

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD QUE INFLUYEN EN EL BIENESTAR
PSICOLÓGICO DURANTE EL EMBARAZO. HOSPITAL APLAO, CASTILLA -
AREQUIPA 2022.**

Tesis presentada por la Bachiller:

Herrera Torres, Nataly Alejandra

Para optar el Título Profesional

de **Médica Cirujana.**

Asesora:

Dra. Llaza Loayza, Gloria Elisa

Arequipa - Perú

2023

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
MEDICINA HUMANA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 02 de Febrero del 2023

Dictamen: 006980-C-EPMH-2023

Visto el borrador del expediente 006980, presentado por:

2011201842 - HERRERA TORRES NATALY ALEJANDRA

Titulado:

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD QUE INFLUYEN EN EL BIENESTAR PSICOLÓGICO
DURANTE EL EMBARAZO. HOSPITAL APLAO, CASTILLA - AREQUIPA 2022.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1335 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO
DICTAMINADOR**



**1585 - TACO CORNEJO JUSTO ENRIQUE
DICTAMINADOR**



**1821 - ALVARADO DUEÑAS ELVIS FELIPE
DICTAMINADOR**



Dedico esta Tesis:

A Dios, que está presente en cada paso de mi vida.

A mis padres, Julio y Tarcila, por su apoyo incondicional, amor, motivación y consejos durante todo este tiempo.

A mis hermanos por sus palabras y cariño.

A Leia que está presente desde el comienzo de este sueño, que se desveló conmigo en días de exámenes o trabajos y que sin saberlo me acompañó cuando más lo necesitaba.

A mis seres queridos que ya no están presentes, pero siempre llevo en mi corazón en especial mi tía Sara y papá Miguel, gracias por ayudarme a cumplir mis promesas.

A mi pequeño Samuel que, desde su reciente nacimiento, me acompaña en la última etapa de mi carrera, eres la motivación que siempre me da la fuerza necesaria para continuar mi día a día.

A mi compañero de vida Jorge, por el apoyo que siempre me ha demostrado, sobre todo en los días que más necesite de tu presencia, cuidados y amor.

A mis compañeros y amigos, quienes comparten parte de su vida conmigo, me apoyan y me alientan.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar los determinantes sociales de la salud que influyen en el bienestar psicológico durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Aplao, Castilla - Arequipa 2022. El tipo de investigación es descriptiva correlacional y de corte transversal. La muestra de estudio estuvo constituida por 47 gestantes que aceptaron participar en el estudio y cumplieron los criterios de inclusión. Como técnica de recolección de datos se empleó la encuesta y los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de Determinantes Sociales de la salud que afectan la salud de las gestantes y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. Resultados: Los determinantes sociales de la salud estructurales que presentan las gestantes atendidas en el Hospital Aplao, son: la situación conyugal predominante es conviviente, la mayoría son amas de casa con instrucción superior que están afiliadas al SIS gratuito y de bajos ingresos económicos. En cuanto a los determinantes intermediarios, la mayoría tienen edades comprendidas entre 20 a 39 años, primíparas con embarazos que si fueron deseados; más de la mitad sí utilizó métodos de planificación familiar; el 89,36% no sufre violencia de pareja y el 80,85% no sufre violencia familiar; muy pocas consumen alcohol y/o drogas; la mayoría tienen acceso a servicios básicos en la vivienda; la misma que es familiar, si cuentan con apoyo familiar durante el embarazo; la mayoría no perciben circunstancias estresantes y si están satisfechas con la pareja. El grado de bienestar psicológico durante el embarazo que presentan las gestantes es regular en el 55,32%. Los determinantes sociales de la salud estructurales que influyen en el grado de bienestar psicológico de las gestantes son la situación conyugal y el nivel de instrucción y los determinantes sociales de la salud intermediarios que influyen en el grado de bienestar psicológico de las gestantes son la edad, el embarazo actual deseado, la violencia familiar, el consumo de alcohol y drogas, la vivienda con acceso a servicios básicos, la percepción de circunstancias estresantes y la satisfacción con la pareja.

Palabras clave: determinantes, sociales, bienestar, psicológico, gestantes.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the social determinants of health that influence psychological well-being during pregnancy in pregnant women treated at Hospital Aplao, Castilla - Arequipa 2022. The type of research is descriptive correlational and cross-sectional. The study sample consisted of 47 pregnant women who agreed to participate in the study and met the inclusion criteria. The survey was used as a data collection technique and the instruments used were the Questionnaire of Social Determinants of Health that affect the health of pregnant women and the Ryff Psychological Well-being Scale. Results: The structural social determinants of health presented by the pregnant women treated at the Aplao Hospital are: the predominant marital situation is cohabiting; the majority are housewives with higher education who are affiliated with the free SIS and have low economic income. As for the intermediate determinants, the majority are between the ages of 20 and 39, primiparous with pregnancies that were desired; more than half did use family planning methods; 89.36% do not suffer intimate partner violence and 80.85% do not suffer family violence; very few use alcohol and/or drugs; most have access to basic services in the home; the same as the family, if they have family support during the pregnancy; most do not perceive stressful circumstances and if they are satisfied with the couple. The degree of psychological well-being during pregnancy presented by pregnant women is regular in 55.32%. The structural social determinants of health that influence the degree of psychological well-being of pregnant women are the marital situation and the level of education, and the intermediate social determinants of health that influence the degree of psychological well-being of pregnant women are age, the current desired pregnancy, family violence, alcohol and drug use, housing with access to basic services, the perception of stressful circumstances and satisfaction with the partner.

Keywords: determinants, social, well-being, psychological, pregnant women.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), postula que todas las gestantes y los recién nacidos de todo el mundo reciban una atención de calidad durante el proceso del embarazo, el parto y el periodo postnatal. Por lo tanto, se entiende que dicha atención es un proceso continuo en el que la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva marca la diferencia cuando se basan en los pilares fundamentales de la promoción de la salud, la detección oportuna de enfermedades y/o complicaciones del embarazo y parto porque cuando estas actividades se realizan en tiempo oportuno pueden salvar vidas. La atención durante el embarazo ofrece una importante oportunidad de que los profesionales de la salud se comuniquen con las mujeres, las familias y las comunidades a efectos de brindarles apoyo en un momento decisivo de la vida de una mujer (1).

El bienestar psicológico se define como “como la evaluación cognitiva y afectiva que hace una persona sobre su propia vida. La evaluación cognitiva hace referencia a la satisfacción de vida y la evaluación afectiva, a la reacción emotiva frente a eventos que se presenten. Así el bienestar psicológico está conformado por la experiencia de altos niveles de emociones positivas, bajos niveles de emociones negativas y una alta satisfacción con la vida” (2). “Es un indicador de funcionamiento positivo que implica aspectos sociales, subjetivos y psicológicos, que están relacionados a la salud, el crecimiento personal y el desarrollo de las capacidades para la autorrealización” (2).

En el Hospital Aplao, se ha tenido la oportunidad de atender numerosas gestantes que refieren sentirse muy contentas con su embarazo, y aceptan todas las indicaciones necesarias para el cuidado propio y el del feto, pero en contraparte, se está observando un número cada vez mayor de mujeres que refieren que el embarazo, -en muchos casos no deseado-, les ha agravado problemas preexistentes como violencia familiar y de pareja, además de consecuencias de índole físico, familiar, laboral, sociocultural, entre otras.

Los hechos anteriores motivaron el interés personal para el desarrollo de la presente investigación, porque en la comunidad de Aplao, existen una serie de determinantes sociales de la salud que

pueden afectar a las mujeres durante la gestación y que podrían influir en el grado de bienestar psicológico que experimentan durante esta etapa.



