la traducción que adopte el término aceptado por la OMS, el papel que desarrolla es el mismo en las comunidades tradicionales, es decir, la consejera, la experta, la abuela. ⁽⁸⁴⁾

En respuesta al decreto número 32-2010 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, crea la política nacional de comadronas de los 4 pueblos de Guatemala, tanto por un compromiso internacional con los objetivos de desarrollo del milenio, objetivos de desarrollo sostenible como por la situación innata de un país del tercer mundo en donde la maternidad saludable es un asunto de urgencia nacional, representativo de una pirámide poblacional de base ancha. ⁽⁸⁴⁾

Para que se tenga una idea de la importancia que representa este personaje en Guatemala, para el 2013 de la totalidad de los partos, 124,688 un 32.2% fue atendido por comadronas, una situación que refleja la influencia que tiene en la gestación, su experiencia. Definiendo que la gestación debe tener como fin el desarrollo integral de la madre para la culminación exitosa en donde tanto madre e hijo desarrollen ampliamente el concepto de salud, por lo que acercarse a todas las comunidades con pertinencia cultural debe ser la norma e instruir a las comadronas para que puedan identificar todos los problemas que favorezcan un control prenatal deficiente, el medio para lograrlo. ⁽⁸⁴⁾

El desarrollo de esta política incluyó la participación de las comunidades de los 22 departamentos del país en donde 33 fueron los diálogos en los que las comadronas formaron parte, siendo las máximas fuentes de información aportada a las direcciones de área de salud para la implementación de planes que en verdad ayudaran a resolver

problemas tan graves como la mortalidad materna y otros que pasan desapercibidos como el manejo de las emociones expresadas y percibidas del entorno. ⁽⁸⁴⁾

De los 22 departamentos que constituyen a Guatemala como una república independiente, 4 de ellos, Huehuetenango, Quiché, Alta Verapaz y Totonicapán representan una alta tasa de atención de sus embarazos por parte de comadronas. Situación que de no reconocerse como variable de importancia para el desenlace adecuado de una gestación solamente incrementa o hace más grande las barreras culturales entre el enfermero, médico o técnico en salud que choca con toda la práctica que le es ajena a su formación. Es aquí en donde el término pertinencia cultural toma peso. ⁽⁸⁴⁾

La concepción de salud para los pueblos indígenas es un equilibrio entre el ser humano y la naturaleza, en donde elementos físicos, mentales, espirituales y emocionales junto a los componentes políticos, económicos, sociales y culturales son fundamentales para que se preserve la vida. Partiendo de esta primicia, la política nacional de comadronas de los 4 pueblos de Guatemala centra su misión en ⁽⁸⁴⁾:

- Promoción y divulgación de los saberes de las comadronas.
- Establecimiento y fortalecimiento del relacionamiento de las comadronas con el sistema de salud nacional.
- Fortalecimiento institucional para la atención de la salud materna neonatal con pertinencia cultural.
- Fortalecimiento de la labor de las comadronas como agentes de cambio.

Las comadronas han existido siempre y las comunidades indígenas han acudido a ellas antes que con un profesional de salud con tanto más frecuencia como necesario ha sido ser comprendida durante esa etapa especial de su desarrollo. Pero en Guatemala no fue sino hasta el año 1935 cuando por medio de 2 decretos, el 98 y 99 del decreto gubernamental de abril de ese año cuando a las comadronas se les extendieron licencias para desarrollar los cuidados prenatales y atención del parto siempre y cuando asistieran a los cursos de capacitación ofrecidos gratuitamente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de donde se desprende que si no acudían no podían ejercer su trabajo.

⁽⁸⁴⁾

De los aspectos más relevantes a exponer sobre el trabajo que ejerce la política nacional de las comadronas están las prioridades, metas y lineamientos de las prioridades nacionales de desarrollo, las cuales son ⁽⁸⁴⁾:

- Brindar atención a las madres, niños e infantes en donde se fortalezca la vigilancia en salud, con participación de actores comunitarios, especialmente las comadronas quienes deberían reconocer las señales de peligro durante el embarazo.
- Reducir la morbilidad y mortalidad materna.
- Educación sexual para adolescentes y jóvenes en donde se articulen institucionalmente las redes de comadronas y de maternidad y paternidad responsables.

Fueron 23,320 comadronas las que se registraron en 2013 por parte del Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social, dato que representó la atención de 32.2% de los partos atendidos ese mismo año, sin embargo, su labor como entes de salud no es reconocido ampliamente a pesar de lo que pueden significar como medio para el reconocimiento de la problemática que puede presentar una paciente que no puede expresarse en el idioma del profesional de salud que desea brindarle un control prenatal integral. ⁽⁸⁴⁾

Las comadronas son fundamentales para el sistema de salud porque su trabajo en la atención materna neonatal es loable y sobre todo la comunidad las prefiere antes que exponerse a un escrutinio frío y sin empatía de los médicos actuales. Es así como el apoyo emocional que brindan a la comunidad que atienden les enriquece y fortalece en cuanto aumentan al mismo tiempo su experiencia milenaria. ⁽⁸⁴⁾

La comunidad acude a la comadrona porque confían en sus palabras, por eso les piden consejo, atención de su embarazo y más importante pueden acudir a cualquier hora del día para exponer sus emociones más fuertes sin miedo a ser juzgada, estigmatizada e ignoradas, como sí suele suceder en los niveles de atención en donde el profesional de la salud es máximo responsable. ⁽⁸⁴⁾

Las gestantes de las comunidades en donde la medicina tradicional es un fuerte aliado no acuden a los sistemas de salud porque suelen ser discriminadas, existen barreras

lingüísticas, hay falta de sensibilidad por los profesionales de salud, no se sienten queridas al no sentir calidad ni calidez en los controles prenatales, se les habla con términos ambiguos, nunca se les pregunta cómo se siente, porque se considera que solo las señales de alarma importan para salvaguardar el ecosistema madre-hijo. ⁽⁸⁴⁾

La red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social consta de 3 niveles, los cuales integran los 38 hospitales del tercer nivel; 12 centros de atención integral materno infantil, 93 centros de atención permanente y los 6 cantonales del segundo nivel; no se incluyen ni los puestos de salud que en su mayoría representan al primer nivel, sin embargo, en estos también se brinda control prenatal. En su conjunto estos servicios buscan dar a la gestante el soporte que necesita para llevar a buen puerto sus controles prenatales, siendo que se apoyan en las comadronas para obtener información relevante del cómo llegar a conocer sus costumbres y tradiciones, con la finalidad de provocar un impacto positivo en la experiencia maternal. ⁽⁸⁴⁾

Sin embargo, las comadronas a pesar de que son instruidas para poder llevar el control prenatal de las gestantes de su comunidad, en realidad no cuentan con las condiciones apropiadas y el apoyo para ejercer sus funciones oportunamente. Es lamentable que evidentemente se desconoce y no se le da reconocimiento a la labor que realizan las comadronas en sus comunidades, lo cual deriva en la falta de atención en los servicios de salud con pertinencia cultural. ⁽⁸⁴⁾

3.10.1 Promoción y divulgación de los saberes de las comadronas

Esta ley insta a desarrollar procesos de investigación científicos sobre medicina tradicional y prácticas comunitarias para la atención materna neonatal. Con ello indica la necesidad de involucrar centros de investigación de educación superior e instituciones públicas vinculadas. ⁽⁸⁴⁾

También pide documentar y sistematizar las prácticas de salud tradicional en la atención materna neonatal que realizan las comadronas. Además de diseñar, actualizar e implementar estrategias que le den importancia a la pertinencia cultural acerca de las prácticas que ellas realizan. ⁽⁸⁴⁾

En cuanto a las acciones a tomar en cuenta indica establecer convenios con escuelas formadoras que se vinculan a las ciencias de la salud para que promuevan conocimiento e investigación en la medicina tradicional y otras prácticas que realicen las comadronas. De manera que se cree un registro de las experiencias que se generan en la práctica que realizan con sus pacientes. ⁽⁸⁴⁾

3.10.2 Establecer y fortalecer el relacionamiento de las comadronas con el sistema de salud

Debe esta política desarrollar rutas para el acompañamiento de las comadronas, en donde se promueva la participación en la detección de riesgo o peligros relacionados al embarazo. Además, exige promover facilidades para atender las referencias que realicen las comadronas al detectar eventos adversos durante la gestación, sin discriminar entre problema orgánico o mental. Finalmente promueve un espacio de diálogo para compartir experiencias y prácticas con la finalidad de favorecer un control prenatal integrado y con pertinencia cultural. ⁽⁸⁴⁾

Entre las acciones aparece una que dice definir las funciones y alcances de la comadrona para con la atención materna neonatal. Es necesario mencionar que esto también es un punto clave para el profesional de salud en la atención primaria, es decir, al encontrar problemas referidos por la misma paciente o por la comadrona y detectar que no se tienen las herramientas para ayudar a resolverlo entonces debe existir una vía alternativa para facilitar y favorecer la resolución de un problema, situación que atañe a los problemas emocionales experimentados y percibidos por la madre. ⁽⁸⁴⁾

Otra de las acciones son que a la comadrona se le permita participar en espacios de análisis y discusión sobre la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva. Además de respetar sus puntos de vista. ⁽⁸⁴⁾

3.10.3 Fortalecimiento institucional para la atención de la salud materna neonatal con pertinencia cultural

Expone que es necesario que se mejore el funcionamiento de los servicios de salud coordinados con el quehacer de las comadronas. Lo cual también le de acceso a información relevante de la gestante a la comadrona, es decir que pueda acceder a los registros institucionales de su paciente. ⁽⁸⁴⁾

Indica también la necesidad de eliminar el racismo, favorecer la equidad de género, no ignorar la medicina tradicional, las prácticas y saberes de la comadrona, favorecer el rompimiento de las barreras del lenguaje y actuar con pertinencia cultural, no olvidando el enfoque intercultural. ⁽⁸⁴⁾

Entre las acciones más importantes aparecen, diseñar y actualizar las normas y guías de atención con pertinencia cultural y enfoque intercultural; ampliar la red de servicios dirigidos a la atención materna neonatal, en el primer y segundo nivel de atención. ⁽⁸⁴⁾

3.10.4 Fortalecer la labor de las comadronas como agentes de cambio

En esta aparece la promoción de programas y proyectos de capacitación para las comadronas y sus comunidades tomando en cuenta la cosmovisión maya y sus creencias; facilitar la participación de las comadronas en espacios de toma de decisiones; finalmente, fortalecer la organización de las comadronas en los distintos niveles de atención y alfabetizarlas. ⁽⁸⁴⁾

Las comadronas son muy importantes para las comunidades indígenas y no indígenas de Guatemala, conocen las creencias y tradiciones, han desarrollado experiencia en el tratamiento tradicional de muchas enfermedades y saben cómo atender un parto en condiciones totalmente desfavorables; conocen el sentir de las gestantes que acuden a ellas para pedir su consejo, expresar sus preocupaciones, compartir sus emociones y tristezas. Conocen desde la niñez a sus pacientes y brindan un soporte emocional que no tiene parangón. ⁽³⁹⁾

Al exponer los puntos que favorecen a la comadrona es imperante mencionar que muchas veces son marginadas de la atención de un embarazo cuando el profesional de salud la excluye de su oficio, rompiendo de esta manera una sinergia casi mística entre los corazones de la comunidad y sus sabias mujeres. Teniendo como resultado un control prenatal frívolo, escueto y con muchos aspectos que no alcanzan a resolverse ya sea por la barrera idiomática, la discriminación que existe hacia aquellos que a duras penas pueden expresar sus síntomas, la inaccesibilidad a los distintos niveles de atención o más grave aún, ignorar todo aquello que no sea una manifestación evidente de peligro obstétrico como una hemorragia lo puede ser en los distintos trimestres del embarazo. ⁽³⁹⁾

3.11 Depresión y ansiedad en el embarazo

Las visitas domiciliarias contribuyen a mejorar la experiencia de gestante de manera tal que, al identificar a pacientes con depresión se decide acudir a su hogar para proporcionar atención dirigida e individualizada por más de un año. Con ello se busca mejorar la capacidad cognoscitiva de la madre lo cual impacta positivamente para evitar que el futuro integrante de la familia presente problemas de agresividad y dificultades de atención. ⁽³⁹⁾

