



Universidad de San Carlos de Guatemala
Dirección General de Investigación
Programa Universitario de Investigación Interdisciplinaria en Salud

INFORME FINAL
EFFECTOS DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE LA SALUD MATERNO INFANTIL

Equipo de investigación

Dr. Melvin Fabricio López Santizo

Coordinador

Dr. Melvin Fabricio López Santizo

Investigador

31 de marzo de 2016

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE INGENIERÍA
Hospital Nacional De Salamá, Baja Verapaz

M Sc. Gerardo Arroyo Catalán
Director General de Investigación

Ing. Agr. MARN Julio Rufino Salazar
Coordinador General de Programas

Dra. Hilda Elena Valencia de Abril
Coordinadora del Programa Universitario de
Investigación Interdisciplinaria en Salud

Melvin Fabricio López Santizo
Coordinador del Proyecto de Investigación

M Sc. Adelaida Herrera
Asesora de Proyecto

Partida Presupuestaria

4.8.63.1.76

Año de ejecución: 2015

ÍNDICE

Portada	1
Contraportada.....	2
Resumen.....	4
Abstract	5
Introducción	6
Marco Teórico y Estado del Arte.....	8
Materiales y Métodos.....	13
Tabla No. 1 Operacionalización de Variables	16
Resultados	19
Tabla No. 2 Aspectos demográficos de la población de estudio	19
Tabla No. 3 Complicaciones pre y perinatales asociadas a ansiedad o depresión	21
Tabla No. 4 Matriz de Resultados.....	23
Enfoque Cualitativo	24
Tabla No. 5 Entrevistas a pacientes	24
Impacto Esperado.....	27
Análisis y Discusión de Resultados	28
Conclusiones.....	35
Referencias.....	36
Apéndice	37

EFFECTOS DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA SALUD MATERNO INFANTIL

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la relación que tiene la ansiedad y depresión con la salud materna infantil **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Estudio de Cohorte que se realizó en el Hospital Nacional de Salamá, Baja Verapaz, con 72 pacientes embarazadas comprendida entre las edades de 25 a 35 años, 36 casos con ansiedad o depresión y 36 controles sanos. Como estudio complementario se indagó cualitativamente la perspectiva de vida durante la gestación de 3 pacientes con trastorno de ansiedad o depresión. **ANÁLISIS:** La relación de asociación se determinó mediante la medición del Riesgo Relativo (RR), Intervalos de confianza y X^2 , se analizó con el programa para análisis estadístico Epi-Dat. Además se identificaron variables sociodemográficas para determinar el perfil epidemiológico de la paciente con tales trastornos mentales **RESULTADOS:** Se encontró que las complicaciones pre y perinatales más frecuentes en pacientes con trastornos de ansiedad o depresión son operación cesárea para resolución del embarazo (36%) RR 1.4 (0.7- 2.9), distocia del parto RR 4 (0.5-34.1), prematuridad (19%) igual riesgo en expuestos y no expuestos, macrosomía fetal (17%) no comparable con el grupo no expuestos RR 13 (0.8-222.5), alteración del monitoreo fetal RR 4 (0.5-34.1) sin embargo no se encontró asociación estadísticamente significativa en cuanto al aumento de la probabilidad de riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con ansiedad o depresión. Se determinó que el trastorno más prevalente en esta población fue ansiedad con 67% y el perfil sociodemográfico encontrado fue paciente ladina, que vive en área rural, casada, alfabeta, con una media de edad de 28 años y con una paridad media de 3 hijos. **CONCLUSIONES:** No hay asociación estadísticamente significativa entre ansiedad y depresión con complicaciones pre y perinatales en la población gestante guatemalteca. La población que vive en áreas rurales tiene poca información y conciencia sobre trastornos mentales.

Palabras clave: complicaciones prenatales, perfil epidemiológico psiquiátrico, salud materna infantil, psiquiatría en embarazo.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Determinate the relation between anxiety and depression with child maternal health. **STUDY SUBJECTS AND METHODS:** Cohort study which has been done at Salamá National Hospital, with 72 pregnant patients between 25 and 35 years old, 36 cases with anxiety or depression and 36 healthy women. As a complementary study a qualitative perspective has been constructed by the analysis of an interview to 3 patients with anxiety or depression syndrome. **ANALYSIS:** The association has been determinate with the measurement of Relative Risk, Confidence Intervals and square Ji, it has been analyzed with Epi-Dat statics software. The qualitative part has been analyzed by building an objective perspective. **RESULTS:** The more prevalent event in anxiety or depression was C-section 36% RR 1.4 (0.5 – 34.1), premature born 19% the same risk in exposure and non-exposure cohort, macrosomy 17%, non-comparison between exposure and no exposure group RR 13 (0.8-222.5), fetal monitoring disturbance RR 4 (0.5 – 34.1), but this study didn't find relation statically significant of the raise of risk to develop prenatal or perinatal complications in the group with anxiety or depression. The more prevalent mental condition was anxiety with 67% of cases, and most of the patients was ladino, lives in the rural area, married, knows how to read and write, with a middle age of 28 and has 3 child per woman. **CONCLUSIONS** There is no association between anxiety and depression with the pre and perinatal complications in the pregnant population of Guatemala. The population who lives in the rural area has poor information of mental disorders.

Key Words: prenatal complications, psiquiatric epidemiological profile, pregnant woman health, psiquiatric in the pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo trae consigo cambios fisiológicos y hormonales sumamente complejos, cambios que predisponen a la paciente a una salud mental débil y vulnerable, además hay ciertos factores hormonales que dan una puerta de entrada a patologías como la depresión y ansiedad, se estima que la depresión ataca a más de 350 millones de personas en el mundo, entre ellas el mayor porcentaje está en mujeres y más aún en mujeres embarazadas. El comité latinoamericano de perinatología advierte que más del 50% de los embarazos no son planeados, lo que puede llevar a determinar la salud mental de la embarazada.

En Guatemala aún existe un amplio camino por recorrer en este aspecto, ya que en la población prevalecen las enfermedades infectocontagiosas. Además se está viendo un aumento en la incidencia de enfermedades crónicas degenerativas y es allí donde se concentra la mayor parte de la investigación, sin embargo no se puede excluir el aspecto psicológico y mental de la persona.

Está descrito que ciertas condiciones psiquiátricas tales como ansiedad o depresión pueden causar efectos negativos a los fetos en gestación, complicaciones como trabajo de parto prematuro, alteración del monitoreo fetal, alteración del índice de líquido amniótico, macrosomía fetal, ruptura prematura de membranas ovulares, corioamnionitis, restricción del crecimiento intrauterino, distocia del trabajo de parto y parto por cesárea, en Guatemala la población es vulnerable a problemas psiquiátricos el estilo de vida acelerado y complicado desde el punto de vista socioeconómico, predisponen a padecer ansiedad y depresión. La embarazada no está exenta de vivir así y desarrollar dicha enfermedad. Sin embargo no hay estudios de los efectos sobre el feto cuando la mujer está inmersa en cambios físicos, debido una mala salud mental, por lo que este estudio conlleva los siguientes objetivos Determinar que complicaciones prenatales y perinatales se asocian a ansiedad y depresión. Describir los factores sociodemográficos de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión. Determinar que condición sea ansiedad o depresión es más prevalente en la población gestante guatemalteca

Hay que recordar que la madre y el feto tienen una conexión directa tanto física como mentalmente, por lo que cualquier patología que afecte a la madre afectará al feto directa o

indirectamente, es lo que este estudio proyecta los efectos que negativos que tienen la ansiedad y depresión en la salud materno infantil.

Además se presenta la objetividad de un estudio complementario, llevado a cabo por la necesidad de comprender que es lo que piensan las mujeres embarazadas con síndrome de ansiedad o depresión durante su embarazo, esto explica las dificultades para realizar este estudio en una población predominantemente rural sin embargo no indígena. Se presenta un análisis con el fin de dar a conocer la perspectiva de estas pacientes y así poder dar un inicio en el cambio de atención tanto en salud como en otras área para poder brindarle una mejor atención.

MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

Contexto de la embarazada y los trastornos psiquiátricos

Se han realizado estudios en donde se demuestra las mujeres son más propensas que los hombres a la depresión y la ansiedad también se estima que alrededor de 73 millones de mujeres adultas sufren cada año en todo el mundo un episodio de depresión mayor. Esto no excluye a la mujer embarazada, se calcula que aproximadamente un 13% de las mujeres en el año siguiente al parto sufren de trastornos mentales. El suicidio es la séptima causa de muerte entre las mujeres de 20 a 59 años ¹

En 2006 se reporta que la tasa de fecundidad es de 3.6 hijos por mujer y continua siendo la tasa más alta de América Central y una de las más altas de Latinoamérica.² La edad promedio de inicio de la vida sexual es de 19 años además se reportan una razón de mortalidad materna de más de 130 por 100,000 nacidos vivos. El perfil corresponde a mujeres indígenas, con escasa educación, múltiparas y que parieron en sus hogares.²

Estas cifras son alarmantes, y los factores que la predisponen son muchos, entre ellos los trastornos mentales que corresponden a más del 25% en la población de 18 a 65 años de edad, los trastornos de ansiedad son los más comunes (20%), la población más afectada son las mujeres que se estima que es el 58% de esta población, en Guatemala no se tienen legislaciones para el correcto tratamiento de estas enfermedades.

Ansiedad en el embarazo

Los trastornos de ansiedad incluyen el trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastorno de ansiedad social y fobias específicas. Los trastornos de depresión están documentados como factores de riesgo para malos resultados obstétricos. Se ha reportado que la mujer es más vulnerable durante el puerperio. En un estudio se demostró que el 17% de las mujeres con ansiedad están más propensas a padecer de trastornos asociados como depresión y esquizofrenia. ^{2, 3, 4,5}

Depresión en el embarazo

Las mujeres son 1.7 veces más propensas a desarrollar depresión que los hombres, y esto aumenta en la edad reproductiva. Alrededor del 14% de mujeres experimentan episodios de depresión mayor durante el embarazo. También se reporta un estudio en donde se demuestra que

el 50% de las mujeres en el segundo y tercer trimestre tenían sintomatología depresiva. El trastorno es más común en el primer trimestre esto varía en distintos países ya que afectan tantos factores físicos, fisiológicos y sociodemográficos.^{6,7}

Etiopatogenia de depresión en el embarazo

Los factores que afectan a la mujer para desarrollar depresión son prácticamente un evento anterior de depresión, estrés en la vida cotidiana y la falta de apoyo social en el puerperio.

La estructura y función de las diversas regiones corticales como la corteza pre frontal, el giro cingulado anterior, y otras áreas del sistema límbico en general, están implicados en la etiología del trastorno depresivo mayor.⁸

Existe evidencia de los estudios de correlación, familiar y genético que puede haber un subgrupo de mujeres que son únicamente en el riesgo de trastorno depresivo mayor unipolar en el embarazo o el aumento de los riesgos biológicos siguen siendo mal caracterizado, pero puede estar relacionado con cambios bruscos de los esteroides sexuales y los niveles de monoaminas, insuficiencia post-natal para lograr una óptima regulación de la hormona tiroidea, la respuesta inmune, y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal son contribuyentes adicionales a los trastornos del ánimo unipolares.⁵

Las hormonas sexuales femeninas actúan en unos muchos neurotransmisores y estudios han demostrado que un suplemento estrogénico en el puerperio ralentiza el proceso de desarrollo de depresión.

El sistema de neurotransmisores implicados son los sistemas de la monoaminoxidasa MAO-A Y MAO-B, serotonina, norepinefrina y se han estudiado en poblaciones perinatales en donde se demuestra que un descenso en el periodo puerperal de estrógenos se correlaciona con un descenso de la MAO. La actividad del transportador de serotonina es mayor en el puerperio, con lo que baja la serotonina sináptica y por ende favorece el apareamiento de síntomas depresivos.

Las mujeres embarazadas tienen un mecanismo de retroalimentación mediante el cual el cortisol, hormona liberadora de corticotropina (CRH) y autorreceptores adrenocorticotropina (ACTH) y tiende disminuir la producción de la hormona en el hipotálamo, la pituitaria anterior y la corteza suprarrenal. En el embarazo, la placenta produce de forma independiente una serie de hormonas (por ejemplo, CRH, ACTH y cortisol) que están regulados como retroalimentación negativa, lo que conduce a la baja regulación de los autorreceptores en el hipotálamo y la pituitaria anterior. Este proceso de los receptores de baja regulación y la transición a un estado hormonal de no

embarazo ha planteado la hipótesis de algunos de constituir un período de vulnerabilidad para los trastornos del humor. En general el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal es consistente con el trabajo que ejercen niveles elevados de CRH a las 25 semanas de edad gestacional y la respuesta aumentada de cortisol al estrés en las mujeres embarazadas que van a expresar los síntomas depresivos post-parto.^{3, 5,6}

Otro sistema que también tiene que ver en la depresión es el nacimiento que estimula una respuesta inflamatoria en donde la interleucina-1 β , una potente citoquina pro-inflamatoria liberada de las células blancas de la sangre, se eleva en el primer mes posparto. En un estudio de corte transversal, el suero de interferón- γ o IL-10 y los niveles de cortisol se midieron en mujeres después del parto, y fueron más bajos en los que tenían síntomas de depresión, lo que sugiere un déficit en el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.³

Una relación entre las anormalidades en la función tiroidea y los trastornos del estado de ánimo está bien establecida. El eje de la tiroides también se ve afectada por el embarazo a través de los efectos de la hormona gonadotropina coriónica en la glándula tiroides y puede constituir un área de vulnerabilidad biológica de la depresión en el embarazo o después del parto. Los índices de la tiroides han incluido las elevaciones de la hormona estimulante del tiroides (TSH) que indican el hipotiroidismo y la elevación de T4 libre que serían consistentes con hipertiroidismo subclínico.⁹ En algunos estudios se observa que las mujeres embarazadas con trastorno depresivo mayor tenían niveles más bajos de melatonina y las mujeres después del parto con trastorno depresivo mayor tenían mayores niveles de melatonina en comparación con los no deprimidos²

Identificación de depresión en el embarazo

Un episodio de depresión mayor se define con al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo, pérdida de placer o interés en actividades cotidianas. Según los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría requiere que la paciente haya experimentado 5 de los nueve síntomas en los últimos 2 años.

1. Baja de estado de ánimo casi siempre durante todo el día, casi todos los días.
2. Disminución de interés o placer en las mismas actividades.
3. Disminución o aumento de apetito
4. Dormir mucho o dificultad para dormir

5. Agitación psicomotriz o retraso
6. Pérdida de energía o fatiga
7. Dificultad para concentrarse o pensar.
8. Sentirse inútil o excesivamente culpable
9. Intentando, específicamente la planificación, o pensando en el suicidio, o tener pensamientos recurrentes a la muerte.

La depresión identificada en el primer año posparto se considera la depresión posparto. Los médicos y los pacientes suelen atribuir deshonestamente los síntomas de depresión, como insomnio, falta de energía, y los cambios en el apetito y peso, a los cambios esperados en el embarazo. Triste, desanimado, desesperado, impotente o son síntomas de un trastorno del estado de ánimo, y pensando en el suicidio no es normal. Las mujeres se sienten culpables por estar deprimidas durante el embarazo, por lo que muchos sufren en silencio. Cuando una mujer se queja, ella debe ser evaluada.³

La depresión materna y resultados reproductivos adversos

Los síntomas depresivos y la exposición de los antidepresivos se asocian con cambios en el crecimiento fetal y gestaciones más cortas, pero la mayoría de los estudios que evaluaron los riesgos de los antidepresivos eran incapaces de controlar los posibles efectos de un trastorno depresivo.