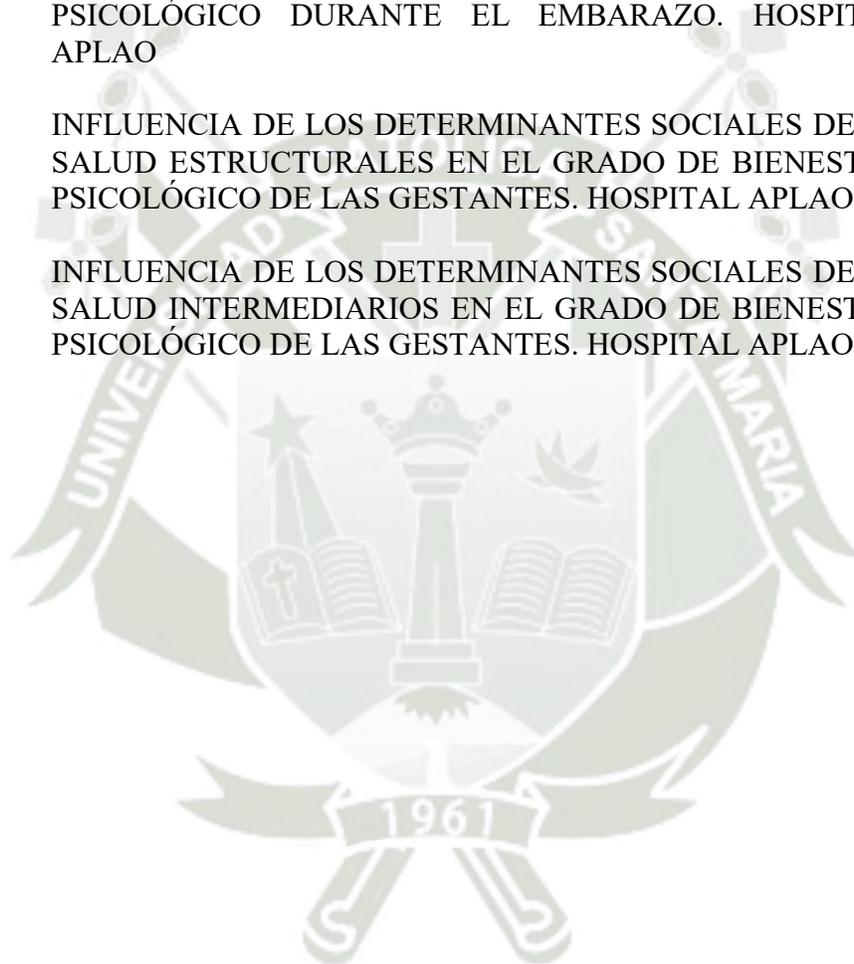
ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| DICTAMEN APROBATORIO | ii |
| DEDICATORIA | iii |
| RESUMEN | iv |
| ABSTRACT | v |
| INTRODUCCIÓN | vi |
| CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO | 1 |
| 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 2 |
| 1.1.Enunciado del problema | 2 |
| 1.2.Descripción del problema | 2 |
| 1.3. Justificación | 4 |
| 2. OBJETIVOS | 6 |
| 2.1.Objetivo general | 6 |
| 2.2.Objetivos específicos | 6 |
| 3. MARCO CONCEPTUAL | 6 |
| 4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS | 32 |
| 5. HIPÓTESIS | 36 |
| CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL | 37 |
| 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN | 38 |
| 1.1.Técnicas | 38 |
| 1.2. Instrumentos | 38 |
| 1.3.Estructura del instrumento | |

| | |
|--|----|
| | 39 |
| 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN | |
| 2.1.Ubicación espacial | 40 |
| 2.2. Ubicación temporal | 40 |
| 2.3. Unidades de estudio | 40 |
| 3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 40 |
| 3.1.Organización | 41 |
| 3.2.Recursos | 41 |
| 3.3.Criterios para el manejo de resultados | 42 |
| CAPÍTULO III: RESULTADOS | 42 |
| 3.1. Presentación de resultados | 44 |
| 3.2. Discusión | 56 |
| CONCLUSIONES | 60 |
| RECOMENDACIONES | 61 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 62 |
| ANEXOS | 70 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | | |
|---------|---|----|
| TABLA 1 | GESTANTES SEGÚN DETERMINANTES SOCIALES ESTRUCTURALES. HOSPITAL APLAO | 44 |
| TABLA 2 | GESTANTES SEGÚN DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIARIOS. HOSPITAL APLAO | 46 |
| TABLA 3 | GESTANTES SEGÚN GRADO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DURANTE EL EMBARAZO. HOSPITAL APLAO | 49 |
| TABLA 4 | INFLUENCIA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ESTRUCTURALES EN EL GRADO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LAS GESTANTES. HOSPITAL APLAO | 50 |
| TABLA 5 | INFLUENCIA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD INTERMEDIARIOS EN EL GRADO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LAS GESTANTES. HOSPITAL APLAO | 52 |





CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud que influyen en el bienestar psicológico durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Aplao, Castilla - Arequipa 2022?

1.2. Descripción del problema

a) Área de Intervención de Conocimiento

ÁREA GENERAL: Ciencias de la Salud.

ÁREA ESPECÍFICA: Medicina Humana.

ESPECIALIDAD: Salud pública.

LINEA: Determinantes sociales de la salud.

b) Operacionalización de Variables

| VARIABLE | INDICADORES | SUBINDICADORES |
|--|---------------------|---|
| Variable Independiente | | |
| 1. Determinantes sociales de la salud (“Las condiciones socio económicas en que las personas nacen, crecen, viven, educan, trabajan y envejecen, estas influyen en la salud de los individuos, las familias y las comunidades en su conjunto”) | 1.1. Estructurales | 1.1.1. Situación conyugal |
| | | 1.1.2. Procedencia |
| | | 1.1.3. Nivel de instrucción |
| | | 1.1.4. Ocupación |
| | | 1.1.5. Régimen de afiliación en salud |
| | | 1.1.6. Ingresos mensuales en el hogar |
| | 1.2. Intermediarios | 1.2.1. Edad |
| | | 1.2.2. Paridad |
| | | 1.2.3. Embarazo deseado |
| | | 1.2.4. Uso de métodos de planificación familiar |
| | | 1.2.5. Violencia de pareja |
| | | 1.2.6. Violencia familiar |
| | | 1.2.7. Consumo de alcohol y/o drogas |
| | | 1.2.8. Vivienda con acceso a servicios básicos |

| | | |
|--|----------------------------------|--|
| | | 1.2.9. Condiciones de la vivienda |
| | | 1.2.10. Apoyo familiar durante el embarazo |
| | | 1.2.11. Percepción de circunstancias estresantes |
| | | 1.2.12. Satisfacción con la pareja |
| Variable dependiente | | |
| 2. Bienestar psicológico durante el embarazo (Es un indicador de funcionamiento positivo que implica aspectos sociales, subjetivos y psicológicos, que están relacionados a la salud, el crecimiento personal y el desarrollo de las capacidades para la autorrealización) | 2.1. Autoaceptación | 2.1.1. Malo: 39 – 104 puntos |
| | 2.2. Relación positiva con otros | 2.1.2. Regular: 105 – 169 puntos |
| | 2.3. Autonomía | 2.1.3. Bueno: 170 – 234 puntos |
| | 2.4. Manejo del ambiente | |
| | 2.5. Sentido de vida | |
| | 2.6. Crecimiento personal | |
| | | |

c) Interrogantes Básicas

¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud estructurales e intermediarios que presentan las gestantes atendidas en el Hospital Aplao?

¿Cuál es el grado de bienestar psicológico durante el embarazo que presentan las gestantes atendidas en el Hospital Aplao?

¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud estructurales que influyen en el grado de bienestar psicológico de las gestantes atendidas en el Hospital Aplao?

¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud intermediarios que influyen en el grado de bienestar psicológico de las gestantes atendidas en el Hospital Aplao?

d) Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva correlacional de corte transversal.

1.3. Justificación

La relevancia científica del estudio, se basó en que actualmente las directrices de la Organización Mundial de la Salud y otros organismos relacionados inciden en la importancia de velar porque el embarazo constituya una experiencia positiva para todas las mujeres, esto se define según los aspectos de la conservación de la normalidad física y sociocultural, el mantenimiento de un embarazo saludable que beneficie a la madre y al recién nacido, lo cual incluye la prevención o el tratamiento de los riesgos, las enfermedades y la muerte, la realización de una transición efectiva hacia un parto y un nacimiento positivos y la experiencia de una maternidad positiva, incluida la autoestima, las actitudes, la autonomía materna y el bienestar psicológico durante el embarazo. A pesar de su importancia, existen pocos estudios que aborden los determinantes sociales de la salud y el bienestar psicológico como indicadores importantes que contribuyen a que el embarazo sea una experiencia positiva.