Cuando la futura madre ha sufrido maltrato en la infancia, abuso físico, sexual, emocional o psicológico resulta muy difícil que pueda identificar aspectos negativos que puedan perjudicar su gestación, por lo tanto en todas aquellas que presentan estas vicisitudes como factores de riesgo importantes para el desarrollo de enfermedad mental de tipo depresivo o ansioso se decide realizar visitas domiciliarias 2 veces a la semana e incluso se continúan durante el primer año del bebé para evitar a toda costa que los problemas sufridos por la madre no interfieran en el desarrollo de patología mental en su hijo. ⁽³⁹⁾

Los factores de riesgo que deben identificarse y que la OPS recalca como imperantes para la intervención temprana son: madre adolescente, antecedentes de conducta antisocial en el embarazo, bajo nivel educativo y depresión materna. Cuando uno de estos factores de riesgo se identifica debería ser manejado con pertinencia, respeto y

responsabilidad, es decir, a la madre se le debe hacer mención de las dificultades que trae consigo la predisposición innata a padecer depresión o ansiedad cuando, entre la información aportada en la historia clínica se revela información acerca del sufrimiento psicológico que ha representado durante su vida todo aquello que de cierta manera ha socavado sus pensamientos al acabose de la supresión de sus emociones. Dicho de otra manera, se debe a ellas, ofrecer ayuda referente al afrontamiento de un control prenatal integral y con pertinencia cultural, tal cual lo expone la OMS y OPS, es decir, que deben remitirse a las 12 sesiones de naturaleza grupal, terapia matrimonial o bien a las visitas domiciliarias. ^(84, 85)

Generalmente se previene la depresión y ansiedad a través de programas de integración del paciente, es decir, a través de programas escolares para aquellas gestantes que aún se encuentran en la escuela y programas de actividad física lo cual ha demostrado mitiga los síntomas. Asimismo, aquellos profesionales que se encuentran como responsables de proveer atención médica deben ofrecer sin estigmatización programas psicológicos como la terapia cognitivo conductual, psicoterapia interpersonal o la utilización de medicamentos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o antidepresivos tricíclicos. ^(86, 87, 88, 89)

Recientemente ha surgido un interés particular en el mindfulness para la resolución de lo que Freud llamaba conflictos mentales entre el ello, yo y super yo, la cual muestra resultados clínicamente satisfactorios, es así como en el año 2016 se publica un estudio cuyo título expresa lo siguiente “terapia cognitiva basada en la atención plena para la angustia psicológica” y entendemos ahora que al indicar angustia psicológica se engloban 3 problemas principales, el estrés, ansiedad y depresión, los cuales en el embarazo muestran una prevalencia del 15-25% y que como ahora sabemos se asocia con resultados obstétricos deficientes, cambios en la fisiología materna, incidencia elevada de trastornos físicos y psicológicos infantiles, además predice trastornos del estado de ánimo en el postparto. ⁽⁹⁰⁾

En este estudio se incluyeron a las mujeres embarazadas que se autoidentificaron como experimentando altos niveles de angustia psicológica y para ello se recurrió a clínicas de maternidad, anuncios publicados en folletos, internet o vía telefónica, clínicas de partería

e incluso a través de anuncios en medios de comunicación. Sin embargo, para su inclusión final estas debían ser mayores de 18 años y cursar entre las 12 y 28 semanas de gestación.

(90)

Para representar científicamente los resultados se basaron en la utilización de 4 escalas probadas las cuales son ⁽⁹⁰⁾:

- a. Escala de ansiedad relacionada con el embarazo.
- b. Escala de depresión de Edimburgo
- c. Escala de trastorno de ansiedad generalizada
- d. Escala de estrés percibido

Aunque es un estudio que aún se encuentra reclutando pacientes, cuenta con 42 actualmente, y solo indica la prevalencia alcanzada con las escalas utilizadas para lo cual dice que la primera escala demuestra que tiene una consistencia interna aceptable, la segunda tiene buena fiabilidad interna, la tercera buena fiabilidad y buen criterio, además de validez convergente y la cuarta un nivel satisfactorio de consistencia interna. ⁽⁹⁰⁾

Por otro lado, en Buenos Aires Argentina en el año 2020 se publicó un estudio bajo el título “beneficios del mindfulness en mujeres embarazadas” en donde recopilaron artículos en los que se practicaba esta terapia, la cual consta de 8 sesiones semanales con algunas excepciones como realizar 2 en una semana, las cuales duran desde 90 minutos hasta 3 horas. Se utilizan para el desarrollo del mindfulness, escalas aprobadas y compartidas para el tamizaje y diagnóstico de enfermedad mental, siendo estas, las siguientes ⁽⁹⁰⁾:

- (Mindful Motherhood Intervention, Mindfulness based Childbirth and Parenting y MBCT para la depresión perinatal)
- (MBSR y Mindful Awareness Practice).
- Perceived Stress Scale (PSS) para el estrés percibido de Cohen, Kamarck y Mermelstein
- State Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberg, Gorsuch y Lushene's
- Beck Anxiety Inventory (BAI) de Beck y Steer para la sintomatología ansiosa
- Beck Depression Inventory-II (BDI-II) de Beck, Steer y Brown

- Hamilton Depression Scale (HDS) de Hamilton
- Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) de Cox, Holden y Sagovsky para la sintomatología depresiva
- Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ) de Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney
- Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS) para la atención plena de Brown y Ryan.

Para que una gestante pudiera incluirse en este programa y por ende someterse a las distintas pruebas existentes para el tamizaje y diagnóstico debía exponer en la consulta del control prenatal, los síntomas emocionales que está experimentando y lo que ella percibía del entorno en el que se desarrollaba. ^(90, 91, 92)

Los resultados de dichas intervenciones fueron que el resultado primario mostró que la intención de tratar síntomas ansiosos, depresivos o de estrés psicológico, disminuyó la intensidad de estos al final de la terapia constituida en 8 sesiones, situación por la cual recomendaron implementar en los distintos niveles de atención para el beneficio de una gestación sana e integra la referencia a profesionales de la salud mental a todas aquellas pacientes que refieran sentirse sobrepasadas por su nueva experiencia maternal. ^(89, 90)

Por otro lado, la sintomatología depresiva puede ser identificada en la atención primaria a través de la prueba de ZUNG como se realizó en una tesis de grado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año 2012, en donde se evidenció que, de 107 adolescentes embarazadas entrevistadas, 92 presentaban síntomas de depresión de las cuales 52 tenía depresión leve. Situación que derivó de menos de la mitad estaba comprometida, el 65.22% había cursado hasta segundo primaria, el 15.22% no contaba con el apoyo de su pareja, el 23.9% tenía una familia disfuncional entendida como no integrada, 38% sufría algún tipo de violencia intrafamiliar y el 58% estaba en el tercer trimestre del embarazo. Además, una adolescente percibe que sus sueños han sido interrumpidos de forma permanente y piensa seriamente en poner fin a su gestación ^(52, 92, 93)

3.12 Métodos de planificación familiar

Un plan impulsado por la OMS para evitar los embarazos no deseados, debido a vivir en situaciones adversas como pobreza, pobreza extrema, violencia intrafamiliar, violencia de pareja, violencia laboral, baja autoestima, enfermedad mental, familia numerosa o decisión personal, ha sido reconocido mundialmente como una medida que previene como resultado primario el obvio ausentismo de embarazo pero como resultados secundarios, el desarrollo de enfermedad mental de tipo ansioso y depresivo, por esto mismo decidimos incluir a manera de resumen los métodos anticonceptivos que están al alcance de todas las mujeres y que en Guatemala pueden ser utilizados sin ningún costo en los distintos niveles de atención. (19, 84, 93)

En el nivel de máxima efectividad se encuentran los siguientes métodos de planificación familiar:

- a. Dispositivos intrauterinos
 - 1.1 sistema de levonorgestrel
 - 1.2 T380A cobre
- b. Implantes de levonorgestrel
- c. Esterilización femenina y masculina

En el segundo nivel, catalogado como muy efectivo se encuentran los siguientes métodos de planificación familiar:

- 1. Píldora combinada
- 2. Anillo vaginal
- 3. Parche
- 4. DMPA
- 5. Píldora de progestina sola

En el tercer nivel, catalogado como efectivo se encuentran los siguientes métodos de planificación familiar:

- 1. Condón femenino o masculino
- 2. Diafragma con espermicidas
- 3. Conocimiento de los días fértiles
 - 3.1 Días estándar

3.2 Dos días

3.3 Ovulación

3.4 Signos térmicos

En el cuarto nivel, catalogado como menos efectivo se encuentran los siguientes métodos de planificación familiar:

1. Espermicidas
2. Esponjas

Finalmente aparecen 2 métodos que no presentan respaldo por parte de la OMS para evitar el embarazo y por lo tanto no se ofrecen como alternativas para evitar la gestación, estos son:

1. Coito interrumpido
2. Sin anticoncepción

Recalcamos que esta es una medida muy efectiva para evitar la gestación. La puesta en práctica de políticas que favorecen el acceso a todas las mujeres en edad fértil a los distintos métodos de planificación sin ningún costo en países como Guatemala, reduce la tasa de embarazos no deseados que pueden afectar mentalmente la salud de la futura madre y con ello el establecimiento de patología psiquiátrica de tipo ansiosa o depresiva englobada como angustia psicológica. ^(19, 70, 84)

3.13 La imagen corporal

Para muchas gestantes la imagen corporal es un aspecto fundamental para sentirse bien porque puede elevar o bajar la autoestima. La autoestima resulta del equilibrio entre dos mecanismos casi puramente mentales, el orgullo y la vanidad, es decir que lo que pensamos de nosotros mismos puede en realidad enfermarnos, por otro lado, lo que queremos que los demás noten en nosotros puede ser aún más preocupante. Por ello es que la gestante se preocupa tanto de su apariencia, está insatisfecha con el color de su piel, se preocupa por dejar de gustarle a su pareja al momento en que empieza a ganar peso, todo lo cual se traduce en aumentar la prevalencia de ansiedad y depresión que como ya lo mencionamos trae consigo efectos adversos a la salud de la madre y el feto. ⁽⁹⁴⁾

Por esta razón existen muchas escalas para identificar estos problemas que llevan a la madre a desarrollar angustia psicológica, uno de ellos es la escala de imagen corporal en el embarazo (BIPS) en ella se abarcan 7 factores los cuales son: preocupación por la apariencia física, insatisfacción con rasgos faciales, atractivo sexual, apariencia sobre el funcionamiento corporal, evitación conductual relacionada con la apariencia e insatisfacción con partes del cuerpo. ⁽⁹⁴⁾

En un estudio alemán se evidenció a través de la escala BIPS que, de un total de 291 mujeres embarazadas, entre los 19-41 años, en donde el 56% estaba en el segundo trimestre del embarazo, el 99% vivía con su pareja, 51% tenían al menos 1 hijo y completado mínimo 12 años de escolaridad. Se demostró que la autoestima que se correlacionaba con ansiedad y depresión era más baja cuanto más se percibía un atractivo sexual, apariencia y fuerza de su cuerpo menos favorable respecto al inicio de la gestación. ⁽⁹⁴⁾

3.14 Respuesta al consumo de alcohol y otras sustancias durante la gestación

La OMS ha reconocido que el consumo nocivo y no nocivo de sustancias psicoactivas durante el embarazo puede ser una respuesta a factores estresantes y generadores de angustia psicológica, es decir, aquellas que padecen algún tipo de violencia, viven en pobreza o pobreza extrema, son solteras, desempleadas, madre de más niños, no tienen una vivienda propia o no cuentan con el apoyo de ninguna persona para afrontar su nueva experiencia, tienen más probabilidades de presentar un problema con el consumo de estas. Por tanto y como a su vez el consumo lleva a generar tolerancia y en el peor de los casos abstinencia, la OMS ha implementado una serie de respuestas que ataquen este flagelo, lo cual va a favor de evitar enfermedad mental en la gestación. ⁽³⁹⁾

Las siguientes son, entonces las intervenciones ofrecidas a las pacientes que consumen sustancias durante la gestación ⁽³⁹⁾:

- Entrevista motivacional: la evidencia dicta que no hay mayor beneficio entre la entrevista motivacional y el tratamiento habitual educativo. Sin embargo, no aplicar uno u otro es realmente la problemática que debe resolverse.
- Terapia cognitivo conductual: esta ha demostrado ligeramente mejores resultados comparada con el tratamiento habitual educativo. Con esta se reduce la práctica de relaciones sexuales de riesgo, utilización de agujas y por supuesto la ocurrencia de parto prematuro. Lo cual mantiene a la gestante en un estado de reflexión acerca de las consecuencias que trae consigo la práctica de estos hábitos.
- Plan de contingencia: con ella se ha visto que la gestante en las muestras serológicas y de orina muestra menos presencia de sustancias psicoactivas, es decir, favorece el abandono de malos hábitos con relación al tratamiento habitual educativo.