El aborto espontáneo, sobre todo al principio, son datos difíciles de obtener debido a la recolección de datos prospectiva debe comenzar con el embarazo, por lo general después de la gestación de 6 semanas, sólo se produce en alrededor del 8% de las mujeres y los grandes tamaños de muestra son necesarios para evaluar las diferencias entre las exposiciones asociadas con este resultado. En consecuencia, hay una escasez de información sobre la depresión y la pérdida espontánea del embarazo.

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) se manifiesta como la entrega de bajo peso al nacer (BPN), nacido <2.500 g, o pequeños para la edad gestacional (PEG), por lo general el peso al nacer <10% de los recién nacidos con peso ajustado por edad. Los síntomas depresivos en la madre se han relacionado con un mayor riesgo de parto de un bebé bajo peso al nacer. Sin

embargo tampoco se tienen estudios que relacione directamente el estado depresivo de la madre con RCIU.¹¹

Con respecto a parto pretérmino se han encontrado estudios que indican una asociación entre síntomas depresivos o de un trastorno depresivo y gestaciones más cortas, incluyendo el parto prematuro, aunque los resultados no son consistentes. Las mismas limitaciones discutidas anteriormente se aplican a los resultados de la edad gestacional y el parto prematuro, y por lo tanto, los datos disponibles no apoyan ni refutan una relación entre trastorno depresivo mayor y los resultados de estas.⁵

No hay estudios en la literatura que la depresión materna relación a las anomalías congénitas en sus hijos. Sin embargo, los neonatos nacidos de madres con un trastorno depresivo tienen un mayor riesgo de irritabilidad, menor actividad y la atención, y menos las expresiones faciales en comparación con los hijos nacidos de madres sin depresión. Esto sugiere que los factores perinatales ya sea genéticos y / o tienen un impacto sobre la conducta infantil.

MATERIALES Y MÉTODOS

Descripción y delimitación en tiempo y espacio

Se realizó en el Hospital Nacional de Salamá, Baja Verapaz durante los meses de enero a noviembre de 2015.

Período de la investigación

Junio 2015 a Marzo de 2016

Tipo de investigación

Cohorte

Técnicas e instrumentos

Se procedió a recopilar datos por medio de instrumento de recolección de variables

Muestreo

Se realizó un muestreo aleatorio simple de pacientes embarazadas que asisten a consulta externa del Hospital Nacional de Salamá, Baja Verapaz, con diagnóstico de ansiedad o depresión. Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó el programa estadístico Epi-Dat 3.1, recomendado por la Organización Panamericana de la Salud, obteniendo:

Riesgo en Expuestos	11.6%
Riesgo en no Expuestos	1.5%
Razón no expuestos/expuestos	1 : 1
Nivel de Confianza	95%
Potencia	40%

Tamaño de Muestra	
Expuestos	No Expuestos
36	36

Selección de los sujetos de estudio

Para la selección de los sujetos de estudio se incluyó a las pacientes embarazadas que asisten al Hospital Nacional de Salamá, Baja Verapaz en consulta externa entre los periodos de mayo a octubre de 2015 y que cumplen con los criterios de inclusión. La selección se hizo por medio de muestreo probabilístico aleatorizado

Criterios de inclusión

Paciente femenina en el primer trimestre de embarazo. Edad entre 25 y 35 años. Que tengan o no depresión o ansiedad.

Control prenatal adecuado en el Hospital Nacional de Salamá, Baja Verapaz

Criterios de exclusión

Pacientes cuyo control prenatal sea inadecuado e inconsistente.

Pacientes con enfermedades concomitantes al inicio del embarazo, entiéndase hipertensión arterial, diabetes mellitus de cualquier tipo. Infecciones urinarias recurrentes más de 3 episodios. Pacientes con historia de abortos previos.

Pacientes con enfermedades autoinmunes.

Definición de Cohorte expuesta

Pacientes con ansiedad o depresión, que desarrollen o no complicaciones perinatales o

prenatales, que se encuentren entre las edades de 25 y 35 años además de no tener historia de enfermedades concomitantes al inicio del embarazo, historia de abortos previos o enfermedades autoinmunes.

Definición de Cohorte no expuesta

Pacientes sin diagnóstico de ansiedad o depresión, que desarrollen o no complicaciones perinatales o prenatales, que se encuentren entre las edades de 25 y 35 años además de no tener historia de enfermedades concomitantes al inicio del embarazo, historia de abortos previos o enfermedades autoinmunes.

Tabla No. 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Tipo de Variable	Criterios de Clasificación
Depresión	Perdida de interés o placer en actividades cotidianas.	Cualitativa Nominal Independiente	Estado Depresivo Normal
Ansiedad	Respuesta emocional de aspecto subjetivo o cognitivo, en donde hay activación del sistema periférico y respuesta adrenal elevada.	Cualitativa Nominal Independiente	Trastorno de ansiedad Normal
Tipo de Parto	Se refiere a la técnica utilizada para la resolución de embarazo. ⁽¹⁾	Cualitativa Nominal Dependiente	Eutócico Simple (PES) Cesárea (CSTP)
Edad Gestacional de Resolución	Se refiere a la edad en semanas que tiene el feto al momento de la finalización del embarazo. ⁽⁴⁾	Cuantitativa Razón Discreta Dependiente	Edad de Resolución del Embarazo en Semanas
Macrosomía fetal	Se define como recién nacido con peso mayor a 4000 gramos de peso al nacer. Sin tomar en cuenta la edad gestacional.	Cualitativa Nominal Dependiente	Macrosómico Adecuado
Alteración de monitoreo fetal	Se define a toda alteración en el patrón gráfico del monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal, según características definidas.	Cualitativa Nominal Dependiente	SI NO

Ruptura Prematura de Membranas (RPMO)	Ruptura espontánea de las membranas ovulares antes de que inicie el trabajo de parto.	Cualitativa Nominal Dependiente	SI NO
Polihidramnios	Es el aumento excesivo de líquido amniótico o como un índice de líquido amniótico (ILA) mayor a 25 centímetros.	Cualitativa Nominal Dependiente	Si NO
Distocia del parto	Parto que se desvía de las condiciones fisiológicas establecidas y que supone un parto complicado.	Cualitativa Nominal Dependiente	SI NO
Edad	Tiempo que transcurre desde el nacimiento a un tiempo definido	Cuantitativa Razón Interviniente	Edad en Años
Ocupación	Se refiere al parámetro que caracteriza el oficio que desempeña una persona en su vida cotidiana.	Cualitativa Nominal Interviniente	Ama de Casa Operarias Ejecutivas Estudiantes
Etnia	Comunidad humana definida por características, socioculturales y políticas.	Cualitativa Nominal Interviniente	Ladina Indígena
Alfabetismo	Se refiere a la persona que sabe leer y escribir sin tomar en cuenta grado de escolaridad.	Cualitativa Nominal Interviniente	Alfabeta Analfabeto
Paridad	Cantidad de partos que la paciente ha experimentado durante su vida fértil, incluyendo el último parto.	Cuantitativa Razón Interviniente	Número de hijos

Procedimiento para recolección de datos

Luego de tener el total de pacientes en cuanto a los criterios de inclusión y exclusión se procedió a dar seguimiento según control de la institución por medio de los expedientes clínicos.

Instrumento de recolección de datos

Se utilizó un formulario que consta de tres partes, siendo la primera destinada a los datos generales y recolección de las variables definidas como factores de riesgo; segundo se destinó esta sección a la recolección de los datos respecto a las complicaciones que se presentaron en cada paciente.

Procesamiento de datos

Se procedió a crear una base de datos en Microsoft Office Excel®, que posteriormente se exportó al programa de análisis epidemiológico Epi-Dat®, recomendado por la Xunta de Galicia y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para calcular chi cuadrado (X^2) y Riesgo Relativo (RR), determinando además el intervalo de confianza IC.

Aspectos éticos de la investigación

En el estudio no se utilizaron métodos que involucre la participación de los sujetos de estudio en persona física, se manejó la información con la mayor confidencialidad posible, no se utilizará el nombre de la paciente. Sin embargo se dió un consentimiento informado para que haya autorización de adquirir información de paciente. Según la clasificación el estudio se encuentra en la Categoría I de riesgo, en donde no se involucran los sujetos de estudio en personas físicas, por lo que no supone riesgo.