El estudio es importante para la profesión médica, debido a que la misma Organización Mundial de la Salud describe los determinantes sociales de la salud como las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, se educan, trabajan y envejecen; sin embargo, resalta que la mayoría de las políticas de salud se basan en la búsqueda de soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, dejando un poco de lado las intervenciones sobre las causas que a su vez constituyen las causas de las enfermedades, es decir, -los determinantes sociales de la salud-, estas acciones tienen que ver con el entorno social, la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro del país, las brechas o desigualdades sanitarias entre los estados, municipios, localidades, familias y personas. Asimismo, se puede añadir que la salud no pertenece solamente al orden bionatural sino más bien, es una cuestión social compleja, debido a que está interrelacionada estrechamente y de forma específica con las condiciones de vida de las poblaciones en los órdenes social, económico, ambiental, cultural y político. De acuerdo al enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud: las personas enferman y mueren en función de la forma en la que viven, se alimentan, se reproducen, trabajan, se relacionan, se educan, preservan su

bienestar emocional, psicológico, su salud mental, desarrollan sus capacidades y enfrentan sus limitaciones (1).

La justificación social se basó en que en la ciudad de Aplao, existen una serie de problemas demográficos, culturales y sociales que afectan a la población, entre los principales se puede mencionar el crecimiento poblacional descontrolado, la migración, la falta de planificación en el desarrollo urbano que propicia el surgimiento de asentamientos humanos muy poblados que no tienen acceso a servicios básicos, principalmente de agua y desagüe; asimismo se aprecia que muchas familias son conformadas por parejas adolescentes o jóvenes con bajo nivel de instrucción, presentando problemas de disfunción familiar, familias monoparentales o mixtas, violencia familiar y de pareja, además de altos índices de consumo de alcohol. Todas estas situaciones propician que muchas gestantes, no tengan embarazos deseados y durante el mismo, viven situaciones que afectan de forma negativa su bienestar psicológico, con el riesgo subsecuente de incumplimiento en los controles prenatales y falta de compromiso con el autocuidado que deben tener durante el embarazo, parto y en el cuidado y apego materno con el recién nacido.

La relevancia práctica del estudio se basó en que a partir de los resultados que se obtuvieron se podrán implementar estrategias dirigidas a mejorar la atención integral que se brinda a las gestantes en el Hospital Aplao, de manera tal, que se pueda promover la vivencia del embarazo como una experiencia positiva, para lo cual, es necesario determinar los determinantes sociales de la salud que ejercen influencia en el bienestar psicológico. Además, se debe resaltar que la integración de los determinantes sociales de la salud en la prestación de atención integral es fundamental para mejorar equitativamente la salud materna.

El interés personal se originó porque se ha observado la problemática que se presenta en la población atendida en el Hospital Aplao, donde existe importante casuística de embarazos en adolescentes, gestantes múltiparas a edades jóvenes, incremento de la violencia familiar y de pareja, situaciones de machismo que impiden que las mujeres utilicen métodos de planificación familiar, entre otras.

El estudio fue factible porque se contó con los recursos necesarios para su ejecución.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar los determinantes sociales de la salud que influyen en el bienestar psicológico durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Aplao, Castilla - Arequipa 2022.

2.2. Objetivos Específicos

Identificar los determinantes sociales de la salud estructurales e intermediarios que presentan las gestantes atendidas en el Hospital Aplao.

Establecer el grado de bienestar psicológico durante el embarazo que presentan las gestantes atendidas en el Hospital Aplao.

Identificar los determinantes sociales de la salud estructurales que influyen en el grado de bienestar psicológico de las gestantes atendidas en el Hospital Aplao.

Establecer los determinantes sociales de la salud intermediarios que influyen en el grado de bienestar psicológico de las gestantes atendidas en el Hospital Aplao.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

3.1.1. Concepto

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como “las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estas circunstancias están determinadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local” (3). Muchos de estos determinantes sociales,

incluida la seguridad de la vivienda, la seguridad alimentaria, los ingresos, la educación y la raza, se han visto afectados significativamente por la pandemia de COVID-19 (3). La importancia de los determinantes sociales de la salud en las mujeres, es que estos son indicadores del proceso de salud de la población y permiten entender las situaciones que ponen en riesgo su salud (4).

Los Determinantes Sociales de la Salud, se agrupan en individuales (conductuales y biológicos), intermedios (trabajo, ingresos, situación económica, vivienda y entorno) y estructurales (políticas macroeconómicas, clase, género, etnia y territorio) (5).

3.1.2. Dimensiones de los determinantes sociales de la salud

Las dimensiones de los Determinantes Sociales de la Salud, comprenden a los determinantes estructurales y los intermediarios, estos dos enfoques coinciden en destacar la relevancia de las condiciones socioeconómicas, las políticas públicas, la pobreza y las condiciones laborales, para explicar los perfiles epidemiológicos y la interacción biología-sociedad. Sin embargo, los dos enfoques presentan discrepancias en varios aspectos: las formas de explicar la causalidad y el riesgo; la concepción de lo social como suma de individuos o como realidad irreductible-dinámica; la perspectiva funcionalista o dialéctica de lo social; el concepto de clase social como estatus educativo, de ingresos u ocupación, o como gradientes derivados de relaciones de poder y la acumulación del capital; y la focalización en la medición de desigualdades relacionadas con la salud o en los procesos de generación de inequidades sanitarias (5).

a. Determinantes estructurales

Están constituidos por los aspectos relacionados con la estructura de la sociedad que determinan las desigualdades en salud. Es decir, son aspectos que pueden ofrecer a los grupos sociales mayor vulnerabilidad ante los problemas de salud o, por el contrario, mayores oportunidades para recuperar o mantener la salud. Ambos dependerán de la posición social, pues grupos sociales con mayor acceso a recursos materiales, sociales, educacionales, entre otros, pueden presentar contextos menos vulnerables o con mayores posibilidades para recuperar o mantener su salud. Situación antagónica se observa cuando la posición social de los grupos limita el acceso a tales recursos. Por ello, en este primer

grupo de DSS se incluyen aspectos relacionados con el contexto socioeconómico y político, así como aspectos relacionados con los mecanismos que determinan la posición socioeconómica de los grupos sociales. Se consideran determinantes del contexto socioeconómico y político a todos los mecanismos sociales, económicos y políticos que generan, configuran y mantienen las posiciones socioeconómicas desiguales o la estratificación social, al asignar a los individuos diferente posición social y esta, a su vez, determina las circunstancias materiales en que las personas viven y se desenvuelven. Su elemento central es la gobernanza. Los mecanismos que determinan la posición socioeconómica de los grupos sociales se relacionan con la educación y el ingreso, entendiendo que el nivel educativo influye en la ocupación y ésta última en el ingreso (6).

Los determinantes sociales estructurales, implican que los resultados en salud están relacionados con un contexto social donde la posición social del individuo genera exposición y vulnerabilidad diferencial que explica la distribución de las inequidades en salud, pero invisibiliza las fuerzas en tensión y relaciones de poder de la sociedad; además ponen de manifiesto todas las situaciones importantes que permiten comprender el fenómeno de los procesos salud-enfermedad que conllevan los patrones de trabajo y de consumo, las deficiencias de los soportes sociales y las formas de cultura que conducen a formas malsanas de vivir y llevan a los individuos a padecer la enfermedad de forma diferencial, según clase social, género o etnia (7, 8).