Los beneficios que trae consigo responder a las necesidades que demanda una paciente gestante con problemas de consumo de sustancias son infinitos, pero los más importantes son: reducción del consumo nocivo, menor riesgo de malformaciones fetales, ganancia de peso, mejor salud mental, bienestar psicológico materno, nula fetotoxicidad, mejores resultados perinatales como partos prematuros. ⁽³⁹⁾

Sin embargo, así como existen beneficios objetivos, también pueden presentarse complicaciones tales como las que enumeramos a continuación: síntomas mentales derivado de la privación de sustancias, lo cual expresa casi en totalidad la posibilidad de que la paciente presenta dependencia; desarrollo de depresión o ansiedad como resultado de la privación del consumo; abuso verbal o físico por parte de la pareja; que la gestante cambie de sustancia consumida y finalmente que pierda a su bebé por no ser capaz de cuidarlo lo cual exacerbaría los síntomas mentales desarrollados durante el período prenatal. ⁽³⁹⁾

Capítulo 4 Entrevistas

Para conocer un poco sobre el contexto a nivel nacional, se realizaron dos entrevistas a profesionales de diferentes especialidades para que, con base a su experiencia y opinión como expertos en el tema nos compartieran su punto de vista y enriquecieran la evidencia científica que se tiene acerca de la depresión y ansiedad en el embarazo. Para ello contamos con el apoyo de la doctora Celeste Rocío Domínguez de León, psiquiatra con 21 años de experiencia quien labora en consultorio privado y como docente de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC); la doctora Josefina Rosidel Valenzuela Barillas, ginecóloga y obstetra con 11 años de experiencia quien también labora como docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC; y, el doctor Erick Josué Carrillo de León, psiquiatra con 2 años de experiencia laboral. Actualmente trabaja como Médico Especialista en Consulta Externa de Psiquiatría del IGSS. La información recabada fue a través de una entrevista de elaboración propia que consistió en una serie de 13 preguntas. (Anexo 2)

Cuando inicia la gestación, hablar de ansiedad o depresión no suele ser uno de los primeros temas que salen a relucir como uno de los abordajes principales del control prenatal e incluso se puede llegar a ignorar que se presenten, por lo tanto, cuando recabamos la evidencia científica de estos padecimientos en el embarazo nos encontramos con que no son dos variables excluyentes y en tanto se presenten los factores desencadenantes, la paciente embarazada puede desarrollar cualquiera de estos trastornos. Así pues, en un inicio pudimos recabar de los profesionales entrevistados, información valiosa de su práctica diaria, por un lado, la especialista en ginecología indicó que “No, de hecho, para algunas mujeres, el embarazo puede generar problemas como depresión y ansiedad” o la respuesta de la especialista en psiquiatría en donde indicaba lo siguiente “La gestación no evita estos trastornos. Al contrario, los cambios hormonales y psíquicos a los que la gestante se enfrenta aumentan el riesgo de padecerlos” a lo cual se suma la respuesta del especialista también en psiquiatría en donde indicaba que “No, no hay evidencia científica que el embarazo tenga factor protector en estas 2 patologías”. Lo cual concuerda con los datos recabados en nuestra monografía. ^(1,2,3,4,5,6)

Así pues, como hemos desarrollado a lo largo de esta monografía diagnosticar ansiedad o depresión en una paciente embarazada es importante tanto para ella como para el feto, sin embargo, el qué hacer con ese diagnóstico resulta tan fundamental como el

reconocimiento. Por lo tanto, al indagar al respecto de si se refería a terapia a estas pacientes obtuvimos respuestas importantes derivado de las condicionantes a las cuales hicieron mención tanto la especialista de ginecología como la de psiquiatría en donde ambas indicaron que sí se da seguimiento a los trastornos identificados, aunque esto dependía de algunos factores, por ejemplo, la especialista en psiquiatría indicaba lo siguiente “Depende de los servicios que tenga una comunidad, a veces la escucha y acompañamiento de un profesional de salud (médico o enfermera) es muy útil cuando no hay personal especializado, incluso se puede obtener apoyo de otras personas como comadronas, miembros de iglesias, entre otros. Y claro su hay disponibilidad de atención psicológica, esta es muy útil” por otro lado la especialista en ginecología indicó lo siguiente “Por supuesto, aunque son muy pocas las que siguen la recomendación, ya que no lo ven como parte importante o trascendental en el control prenatal o postnatal”. Sin embargo, el especialista en psiquiatría fue tajante al indicar “Generalmente no se envían a psicoterapia”.

(23)

Asimismo, uno de los sueños que puede llegar a tener una mujer a lo largo de su vida es sin duda el ser madre, pero ¿qué tan recomendable puede ser cumplir ese sueño cuando su salud mental se ve afectada por trastornos del estado de ánimo y ansiedad? fue sin duda una de las interrogantes más importantes que derivaron de la evidencia científica recolectada. Por ello acudimos a los especialistas para conocer qué tan recomendable puede ser aconsejar un embarazo en esa situación atípica, e interesante fue obtener en común acuerdo un rotundo no, por un lado, la Dra. Valenzuela dijo “No, debe ir a consulta preconcepcional con psicólogo o psiquiatra” mientras que, Dra. Domínguez reconoció lo siguiente “Cuando hay diagnóstico de depresión moderada o severa, o ansiedad generalizada, el consejo a una mujer en edad reproductiva, debe ser que, durante el tratamiento farmacológico, evite un embarazo” y finalmente el Dr. Carrillo indicó lo siguiente “No, lo que se hace es recomendar sobre la enfermedad, el embarazo y los riesgos, no consejos”. como vemos los tres concuerdan con las recomendaciones dadas por la OPS en el manual de cuidado perinatal. (23)

Por otro lado, durante el embarazo se realiza tamizaje para enfermedades infecciosas y metabólicas. En muchos de los casos sin explicar a la paciente las razones por las cuales se realizan, sin embargo, el tamizaje para enfermedades mentales no suele ser lo rutinario en la atención prenatal, por ello cuestionar la importancia que tiene su

realización como parte integral de la atención a las futuras madres que acuden a los servicios de salud fue esencial y a la interrogante se obtuvo dos respuestas por demás interesantes en tanto al contexto en el que fueron comprendidas. Es decir, mientras que la especialista en ginecología lo comprendió en el contexto de pandemia por la enfermedad COVID-19 indicando que “En estos tiempos creo que sí, ya que la situación que mundialmente estamos viviendo ha sido muy difícil”, los especialistas en psiquiatría indicaron lo siguiente “Debería ser parte de una primera consulta en cualquier especialidad. Pero en embarazadas es mandatorio” - Dra. Domínguez y “Por supuesto, tendría que ser parte de la evaluación médica” - Dr. Carrillo. Independientemente del punto de vista contextual en el que se comprendió la pregunta, los tres concuerdan en que debería tamizarse a las pacientes que acuden a su primer control prenatal, una recomendación aportada en principio por la OMS y OPS. ⁽²³⁾

Como hemos indicado en esta monografía, el desarrollo de sintomatología ansiosa y depresiva por parte de la futura madre trae consigo complicaciones para el producto de la gestación, por lo tanto, acudir a los especialistas para conocer si lo que siente la madre afecta al feto fue revelador y congruente con la evidencia y esto quedó plasmado con los siguiente aportes: la especialista en psiquiatría indicó “Se ha demostrado que estos trastornos aumentan los riesgos en la salud general del feto y la madre. Regularmente las madres disminuyen su ingesta alimenticia lo que afecta el desarrollo fetal” mientras que el especialista en psiquiatría indicó “Sí, dependiendo de la severidad de estos estos podrían poner el riesgo a la madre como al feto” y finalmente la especialista en ginecología indicó “Sí, ya que puede haber riesgo de trabajo de parto prematuro, RCIU, alteración del vínculo madre-hijo, entre otras cosas” con lo cual todos concuerdan con la información recabada. (1,2,3,4,5,6)

Consecuentemente, conocer el entorno en el que vive la paciente embarazada es importante, ya que puede estar expuesta a distintos tipos de violencia que afectan su claridad mental e integridad física. Por ello, y como parte de una historia clínica completa el desarrollar esta parte de reconocimiento del entorno obtenemos evidencia que respalda al clínico de la atención primaria para intervenir en un serio problema que atenta contra la salud de la simbiosis materno-fetal y a ello la especialista en ginecología indicó “Sí, a veces puede haber problemas hereditarios” Mientras que la especialista en psiquiatría indicó “Por supuesto, a eso se le llama abordaje de factores de riesgo psicológico. Debe evaluarse

violencia doméstica principalmente o situaciones sociales adversas” y finalmente el especialista en psiquiatría indicó, de manera más conservadora “Si, el ámbito social en el que se desarrolla la paciente puede ser factor de riesgo”. Nuevamente los profesionales concuerdan con la evidencia científica. ^(1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11)

Por otro lado, y casi de la mano con la violencia en sus múltiples modalidades va el consumo de sustancias psicoactivas como una medida de escaparate a la realidad en la cual viven las gestantes que han encontrado consuelo en este hábito patológico o bien han desarrollado dependencia a este. Por lo tanto tratar de conocer de qué forma el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas influye en la aparición de trastornos mentales fue fundamental, tanto porque los efectos en el feto son reconocidos claramente como porque puede pasarse por alto en el control prenatal el abordaje de este serio problema, para lo cual las especialistas en ginecología y psiquiatría fueron enfáticas al indicar que “Sí” mientras el especialista en psiquiatría indicó lo siguiente “Sí, y no solo de ansiedad y depresión, sino de otras muchas patológicas psiquiátricas” lo cual concuerda también con la evidencia científica recolectada. ⁽³⁹⁾

Desde el punto de vista de ambas ramas de la medicina, los especialistas afirmaron que es importante que la gestante se sienta protegida por su familia, esposo, hijos si los tuviera, e incluso por amigos para evitar síntomas depresivos o ansiosos. Sin embargo “más que protegida se debe sentir apoyada” dijo el Dr. Carrillo. “No diría que para evitar síntomas. Pero sí para formar una red de apoyo durante el tratamiento” indicó la Dra. Domínguez. Por otro lado, comparten la opinión sobre que la violencia tanto de tipo física, como psicológica favorecen el desarrollo de los trastornos mentales anteriormente mencionados, “Sí, aumentan la vulnerabilidad de las mujeres hacia condiciones psiquiátricas” indicó la Dra. Valenzuela. ⁽⁵⁶⁾

Por otro lado, respecto a la apariencia física de las mujeres embarazadas que tienen un aumento de peso significativo, surge la incógnita sobre si ellas tienen mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos o ansiosos secundarios a una autopercepción de insuficiencia tanto para ella como para su pareja, “No hay mucha relación. Aunque pueden comer en exceso como un síntoma de ansiedad, no es una causa directa” respondió la Dra. Domínguez. Por otro lado, la Dra. Valenzuela expresó, “No creo, en mi experiencia nunca he visto que eso sea un problema durante el embarazo, ya que ellas están conscientes que

van a aumentar de peso.” Sin embargo, el Dr. Carrillo indica “El aumento de peso está relacionado con la aparición de síntomas depresivos y/o ansiosos, pero si se habla de autopercepción de insuficiencia estaríamos hablando de otras patologías, no de trastornos de ansiedad o depresión.” En 2019 un estudio alemán demostró que la autoestima que se correlacionaba con ansiedad y depresión era más baja cuanto más se percibía un atractivo sexual, apariencia y fuerza de su cuerpo menos favorable respecto al inicio de la gestación por medio de la Escala de la Imagen Corporal en el Embarazo (BIPS por sus siglas en inglés, Body Image in Pregnancy Scale).⁽⁹⁴⁾

Además, el haber experimentado abortos previos influye en la embarazada “Aumenta el miedo a una nueva pérdida” indicó la psiquiatra, mientras que, “Los sentimientos y emociones que ella experimenta al pasar por un aborto generalmente son de ansiedad, tristeza y en algunos casos depresión.” Expresó la Dra. Valenzuela, lo cual se ha demostrado que los abortos previos son factores de riesgo para padecer dichos trastornos mentales.⁽²³⁾