Enfoque Cualitativo

Se indagó sobre la forma de vida de las pacientes gestantes con ansiedad o depresión, se realizó una entrevista a 3 pacientes distintas con ansiedad o depresión, obteniendo respuestas subjetivas, posteriormente se realizó un análisis de esas respuestas buscando similitud de respuestas para después construir perspectivas de las pacientes.

RESULTADOS

En este estudio se logró establecer los principales aspectos demográficos de la población de estudio, las cuales se presentan en la tabla a continuación.

Tabla No. 2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Característica	Con Trastorno De Ansiedad o Depresión	Sin Trastorno De Ansiedad o Depresión
Edad media [SD] 28.3 [3.3]	28.8 [3.5]	27.7 [2.97]
Estado Civil, n (%)		
Casada	27 (75%)	18 (50%)
Soltera	4 (11%)	13 (36.1%)
Unida	5 (13.9%)	5 (13.9%)
Profesión u Oficio, n (%)		
Ama de Casa	27 (75%)	24 (66.6%)
Agente de Banco	1 (2.78%)	-
Agricultura	-	1 (2.78%)
Cajera	1 (2.78%)	-
Estudiante	-	1 (2.78%)
Comerciante	1 (2.78%)	4 (11.1%)
Maestra	2 (5.56%)	3 (8.33%)
Recepcionista	2 (5.56%)	1 (2.78%)
Secretaria	2 (5.56%)	2 (5.56%)
Etnia n (%)		
Ladina	29 (80.6%)	26 (72.2%)
Indígena	7 (19.4%)	10 (27.8%)

Religión n (%)		
Católica	19 (52.8%)	22 (61.1%)
Evangélica	15 (41.7%)	12 (33.3%)
Cristiana	2 (5.6%)	2 (5.6%)
Escolaridad n (%)		
Alfabeta	28 (77.8%)	33 (91.7%)
Analfabeta	8 (22.2%)	3 (8.3%)
Área de Residencia		
Urbana	11 (30.6%)	11 (30.6%)
Rural	25 (69.4)	25 (69.4)
Paridad media [SD] 3.1 [0.9]	3.1 [0.8]	3 [1]
Prevalencia n (%)		
Ansiedad	24 (67%)	--
Depresión	12 (33%)	--

Fuente: Datos obtenidos del proyecto de investigación “Efectos de la ansiedad y depresión en la salud materno infantil” 2015

Se observa que la media de edad esta en 28.3 años para los 2 grupos, para pacientes con ansiedad y depresión esta en 28.8 y para pacientes sin trastornos de ansiedad o depresión esta en 27.7 años. El 27% de las mujeres con ansiedad y depresión son casadas y en pacientes sanas 18% es casada. En su gran mayoría son amas de casa 75% en las mujeres con algún trastorno mental y 50% para las pacientes sanas, más del 70% son ladinas en ambos grupos y más del 50% viven en el área rural. El 77% de la población con ansiedad o depresión es alfabeta al igual que más del 90% de la población sana. La paridad para los 2 grupos tiene una media de 3 hijos por mujer.

Se tienen 72 pacientes 36 con ansiedad o depresión de las cuales el 67% presenta ansiedad y el 33% depresión, se estudiaron las complicaciones más frecuentes durante el embarazo y estas se asociaron con los síndromes de ansiedad o depresión, encontrando los siguientes resultados.

Tabla No. 3 COMPLICACIONES PRE Y PERINATALES ASOCIADAS A ANSIEDAD O DEPRESIÓN

	Expuesto n = 36	No Expuesto n = 36	Prevalencia (%) (Ansiedad o Depresión)	RR	IC = 95%	p	X²
CSTP	13	9	36	1.4	0.7 – 2.9	0.6	0.44
Distocia	4	1	11	4	0.5 – 34.1	0.35	0.86
Aborto	2	3	5.5	0.7	0.12 – 3.76	1	0
Corioamnionitis	2	1	5.5	2	0.2 – 21.1	1	0
Prematurez	7	7	19	1	0.4 – 2.6	0.8	0.09
Macrosomía	6	0	17	13	0.8 – 222.5	0.04	3.9
Alteración de Monitoreo Fetal	4	1	11	4	0.5 – 34.1	0.35	0.86
Óbito	1	1	2.8	1	0.06 – 15.4	0.47	0.51
RPMO	2	4	5.5	0.5	0.097 – 2.56	0.67	0.18

Alteración ILA	5	5	13.9	1	0.32 – 3.1	0.73	0.12
RCIU	5	2	13.9	2.5	0.52 – 12.06	0.43	0.63

Fuente: Datos obtenidos del proyecto de investigación “Efectos de la ansiedad y depresión en la salud materno infantil” 2015

Se evidencia que las complicaciones pre y perinatales que presentan las mujeres embarazadas con ansiedad o depresión son operación cesárea para la resolución de parto con RR 1.4 (0.7-2.9) con un x2 de 0.44, distocia del parto con 4 (0.5-34.1) y x2 de 0.86, corioamnionitis con RR de 2 (0.2-21.1) y x2 de 0, macrosomía fetal con RR de 13 (0.8-222.5) y X2 de 3.9 y alteración del monitoreo fetal con RR de 4 (0.5-34.1) y x2 de 0.86, ninguno de ellos presenta fuerza de asociación aceptable para concluir que la ansiedad o depresión tienen relación directa con el aumento de probabilidad de padecer estas complicaciones.

Tabla No. 4 MATRIZ DE RESULTADOS

Objetivo Específico	Resultado Esperado	Resultado Obtenido
Determinar que complicaciones prenatales y perinatales se asocian a ansiedad o depresión	Aumento del riesgo de desarrollar alteraciones pre perinatales tales como, operación cesárea, restricción del crecimiento intra uterino, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, alteración del monitoreo fetal, prematurez y abortos, en pacientes gestantes con ansiedad y depresión.	Se encontró un mayor probabilidad de riesgo de padecer restricción del crecimiento intrauterino, alteración de monitoreo fetal, macrosomía fetal y distocia del parto.
Describir los factores sociodemográficos de pacientes con trastorno de ansiedad o depresión	Se esperaba encontrar a una población así: Mayoritariamente indígena Casadas o Unidas Cristianas Amas de Casa Alfabetas (escolaridad baja) Viven en el área rural	Se encontró una población con una media de edad de 28 años, casadas en su mayoría, ladinas, amas de casa, cristianas en 100% con tendencia a la religión católica y con una media de número de hijos de 3 por persona.
Determinar que condición sea ansiedad o depresión es más prevalente en la población gestante guatemalteca.	Se espera que la condición más prevalente sean los trastornos de ansiedad.	El 67% de la cohorte expuesta presenta Trastorno de Ansiedad de cualquier tipo.