Entre los determinantes sociales que se ha señalado podrían ejercer mayor influencia en el bienestar psicológico de las gestantes se tienen los siguientes:

- **Situación conyugal:** La mayoría de las madres mantienen una relación sentimental comprometida durante el período perinatal, ya sea con el padre del niño o con otra pareja. A pesar de este hecho, sorprendentemente, los padres rara vez se estudian como una díada en el campo de la medicina, la salud mental o la psicología perinatal. Se ha señalado que el estudio de la transición a la paternidad podría beneficiarse considerablemente de las teorías y métodos de la ciencia de las relaciones que ofrecen nuevas perspectivas sobre el embarazo, el parto, los vínculos entre los miembros de la familia y el bienestar familiar. Según la teoría de los

sistemas familiares de Bowen. los miembros de una familia forman una unidad de individuos cuyas expectativas, comportamientos y emociones son interdependientes. La relación de pareja representa un subsistema dentro de la familia y puede beneficiarse o sufrir cambios pronunciados, como la transición a la paternidad. Una de las razones de esto es que tener un hijo puede ser una fuente de estrés diádico para los padres: las experiencias de la pareja y las reacciones al estrés (por ejemplo, emociones, comportamientos) se influyen mutuamente. El estrés diádico crónico puede dar como resultado un mayor riesgo de depresión y ansiedad, así como una disminución del apoyo de la pareja y la satisfacción de la relación en ambos padres. Sin embargo, la interdependencia de los padres también implica que los recursos de uno de los padres pueden extenderse al otro padre (9). Además, las emociones y los comportamientos de los padres entre sí pueden influir en las interacciones entre padres e hijos y, por lo tanto, en el bienestar y el desarrollo de los niños, lo que confirma que varios subsistemas dentro de una familia están todos interconectados (9).

Un factor esencial para mantener una relación de pareja saludable durante el período perinatal parece ser los intentos exitosos de la pareja de manejar juntos los factores estresantes diarios, lo que se denomina afrontamiento diádico en la ciencia de las relaciones. Si los recursos de afrontamiento individuales de uno de los padres son insuficientes o si ambos padres enfrentan el mismo evento estresante, el afrontamiento diádico puede aliviar el estrés de ambos miembros de la pareja y fortalecer su confianza como padres, así como la calidad de la relación. Si ambos padres están satisfechos con su relación, esto podría actuar como un amortiguador contra las dificultades de salud mental posparto en los padres. Sin embargo, es crucial señalar que el vínculo entre la calidad de la relación y la salud mental de los padres es bidireccional. Por otro lado, los síntomas de depresión posparto pueden predecir la satisfacción de la relación de pareja hasta dos años después del parto (10).

Las características individuales y las experiencias de relaciones familiares anteriores o la propia crianza también afectan el bienestar y las relaciones entre los miembros de la familia. La teoría del apego propone que todo el mundo desarrolla un modelo funcional de percepción de las figuras de apego, así como patrones de interacción con ellas. Estos patrones están formados por relaciones y experiencias anteriores y se conocen como estilos de apego. Durante la transición a la paternidad, el impacto de los estilos de apego en las relaciones dentro de la familia puede ser más pronunciado de lo habitual (11). Para ilustrar, los estilos de apego pueden afectar el vínculo entre padres e hijos y la satisfacción de la relación porque las parejas ansiosas pueden sentir celos de la atención de su pareja hacia el niño. Además, las personas con apego ansioso esperan altos niveles de apoyo de su pareja, pero tienden a subestimar el apoyo que se les brinda, lo que lleva a una baja satisfacción en la relación. Simultáneamente, la transición a la paternidad puede desencadenar un cambio en los estilos de apego de los padres, porque se enfrentan a nueva información (p. ej., comportamientos recién adquiridos, reacciones de ambos compañeros hacia el niño), que pueden contradecir sus suposiciones previas sobre las figuras de apego y las relaciones (11).

Para dar cabida a estas dinámicas familiares complejas, los estudios deben basarse en análisis diádicos y a nivel familiar, que se han utilizado en la ciencia de las relaciones durante muchos años, pero que están infrutilizados en la medicina perinatal. El modelo de interdependencia actor-pareja permite investigar los efectos de las variables de la pareja (p. ej., el estilo de apego) en los resultados propios y de la otra pareja (p. ej., la interacción padre-hijo), conocidos como efectos del actor y de la pareja, respectivamente. Además, al aplicar el modelo de verdad y sesgo, los investigadores pueden examinar las evaluaciones precisas, sobre/subpercibidas y proyectadas de los socios sobre los demás. Por ejemplo, ¿las madres juzgan con precisión el apego de su pareja al niño, o lo perciben menor o mayor al suyo? ¿Cuáles son las fuentes de estas percepciones precisas y sesgadas? El análisis de superficie de respuesta diádica se puede utilizar para buscar el impacto de las diferencias y similitudes dentro de la pareja (12). Lo que parece ser más probable

es que las madres reciban apoyo cuando ambos miembros de la pareja tienen poco apego ansioso. Los investigadores pueden extender este enfoque diádico a familias de tres o cuatro miembros al incluir hermanos o abuelos y usar el modelo de relaciones sociales para desentrañar los efectos de la familia, el actor, la pareja y la relación. Es posible mostrar, por ejemplo, si la percepción de la madre sobre el apoyo del padre proviene del entorno familiar, las características del perceptor o del apoyo, o la relación única entre los padres (9).

En resumen, las perspectivas de la ciencia de las relaciones pueden profundizar nuestra comprensión de las fuerzas impulsoras detrás de los cambios en las relaciones familiares durante la transición a la paternidad. Los estudios futuros deben considerar estas perspectivas, incluidas, entre otras, la interdependencia de los miembros de la familia, los estilos de apego y la calidad de la relación de pareja, como correlatos cruciales del bienestar posparto (9).

Un estudio evaluó los efectos de tener un bebé en la calidad y estabilidad de la relación, contrastando a padres casados y solteros que cohabitan. Los participantes proporcionaron varias oleadas de datos, incluidos puntos de tiempo antes, durante y después del embarazo. Los resultados indicaron que los padres que cohabitan se separaron a una tasa significativamente mayor después del nacimiento del bebé en comparación con los padres casados. En términos de calidad de la relación, los análisis de series temporales interrumpidas indicaron que la comunicación negativa aumentó significativamente después del nacimiento del bebé, independientemente del estado civil. Además, los padres casados tenían niveles significativamente más altos de satisfacción y compromiso en la relación antes del bebé en comparación con los padres que cohabitan, pero experimentaron disminuciones modestas en la satisfacción de la relación después del bebé, sobre todo en la esfera sexual. Los padres que cohabitan no mostraron tales disminuciones, pero permanecieron más bajos en satisfacción durante todo el estudio. También se observó diferencias en las trayectorias de compromiso moderadas por género, de tal manera que las mujeres casadas y que cohabitan demostraron una disminución del compromiso después del

nacimiento del bebé, pero los hombres casados y que cohabitan no demostraron cambios significativos en el compromiso (13).

- **Procedencia:** Los desafíos del crecimiento demográfico son la base de prácticamente todos los objetivos de desarrollo del milenio. Existe consenso en que los determinantes sociales de la salud son difíciles de lograr con los niveles predominantes de crecimiento demográfico en los países y regiones menos desarrolladas. Tras la abrumadora evidencia sobre la importancia del crecimiento de la población, se encuentra el consenso mundial de que la promoción de la salud sexual y reproductiva (SSR) a través de la planificación familiar voluntaria es fundamental para el logro de objetivos de desarrollo. Además de su capacidad para contribuir al logro de objetivos más claramente relacionados, como la reducción de la pobreza, la supervivencia maternoinfantil y el empoderamiento de la mujer mediante el alivio de las presiones causadas por la reproducción excesiva, la promoción de la planificación familiar también está vinculada al logro de objetivos menos evidentes, como la estabilidad ambiental y el acceso a los recursos naturales, que están inexorablemente vinculados a la estabilización de la población (14).