A su vez, según la OMS los embarazos no deseados a cualquier edad favorecen el desarrollo de trastornos mentales, a lo que ambas especialistas están de acuerdo. “Incluso muchas veces puede durar hasta años si no se busca ayuda psicológica.” Expresó la Dra. Valenzuela.⁽²⁶⁾

Para concluir con la entrevista, la Dra. Domínguez, psiquiatra indicó que “El diagnóstico temprano de estos trastornos es fundamental en la atención prenatal con el fin de iniciar tratamiento psicoterapéutico o farmacológico.” El Dr. Carrillo sugirió “Que siempre se le haga interconsulta a la especialidad de psiquiatría si se sospecha de alguna patología psiquiátrica, y más aun antes de medicar a una paciente, ya que muchos de los medicamentos psiquiátricos son teratogénicos.” Por otro lado, la Dra. Valenzuela expresó “Es importante el apoyo psicológico y psiquiátrico durante el control prenatal, ya que la maternidad está asociada a una serie de cambios hormonales, fisiológicos, cognitivos y sociales, la falta de adaptación a estos cambios conduce a la aparición o cronificación de problemas psicológicos. Por lo menos una consulta inicial de diagnóstico y luego dependerá de los hallazgos para darle seguimiento.” Por lo que concluimos en que ambas opiniones concuerdan con el objetivo de la atención prenatal según las recomendaciones de la OMS comentadas en el capítulo 3.^(70, 71)

Capítulo 5 Análisis

SUMARIO

- Determinantes sociales de la salud mental durante el embarazo
- Estigmatización social y embarazo en la adolescencia
- Situación socioeconómica
- Determinantes asociados al sistema de salud retrasan la detección oportuna de estos trastornos durante el embarazo

5.1 Determinantes sociales de la salud mental durante el embarazo

Los determinantes sociales de la salud representan aquellos factores de riesgo modificables en los que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen. En donde sistemas económico-políticos, programas de desarrollo y políticas sociales se dirigen a una población determinada con la intención de reducir las desigualdades en materia de salud. De tal manera que no subsanar estas diferencias representa la causa principal que desencadena enfermedad en las personas. ⁽²⁶⁾

Así pues, los determinantes sociales de la salud pueden por si mismos favorecer el desarrollo de enfermedad mental depresiva o ansiosa tanto en mujeres gestantes como no gestantes, puesto que estos procesos mórbidos presentan la misma prevalencia durante la vida de estas, siendo claro además que la gestación no es un factor protector y, por otro lado, tampoco una etapa en la cual disminuyan los síntomas que se pueden experimentar desde antes de la concepción. ^(1, 2, 3, 4, 5, 6)

Por lo tanto y de manera más clara se reconoce que las condiciones deplorables de vivienda, ser madre joven; ama de casa o desempleada; primigesta o multigesta; haber experimentado al menos un aborto; ser de escasos recursos; habitar en áreas rurales; gran tamaño familiar; ser objeto de violencia doméstica por parte de la pareja íntima u otro integrante de la familia; cursar con un embarazo no planeado; consumo de cigarrillos, drogas o alcohol; estado civil soltera; falta de apoyo por parte del esposo; falta de apoyo social, comprendido como aquel que no llega a la población vulnerable a través de su desarrollo informático, instrumental y emocional; índice de masa corporal -IMC- mayor a 30; control prenatal deficiente por parte de las instituciones de salud y figuras de poder de la comunidad como las comadronas, además de programas que no alcanzan a la población

más vulnerable o bien no tienen pertinencia cultural, afectan a la claridad mental de la madre, favoreciendo la aparición de síntomas psiquiátricos los cuales suelen pasar inadvertidos desde el primer control prenatal hasta el final de la gestación estableciendo su cenit entre el segundo y tercer trimestre del embarazo. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17)

5.2 Estigmatización social y embarazo en la adolescencia

Por otro lado, las mujeres primigestas, jóvenes y solteras suelen enfrentarse a la estigmatización social que contribuye, primero a la aparición de síntomas depresivos o ansiosos y luego al socavamiento de los mismos, derivado de las condiciones de vida a las cuales se aferra como una condicionante deplorable de los determinantes sociales de la salud expuestos con anterioridad, en donde exponer sus padecimientos en consulta no supone un alivio ni una salida por lo que deriva a los callarlos u ocultarlos porque considera que no pueden ser resueltos por el profesional a quien acude, ya sea porque éste no suele interesarse en el componente afectivo-emocional o bien porque lo que refiere como un problema puede ser tomado en cuenta como dato subjetivo por quien está acostumbrado a valorar solamente lo que puede ver y medir. (62, 67)

La estigmatización social es un determinante importante debido a que a partir de su posición se permite juzgar cruelmente situaciones que si bien no son comunes, pueden acompañar un embarazo, tal es el caso del consumo de sustancias como alcohol, tabaco, cannabis, cocaína u otras drogas los cuales presentan un componente importante en el desarrollo de trastorno depresivo o ansioso o el empeoramiento de estos además de los efectos adversos para el feto, quien se expone a las consecuencias teratogénicas del consumo por parte de su madre. (62, 67)

Al comprender y analizar los múltiples factores que intervienen en un embarazo en la adolescencia se podría buscar estrategias para disminuir la incidencia de éstos. Sin embargo, a pesar de que se sabe que muchos de ellos se relacionan a la pobreza, cultura, matrimonios precoces, escasa educación sexual, violación sexual, entre otros. No se toman las medidas suficientes para prevenir embarazos en este grupo importante de mujeres en quienes su proyecto de vida se ve truncado y forzado a modificar. Por lo tanto, la prevención del embarazo en la adolescencia, así como el diagnóstico y tratamiento oportuno de

depresión y ansiedad durante el embarazo son verdaderos desafíos en salud por resolver.

(61, 62, 67)

Por ello, una de las herramientas de las que se sirve el sistema sanitario es educar y concientizar a la población en general sobre métodos anticonceptivos e incitar acudir a planificación familiar antes o al haber iniciado la actividad sexual con la finalidad de prevenir embarazos no deseados que comprometen el plan de vida de las mujeres y afectan su estabilidad emocional. (57, 61, 62)

5.3 Situación socioeconómica

Muchos de los problemas de salud no logran resolverse por parte de los servicios sanitarios ya sea por falta de acceso o de recursos, sobre todo en áreas de pobreza y pobreza extrema. En donde vemos que la desigualdad económica y la pobreza afecta en gran medida la salud de las personas que viven en dichas condiciones lo cual entorpece el cumplimiento de las metas de los ODS, principalmente el número 1 “fin de la pobreza”; 3 “salud y bienestar”; 4 “educación inclusiva y equitativa”; 5 “igualdad de género”; 10 “reducción de las desigualdades” y 8 “trabajo decente y crecimiento económico”. Por lo tanto, debe tenerse en cuenta que un embarazo en una pareja o mujer soltera con un nivel socioeconómico bajo aumenta las probabilidades de desempleo e inactividad laboral, propiciando falta de recursos económicos para transportarse a una clínica y recibir atención prenatal integral, llevar una alimentación saludable y suplementación adecuada, problemática que se traduce en factores precipitantes de síntomas depresivos o ansiosos durante el proceso prenatal. (62, 65, 67, 83)

Por ello a pesar de las estrategias propuestas y del esfuerzo realizado para lograr subsanar las desigualdades, existen circunstancias ajenas a las intenciones de dichos programas, comprendidas como el abuso de poder y la corrupción por la que atraviesan países del tercer mundo que retrasa el cumplimiento de estas metas. En donde la organización comunitaria se ve forzada a velar porque se invierta de forma sostenida en el desarrollo rural, tomando en cuenta la equidad sanitaria y laboral para el desarrollo de las personas menos favorecidas. (83)

5.4 Determinantes asociados al sistema de salud

Como mencionamos anteriormente, la estigmatización de la enfermedad psiquiátrica en cualquier grupo poblacional es grave, sobre todo en el embarazo porque no se le reconoce en una etapa temprana en la mayoría de los casos afectando la simbiosis materno-fetal, en donde la prevalencia para el trastorno de ansiedad va del 7% al 30% y la del trastorno de depresión del 15% al 70% por ciento siendo que ambos se presentan con mayor frecuencia durante el segundo y tercer trimestre de la gestación casi indistintamente e incluso en conjunto. Por lo tanto, ignorar estos padecimientos es grave, tanto más porque no se les considera importantes o bien porque no se consideran como una amenaza real para el embarazo cuando se les identifica y no se tratan por desconocimiento de las terapias que pueden desarrollarse. ^(1, 7, 8, 9, 10, 11, 12)

Por otro lado, cuando el sistema de salud al cual puede acudir una paciente embarazada se encuentra dividido en primer, segundo y tercer nivel de atención, esperaríamos que se ejecuten estrategias pertinentes culturalmente para la captación oportuna de problemas psiquiátricos que aquejan la claridad mental de la madre, sin embargo, esto no es así, porque en primer lugar no se realiza un tamizaje como tal de la sintomatología depresiva o ansiosa que puede referir la paciente. Y segundo, se cree que solo la psicofarmacología puede resolver el problema, pero como esta tiene efectos teratogénicos en su gran mayoría, se declina por el solapamiento de las quejas, sin antes reconocer que muchas de las terapias psicológicas pueden ser desarrolladas sin ningún riesgo para la madre y el feto. ⁽²³⁾

Sin embargo, los esfuerzos de la OMS y OPS para la atención prenatal integral van dirigidos a la mitigación de todos aquellos problemas que representan una amenaza para el desarrollo normal del embarazo; en estos esfuerzos se encuentra la inclusión de los habitantes de una comunidad específica es decir comadronas y curanderos, entre otros que aportan datos relevante para enriquecer el banco de información disponible para el desarrollo de políticas y leyes con pertinencia cultural, es decir que se busca la identificación de las causas de las causas y no meramente el resultado frío de un diagnóstico médico. ⁽⁷⁹⁾

Asimismo, la OPS a través de una guía de salud mental perinatal facilita a los distintos niveles de atención en salud varios modelos para subsanar las brechas sociales que afectan a aquellas pacientes con múltiples factores predisponentes para el desarrollo

de enfermedades mentales durante el embarazo para así llevar un control prenatal satisfactorio y lo hace a partir de programas como las 12 sesiones en donde se tamiza previamente a las pacientes con sintomatología ansiosa o depresiva para evitar complicaciones tanto en el periodo perinatal como en el postparto. Algo que resulta práctico de implementar en cualquier nivel de atención al que acude la gestante. ⁽⁷⁹⁾

Finalmente, la puesta en práctica de la OMS y el American College of Obstetricians and Gynecologists de programas de planificación familiar cuya finalidad es la prevención del embarazo adolescente o no planeado, resultan ser políticas de salud al alcance de todas las personas cuando acuden a atención médica en cualquier nivel, de donde se desprende que servirse de figuras como las comadronas aporta información valiosa para conocer las costumbres y tradiciones del lugar y con ello dirigir estrategias con pertinencia cultural. ^(22, 70, 84)

Conclusiones

La gestación no es un factor protector para evitar la presentación de trastornos mentales tales como depresión o ansiedad debido a que surgen cambios biológicos, fisiológicos y psicológicos que pueden tener una regulación negativa al coexistir con los determinantes sociales de la salud que están presentes tanto antes, durante y después del embarazo, propiciando la aparición o exacerbación de los síntomas depresivos o ansiosos en donde ser madre joven, soltera, ama de casa, sufrir violencia intrafamiliar o laboral, vivir en áreas rurales o marginales, consumir alcohol u otras drogas, dificultad para acceder a los servicios de salud, ser desempleada o de escasos recursos afecta su salud mental.

El nivel socioeconómico bajo, que compromete la capacidad para acudir a controles prenatales, llevar una alimentación saludable y suplementación adecuada favorece la aparición de sintomatología ansiosa o depresiva con el potencial de convertirse en trastornos de ansiedad o depresión, respectivamente, lo cual influye negativamente en el control prenatal y la autopercepción de eficacia materna.

El primer y segundo nivel de atención de salud en países como Guatemala presentan escaso apoyo para las pacientes con síntomas depresivos o ansiosos que acuden a control prenatal, siendo clara la necesidad de indagar en los factores de riesgo mencionados anteriormente para diagnosticar oportunamente a las futuras madres que necesiten terapia psicológica o farmacológica.