ENFOQUE CUALITATIVO

TABLA NO. 5 Entrevistas a pacientes

PACIENTE	RESPUESTA A LA ENTREVISTA
<p>62. Aracely Sical</p> <p>Laju</p> <p>35 años</p> <p>Casada</p> <p>Indígena</p> <p>Vive en El Tempisque con sus suegros, cuñados, esposo e hijos</p> <p>Ama de Casa</p> <p>Estudió la primaria completa</p> <p>Tiene 4 hijos</p>	<p>¿Cómo se ha sentido el día de hoy? Fíjese que me siento muy desesperada porque ya estado mucho tiempo esperando y también tengo problemas porque me dejaron que viniera sin comer y ya son las 12.</p> <p>¿Ha sentido ganas de llorar por tristeza o alegría? A si viera que me he sentido con ganas de chillar cuando mi esposo me regaña porque he hecho algunas cosas malas. Pero de allí nomas cuando me siento triste.</p> <p>¿Está durmiendo bien, no le ha afectado el sueño el embarazo, cuantas horas duerme al día? Yo me duermo a las 8 de la noche ya estoy dormida y me despierto a las 4 de la mañana cuando el se va al terreno.</p> <p>¿Se siente fatigada o cansada al final del día? Cuando tengo muchas cosas que hacer en el día si me siento muy cansada, y se me hinchan los pies mucho pero a veces descanso en la tarde después de almuerzo.</p> <p>¿Se siente aturdida o se siente con mucho nerviosismo? Pues fíjese que nerviosa siempre he estado, más porque tengo 3 niños más y este es el último, ya no quiero tener más hijos porque no nos alcanza</p> <p>¿Se preocupa mucho por lo que va a pasar más adelante en su vida? Uno tiene que preocuparse porque si no quien, el gobierno no nos mantiene y también mi esposo no le alcanza, entonces me preocupo por lo que pasara en el futuro de mis hijos, el mayor ya trabaja y a veces ayuda en la casa. Más me preocupa que ellos no tengan que comer porque si no aquí dicen que están desnutridos y que no les damos de comer bien pero es porque no nos alcanza.</p> <p>¿Le cuesta tomar decisiones? Principalmente decide el que hacer en la casa, pero si como usted dice en comprar cosas para comer y ir al mercado y me soy yo la que manda</p> <p>¿Le gusta la forma en que está viviendo? Pues como en todas las familias hay dificultades pero somos felices porque hay amor en la casa.</p> <p>¿Cómo es la vida en su casa, cómo se siente generalmente cuando está en casa? Contenta porque aunque sea una casita de lámina o lo que sea, tenemos techo donde dormir, y mis hijos están allí y tengo que luchar por ellos. Mi esposo trabaja de agricultor, el sale todos los días al campo, trae la comida a la casa, generalmente es tranquilo, pero toma a veces.</p> <p>¿Se enoja con mucha facilidad, que cosas le enojan más? Pues yo no soy enojada, lo que más me enoja es que cuando el sale del campo no venga temprano o que tome mucho a veces toma y llega a las casa enojado, él es el que más enojado. Y de allí cuando mis hijos no me hacen caso eso me enoja.</p> <p>En general ¿Cómo ha sido su embarazo hasta el momento? Pues muy bueno y feliz de que voy a tener a mi bebe, mi mamá me va a ayudar a cuidarlo, porque me van a hacer operación para no tener familia entonces no voy a poder cuidarlo después de eso, pero estoy contenta.</p>

<p>67. Aura María</p> <p>Ixiopal Asctun</p> <p>26 años</p> <p>Casada</p> <p>Indígena</p> <p>Vive en Chilascó</p> <p>con su esposo e hijos</p> <p>Agente de Banco</p> <p>Estudió</p> <p>Diversificado</p> <p>Tiene 3 hijos</p>	<p>¿Cómo se ha sentido el día de hoy? Estoy feliz de poder estar aquí y que me atiendan los doctores. Y también he estado nerviosa porque ya quedan pocos meses para componerme.</p> <p>¿Ha sentido ganas de llorar por tristeza o alegría? No, no me he sentido triste, solo cuando me hacen algo que me cause mucha tristeza de lo contrario no lloro.</p> <p>¿Está durmiendo bien, no le ha afectado el sueño el embarazo, cuantas horas duerme al día? Eso si no, me cuesta mucho dormirme más porque tengo que dormir boca arriba y yo antes dormía boca abajo.</p> <p>¿Se siente fatigada o cansada al final del día? Si y mucho, cuando llego a mi casa del trabajo, porque yo trabajo en el banco, me siento muy cansada y siento que los pies se me hinchan mucho, por eso mi mama me da té de manzanilla y se me calma un poco.</p> <p>¿Se siente aturdida o se siente con mucho nerviosismo? Solo en el trabajo cuando llegan muchas personas, pero nerviosa por saber que mi bebé este bien, porque eso es lo más importante para mí.</p> <p>¿Se preocupa mucho por lo que va a pasar más adelante en su vida? La verdad trato de vivir un día a la vez no me preocupo mucho del futuro porque no sé qué pasara en el futuro y preocuparme no me lleva a mayor avance...</p> <p>¿Le cuesta tomar decisiones? No, considero que se tomar buenas decisiones, sin embargo a veces si se me dificulta cuando tengo que tomar decisiones importantes como lo de mi bebé o mi carrera universitaria.</p> <p>¿Le gusta la forma en que está viviendo? Si me gustaría que hubiera sido diferente al momento de tener a mi bebé, es decir cuando quede embarazada hubiera querido que fuera en otro momento porque me atraso en muchos otros planes.</p> <p>¿Cómo es la vida en su casa, cómo se siente generalmente cuando está en casa? Me siento muy bien ya que puedo hacer muchas cosas como organizar mis cosas. No me dan ánimos de estar en la casa a veces, eso sí tengo que estar a la hora del almuerzo porque si no llega mi esposo y se enoja si no hay comida en la mesa, dice que para eso él trabaja, pero como no alcanza tengo que trabajar yo también, me dedico a vender cosas por catálogo en el banco y en diferentes casa.</p> <p>¿Se enoja con mucha facilidad, que cosas le enojan más? La verdad no, no me enoja mucho, pero si algo me enoja es cuando mi esposo toma, porque él se enoja cuando toma y es muy celoso, a la mañana siguiente es bien incomodo después de que ya pelio con migo.</p> <p>En general ¿Cómo ha sido su embarazo hasta el momento? Me siento emocionada y espero con ansias que este bebé llegue, siento que cambiara mi vida.</p>
--	--

<p>6. Cándida Toj</p> <p>Bolvito</p> <p>27 años</p> <p>Casada</p> <p>Indígena</p> <p>Vive en Las Limas</p> <p>con su padres,</p> <p>esposo e hijos</p> <p>Ama de Casa</p> <p>Estudió primaria</p> <p>completa</p> <p>Tiene 2 hijos</p>	<p>¿Cómo se ha sentido el día de hoy? Bien, no me han pasado y me hicieron exámenes y no me dicen si tengo algo malo.</p> <p>¿Ha sentido ganas de llorar por tristeza o alegría? Cuando estoy triste si me pongo a llorar pero se me pasa rápido.</p> <p>¿Está durmiendo bien, no le ha afectado el sueño el embarazo, cuantas horas duerme al día? No me cuesta mucho dormir, duermo como 8 horas desde las 10 de la noche.</p> <p>¿Se siente fatigada o cansada al final del día? No, me siento bien, a veces me duelen los pies pero el doctor dice que es normal.</p> <p>¿Se siente aturdida o se siente con mucho nerviosismo? Solo cuando tengo dolor me preocupo por el bebé.</p> <p>¿Se preocupa mucho por lo que va a pasar más adelante en su vida? No sé cómo así.....Cuando algo está saliendo mal si me preocupa de lo contrario no.</p> <p>¿Le cuesta tomar decisiones? Yo sé que hacer en la casa y no me dicen que hacer, porque mi mamá me enseño muchas cosas que yo se ahorita.</p> <p>¿Le gusta la forma en que está viviendo? No es muy difícil porque ya tengo 2 niños más y este es el tercero, cuesta más.</p> <p>¿Cómo es la vida en su casa, cómo se siente generalmente cuando está en casa? Tengo que hacer el oficio de la casa, cocinar y lavar, eso es lo que tengo que hacer para ser una buena esposa y mamá.</p> <p>¿Se enoja con mucha facilidad, que cosas le enojan más? Yo no soy enojada, trato de llevarme bien con todos.</p> <p>En general ¿Cómo ha sido su embarazo hasta el momento? Ha sido bueno, no me han dado muchas enfermedades.</p>
--	---

Fuente: Datos obtenidos del proyecto de investigación “Efectos de la ansiedad y depresión en la salud materno infantil” 2015

IMPACTO ESPERADO

La población gestante en las zona rurales de Guatemala esta predispuesta por una mística marcada por su pasado, por los paradigmas que se han creado a través del tiempo los cuales son muy difíciles de romper, el impacto que tiene este trabajo es el de concientizar a la población facultativa que tiene contacto con pacientes gestantes en Guatemala a indagar sobre su vida para conocer el trasfondo que tuvo este proyecto ya que presento muchas dificultades, entre ellas difícil seguimiento a las pacientes, anuencia a participar, desconfianza, por lo que se encuentra un anexo al mismo, de tipo cualitativo en donde se trató de indagar más sobre el aspecto personal y la perspectiva que tiene la paciente embarazada con un trastorno de ansiedad o depresión.