El año 2007 marcó la transición del mundo de una esfera principalmente rural a un dominio mayoritariamente urbano. A menos que haya cambios notables en la gobernabilidad y el crecimiento económico, una gran proporción de la población urbana vivirá en la pobreza extrema. Ante la creciente urbanización de la pobreza, se estima que aproximadamente el 70% de todos los residentes urbanos de la región vivirán en barrios marginales o en entornos similares a barrios marginales. El crecimiento de los barrios marginales, que se caracterizan por el hacinamiento, la marginación social y económica, las malas condiciones ambientales, la inseguridad y la escasez o ausencia de servicios sociales básicos, se ha relacionado con un deterioro apreciable de los principales indicadores sociales y de salud urbanos y retrocesos a favor de las zonas rurales (14). En particular, la nueva cara de la pobreza urbana se ha relacionado con resultados adversos de la salud sexual y

reproductiva para los pobres urbanos, como altas tasas de embarazos no deseados, mayor fertilidad, infecciones de transmisión sexual (ITS) y malos resultados de salud materno-infantil. Del mismo modo, la mortalidad infantil y juvenil, así como las tasas de prevalencia de enfermedades, desempleo y pobreza son más altas que el promedio de la ciudad. Los residentes de los barrios marginales exhiben desventajas significativas con respecto a las condiciones de vida, la morbilidad, el acceso a los servicios de salud, incluidos los servicios de planificación familiar, la mortalidad, la violencia sexual y las prácticas sexuales de riesgo en relación con otros subgrupos de población, incluidos los residentes rurales. Se ha descubierto que vivir en barrios marginales urbanos limita la capacidad de las mujeres para controlar su fertilidad e implementar sus preferencias de fertilidad. Por ejemplo, en los barrios marginales de algunos países de América del Sur y Centroamérica, casi la mitad (47%) de los embarazos no son deseados. Además, durante aproximadamente una cuarta parte (28%) de los meses posparto en los que el riesgo de otro embarazo es alto, las mujeres de los barrios marginales no utilizaron ningún método anticonceptivo. Las tasas de mortalidad materna en los barrios marginales urbanos son casi el doble del promedio nacional, con 706 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos estimados, en comparación con 488 por 100 000 nacidos vivos en las ciudades (14).

Estudios en varios países han arrojado resultados similares con indicadores tales como tasas de mortalidad infantil más altas entre los pobres urbanos que entre la población rural en varios países. En los barrios marginales de Brasil se encontró que el 75% de jóvenes de 15 a 24 años informaron haber tenido relaciones sexuales sin protección en los tres meses anteriores al estudio. Aunque los encuestados sexualmente activos demostraron conocimientos básicos sobre el VIH/SIDA y una percepción de alto riesgo de infección, el comportamiento arriesgado era común y el comportamiento protector era deficiente. Alrededor del 48% de hombres y el 12% de mujeres tenían múltiples parejas. De manera similar, el 29% de los hombres y el 38% de las mujeres tenían sexo transaccional, y solo el 14% de los hombres y el 5% de las mujeres usaban algún tipo de protección, lo que resultó en las altas

tasas de ITS reportadas por el 27% de los hombres y el 10% de mujeres. El nivel de comportamiento de riesgo observado en un contexto de percepción de alto riesgo sugiere niveles significativos de restricción para adoptar comportamientos de protección, con implicaciones para las altas tasas de ITS y la propagación del VIH/SIDA (14).

Sobre la base de la discusión anterior y en el contexto de la definición más reciente de salud reproductiva como el bienestar completo en el sexo y la reproducción, destacando no solo la planificación familiar, la concepción y el nacimiento, sino también los desequilibrios en la toma de decisiones entre la autonomía de hombres y mujeres, las posibilidades de coerción y violencia en las relaciones y exposición a riesgos de salud son difíciles de controlar, la desventaja de la salud reproductiva de los pobres urbanos se ha convertido en un desafío clave en el control de los determinantes sociales. En consecuencia, no se puede subestimar la importancia de un enfoque renovado para abordar los desafíos que enfrentan los pobres urbanos. De hecho, se señala que muchos de los peores problemas humanos, incluida la mala salud, se desarrollan juntos en los barrios marginales de las ciudades. Las implicaciones positivas de los programas efectivos de salud pública y salud sexual y reproductiva (SSR) para los resultados de supervivencia, morbilidad y mortalidad materna e infantil han sido bien documentadas (15). Los programas efectivos de SSR han brindado una solución beneficiosa para todos, no solo para mejorar el bienestar de mujeres y niños individuales, sino también para las economías nacionales y el entorno físico (15).

- **Nivel de instrucción:** Respecto al grado de instrucción, se ha señalado que el hecho de solo haber estudiado hasta el nivel educativo primario es un factor de riesgo para diversas situaciones que afectan la vida sexual y reproductiva dentro de ellas destaca el embarazo en adolescentes, complicaciones maternoperinatales, entre otras. Se ha encontrado que tener un nivel de instrucción superior, en la mayoría de casos constituye un elemento protector que promueve una adecuada preparación psicoemocional para afrontar la gestación de manera positiva, para mejorar el

autocuidado que la mujer necesita durante esta etapa, y así también se asocia de manera directa con un mejor nivel ocupacional y económico que es fundamental para la adaptación sociocultural y emocional al embarazo, dado que se dispone de mayores recursos económicos que limitan las brechas de acceso a los servicios de salud y mejorar los resultados del embarazo (16).

Sin embargo, se debe considerar que en las sociedades machistas donde predominan los roles de género tradicionales, se sigue considerando que es la madre quien comparte más tiempo en el hogar y al padre se le delega el rol de protector, visto que es él quien en la mayoría de los casos trabaja. Por ello, a la madre se le delega la responsabilidad exclusiva de la educación de los hijos, y en muchas madres predomina el nivel educativo bajo, por tanto, existe desconocimiento sobre la salud reproductiva y sexual, así como poco conocimiento sobre sexualidad y dificultades en la comunicación, lo que puede influir en que las gestantes no manifiesten sus sentimientos, expectativas, temores, angustias en su hogar y esto muchas veces conlleva a la falta de bienestar (16).

- **Ocupación:** Un estudio refiere que la ocupación o actividad laboral que permite a las personas tener mayor estabilidad económica se asocia directamente a mejores resultados perinatales, mientras que está inversamente relacionado con las complicaciones maternas y los síntomas depresivos post parto (17).
- **Régimen de afiliación en salud:** Aunque no se han encontrado estudios sobre este determinante social, se asume que su importancia radica en que las mujeres que cuentan con afiliación a algún régimen de atención de salud, tienen mejores oportunidades de recibir atención oportuna del embarazo y esto implica el control prenatal adecuado con la posibilidad de detectar cualquier tipo de anomalía o complicación de forma oportuna y mejorar los resultados perinatales, a diferencia de las mujeres que no tienen acceso a los servicios de salud, quienes pueden tener mayor frecuencia de complicaciones y resultados perinatales adversos, además, las

brechas de acceso se han identificado como factores de riesgo que contribuyen al incremento de la mortalidad materna perinatal (13).

- **Ingreso económico:** En mujeres embarazadas, la adaptación psicosocial y el bienestar durante el embarazo se asocian directamente con el nivel socioeconómico. En la mayoría de los estudios, el nivel socioeconómico se asocia con la edad materna, el tabaquismo, el nivel educativo, los ingresos y la cohabitación (18, 19). Las complicaciones maternas son más frecuentes entre las mujeres, solteras y/o con bajo nivel educativo y bajos ingresos económicos (20).

b. Determinantes intermediarios

Están referidos a las condiciones materiales en que las personas viven y se desenvuelven, las circunstancias psicosociales o socio-ambientales, factores comportamentales y al sistema de salud. En tal sentido, al sistema de salud se le atribuye la responsabilidad de desempeñar una función activa para reducir las inequidades, no sólo a través del acceso equitativo a los servicios de atención (acceso y cobertura), sino también en la planificación y ejecución de programas de salud pública, con una adecuada gerencia de la intersectorialidad. Transversalmente a estos dos determinantes –estructurales e intermediarios- encontramos a la cohesión y el capital social, puntos centrales de las políticas de salud, que se refieren al establecimiento de relaciones de cooperación entre ciudadanos e instituciones. Es decir, el Estado debe asumir la responsabilidad de desarrollar un sistema más flexible que facilite espacios concretos de participación de los ciudadanos, lo que implica una redistribución del poder, que permita a la comunidad poseer un alto nivel de influencia en la toma de decisiones y el desarrollo de las políticas que afectan su bienestar y calidad de vida (5, 8).