Figuras como las comadronas son importantes para el desarrollo de políticas públicas con pertinencia cultural para que los programas no se vean truncados por acceso limitado debido a costumbres y tradiciones además de barreras idiomáticas en el que deben promoverse para llegar a las comunidades caracterizadas por bajos niveles de educación, creencias místico-religiosas y con muy bajos estándares de vida digna.

Recomendaciones

Crear espacios, grupos de apoyo y capacitaciones en donde médicos y psicólogos brinden educación acerca de los cambios fisiológicos, psicológicos y biológicos del embarazo que pueden presentar complicaciones para el adecuado control prenatal. De tal manera que a la gestante se le transmita que los cambios emocionales percibidos y desarrollados deben ser referidos siempre que acuda con su médico, para que exista un diagnóstico oportuno al identificar los determinantes sociales de la salud que prevalecen en su entorno.

Promover la elaboración de una base de datos en donde se reconozca a las pacientes con nivel socioeconómico bajo, hogar inestable, violencia física y/o psicológica, escaso apoyo familiar, conyugal y social para brindar atención dirigida a los problemas mentales detectados para que puedan desarrollarse los programas de la OMS/OPS que tratan de evitar la aparición de trastorno depresivo o ansioso al invitar a participar en sesiones de ayuda psicológica a grupos con características de vida similares.

Capacitar a los profesionales de salud de los distintos niveles de atención en salud de Guatemala para que tengan la facultad de diagnosticar, dar tratamiento o referir a aquellas pacientes con síntomas depresivos o ansiosos que acuden a control prenatal.

Implementar programas de tamizaje perinatal para trastornos mentales que puedan ser desarrollados tanto por médicos como por figuras de la comunidad como comadronas desde el primer control prenatal en aquellas pacientes con factores de riesgo identificados en la historia clínica puesto que una de cada cuatro pacientes embarazadas con trastornos mentales suele presentar al mismo tiempo depresión y ansiedad.

Referencias bibliográficas

1. Silva MMJ, Alves Nogueira D, Clapis MJ, Leite EPRC. Ansiedad en el embarazo: prevalencia y factores asociados. Rev esc enferm USP [en línea]. 2017 Abr [citado 04 Ene 2021]; 51: e03253. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100444&lng=en.
2. Din ZU, Ambreen S, Iqbal Z, Iqbal M, Ahmad S. Determinantes de la angustia psicológica prenatal en mujeres paquistaníes. Noro Psikiyatr Ar [en línea]. 2016 Jun [citado 04 Ene 2021]; 53 (2): 152-157. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5353020/>
3. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identificación de las mujeres en riesgo de ansiedad y depresión prenatales: una revisión sistemática. J afectar el desorden [en línea]. 2016 Feb [citado 04 Ene 2021]; 191: 62-77. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4879174/>
4. Nakić Radoš S, Tainan M, Herman R. Anxiety during pregnancy and postpartum: course, predictors and comorbidity with postpartum depression. Acta Clin Croat [en línea]. 2018 Mar [citado 04 Ene 2021];57(1):39-51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30256010/>
5. Dadi AF, Miller ER, Bisetegn TA, Mwanri L. Carga global de la depresión prenatal y su asociación con resultados adversos del parto: una revisión general. Salud Pública de BMC [en línea]. 2020 Feb [citado 04 Ene]; 20 (1): 173. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7001252/>
6. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5a. ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014. Sección II Trastornos depresivos. Trastornos de ansiedad; p. 155-189

7. Marcus SM, Heringhausen JE. Depression in childbearing women: when depression complicates pregnancy. *Primary Care* [en línea]. 2009 Mar [citado 06 Ene 2021]; 36(1):151–165. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2680254/>.
8. Ertel KA, Huang T, Rifas-Shiman SL, Kleinman K, Rich-Edwards J, Oken E, James-Todd T. Perinatal weight and risk of prenatal and postpartum depressive symptoms. *Ann Epidemiol.* [en línea]. 2017 Nov [citado 06 Ene 2021]; (11):695-700.e1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5763569/>
9. Kingston D, Kehler H, Austin MP, Mughal MK, Wajid A, Vermeyden L, et al. Trajectories of maternal depressive symptoms during pregnancy and the first 12 months postpartum and child externalizing and internalizing behavior at three years. *PLoS One* [en línea]. 2018 Abr [citado 08 Ene 2021];13(4): e019536. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5898728/>
10. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry* [en línea]. 2010 Oct [citado 08 Ene 2021]; 67(10):1012–1024. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3025772/>
11. Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: a quick glance. *Indian J Psychiatry* [en línea]. 2013 Sept [citado 08 Ene 2021]; 55(3):220–223. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3777342/>
12. Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial; 2003. Capítulo 8; p. 265-288.
13. González-González A, Casado-Méndez PR, Molero-Segrera M, Santos-Fonseca RS, López-Sánchez I. Factores asociados a depresión posparto. *AMC* [en línea]. 2019 Dic [citado 08 Ene 2021]; 23(6): 770-779. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600770&lng=es.

14. Gaviria L., Duque M, Vergel J, Restrepo D. Síntomas depresivos perinatales: prevalencia y factores psicosociales asociados. *Rev.Colomb.Psiquiatr.* [en línea]. 2019 Sept [citado 10 Ene 2021]; 48(3): 166-173. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502019000300166&lng=en.
15. Tang X, Lu Z, Hu D, Zhong X. Influencing factors for prenatal stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. *J Affect Disord.* [en línea] 2019 Jun [citado 10 Ene 2021]; 253:292-302. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032719302113?via%3Dihub>
16. Okun ML, Mancuso RA, Hobel CJ, Schetter CD, Coussons-Read M. Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *J Behav Med.* [en línea]. 2018 Oct [citado 14 Ene 2021]; 41(5):703-710. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6192841/>
17. Martínez-Paredes JF, Jácome-Pérez N. Depression in pregnancy. *Rev Colomb Psiquiatr.* [en línea]. 2019 Ene-Mar [citado 14 Ene 2021]; 48 (1): 58-65. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-colombiana-psiquiatria-english-edition-479-articulo-depression-in-pregnancy-S2530312018300651>
18. Lieberman JA, Ogas O. La historia de la Psiquiatría. Barcelona, España: Ediciones B; 2016. Capítulo 2: Perdidos vericuetos teóricos el auge del loquero. p. 59-95.
19. Hoffman BL, Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Casey BM, et al. *Williams Obstetricia* 24 ed. México: McGraw-Hill Educación; 2014. Capítulo 61: Trastornos psiquiátricos; p. 1204-1213.

20. Fava M, Ostergaard SD, Cassano P. Trastornos del estado de ánimo: trastornos depresivos (trastorno de depresión mayor). En: Stern TA, Fava M, Wilens TE, Rosenbaum JF. Tratado de Psiquiatría Clínica [en línea]. 2ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2018. [citado 14 Ene 2021]; p. 1504-1525. Disponible en: <https://a.co/dzbhgM2>
21. Chávez-León E. Trastornos de ansiedad. En: Fuente JR de la, Heinze Martin G. Salud Mental y Medicina Psicológica. 3ª ed. México: McGraw Hill; 2017: p. 167-188.
22. Solar O, Irwin A. Un marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de debate 2 sobre los determinantes sociales de la salud (Política y práctica). [en línea]. Ginebra: OMS; 2010 [citado 05 Jun 2021]. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
23. Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental Perinatal [en línea]. Washington, D.C.: OPS; 2011 [citado 05 Jun 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51594>
24. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Epidemiología. Trastornos mentales y del comportamiento [en línea]. Guatemala: MSPAS. 2016 [citado 05 Jun 2021]. Disponible en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202016/Salas%20Situacionales/Salud%20Mental%20ene%20Septiembre%202016%20rev.pdf>
25. Luna D, Castañeda Hernández DV, Guadarrama Arteaga AL, Figuerola Escoto RP, García Arista A, Ixtla Pérez MB, et al. Psychometric properties of the hospital anxiety and depression scale in Mexican pregnant women. Salud Ment [en línea]. 2020 Mayo-Jun [citado 05 Jun 2021]; 43(3): 137-146. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95281>

26. Pan American Health Organization. Social determinants of health in the Americas [en línea]. Washington, D. C: PAHO/WHO; 2017 Jun [citado 05 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-determinants.htm>
27. Lara MA, Patiño P, Navarrete L, Hernández Z, Nieto L. Association between depressive symptoms and psychosocial factors and perception of maternal self-efficacy in teenage mothers. *Salud Ment* [en línea]. 2017 Oct [citado 05 Jun 2021]; 40(5): 201-208. Disponible en: <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2017.026>
28. Rodríguez-Muñoz MF, Vallejo Slocker L, Olivares Crespo ME, Izquierdo Méndez N, Soto C, Le Huynh N. Propiedades psicométricas del postpartum depression predictors inventory- revised- versión prenatal en una muestra española de mujeres embarazadas. *Rev. Esp. Salud Pública* [en línea]. 2017 Dic [citado 03 Jun 2021]; 91: e201712047. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272017000100422&lng=es.
29. Rojas G, Guajardo V, Martínez P, Fritsch R. Depresión posparto: tamizaje, uso de servicios y barreras para su tratamiento en centros de atención primaria. *Rev Méd Chile* [en línea]. 2018 Ago [citado 08 Jun 2021]; 146(9):1001-1007. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v146n9/0717-6163-rmc-146-09-1001.pdf>
30. Young-Wolff KC, Sarovar V, Tucker LY, Goler N, Alexeeff SE, Ridout KK, et al. Association of depression, anxiety, and trauma with cannabis use during pregnancy. *JAMA Netw Open*. [en línea]. 2020 Feb [citado 09 Jun 2021]; 3(2): e1921333. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7098171/>
31. Díez M, Pawlowicz MP, Vissicchio F, Amendolaro R, Barla J, Muñiz A, et al. Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina. *Salud Colect.*

[en línea]. 2020 Nov [citado 10 Jun 2021]; 16. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/scol/2020.v16/e2509/>

32. Guzman-Ortiz E, Cárdenas-Villarreal VM, Moral-de-la-Rubia J, Meza-Peña C. Psychometric properties of the Scale of Attitudes towards pregnancy and weight gain in Mexican population. *Salud Ment* [en línea]. 2019 Oct [citado 05 Jun 2021]; 42(5): 217-225. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2019.028>
33. González-González A, Casado-Méndez PR, Molero-Segrera M, Santos-Fonseca RS, López-Sánchez I. Factores asociados a depresión posparto. *AMC* [en línea]. 2019 Dic [citado 03 Jun 2021]; 23(6): 770-779. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600770&lng=es
34. Arango-Dávila CA., Rincón-Hoyos HG. Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Rev Colomb Psiquiatr* [en línea]. 2018 Mar [citado 03 Jun 2021]; 47 (1): 46-55. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502018000100046&lng=en.
35. Dias de Sousa Morais AO, Ferreira Simões VM, dos Santos Rodrigues L, Lucena Batista RF, Carvalho Lamy Z, Abreu de Carvalho C, et al. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. *Cad Saúde Pública*. [en línea]. 2017 Jul [citado 05 Abr 2017]; 33(6): e00032016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00032016>
36. Rodríguez-Muñoz MF, Castela Legazpi PC, Olivares Crespo ME, Soto Balbuena C, Izquierdo Méndez N, et al. PHQ-2 como primer instrumento de cribado de la depresión prenatal. *Rev Esp Salud Pública* [en línea]. 2017 Ene [citado 04 Jun 2021]; Vol. 91. Disponible en:

https://www.msccbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL91/ORIGINALES/RS91C_MFRM.pdf

37. O'Connor E, Rossom R, Henninger M, Groom HC, Burda, BU. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA [en línea]. 2016 Ene [citado 05 Jun 2021]; 26:315(4):388-406. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26813212/>
38. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Informe mundial sobre las drogas 2018: resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas [en línea]. [s.l]: ONUDD; 2018 [citado 10 Jun 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ya5nbr4b>
39. World Health Organization. Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy [en línea]. Geneva: WHO;2014 [citado 10 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241548731>
40. Fernández Ordóñez E, Rengel Díaz C, Morales Gil IM, Labajos Manzanares MT. Post-traumatic stress and related symptoms in a gestation after a gestational loss: narrative review. Salud Ment [en línea]. 2018 Sept-Oct [citado 05 Jun 2021]; 41(5): 237-243. Disponible en: <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.035>
41. Azene ZN, Yeshita HY, Mekonnen FA. Intimate partner violence and associated factors among pregnant women attending antenatal care service in Debre Markos town health facilities, Northwest Ethiopia. PloS One [en línea]. 2019 Jul [citado 14 Jun 2021]; 14(7): e0218722. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0218722>
42. Finnbogadóttir H, Dykes A-K, Wann-Hansson C. Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden. BMC Pregnancy Childbirth. [en línea] 2016 Ago [citado 14 Jun 2021]; 16:228. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1017-6>.