El impacto de este trabajo radica en crear conciencia, social, profesional y personal ante el embarazo de la mujer guatemalteca.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Guatemala presenta una tasa de fecundidad de 3.6 hijos por mujer, en general mujeres jóvenes del área rural, en una situación socioeconómica muchas veces desfavorable. Las mujeres embarazadas son un grupo vulnerable a muchos aspectos, entre ellos los propios ya del embarazo a padecer de alguna enfermedad derivada del mismo u otras adquiridas en el proceso o previo, tal es el caso de este estudio de cohorte en donde se analizaron a 72 pacientes 36 de ellas pacientes sanas (grupo no expuesto) y 36 con síndrome de ansiedad o depresión (grupo expuesto).

Se hizo una caracterización sociodemográfica para establecer el grupo de personas con las que se estaba trabajando en donde se encontró una media de edad de 28.3 años, la mayoría casada en el grupo expuesto con 75% y en el grupo no expuesto 50% casadas y 36% solteras, son mujeres que no trabajan o no ejercen su profesión ya que el 75% del grupo expuesto es ama de casa al igual que el 67% del grupo no expuesto. En un área predominantemente rural más del 70% de ambos grupos son de etnia ladina, el 100% de las participantes son cristianas, de diferentes religiones. Su nivel académico fue determinado si es alfabeta que es en su mayoría el 77% en el grupo expuesto y más del 90% en el grupo no expuesto, sin embargo en ambos grupos se obtuvo que la mayoría no han concluido estudios de secundaria. El 69.4% en ambos grupos viven en el área rural y con una media de paridad de 3 hijos por mujer lo cual no dista de las estadísticas nacionales.

Se evidencia que las pacientes en estudio son la mayoría ladinas sin embargo residen en el área rural del departamento, por lo que se ve que muchas ya no se consideran parte de un grupo maya en particular, esto por diversos motivos. Prevalece la tendencia de que la mujer se queda en casa y el hombre es el que trabaja, no se puede concluir que es machismo, muchas veces esto está condicionado a raíces propias de la cultura maya aunque no se consideren del grupo pero conservan costumbres y actitudes que predisponen el comportamiento social.

En cuanto al análisis propiamente de la relación que tiene el trastorno de ansiedad o depresión y los efectos negativos que tienen a la salud materno infantil se evidencia que operación cesárea

para resolución del embarazo es más prevalente en pacientes expuestas sin embargo no se evidencia un riesgo relativo estadísticamente significativo con un RR de 1.4 (0.7-2.9) y x^2 0.44.

En distocia del parto se evidencia un RR de 4 (0.5-34.1) con un x^2 de 0.86, existen muchos otros factores que pueden desencadenar una distocia del canal de parto, en pacientes del grupo expuestos es más prevalente, sin embargo no se evidencia relación de aumento de riesgo al padecer de depresión o ansiedad, condiciones como estrechez del canal de parto y circular de cordón umbilical en el cuello del bebé son las condiciones más frecuentes que desencadenan una distocia en el canal de parto.

El aborto en grupo de expuestos estuvo menos presente que el grupo no expuesto, esta complicación generalmente es multifactorial y en estudios anteriores se ha demostrado que en un 65% de las veces es por disfunción materna o padecimientos subyacentes como enfermedades infecciosas generalmente virales, enfermedades autoinmunes o insuficiencia hormonal.

Corioamnionitis no evidenció relación o aumento de riesgo al padecer ansiedad o depresión, esto al referirse a una infección tiene que haber contacto directo entre el líquido amniótico a algún patógeno, la condición más frecuente es cuando ocurre ruptura prematura de membranas que en el estudio no evidenció tampoco un aumento de la probabilidad de riesgo al tener ansiedad o depresión.

Se dieron igual número de partos prematuros en el grupo de expuestos y no expuestos, lo cual no supone que tiene el mismo riesgo una paciente con ansiedad y depresión que una paciente sana, en estudios de ginecología y obstetricia describen que el parto prematuro está estrechamente relacionado con infecciones del tracto urinario, además de condiciones genéticas o uso de sustancias perjudiciales para la salud del bebé.

Se presentó macrosomía fetal sólo en el grupo de pacientes expuestas, por lo que no es posible una comparación estadística que denote fuerza de asociación o aumento de probabilidad de riesgo de presentar macrosomía en pacientes con ansiedad y depresión, la patología más

frecuentemente asociada a la macrosomía fetal es la diabetes mellitus gestacional, lo cual también se asocia a alteraciones del nivel de líquido amniótico.

Se presentó igual cantidad de óbitos fetales en pacientes expuestas y no expuestas lo que supone que el riesgo es el mismo en ambos grupos, además esta patología es multifactorial.

Se observó un aumento de la prevalencia en la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) en el grupo de pacientes expuestas, se tiene un riesgo relativo de 2.5 (0.52-12.06) con x^2 0.63, lo que no supone una fuerza de asociación lo suficientemente significativa para concluir que el padecer de ansiedad y depresión se asocia a RCIU.

En el presente proyecto se presentaron muchas vicisitudes lo cual llevó a varias interrogantes, sobre la forma de comportarse las pacientes del grupo de cohorte expuesta, por lo que se indagó un poco más acerca de la vida de 3 pacientes de este grupo, lo cual llevó al siguiente análisis.

En el contexto del difícil acceso a la información, debido a que las pacientes en Salamá desertaban del estudio, viven muy lejos y no tienen seguimiento más que en los puestos de salud se incluyó en el estudio un análisis de la perspectiva de vida de las pacientes con trastornos de ansiedad o depresión, se entrevistó a 2 pacientes de etnia indígena multigestantes, y una ladina también multigesta, las 3 casadas, alfabetas aunque no pasan de terminar la primaria, viven en el área rural del departamento de Baja Verapaz, en el municipio de Salamá. Según el test de Hamilton para ansiedad y depresión, las 3 dieron positivo para cualquiera de los dos trastornos, sin embargo se evidencian hallazgos interesantes en la entrevista que se les realizó.

Se sabe que la gran mayoría de la población guatemalteca es de etnia indígena más del 60% de ellos viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema y se encuentran situados en el interior del país, específicamente en el área rural. La población al igual que en otros países está expuesta a trastornos psiquiátricos, las mujeres en particular con un 20% más de probabilidad de padecerlo en comparación con hombres, se estima que 73 millones de mujeres adultas sufren cada año de un episodio de depresión mayor, en mujeres embarazadas el 13% sufren de trastornos mentales al año de parir.

Los trastornos mentales afectan a la mujer gestante guatemalteca de manera diferente que en otros países, en el área rural las condiciones de vida son diferentes y los predisponentes y manifestaciones de estos trastornos se dan de una manera diferente a la descrita en la literatura internacional. La exposición a situaciones como violencia intrafamiliar, pobreza, desnutrición, patriarcado en el ámbito familiar, hacinamiento, difícil acceso a los diferentes servicios hace que la población en el área rural esta propensa a sufrir de estos trastornos.

“...Principalmente decide el que hacer en la casa, pero si como usted dice en comprar cosas para comer e ir al mercado soy yo la que manda” (Entrevistada: Sical Lajuj, 2015)

La mayoría de mujeres dentro de la población indígena tienen un promedio de 3 hijos, la tasa de fecundidad general en Guatemala para 2006 es de 3.6 hijos por mujer, esto es un factor importante cuando se analiza el estilo de vida de las pacientes que padecen de ansiedad, generalmente estas pacientes padecen de un trastorno obsesivo compulsivo. El tener un número mayor de hijos demanda, más tiempo, más esfuerzo físico, más tiempo de atención para ellos lo que le da poco tiempo a la paciente para ella misma. Brown describe que el tiempo que la persona dedica en su vida es importante para lograr vivir en armonía con uno mismo, lo que significa que estas pacientes tienen poco tiempo para ellas por lo consiguiente un factor que predispone a trastornos de la psiquis de la persona.