De acuerdo a estos enfoques, se deduce que, en el estudio de los determinantes sociales de salud, existe una corresponsabilidad en los procesos de salud-enfermedad. Por un lado, es necesario el conocimiento de la población sobre comportamientos que favorezcan la salud. Por el otro, existe una carga importante de responsabilidad social, en el sentido de crear condiciones que propicien espacios y entornos saludables, es decir, realizar acciones

intersectoriales para modificar las condiciones de riesgo en que vive la población y proporcionar a los pueblos, los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma (5).

En resumen, los determinantes sociales de la salud, son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven y trabajan y han sido ampliamente reconocidos como indicadores clave para determinar el estado de salud de una población. Como tales, tanto los determinantes estructurales como intermediarios se usan a menudo para describir sociedades y se utilizan en intervenciones de salud como predictores de resultados de salud por parte de investigadores y formuladores de políticas en todo el mundo (21).

Los determinantes sociales intermediarios son:

- **Edad:** Durante el embarazo, las parejas experimentan estrés causado por diversas preocupaciones relacionadas con el embarazo, como ansiedad por el parto, preocupaciones por la salud del feto y cambios en las emociones del cónyuge. Un metaanálisis encontró que las dificultades que la edad de la gestante y de su pareja influyen en gran medida en el bienestar emocional que presentan durante el embarazo y en la depresión post parto, siendo los grupos de edad más vulnerables las gestantes adolescentes y las añosas (22). La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), menciona que dentro de los factores sociodemográficos una edad materna ≤ 18 años y ≥ 35 años constituyen factores de riesgo durante el embarazo. También la OMS estima la edad menor a 16 y mayor a 40 años como riesgo obstétrico (24). El límite superior de edad a partir del cual se considera a la paciente gestante añosa ha ido variando a lo largo de la historia y aún hoy en día sigue siendo un importante motivo de controversia. Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) el embarazo en mujeres de edad avanzada se ha definido desde 1958 como aquella gestación que ocurre con una edad igual o superior a los 35 años. Sin embargo, desde un punto de vista fisiológico, hay expertos que sitúan a ésta en un rango que va desde los 18 hasta los 30 años, aunque otros autores concluyen que la mejor edad para ser madre abarca desde los 20 años hasta los 35 años, e incluso hay autores que no determinan de forma clara si el límite son los 35 años o los 40 años (25). Un estudio señala que la

mayor edad materna durante el embarazo se asocia a mayor prevalencia de depresión durante el embarazo, parto y puerperio, así también niveles más altos de estrés emocional, ansiedad y preocupaciones relacionadas al embarazo (25). El embarazo a una edad temprana en mujeres se ha asociado con muchos factores causales. En el caso de las mujeres jóvenes multíparas se ha encontrado que experimentan con mayor frecuencia niveles más bajos de educación, empleo y vivienda de mala calidad, lo que sugiere un potencial tanto para las causas sociales como para las consecuencias de tener hijos a edades más tempranas y el malestar emocional durante la gestación. El hallazgo de que las mujeres jóvenes socialmente vulnerables tenían casi tres veces más probabilidades de haber estado embarazadas alguna vez acentúa la necesidad de una mayor protección social de las mujeres jóvenes (26).

- **Paridad:** Las mujeres en edad reproductiva enfrentan vulnerabilidades sociales y físicas adicionales que podrían aumentar la susceptibilidad o reducir la resiliencia a las amenazas para la salud pública. Son vulnerables a eventos traumáticos, violencia de pareja y de género, y corren un mayor riesgo de infección por VIH, depresión y embarazo; de la mitad a dos tercios de sus embarazos no son planificados (26). Estudios previos sugieren que tanto el embarazo no planificado como una mayor paridad aumentan la vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria en el hogar (27, 28). La asociación entre una mayor paridad y peores resultados de salud, incluidos niveles más altos de sobrepeso y obesidad, se alinea con los hallazgos de los centros urbanos. La inseguridad alimentaria y la obesidad son potentes factores de riesgo de enfermedades agudas y crónicas a lo largo de la vida, como diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y renales, asma, depresión y ansiedad, entre otras. Las mujeres jóvenes y las niñas son particularmente vulnerables a la infección como resultado de factores sociales, físicos y económicos. Dado que las mujeres jóvenes con mayor paridad vivían con mayor frecuencia en hogares que compartían fuentes de agua potable e instalaciones sanitarias, esto podría aumentar aún más la vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas. Las mujeres ya tienden a enfrentar mayores dificultades

durante los desastres y la recuperación en comparación con los hombres debido a las disparidades en el empleo, los salarios más bajos y las responsabilidades del cuidado de la familia (26).

De hecho, la pandemia de COVID-19 ha demostrado que estas asociaciones son la realidad, con una pérdida estimada de tres millones de empleos, de los cuales dos millones eran mujeres en empleos formales e informales, lo que afecta desproporcionadamente a mujeres jóvenes con niveles educativos más bajos e impulsando la inseguridad alimentaria en los hogares encabezados por mujeres (29). En respuesta a las recomendaciones de las Naciones Unidas de enfocarse en las mujeres y las niñas en los paquetes de asistencia social y los hallazgos iniciales de los impactos desproporcionados de la pandemia en la participación de las mujeres en el mercado laboral, las primeras recomendaciones de políticas incluyeron aumentar el valor de las subvenciones de manutención infantil por niño (no por cuidador) y restablecer los esquemas de alimentación escolar (26, 30).

- **Embarazo deseado:** Casi la mitad (45%) de todos los embarazos en los Estados Unidos se clasifican como no deseados (p. ej., informados como ocurridos antes de lo deseado o no deseados). Los nacimientos no deseados se asocian con numerosas consecuencias adversas que incluyen una peor salud y desarrollo maternoinfantil; estos resultados se deben, en parte, a las interrupciones en el vínculo madre-hijo que están fuertemente correlacionados con el cuidado materno durante el embarazo y posterior al nacimiento, así como con el bienestar emocional de la madre durante la gestación. Por lo tanto, es fundamental explorar los factores modificables que pueden amortiguar los resultados adversos asociados con el embarazo no deseado. El vínculo materno-fetal (MFB), que se refiere a los sentimientos afectivos que una madre desarrolla por su bebé durante el embarazo, es uno de esos factores. El vínculo materno fetal, a veces llamado apego prenatal, predice la relación posnatal madre-hijo y la calidad de la atención materna brindada. En particular, MFB sirve como un indicador directo de la sensibilidad materna y el vínculo posnatal madre-hijo. Aunque las mujeres con embarazos no deseados tienden a reportar menos

MFB inicialmente, el tamaño del efecto es pequeño. Las características del curso de vida (p. ej., edad materna, estado civil, empleo materno y número de hijos) se han correlacionado previamente con MFB es modificable y puede mejorarse mediante intervenciones (30). Se ha señalado que los embarazos planeados se asocian con puntajes más altos de bienestar emocional durante el embarazo, y tras el nacimiento con puntajes más altos de apego, particularmente cuando ambos miembros de la pareja ven el embarazo favorablemente. Sin embargo, las características adicionales del curso de vida también están asociadas con el bienestar emocional materno y el apego, entre ellos destacan una edad materna más joven, ser madre primeriza, haber tenido hijos anteriormente y estar empleada a tiempo completo se correlacionan de forma independiente con puntajes de vinculación prenatal (30).

- **Uso de métodos de planificación familiar:** El uso de métodos de planificación familiar permite a las personas o parejas retrasar, espaciar o limitar (detener) la maternidad. Al prevenir los embarazos no deseados, el uso de anticonceptivos contribuye a la supervivencia materna e infantil, la reducción de la pobreza y el crecimiento económico. El uso de métodos para la planificación familiar ha sido reconocido como uno de los 10 mayores logros de salud pública del siglo XX, y ha seguido apareciendo en la agenda mundial para el desarrollo económico y social. Por ejemplo, mejorar el acceso a métodos anticonceptivos modernos fue una de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que finalizaron en 2015. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en curso también especifican el acceso universal a los servicios de planificación familiar para 2030, con la demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos como uno de los indicadores para monitorear este objetivo, si bien no existe una definición estandarizada para los métodos modernos, se ha encontrado que son más efectivos que los métodos anticonceptivos tradicionales (31).