43. Cardoso da Silva H, Da Rosa Silva M, Bitencourt Frizzo G, Schneider Donelli TM. Sintomas psicofuncionais e depressão Materna: um estudo qualitativo. Psico-USF. [en línea]. 2018 Ene-Mar [citado 18 Jun 2021]; 23(1):59-70. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v23n1/2175-3563-pusf-23-01-59.pdf>
44. Andrade Rebolledo D, Vicente Parada B. Fatiga postparto: revisión de la literatura. Rev chil obstet ginecol [en línea]. 2018 Abr [citado 16 Jun 2021]; 83(2):161-169. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000200161&lng=es
45. Mano Hartmann J, Andrés Mendoza-Sassi R, Almeida Cesar J. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. Cad Saúde Pública [en línea]. 2017 Nov [citado 16 Jun 2021]; 33(9): e00094016. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n9/1678-4464-csp-33-09-e00094016.pdf>
46. Muzel Poles M, Pinho Carvalheira AP, De Barros Leite Carvalhaes MA, Garcia de Lima Parada CM. Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados. Acta Paul Enferm [en línea]. 2018 Jul-Ago [citado 16 Jun 2021]; 31(4):351-358. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000400351&lng=en
47. Llosa Martínez S, Canetti Wasser A. Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. Psicol Conoc Soc [en línea]. 2019 Jun [citado 03 Jun 2021]; 9(1):138-160. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262019000100138&lng=es
48. Freitas-Jesus JV, Rodrigues L, Garanhani Surita F. La experiencia de mujeres infectadas por COVID-19 durante el embarazo en Brasil: un protocolo de estudio cualitativo. Reprod Health [en línea] 2020 Jul [citado 18 Jun 2021]; 17 (108): 1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00958-z>

49. Clark RE, Weinreb L, Flahive JM, Seifert RW. Homelessness contributes to pregnancy complications. *Health Aff (Millwood)*. [en línea]. 2019 Ene [citado 06 Ene 2021]; 38(1):139–146. Disponible en: https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2018.05156?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
50. Young-Wolff KC, Sarovar V, Tucker LY, Goler NC, Alexeeff SE, et al. Association of depression, anxiety, and trauma with cannabis use during pregnancy. *JAMA Netw Open* [en línea]. 2020 Feb [citado 24 Ene 2021]; 3(2): e1921333. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2761253>
51. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2020. La próxima frontera: desarrollo humano y el Antropoceno. Nota informativa para los países acerca del Informe de Desarrollo Humano. [en línea]. Guatemala: PNUD; 2020 [citado 24 Jun 2021]. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/es/GTM.pdf
52. González Tay A, Gerónimo López LL, Hernández Argueta CJ, Zuñiga Villegas AV, Castellanos Garza H. Caracterización de las adolescentes embarazadas con sintomatología de depresión. Estudio descriptivo transversal realizado en 107 adolescentes embarazadas atendidas en los Servicios de Salud de los municipios de San Pedro Yepocapa, Acatenango, San José Poaquil, Tecpán Guatemala y San Juan Comalapa, departamento de Chimaltenango [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas; 2012. [citado 04 Abr 2017]. Disponible en: <http://bibliomed.usac.edu.gt/tesis/pre/2012/025.pdf>
53. Escobar Martínez AC. Características del embarazo en adolescentes en Guatemala. Estudio realizado con base en la encuesta nacional de salud Materno infantil 2009 [tesis de Maestría en línea]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017. [citado 23 Mayo 2018]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2017/09/11/Escobar-Ana.pdf>

54. López Santizo MF. Efectos de la ansiedad y depresión de la salud materno infantil [en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Dirección General de Investigación, Centro de Investigaciones de Ingeniería; 2016 [citado 04 Jun 2021]. Disponible en: <http://bienalguatemala.digi.usac.edu.gt/bvirtual/informes/puiis/INF-2015-33.pdf>
55. Grech S. Discapacidad y pobreza en la Guatemala rural: intersecciones conceptuales, culturales y sociales [en línea]. Londres: School of Hygiene and Tropical Medicine; 2016 [citado 06 Mayo 2021]. Disponible en: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2017/04/05/JOKGAR1qWcDotTCafCKPO5qi0ktfFZVc.pdf>
56. Miura PO, Tardivo LSPC, Barrientos DMS. O desamparo vivenciado por mães adolescentes e adolescentes grávidas acolhidas institucionalmente. *Ciênc Saúde Colet* [en línea]. 2018 Mayo [citado 24 Jul 2021]; 23(5):1601–1610. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14152016>.
57. Mota-Sanhua V, Suárez-Hesketh CI, Velázquez-Hernández B, Ruiz-Speare O. Entorno de mujeres embarazadas mexicanas y sus conocimientos y actitudes sobre la atención prenatal. *Rev salud pública* [en línea]. 2019 Ene-Abr [citado 03 Jun 2021]; 21(2): 258-264. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642019000200258
58. Barzola Marcha MK, Moquillaza Alcántara VH, Diaz Tinoco CM. Violencia doméstica durante el embarazo en un hospital especializado del Perú: prevalencia y factores asociados. *Rev chil obstet ginecol* [en línea]. 2020 Dic [citado 02 Jun 2021]; 85(6): 641-653. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262020000600641&lng=es&nrm=iso&tlng=es

59. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Sistema Nacional de Información de Violencia en contra de la Mujer. Datos de violencia contra la mujer 2017: femicidio y otras formas de violencia en contra de la mujer. (Infografía) [en línea]. Guatemala: INE/SNIVCM/PNUD: 2017 [citado 03 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2019/09/25/20190925224326pINgR0Du1o9wh2BWJSX2JyrmTw3czqxA.pdf>
60. Moretti Pires MR, Zomer Locatelli T, Brum Rojas PF, Rubia Lindner S, Carvahio Bolsoni C, Salema Coelho EB. Prevalência e os fatores associados da violência psicológica contra gestantes em capital no Sul Do Brasil. *Sau & Transf Soc* [en línea]. 2017 [citado 05 Abr 2017]; 8(1): 29-39. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2653/265351592005.pdf>
61. Organización de Naciones Unidas Mujeres, América Latina y el Caribe. Guatemala [en línea]. Clayton, Panamá: ONU Mujeres; 2013 [citado 24 Jul 2021]. Disponible en: <https://lac.unwomen.org/es/donde-estamos/guatemala>.
62. Fondo de Población de las Naciones Unidas Guatemala. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en Guatemala: implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe. [en línea]. Guatemala: UNFPA; 2020 [citado 22 Ene 2019]. Disponible en: <https://guatemala.unfpa.org/es/publications/consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-guatemala-0>
63. Observatorio de las Mujeres del Ministerio Público. Portal estadístico [en línea]. Guatemala: El Observatorio/MP; 2021 [citado 24 Jul 2021]. Disponible en: <http://observatorio.mp.gob.gt/portal-estadistico/>
64. Costa Ribeiro MR, Moura Da Silva AA, Schraiber LB, Murray J, de Brito E Alves MTSS, Lucena Batista RF, et al. Inversion of traditional gender roles and intimate partner violence against pregnant women. *Cad. Saúde Pública* [en línea]. 2020 Mayo [citado 05 Jun 2021]; 36(4): e00113919. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n5/e00113919/en/>

65. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [en línea]. Geneva: WHO; 2013 [citado 03 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>
66. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Epidemiología. Indicadores Básicos de Salud 2012 Guatemala [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2012 [citado 03 Jun 2021]. Disponible en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/INDICADORES/Indicadores%202012.pdf>
67. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de país. Situación de la mortalidad materna años 2016-2017-2018 [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2020 [citado 06 Jun 2021]. Disponible en: https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/informe_de_muerte_materna_2016-2018.pdf
68. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo sostenible [en línea]. Nueva York; ONU; 2019 [citado 22 Ene 2019]. Disponible en: www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/
69. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. [en línea]. Washington, D.C.: OPS; 2018 [citado 05 Jun 2021]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?ua=1
70. World Health Organization. Depression [en línea]. Washington, D.C.: WHO; 2017 [citado 14 Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

71. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes ambientales de salud [en línea]. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2020 [citado 03 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-ambientales-salud>
72. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Diagnóstico Nacional de Salud [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2016 [citado 29 Mayo 2020]. Disponible en: <https://www.mspas.gob.gt/images/files/cuentasnacionales/publicaciones/DiagnosticoNacionaldeSaludGuatemalaDIC2016.pdf>
73. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015. Informe de indicadores básicos [en línea]. Guatemala: MSPAS/INE/SEGEPLAN; 2015 [citado 29 Mayo 2020]. Disponible en: <https://onu.org.gt/wp-content/uploads/2017/03/ENSMI-2014-A-2015.pdf>
74. González-Escalante AL. Análisis de la situación de salud de la comunidad: su importancia como actividad docente en la atención primaria de salud. Educ Med Super [en línea]. 2006 Abr-Jun [citado 27 Mayo 2020]; 20 : (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412006000200006&lng=es.
75. De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. JONNPR [en línea]. 2019 Ago [citado 03 Jul 2021]; 5(1): 81-90. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n1/2529-850X-jonnpr-5-01-81.pdf>
76. Aguilar MA, Roa IC, Kaffure LH, Ruiz LF, Sánchez G. Determinantes sociales de la salud: postura oficial y perspectivas críticas. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [en línea]. 2013 Jul [citado 24 Jul 2021]; 31 Supl 1: 103-110. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a12.pdf>
77. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes

sociales de la salud: resumen analítico del Informe final [en línea]. Ginebra, Suiza: OMS; 2008 [citado 29 Mayo 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>

78. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud: aspectos conceptuales y operativos [en línea]. Washington, D.C.: OPS; 2018 [citado 27 Mayo 2020]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49058/9789275320051_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

79. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Nacional de Desarrollo Humano Guatemala [en línea]. Guatemala; PNUD; 2019 [citado 29 Mayo 2020]. Disponible en: <https://www.gt.undp.org/content/guatemala/es/home/ourwork/informe-nacional-de-desarrollo-humano.html>

80. Guatemala. Congreso de la República. Decreto Número 32-2010. Ley para la Maternidad Saludable [en línea]. Guatemala; Congreso de la República; 2015. [citado 27 Mayo 2020]. Disponible en: <https://www.mspas.gob.gt/images/files/pueblosindigenas/documentos/LeyparalaMaternidadSaludable.pdf>

81. González González A, Casado Méndez PR, Molero Segrera M, Santos Fonseca RS, López-Sánchez I. Factores asociados a depresión posparto. AMC [en línea]. 2019 Dic [citado 13 Jul 2021]; 23(6): 770-779. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600770

82. Muñoz-Zapata DE, Martín-Ochoa BE, Ariza-Sosa GR. Maternidades contemporáneas: tribus digitales e interacciones con las instituciones de salud. Interface [en línea]. 2021 Ene [citado 29 Jun 2021]; 25:e00051 doi: <https://doi.org/10.1590/interface.200051>