“...es muy difícil vivir así porque ya tengo 2 niños más y este es el tercero, cuesta más” (Entrevistada: Toj Bolvito, 2015)

Las mujeres son 1.7 veces más propensas a desarrollar depresión que los hombres y esto aumenta en la edad reproductiva. 14% de las embarazadas sufren de depresión durante el embarazo, esto se da más durante el primer embarazo, sin embargo en las poblaciones alejadas de la urbe sigue

siendo frecuente después del primer embarazo, se ve una relación con el estilo de vida y con el número de embarazos asociado con el factor económico.

“...Uno tiene que preocuparse porque si no quien, el gobierno no nos mantiene y también mi esposo no le alcanza, entonces me preocupo por lo que pasara en el futuro de mis hijos, el mayor ya trabaja y a veces ayuda en la casa. Más me preocupa que ellos no tengan que comer porque si no aquí dicen que están desnutridos y que no les damos de comer bien pero es porque no nos alcanza.” (Entrevistada: Sical Lajuj, 2015)

Uno de los principales síntomas que se presenta cuando hay un trastorno mental en esta caso principalmente algún tipo de ansiedad es el deterioro del ritmo de sueño, las pacientes suelen quejarse de dormir mal o levantarse cansadas aun cuando duermen durante 8 horas o más, sin embargo esto tiene una explicación fisiológica, en el embarazo el consumo de energía proveniente de las células aumenta, esto exige una ingesta adecuada de alimentos y ciertas condiciones de reposo, en la comunidad indígena según varios estudios realizados muchas veces se vive en condiciones de hacinamiento lo que perjudica que la paciente pueda cuidar de este factor.

“... Vivo con mis suegros, cuñados, mis hijos y mi esposo. Yo me duermo a las 8 de la noche ya estoy dormida y me despierto a las 4 de la mañana cuando él se va al terreno.” (Entrevistada: Sical Lajuj 2015)

“...Si y mucho, cuando llego a mi casa del trabajo, porque yo trabajo en el banco, me siento muy cansada y siento que los pies se me hinchan mucho, por eso mi mama me da té de manzanilla y se me calma un poco. (Entrevistada: Ixicopal Asctun, 2015)

Las mujeres embarazadas en la comunidad indígena viven en condiciones muy diferentes a las que viven las mujeres que radican en la ciudad, adoptan una postura generalmente sumisa y se apegan a las reglas que el esposo pone en el hogar, sin embargo la paciente trata de sobrellevar una vida placentera a pesar de ciertas limitaciones y de ciertos aspectos de la vida cotidiana, actividades como ir al mercado o alistar el desayuno para su esposo en algunos casos la utilizan para recreación, en la comunidad de Salamá, Baja Verapaz las mujeres embarazadas perciben su embarazo de una manera muy tradicional, eso no las excluye de padecer de algún trastorno mental que pueda ser factor de riesgo para complicaciones durante el embarazo.

“...Me siento muy bien ya que puedo hacer muchas cosas como organizar mis cosas. No me dan ánimos de estar en la casa a veces, eso sí tengo que estar a la hora del almuerzo porque si no llega mi esposo y se enoja si no hay comida en la mesa, dice que para eso él trabaja, pero como no alcanza tengo que trabajar yo también, me dedico a vender cosas por catálogo en el banco y en diferentes casa.” (Entrevistada: Ixicopal Asctun)

En cuanto a las complicaciones que suscitaron este trabajo puede concluir que hay diferentes motivos por los cuales fue muy difícil recaudar la muestra, se ve una actitud positiva ante las dificultades que tienen que pasar ellas al momento de estar embarazadas, son múltiples las tareas que realizan, típico de una mujer en Latinoamérica en donde aún prevalece el tradicionalismo de que el hombre trabaja para sufragar los gastos del hogar, mientras la mujer se dedica al cuidado de los que están en casa, sin embargo en desde los últimos 50 años el papel de la mujer ha cambiado en la sociedad, se han empoderado y han cambiado la perspectiva de las actividades que realizan.

“...Me siento emocionada y espero con ansias que este bebé llegue, siento que cambiara mi vida.” (Entrevistada: Ixicopal Asctun, 2015)

Hay que tomar en cuenta que este cambio es más evidente en las regiones urbanas de Latinoamérica, en Guatemala aún prevalece un pequeño desbalance entre las actividades que puede realizar una mujer, es por eso que se llega a la conclusión que lo que dificultó la realización de este estudio fueron las mismas condiciones que dificulta a la paciente tomarse el tiempo para actividades personales, las obligaciones o las actividades que tienen que realizar ya son muchas y no tienen el tiempo y pierden rápidamente el interés, aun cuando es de conocimiento que es para beneficio.

“...Tengo que hacer el oficio de la casa, cocinar y lavar, eso es lo que tengo que hacer para ser una buena esposa y mamá.” (Entrevistada: Toj Bolvito, 2015)

CONCLUSIONES

- En la población gestante del área rural de Salamá, departamento de Baja Verapaz se concluye que no hay relación estadísticamente significativa entre las complicaciones pre y perinatales con los trastornos de ansiedad y depresión.
- Las complicaciones más prevalentes en la población gestante de Salamá, Baja Verapaz son operación cesárea para resolución del embarazo, prematuridad y macrosomía fetal.
- La población gestante del área rural de Guatemala corresponde a mujeres ladinas, alfabetas, casadas, cristianas, con una media de edad de 28 años y una paridad de 3 hijos.
- El trastorno mental más prevalente en la población gestante de Salamá, Baja Verapaz es el de ansiedad con un 67%.
- La población con ansiedad y depresión en el área rural, generalmente no está enterada de que tiene esa condición patológica por lo que lo toman como un concepto normal con el que tratan de vivir día a día, de hecho no le dan la importancia debida ya que no han notado que pueda afectar el bienestar de la paciente o el bebé en camino.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. Washington DC: American Psychiatric Association.
2. Bennett HA, E. A. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systemic review. *Obstetrics and Gynecological Journal*, 103:698-709.
3. Boyd RC, L. H. (2005). Review of screening instrments for postpartum depression. *Arch Women's Ment Health*, 141-153.
4. Chrousos GP, T. D. (1998). Interactions between the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the female reproductive system. *Ann intern Med*, 229-240.
5. Gaynes BN, G. N.-B. (2005). Perinatal Depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep/Technol Asses*, 119:1-8.
6. Judd LL, S. P. (2002). The prevalence, clinical relevance and public health significance of sub-threshold depressions. *Psychiatr Clin North Am*, 685-698.
7. Marchesi C, B. S. (2009). Major and minor depression in pregnancy. *Obstet Cynecol*, 1192-1298.
8. Marcus SM, F. H. (2003). Depressive syntoms amog pregnant women screened in obstetrics settings. *Women's Health*, 4:373-380.
9. Suri. (2007). Effects of antenatal depression and antidepressant treatment on gestational age at birth risk of preterm birth. *Am J psychiatr*, 1206-1213.
10. Y, N. (2004). Psychosocial predictors of successful delivery after unexplained recurrent spontaneous abortions. *Acta Psychiatr Scand*, 440-446.
11. Yim IS, G. L.-S. (2009). Risk of postpartum depressive syntoms with elevated corticotrophin-releasing hormone in human pregnancy. *Arch Gen Psychiatry*, 162-169.

APÉNDICE

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO



“Efecto de la Ansiedad y Depresión en la Salud Materno Infantil”

Investigador: Dr. Melvin Fabricio López Santizo

Hospital Nacional de Salamá, Baja Verapaz

Nombre del Paciente:

Se le hace una cordial invitación a participar en este estudio de investigación médica sin embargo antes de que decide si quiere o no participar se le explicaran las partes que componen este estudio, así mismo se le hace saber que tiene total libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas. Una vez que haya comprendido lo que se realizará en el estudio y si desea participar, se le pedirá que firme esta forma.