A lo largo de los años, la demanda de planificación familiar para limitar la maternidad ha ido en aumento en muchos países. Las razones económicas, los

beneficios de salud, la alta paridad y el conocimiento de la planificación familiar son algunos de los factores que motivan o se asocian con el deseo de limitar la maternidad. Sin embargo, los hallazgos del estudio de Olakunde et al sugieren que la demanda de estos métodos varía geográficamente, con grupos de mayor prevalencia que otros. Aunque ha habido un debate de larga data sobre el papel relativo que desempeña el desarrollo socioeconómico y el mayor acceso a la planificación familiar en el comportamiento reproductivo en países de recursos limitados, ambos factores pueden haber explicado la variación observada entre los países. Siguiendo el punto de referencia de $\geq 75\%$ para evaluar la demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos entre aquellos que desean limitar la maternidad, sus resultados sugirieron que varios países pueden tener un bajo rendimiento. Pero con una fuerte voluntad política y esfuerzos concertados, se pueden lograr grandes avances antes de 2030. Similar a la demanda de planificación familiar para limitar la maternidad, el patrón espacial de la demanda de planificación familiar para limitar la maternidad satisfecha con métodos modernos mostró una concentración de puntos fríos. Se ha señalado que las parejas que deciden tener un embarazo luego del uso de métodos de planificación familiar, presentan mayor bienestar psicológico y en general mejores cuidados y atención durante el embarazo y un apego paterno filial significativamente mejor, que los padres con embarazos no deseados (31).

- **Violencia de pareja y/o familiar:** La violencia de pareja íntima (IPV) y/o la violencia familiar, durante el embarazo se asocia significativamente con resultados negativos tanto para la madre como para el niño. La evidencia actual indica una asociación entre los bajos niveles de apoyo social y la VPI; sin embargo, hay menos evidencia de los países de ingresos bajos y medios que de los países de ingresos altos. A nivel mundial, la pandemia de COVID-19 ha alterado radicalmente la forma en que las mujeres pueden acceder al apoyo social (32). La violencia de pareja íntima (VPI), la forma más común de violencia contra la mujer, se define como “el comportamiento de una pareja íntima que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidos los actos de agresión física, coerción sexual, abuso

psicológico y control comportamientos” (33). A nivel mundial, se estima que casi una de cada tres mujeres de entre 15 y 49 años sufrirá violencia física/sexual al menos una vez en su vida. La IPV durante el embarazo se asocia con consecuencias para la salud tanto de la madre como del futuro hijo (34).

En los países de ingresos bajos y medianos, los trastornos mentales comunes perinatales (depresión, ansiedad, adaptación y trastornos somáticos) fueron más frecuentes en mujeres expuestas a IPV física durante el embarazo o en los 12 meses anteriores en comparación con las mujeres no expuestas. La IPV durante el embarazo también es un factor de riesgo establecido de hemorragia anteparto, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, parto prematuro y aumento general de la morbilidad fetal. Además, la exposición materna a la IPV durante el embarazo aumenta el nivel de hormonas del estrés que llegan al feto, que puede afectar el desarrollo conductual del niño. La evidencia sugiere que las probabilidades de internalizar y externalizar problemas de comportamiento en niños cuyas madres estuvieron expuestas a la violencia durante el embarazo se duplicaron en comparación con los niños cuyas madres no estuvieron expuestas a IPV. Por lo tanto, la prevención de la VPI durante el embarazo beneficia el bienestar tanto de la madre como del niño durante el embarazo y luego del nacimiento (31).

Si bien la IPV representa una relación dinámica que se asocia particularmente con malos resultados de salud mental perinatal, también se sabe que otras formas de apoyo social son de vital importancia para el bienestar de las mujeres durante el período perinatal. A nivel mundial, las restricciones de distanciamiento social y los bloqueos debido a la pandemia de COVID-19 han afectado notablemente la vida familiar y los arreglos laborales, y el acceso al apoyo social cara a cara. Está bien establecido que las mujeres embarazadas que cuentan con el apoyo social adecuado (relaciones cálidas y de apoyo con su pareja, familia, amigos u otras personas importantes) tienen una probabilidad significativamente menor de experimentar abuso físico o psicológico por parte de sus cónyuges. Por el contrario, tener poco o

ningún apoyo social aumenta de forma independiente las probabilidades de IPV (31).

- **Consumo de alcohol y/o drogas:** El uso intensivo de sustancias se asocia con graves consecuencias físicas y psicológicas. El riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias aumenta durante los años reproductivos y el consumo de sustancias prevalece durante el embarazo. Del 11-15% de las embarazadas reportan uso de alcohol, tabaco, cannabis y/o sustancias ilícitas. La prevalencia real puede ser mayor, ya que el estigma y el juicio pueden hacer que algunas mujeres embarazadas duden en informar sobre el consumo de sustancias. El consumo excesivo de sustancias durante el embarazo tiene consecuencias graves a corto y largo plazo, incluido un riesgo elevado de aborto espontáneo, bajo peso al nacer, mortalidad infantil y síndrome de muerte súbita del lactante. Los resultados a largo plazo para los niños expuestos a sustancias en el útero varían. Por ejemplo, el consumo prenatal de cannabis se ha relacionado con la reducción de las habilidades de atención y funcionamiento ejecutivo, bajo rendimiento académico y aumento de los problemas de conducta. El consumo prenatal de alcohol se ha relacionado con múltiples efectos a largo plazo, incluidos problemas cognitivos y conductuales, déficits en el funcionamiento ejecutivo y resultados psicosociales deficientes (35).

Dada la alta prevalencia del uso de sustancias en el embarazo y sus graves daños asociados, es imperativo que las mujeres embarazadas tengan acceso a apoyos basados en evidencia. A pesar de los resultados que han demostrado la efectividad de las intervenciones psicológicas en el tratamiento del abuso de sustancias, la literatura ha encontrado consistentemente que, en la población general, las personas a menudo no buscan servicios de adicción y salud mental. Los obstáculos potenciales para el tratamiento incluyen recursos limitados, conflictos de tiempo y estigma. Las personas embarazadas, especialmente las que pertenecen a grupos étnicos y socioeconómicos marginados, también tienen más probabilidades de ser arrestadas, enjuiciadas, condenadas y/o retiradas de sus niños relacionadas con la divulgación del consumo de sustancias, lo que contribuye a una mayor vacilación

para buscar ayuda. Las preocupaciones sobre la separación de la familia, así como la falta de cuidado de los niños, también son barreras de tratamiento conocidas para las personas embarazadas que consumen sustancias (35, 36).

- **Vivienda con acceso a servicios básicos:** El acceso a servicios básicos en la vivienda, constituye uno de los determinantes sociales mas importantes de la salud, porque se relaciona con las medidas básicas de salubridad e higiene que debe existir en los hogares, lo cual resulta fundamental para el cuidado de la familia, en especial de las gestantes, quienes deberán tener acceso a servicios de agua potable, desagüe y electricidad, siendo los dos primeros fundamentales para la prevención de enfermedades infecto contagiosas (3).
- **Condiciones de la vivienda:** El embarazo, al correlacionarse con una fecundidad alta, es decir, con un mayor número de hijos al final de la vida reproductiva, tiene como consecuencia una familia numerosa, y si esto se combina con los bajos ingresos, las mujeres tienen mayor probabilidad de vivir en condiciones de precariedad. Sucede también que muchas madres, sobre todo adolescentes se quedan solas al cuidado de los hijos, con lo que la falta de apoyo económico de la pareja hará disminuir el ingreso de estos hogares y la falta de ingresos económicos adecuados se asocia a la necesidad de vivir en viviendas precarias, con falta de servicios básicos, y en condiciones de hacinamiento (3, 37).