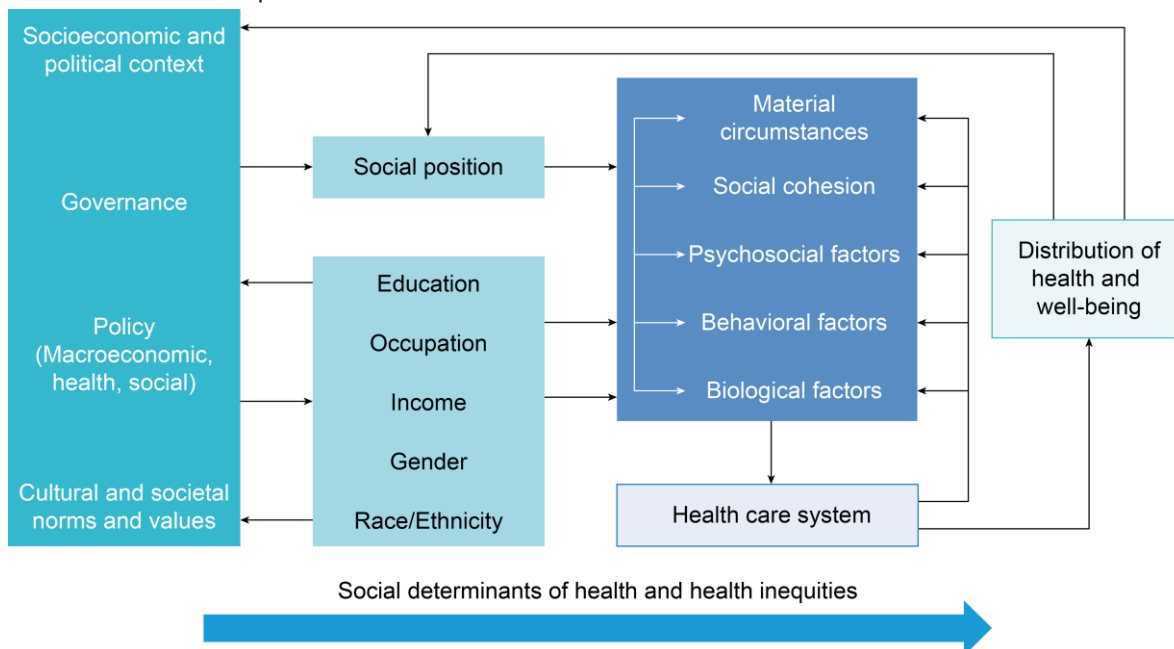
83. Organización de Naciones Unidas Guatemala. Marco Estratégico de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible 2020–2025 [en línea]. Guatemala: ONU; 2021 [citado 27 Mayo 2021]; Disponible en: <https://guatemala.un.org/es/108432-marco-estrategico-de-cooperacion-de-las-naciones-unidas-para-el-desarrollo-sostenible-2020>
84. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Política Nacional de Comadronas de los Cuatro Pueblos de Guatemala 2015-2025. Acuerdo Gubernativo número 102-2015. [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2019. [citado 06 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.mspas.gob.gt/images/files/pueblosindigenas/documentos/PoliticaComadronas2016.pdf>
85. Rojas Huamán EB. Factores de riesgo asociados con el embarazo en adolescentes en el Hospital Nacional Hipólito UNANUE en el año 2018. [tesis Médico y Cirujano en línea]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana Manuel Huamán Guerrero; 2016. [citado 23 Jun 2021]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1816/EROJAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
86. Vásquez Carbajal FI. Asociación entre el estrés prenatal y las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero 2016. [tesis Obstetra en línea]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Carlos, Facultad de Medicina; 2016 [citado 02 Jul 2021]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4748/V%c3%a1squez_cf.pdf?sequence=1&isAllowed=y
87. Herrera-Covarrubias D, Coria-Avila GA, Muñoz-Zavaleta DA, Graillet-Mora O, Aranda-Abreu GE, Rojas-Durán F, et-al. Impacto del estrés psicosocial en la salud. eNeurobiología [en línea]. 2017 Jun [citado 04 Jul 2021]; 8(17):220617. Disponible en: <https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2017/17/Herrera/HTML.html>

88. Cao Lei L, de Rooij SR, King S, Matthews SG, Metz GAS, Roseboom TJ, et al. Prenatal stress and epigenetics. *Neurosci Biobehav Rev* [en línea]. 2020 Oct [citado 06 Jul 2021]; 117:198-210. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.05.016>
89. Tomfohr-Madsen LM, Campbell TS, Giesbrecht GF, Letourneau NL, Carlson LE, Madsen JW *et al.* Mindfulness-based cognitive therapy for psychological distress in pregnancy: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* [en línea]. 2016 Oct [citado 12 Jun 2021]; 17 (1): 498. Disponible en: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-016-1601-0>
90. Gómez-Sánchez L, García-Banda G, Servera M, Verd S, Filgueira A, Cardo E. Beneficios del mindfulness en mujeres embarazadas. *Medicina (B Aires)* [en línea]. 2020 Mar [citado 06 Jun 2021]; 80 Suppl 2: 47-52. Disponible en: <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol80-20/s2/47.pdf>
91. Togher KL, Treacy E, O'Keeffe GW, Kenny LC. Maternal distress in late pregnancy alters obstetric outcomes and the expression of genes important for placental glucocorticoid signalling. *Psychiatry Res* [en línea]. 2017 Sept [citado 05 Jul 2021]; 255: 17-26. Disponible en: [https://www.psy-journal.com/article/S0165-1781\(16\)31616-X/fulltext](https://www.psy-journal.com/article/S0165-1781(16)31616-X/fulltext)
92. Van den Bergh BRH, Van Den Heuvel MI, Lahti M, Braeken M, de Rooij SR, Entringer S. et al. Prenatal developmental origins of behavior and mental health: the influence of maternal stress in pregnancy. *Neurosci Bioehav Rev* [en línea]. 2020 Oct [citado 19 Jul 2021]; 117:26-64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28757456/>
93. Barceló Martínez M. El embarazo en la adolescencia. [tesis Psicóloga en línea]. España: Universidad Miguel Hernández; 2016. [citado 04 Jul 2021]; Disponible en: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3013/1/TFG%20Barcel%C3%B3%20Mart%C3%ADnez%2C%20Marina.pdf>

94. Nagl M, Jepsen L, Linde K, Kersting A. Measuring body image during pregnancy: psychometric properties and validity of a German translation of the body image in pregnancy scale (BIPS-G). BMC Pregnancy Childbirth [en línea]. 2019 Jul [citado 05 Jul 2020]; 19 (1): 244. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2386-4>

Anexos

Anexo 1: Esquema de los determinantes sociales de la salud.



Fuente: Solar O, Irwin A. Un marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación



La siguiente es una entrevista elaborada por dos estudiantes de pregrado de la Licenciatura de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Ésta surge como parte fundamental en la elaboración de su monografía **“Determinantes sociales de la salud de los trastornos de ansiedad y depresión durante el embarazo”** en donde buscan recoger la opinión de expertos en el campo de la Psiquiatría, Ginecología y Obstetricia para enriquecer la evidencia científica que se tiene acerca de estos trastornos que afectan significativamente el ecosistema madre-hijo.

Nombre completo _____ Fecha _____

Lugar en donde contesta la entrevista _____

Especialidad _____ Años de experiencia _____

Cargo actual _____

1. En su opinión, ¿la gestación evita que se desarrollen trastornos mentales tales como depresión y ansiedad?

Respuesta:

2. ¿Se remite inmediatamente a terapia psicológica a las mujeres embarazadas que refieren sentirse sobrepasadas por sus emociones por la nueva experiencia de ser madres?

Respuesta:

3. ¿Se puede aconsejar un embarazo al detectar que la mujer presenta algún trastorno mental como depresión o ansiedad?

Respuesta:

4. ¿Se debería tamizar para depresión y ansiedad a todas las mujeres que acuden a su primer control prenatal?

Respuesta:

5. ¿Son los síntomas depresivos o ansiosos una amenaza real para el desarrollo de la gestación, según el trimestre en que se presentan?

Respuesta:

6. ¿Es adecuado indaga acerca del entorno en el que vive la gestante cuando refiere síntomas depresivos o ansiosos en el control prenatal?

Respuesta:

7. ¿El consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína u otras sustancias favorecen el desarrollo de trastorno depresivo o ansioso en la paciente embarazada?

Respuesta:

8. ¿Es importante que la gestante se sienta protegida por su familia, esposo, hijos si los tuviera, e incluso por sus amigos para evitar síntomas depresivos o ansiosos?

Respuesta:

9. En su opinión, ¿la violencia de tipo físico y/o psicológica favorece el desarrollo de trastornos mentales como depresión o ansiedad en la gestante?

Respuesta:

10. ¿Las gestantes que aumentan mucho de peso tienen más probabilidades de presentar síntomas depresivos o ansiosos derivado de una autopercepción de insuficiencia tanto para ella como para su pareja?

Respuesta:

11. ¿Cómo influye la experiencia de abortos previos en el desarrollo de trastornos mentales como depresión o ansiedad en el nuevo embarazo?

Respuesta:

12. ¿Un embarazo no deseado a cualquier edad favorece el desarrollo de trastornos mentales como depresión o ansiedad?

Respuesta:

13. ¿Desea realizar algún aporte desde su experiencia hacia el mejoramiento de la atención de las pacientes gestantes con sintomatología depresiva o ansiosa?

Respuesta:

Elaboración propia.

Anexo 3: Entrevista a especialista en Ginecología y Obstetricia



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación



La siguiente es una entrevista elaborada por dos estudiantes de pregrado de la Licenciatura de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Ésta surge como parte fundamental en la elaboración de su monografía **“Determinantes sociales de la salud de los trastornos de ansiedad y depresión durante el embarazo”** en donde buscan recoger la opinión abierta de expertos en el campo de la Psiquiatría, Ginecología y Obstetricia para enriquecer la evidencia científica que se tiene acerca de estos trastornos que afectan significativamente el ecosistema madre-hijo.

Nombre completo Josefina Rosidel Valenzuela Barillas ha 28/07/2021

Lugar en donde contesta la entrevista Ciudad de Guatemala

Especialidad Ginecología y Obstetricia años de experiencia 11 años

Cargo actual Docente de la Facultad de Ciencias Médicas

1. En su opinión, ¿la gestación evita que se desarrollen trastornos mentales tales como depresión y ansiedad?

Respuesta: No, De hecho, para algunas mujeres, el embarazo puede generar problemas como depresión y ansiedad.

2. ¿Se remite inmediatamente a terapia psicológica a las mujeres embarazadas que refieren sentirse sobrepasadas por sus emociones por la nueva experiencia de ser madres?

Respuesta: Por supuesto, aunque son muy pocas las que siguen la recomendación, ya que no lo ven como parte importante o trascendental en el control prenatal o postnatal.

3. ¿Se puede aconsejar un embarazo al detectar que la mujer presenta algún trastorno mental como depresión o ansiedad?

Respuesta: No, debe ir a consulta preconcepcional con psicólogo o psiquiatra.

4. ¿Se debería tamizar para depresión y ansiedad a todas las mujeres que acuden a su primer control prenatal?

Respuesta: en estos tiempos creo que sí, ya que la situación que mundialmente estamos viviendo ha sido muy difícil.

5. ¿Son los síntomas depresivos o ansiosos una amenaza real para el desarrollo de la gestación, según el trimestre en que se presenten?

Respuesta: Sí, ya que puede haber riesgo de trabajo de parto prematuro, RCIU, alteración del vínculo madre-hijo, entre otras cosas.

6. ¿Es adecuado indaga acerca del entorno en el que vive la gestante cuando refiere síntomas depresivos o ansiosos en el control prenatal?

Respuesta: Sí, a veces puede haber problemas hereditarios.

7. ¿El consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína u otras sustancias favorecen el desarrollo de trastorno depresivo o ansioso en la paciente embarazada?

Respuesta: Definitivamente.

8. ¿Es importante que la gestante se sienta protegida por su familia, esposo, hijos si los tuviera, e incluso por sus amigos para evitar síntomas depresivos o ansiosos?

Respuesta: Si claro.

9. En su opinión, ¿la violencia de tipo físico y/o psicológica favorece el desarrollo de trastornos mentales como depresión o ansiedad en la gestante?

Respuesta: Sí, aumentan la vulnerabilidad de las mujeres hacia condiciones psiquiátricas.

10. ¿Las gestantes que aumentan mucho de peso tienen más probabilidades de presentar síntomas depresivos o ansiosos derivado de una autopercepción de insuficiencia tanto para ella como para su pareja?

Respuesta: No creo, en mi experiencia nunca he visto que eso sea un problema durante el embarazo, ya que ellas están conscientes que van aumentar de peso.

11. ¿Cómo influye la experiencia de abortos previos en el desarrollo de trastornos mentales como depresión o ansiedad en el nuevo embarazo?

Respuesta: Los sentimientos y emociones que ella experimenta al pasar por un aborto generalmente son de ansiedad, tristeza y en algunos casos depresión.

12. ¿Un embarazo no deseado a cualquier edad favorece el desarrollo de trastornos mentales como depresión o ansiedad?

Respuesta: Por supuesto, incluso muchas veces puede durar hasta años si no se busca ayuda psicológica.

13. ¿Desea realizar algún aporte desde su experiencia hacia el mejoramiento de la atención de las pacientes gestantes con sintomatología depresiva o ansiosa?