1. Justificación del Estudio

- ✚ El estudio se pretende realizar para obtener información acerca del comportamiento y curso del embarazo en pacientes con ansiedad o depresión de cualquier tipo, ya que en Guatemala no hay mucha información al respecto y para resguardar la salud de la madre y bebé se debe estar al tanto de cualquier eventualidad esperada en el embarazo y así actuar de la manera más pertinente.

2. Objetivo del Estudio

- ✚ Se determinara si se encuentra relación entre ansiedad y depresión con las complicaciones en el embarazo.
- ✚ En términos generales se describirán las características como edad, escolaridad, etnia, nivel económico y ocupación y número de hijos de las pacientes embarazadas con ansiedad o depresión, sin mencionar nombre de ninguna paciente en el estudio.
- ✚ Se describirá cual es el padecimiento más frecuente en las embarazadas si depresión o ansiedad.

3. Beneficios del Estudio

- ✚ En estudios hechos en países como Estados Unidos, Chile, España se ha encontrado que estos padecimientos ansiedad y depresión predisponen a que hayan complicaciones en el embarazo y al momento del parto por lo que conocer que sucede en nuestra población es de suma importancia para obtener esa información con datos de pacientes guatemaltecas.
- ✚ Usted tendrá una clara vista de lo que podría esperar si padece de este tipo de enfermedad y así estar preparada para cualquier eventualidad para recibir una pronta atención sin que esto le cause una gran sorpresa, ya que al momento de ingresar al estudio usted es prioridad para nosotros como investigadores.
- ✚ Para casos futuros de estos acontecimientos se tendrá información sobre estas complicaciones en la cual se beneficiaran desde el momento de la concepción, es decir desde el inicio del embarazo para tener atención especializada.

4. Procedimientos del Estudio

- ✚ Se le tomaran datos generales, nombre completo, edad, teléfono, etnia, número de hijos, estado de salud, estos datos nos servirán de base para tenerla en una base de datos la cual se maneja con suma confidencialidad, en donde tendrán acceso a ella solo el investigador principal, usted y el auxiliar de investigación.
- ✚ Al momento de usted ingresar al estudio usted pasa a ser parte fundamental, se le dará seguimiento normal durante su embarazo, se le programaran citas para control prenatal, ultrasonido obstétrico y monitoreo fetal, cada cita puede que vea o no al auxiliar de investigación o al investigador principal, en donde se recopilaran nuevos datos de su expediente.

5. Riesgos Asociados al Estudio

- ✚ A usted no se le dará ningún medicamento que pueda causar efectos secundarios, su transcurso del embarazo en cuanto a las citas y consultas serán normales, solo tendremos acceso a los resultados descritos en el expediente clínico.
- ✚ Se le realizaran las pruebas de rutina de un embarazo normal y se tendrán los riesgos de cualquier procedimiento que realicen en el laboratorio de la unidad, sin

embargo por parte de los investigadores no tendrá ninguna intervención o procedimiento el cual le pueda causar daño directamente a usted o a su bebé.

6. Aclaraciones

- ✚ Su participación en el estudio es totalmente voluntaria sin recibir remuneración ni incentivo alguno.
- ✚ En caso de que usted se retire voluntariamente del estudio en el transcurso del mismo no tendrá ninguna restricción, no habrá ninguna represalia a su persona y seguirá teniendo la atención pertinente por parte de los médicos de la institución sin ningún problema. No está obligada a informar las razones de su retiro si así fuese.
- ✚ Tendrá seguimiento por parte de la institución en cuanto al control prenatal y atención al parto se refiere, y por parte del equipo de investigación al estar pendiente de usted para asistir a citas y si en algún momento tuviese problemas para hacerlo buscar la manera para colaborar con usted y también tener beneficio nosotros para continuar el estudio.
- ✚ Tendrá acceso al número de teléfono del equipo de investigación por cualquier eventualidad no importando la hora se puede comunicar e inmediatamente tendremos la obligación de asistirle con referirla y avisar al personal de emergencia del Hospital Nacional de Salamá, de su llegada, para que tenga la atención pertinente.
- ✚ Al momento de usted entrar al estudio tiene la ventaja de que el equipo investigador se encargara de que usted reciba la atención adecuada al momento del parto, dando seguimiento hasta 15 días después del mismo por parte del equipo investigador, y el seguimiento normal y correspondiente por parte de la institución.
- ✚ En cualquier momento puede solicitar información acerca del avance del estudio y estamos obligados a brindársela.
- ✚ Los datos pueden y serán difundidos y publicados con fines científicos en donde no aparecerán sus datos personales ni alguno otro que pudiere perjudicarla ante la sociedad, estos datos se mantendrá confidenciales y serán reconocidos solo por el equipo investigador.

✚ Queda claro que no es su obligación participar, sin embargo usted estaría contribuyendo al bienestar suyo y del bebé además de aportar datos importantes para la atención optima de la mujer embarazada guatemalteca.

Si usted está de acuerdo y comprendió todo lo que se explica anteriormente y si así lo desea puede firmar esta hoja membretada con el logo de la Universidad de San Carlos USAC, para ingresar al estudio.

Carta de Consentimiento Informado

Yo _____ he leído y comprendido todo lo que anteriormente se me explica y mis dudas se aclararon satisfactoriamente. He sabido que la información y los resultados obtenidos se difundirán y publicaran para fines científicos. Por lo que firmo el presente consentimiento y estoy de acuerdo en participar en el estudio, queda en mí poder una copia fechada y firmada de este consentimiento informado.

Firma del Participante

Fecha

Testigo 1

Fecha

He explicado a la Sra. _____ El tipo y los objetivos de la investigación que se pretende realizar, además de los riesgos y beneficios que obtendrá con su participación. He respondido a dudas que surgieron al momento de explicar el estudio y he preguntado si tiene dudas al respecto. Me apego a las condiciones de bioética al momento de realizar investigaciones en seres humanos y una vez concluida la fase de preguntas y respuestas se procede a firmar dicho documento.

Firma del Investigador Principal

Fecha

ANEXO 2 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Instrumento de Recolección de Datos
 Universidad de San Carlos de Guatemala
 Dirección General de Investigación
 Hospital Nacional de Salamá, Baja Verapaz



Efecto de la ansiedad y depresión en la salud materna infantil

Número de Expediente

Teléfono:

Nombre de Paciente

Variable		Criterio de clasificación	
Ansiedad o depresión		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> NO
Edad	<input type="text"/>		
Estado Civil		<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Soltera
Ocupación		<input type="text"/>	
Etnia		<input type="checkbox"/> Ladina	<input type="checkbox"/> Indígena
Religión		<input type="text"/>	
Escolaridad		<input type="checkbox"/> Alfabeta	<input type="checkbox"/> Analfabeta
Área de Residencia (zona)		<input type="checkbox"/> Rural	<input type="checkbox"/> Urbana
Nivel Socioeconómico			
Peso	<input type="text"/>	Talla	<input type="text"/>
IMC	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sobrepeso

Índice Obstétrico

Variable	Criterios de clasificación
Tipo de Parto	<input type="checkbox"/> PES <input type="checkbox"/> CSTP
Distocia del Parto <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Enfermedades Concomitantes <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Abortos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Corioamnionitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Edad Gestacional de Resolución <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A término <input type="checkbox"/> Fuera de término
Macrosomía Fetal (W=kg) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alteración del Monitoreo Fetal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Óbitos Fetales <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
RPMO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Índice de LA	<input type="text"/>
RCIU	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

ORDEN DE PAGO

LISTADO DE TODOS LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Contratados por contraparte y colaboradores	

CONTRATADOS POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN

Nombre	Categoría	Registro de Personal	Pago	
			SI	NO
Melvin Fabricio López Santizo	Titular I	20150282	x	

Nombre	
Melvin Fabricio López Santizo	

Dr. Melvin Fabricio López Santizo
Coordinador de proyecto de investigación

Dra. Hilda Elena Valencia De Abril
Coordinadora
Programa Universitario de Investigación Interdisciplinaria en Salud

Vo.Bo. Ing. Agr. MARN. Julio Rufino Salazar,
Coordinador General de Programas.