Respuesta: Es importante el apoyo psicológico y psiquiátrico durante el control prenatal, ya que la maternidad está asociada a una serie de cambios hormonales, fisiológicos, cognitivos y sociales, la falta de adaptación a estos cambios conduce a la aparición o cronificación de problemas psicológicos. Por lo menos una consulta inicial de diagnóstico y luego dependerá de los hallazgos para darle seguimiento.

Anexo 4: Entrevista a especialista en Psiquiatría



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación



La siguiente es una entrevista elaborada por dos estudiantes de pregrado de la Licenciatura de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Ésta surge como parte fundamental en la elaboración de su monografía **“Determinantes sociales de la salud de los trastornos de ansiedad y depresión durante el embarazo”** en donde buscan recoger la opinión abierta de expertos en el campo de la Psiquiatría, Ginecología y Obstetricia para enriquecer la evidencia científica que se tiene acerca de estos trastornos que afectan significativamente el ecosistema madre-hijo.

Nombre completo Celeste Rocío Domínguez de León ha 18/08/2021

Lugar en donde contesta la entrevista Ciudad de Guatemala

Especialidad Psiquiatría ios de experiencia 21 años

Cargo actual Psiquiatra - consultorio privado Docente de la Facultad de

1. En su opinión, ¿la gestación evita que se desarrollen trastornos mentales tales como depresión y ansiedad?

Respuesta: La gestación no evita estos trastornos. Al contrario, los cambios hormonales y psíquicos a los que la gestante se enfrenta aumentan el riesgo de padecerlos.

2. ¿Se remite inmediatamente a terapia psicológica a las mujeres embarazadas que refieren sentirse sobrepasadas por sus emociones por la nueva experiencia de ser madres?

Respuesta: Depende de los servicios que tenga una comunidad, a veces la escucha y acompañamiento de un profesional de salud (médico o enfermera) es muy útil cuando no hay personal especializado, incluso se puede obtener apoyo de otras personas como comadrona, miembros de iglesias, etc. Y claro, si hay disponibilidad de atención psicológica, esta es muy útil.

3. ¿Se puede aconsejar un embarazo al detectar que la mujer presenta algún trastorno mental como depresión o ansiedad?

Respuesta: Cuando hay diagnóstico de Depresión moderada o severa, o ansiedad generalizada, el consejo a una mujer en edad reproductiva, debe ser que, durante el tratamiento farmacológico, evite un embarazo.

4. ¿Se debería tamizar para depresión y ansiedad a todas las mujeres que acuden a su primer control prenatal?

Respuesta: Debería ser parte de una primera consulta en cualquier especialidad. Pero en embarazadas es mandatorio.

5. ¿Son los síntomas depresivos o ansiosos una amenaza real para el desarrollo de la gestación, según el trimestre en que se presenten?

Respuesta: Se ha demostrado que estos trastornos aumentan los riesgos en la salud general del feto y la madre. Regularmente las madres disminuyen su ingesta alimenticia, lo que afecta el desarrollo fetal.

6. ¿Es adecuado indaga acerca del entorno en el que vive la gestante cuando refiere síntomas depresivos o ansiosos en el control prenatal?

Respuestas Por supuesto, a eso se le llama abordaje de factores de riesgo psicológico. Debe evaluarse violencia doméstica principalmente o situaciones sociales adversas.

7. ¿El consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína u otras sustancias favorecen el desarrollo de trastorno depresivo o ansioso en la paciente embarazada?

Respuesta: Si.

8. ¿Es importante que la gestante se sienta protegida por su familia, esposo, hijos si los tuviera, e incluso por sus amigos para evitar síntomas depresivos o ansiosos?

Respuesta: No diría que para evitar síntomas. Pero sí para formar una red de apoyo durante el tratamiento.

9. En su opinión, ¿la violencia de tipo físico y/o psicológica favorece el desarrollo de trastornos mentales como depresión o ansiedad en la gestante?

Respuesta: Si.

10. ¿Las gestantes que aumentan mucho de peso tienen más probabilidades de presentar síntomas depresivos o ansiosos derivado de una autopercepción de insuficiencia tanto para ella como para su pareja?

Respuesta: No hay mucha relación. Aunque pueden comer en exceso, como un síntoma de ansiedad, no es una causal directa.

11. ¿Cómo influye la experiencia de abortos previos en el desarrollo de trastornos mentales como depresión o ansiedad en el nuevo embarazo?

Respuesta: Aumenta el miedo a una nueva pérdida.

12. ¿Un embarazo no deseado a cualquier edad favorece el desarrollo de trastornos mentales como depresión o ansiedad?

Respuesta: Si

13. ¿Desea realizar algún aporte desde su experiencia hacia el mejoramiento de la atención de las pacientes gestantes con sintomatología depresiva o ansiosa?

Respuesta: El diagnóstico temprano de estos trastornos es fundamental en la atención prenatal, con el fin de iniciar tratamiento psicoterapéutico o farmacológico.

Anexo 5: Entrevista a especialista en Psiquiatría



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación



La siguiente es una entrevista elaborada por dos estudiantes de pregrado de la Licenciatura de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Ésta surge como parte fundamental en la elaboración de su monografía **“Determinantes sociales de la salud de los trastornos de ansiedad y depresión durante el embarazo”** en donde buscan recoger la opinión abierta de expertos en el campo de la Psiquiatría, Ginecología y Obstetricia para enriquecer la evidencia científica que se tiene acerca de estos trastornos que afectan significativamente el ecosistema madre-hijo.

Nombre completo Erick Josué Carrillo de León ha 23/08/2021

Lugar en donde contesta la entrevista Ciudad de Guatemala

Especialidad Psiquiatría años de experiencia 2 años

Cargo actual: Médico Especialista en Consulta externa de Psiquiatría del IGSS

1. En su opinión, ¿la gestación evita que se desarrollen trastornos mentales tales como depresión y ansiedad?

Respuesta: No, No hay evidencia científica que el embarazo tenga factor protector en estas 2 patologías

2. ¿Se remite inmediatamente a terapia psicológica a las mujeres embarazadas que refieren sentirse sobrepasadas por sus emociones por la nueva experiencia de ser madres?

Respuesta: Generalmente no se envían a psicoterapia

3. ¿Se puede aconsejar un embarazo al detectar que la mujer presenta algún trastorno mental como depresión o ansiedad?

Respuesta: No, lo que se hace es hacer recomendaciones sobre la enfermedad, el embarazo y los riesgos, no consejos.

4. ¿Se debería tamizar para depresión y ansiedad a todas las mujeres que acuden a su primer control prenatal?

Respuesta: Por supuesto, tendría que ser parte de la evaluación médica.

5. ¿Son los síntomas depresivos o ansiosos una amenaza real para el desarrollo de la gestación, según el trimestre en que se presenten?

Respuesta: Si, dependiendo de la severidad de estos, podrían poner en riesgo a la madre como al feto.

6. ¿Es adecuado indaga acerca del entorno en el que vive la gestante cuando refiere síntomas depresivos o ansiosos en el control prenatal?

Respuesta: Si, en ámbito social en el que se desarrolla la paciente puede ser factor de riesgo.

7. ¿El consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína u otras sustancias favorecen el desarrollo de trastorno depresivo o ansioso en la paciente embarazada?

Respuesta: Si, y no solo de ansiedad y depresión, sino de otras muchas patológicas psiquiátricas.

8. ¿Es importante que la gestante se sienta protegida por su familia, esposo, hijos si los tuviera, e incluso por sus amigos para evitar síntomas depresivos o ansiosos?

Respuesta: Si, pero más que protegida se debe de sentir apoyada.

9. En su opinión, ¿la violencia de tipo físico y/o psicológica favorece el desarrollo de trastornos mentales como depresión o ansiedad en la gestante?

Respuesta: Si, es factor de riesgo.

10. ¿Las gestantes que aumentan mucho de peso tienen más probabilidades de presentar síntomas depresivos o ansiosos derivado de una autopercepción de insuficiencia tanto para ella como para su pareja?

Respuesta: El aumento de peso está relacionado con la aparición de síntomas depresivos y/o ansiosos, pero si se habla de autopercepción de insuficiencia estaríamos hablando de otras patologías, no de trastornos de ansiedad o depresión.

11. ¿Cómo influye la experiencia de abortos previos en el desarrollo de trastornos mentales como depresión o ansiedad en el nuevo embarazo?

Respuesta: Si influye.

12. ¿Un embarazo no deseado a cualquier edad favorece el desarrollo de trastornos mentales como depresión o ansiedad?

Respuesta: Si, pudiera ser un factor de riesgo.

13. ¿Desea realizar algún aporte desde su experiencia hacia el mejoramiento de la atención de las pacientes gestantes con sintomatología depresiva o ansiosa?

Respuesta: Si, que siempre se le haga interconsulta a la especialidad de Psiquiatría se sospecha de alguna patología psiquiátrica, y más aun antes de medicar a una paciente, ya que muchos de los medicamentos psiquiátricos son teratogénicos.

Anexo 6: Consentimiento informado de especialistas



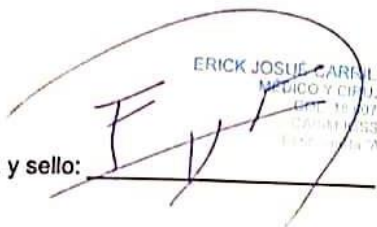
Consentimiento Informado

Entrevista: Determinantes sociales de la salud de los trastornos de ansiedad y depresión durante el embarazo

Yo Erick Josue Carrillo de León con especialidad médica en Psiquiatría, número de colegiado 14,907 autorizo la mención de mi nombre, publicación de la entrevista realizada y transcripción de la misma, la cual, fue elaborada por estudiantes para complementar la información del trabajo de graduación para obtener el título de Médico y Cirujano. La entrevista consiste en 13 preguntas las cuales se redactaron con base a la información recolectada en la monografía previamente citada.

Declaro que:

- He recibido toda la información necesaria de forma clara y comprensible sobre el motivo por el cual realizo la entrevista.
- Velaré por el fiel cumplimiento y respeto de la ética en la investigación.
- Estoy de acuerdo en la mención hacia mi persona en la monografía.
- Apruebo la publicación de la entrevista realizada, así como la transcripción de la misma.

Firma y sello: 
ERICK JOSUE CARRILLO DE LEÓN
MÉDICO Y CIRUJANO
C.O.C. 14,907
CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



Consentimiento Informado

Entrevista: Determinantes sociales de la salud de los trastornos de ansiedad y depresión durante el embarazo

Yo Josefina Rosidel Valenzuela Barillas con especialidad médica en Ginecología y Obstetricia, número de colegiado 13,083 autorizo la mención de mi nombre, publicación de la entrevista realizada y transcripción de la misma, la cual, fue elaborada por estudiantes para complementar la información del trabajo de graduación para obtener el título de Médico y Cirujano. La entrevista consiste en 13 preguntas las cuales se redactaron con base a la información recolectada en la monografía previamente citada.

Declaro que:

- He recibido toda la información necesaria de forma clara y comprensible sobre el motivo por el cual realizo la entrevista.
- Velaré por el fiel cumplimiento y respeto de la ética en la investigación.
- Estoy de acuerdo en la mención hacia mi persona en la monografía.
- Apruebo la publicación de la entrevista realizada, así como la transcripción de la misma.

Firma y sello:

MSc. Dra. Rosidel Valenzuela
Ginecóloga y Obstetra
Colegiado No. 13,083



Consentimiento Informado

Entrevista: Determinantes sociales de la salud de los trastornos de ansiedad y depresión durante el embarazo

Yo Celeste Rocío Domínguez con especialidad médica en Psiquiatría, número de colegiado 10476 autorizo la mención de mi nombre, publicación de la entrevista realizada y transcripción de la misma, la cual, fue elaborada por estudiantes para complementar la información del trabajo de graduación para obtener el título de Médico y Cirujano. La entrevista consiste en 13 preguntas las cuales se redactaron con base a la información recolectada en la monografía previamente citada.

Declaro que:

- He recibido toda la información necesaria de forma clara y comprensible sobre el motivo por el cual realizo la entrevista.
- Velaré por el fiel cumplimiento y respeto de la ética en la investigación.
- Estoy de acuerdo en la mención hacia mi persona en la monografía.
- Apruebo la publicación de la entrevista realizada, así como la transcripción de la misma.

Firma y sello:


Dra. Rocío Domínguez
Médico y Cirujano
Colegiado No. 10.476