Otra explicación plantea que las condiciones familiares previas al embarazo y las escasas oportunidades que les ofrece el contexto, y no el embarazo mismo, son en realidad la razón de la pobreza, la misma que se agudiza en las gestantes adolescentes. Se ha señalado que, en gran medida, la pobreza es consecuencia de la estructura social y económica en que viven las adolescentes y que no es el embarazo lo que las hace pobres. Señalan que para muchas de ellas hay otros factores que generan la pobreza, y que, de cualquier forma, estas adolescentes hubieran sido pobres, independientemente del embarazo en esa etapa de su vida (37). En la literatura sobre vulnerabilidad sobresalen dos enfoques: aquel que la percibe

vinculada a situaciones de fragilidad, precariedad, indefensión e incertidumbre, que afectan las posibilidades de integración y movilidad social ascendente, y otro que la asocia al riesgo. En este segundo enfoque se plantea que la situación desfavorecida de una persona o una comunidad es resultado del efecto conjunto ejercido sobre ellas por factores de riesgo de orden múltiple (sociales, económicos, ecológicos, demográficos, epidemiológicos). En ambas propuestas hay particular interés por la capacidad de respuesta o defensa de los sujetos. Ello depende de los activos sociales que posean, los cuales se definen como una amplia gama de recursos o atributos que son movilizados para superar situaciones adversas (37).

- **Apoyo familiar durante el embarazo:** El embarazo no es una enfermedad sino un período psicológicamente desafiante en el que una mujer atraviesa varios desafíos sociales, físicos y psicológicos en la vida. Durante el embarazo, las mujeres necesitan un apoyo significativo de los servicios de atención de la salud; sin embargo, en sociedades patriarcales, muchas de estas decisiones relacionadas con el acceso a los servicios de salud, etc., están en manos del esposo y la familia política. En su mayoría, las familias tradicionales con un sistema de creencias rígido piensan que la atención médica no es necesaria en el embarazo y no permiten que las mujeres embarazadas busquen atención médica debido a que la búsqueda de atención médica se retrasa. El retraso en la búsqueda de atención médica conduce a resultados de salud indeseables, como alta fertilidad, embarazos indeseables y no deseados y complicaciones médicas en las mujeres. Durante el período prenatal, el apoyo de los esposos y miembros de la familia es necesario para garantizar resultados saludables en el embarazo. Especialmente, la presencia de la pareja en el momento del parto es fructífera porque su apoyo fortalece y ayuda a reducir el miedo y la ansiedad durante el parto (38). Un estudio informó que presenciar el dolor de parto puede ayudar en la planificación familiar en el futuro (39). El apoyo social en términos de orientación emocional, cognitiva, retroalimentación positiva y refuerzo social a las mujeres embarazadas por parte de sus familiares se asocia con una mejor salud mental, amortiguación de riesgos y promoción del bienestar (38). El apoyo psicológico en términos de comportamiento y comunicación de los

miembros de la familia es otro factor importante que afecta la salud mental materna y mejora los resultados del embarazo. La falta de apoyo psicológico puede provocar complicaciones en el embarazo, es decir, privación del desarrollo neurológico del feto, bajo peso al nacer del feto, un aumento en las tasas de parto por cesárea, trabajo de parto prolongado y prematuro, lo que indica que el apoyo psicológico deficiente durante el embarazo está fuertemente relacionado con las complicaciones del embarazo. La relación familiar de calidad juega un papel importante en la salud mental y el bienestar físico de las mujeres embarazadas. Hay una gran disparidad entre las zonas urbanas y las rurales y las desigualdades de género, que incluyen alfabetización, nutrición, empleo y atención médica, y los determinantes afectan el comportamiento de búsqueda de salud de las mujeres durante el embarazo (38, 39).

- **Percepción de circunstancias estresantes:** A nivel mundial, el 10% de las mujeres embarazadas experimentan estrés y depresión debido al estilo autocrático de los padres, parejas, o suegros. Además, los valores y creencias familiares, la religión, el nivel de educación o la conciencia de los miembros de la familia afectan el bienestar psicológico, físico y social de las mujeres embarazadas (40). Según la teoría de la autodeterminación (SDT), la autonomía es una necesidad psicológica fundamental. Según esta teoría se demuestra que una falta de satisfacción de necesidades o la presencia de frustración de necesidades, puede representar un riesgo para la salud psicológica adversa. Varios estudios han sugerido que la autonomía determina el bienestar materno o la calidad de la crianza o incluso los síntomas depresivos entre las madres (38, 39, 40). Durante la pandemia, la mayoría de las mujeres embarazadas pueden experimentar una pérdida de autonomía debido a las estrictas medidas de control de infecciones. Por ejemplo, el 65% de las instalaciones de maternidad en Japón pidió a las mujeres perinatales que usaran una máscara facial durante el trabajo de parto y el parto, la lactancia y mientras cuidaban a sus bebés en el hospital, incluso si no estaban infectados. Esto también puede afectar la salud mental de las mujeres en el posparto (40).

- **Satisfacción con la pareja:** En el campo de la salud mental y perinatal, la mayoría de los estudios se centran en los estados psicológicos de las madres durante el embarazo, dejando de lado el papel de sus parejas. Sin embargo, se ha reportado una relación de interdependencia actor-pareja para evaluar el papel mediador de la satisfacción diádica en la relación entre el estrés percibido y la sintomatología depresiva prenatal en ambos miembros de parejas mixtas de género masculino y femenino que esperaban su primer hijo, encontrando que había un efecto indirecto intrapersonal del estrés percibido por los padres sobre la depresión paterna prenatal a través de su satisfacción conyugal. Además, se encontró un efecto indirecto interpersonal con las madres. El estrés percibido está asociado con la depresión paterna prenatal a través de la satisfacción diádica de los padres. Los efectos indirectos maternos no fueron significativos, lo que sugiere que su satisfacción diádica y la de su pareja no mediaron la relación entre su estrés percibido y el de su pareja y su depresión prenatal. Los hallazgos respaldan la importancia de evaluar la satisfacción diádica de las parejas durante el embarazo, especialmente en los futuros padres, y enfocarla en el apoyo psicológico ofrecido a las parejas como una forma de mejorar su angustia prenatal y, en consecuencia, su salud mental (41).

3.1.3. Importancia de los determinantes sociales durante el embarazo

Las disparidades sociodemográficas existentes durante el embarazo, han sido tema de estudios anteriores que han sugerido que las embarazadas que sufren por tales disparidades tienen un mayor riesgo de experimentar infecciones, enfermedades graves y morbilidades graves y mayor mortalidad materna debido a complicaciones materno perinatales (42).

Si bien existen muchos factores de riesgo clínicos que se asocian a las complicaciones durante el embarazo, los entornos en los que las personas trabajan, viven y participan en actividades sociales o de ocio tienen un impacto directo en la salud, especialmente en los momentos más críticos del embarazo, como es el primer y tercer trimestre. Desde el lanzamiento de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (DSS) de la Organización Mundial de la Salud, se ha prestado más atención a la relación entre la salud y el contexto social. Los factores estructurales relacionados con los DSS pueden

desempeñar un rol importante en la cantidad de personas embarazadas que desarrollan complicaciones o trastornos durante el embarazo. Además, la evidencia demuestra que los DSS pueden desencadenar estados físicos y emocionales inadecuados en aquellas gestantes que experimentan inequidad social. Por lo tanto, es imperativo evaluar y comprender de manera integral los factores que afectan la salud de las gestantes (43).

Estudios anteriores han demostrado que las características a nivel de vecindario, como un nivel educativo más bajo y un ingreso familiar promedio, se asociaron con complicaciones durante el embarazo. Tener más hijos podría considerarse un indicador del hacinamiento en un hogar y puede culminar en un aumento del riesgo de aborto, infección del tracto urinario, placenta previa, parto pretérmino, bajo peso al nacer, obesidad materna, Enfermedad Hipertensiva del Embarazo y muerte materna y neonatal (44).

3.2. BIENESTAR PSICOLÓGICO

3.2.1. Concepto

Desde que se reconociera la importancia fundamental que tienen los aspectos psicológicos – emocionales en el estado de salud integral de las personas, surgió la teoría del bienestar psicológico planteada por Carol Ryff con el modelo integrado de desarrollo personal, el cual fundamenta que la felicidad, la calidad de vida e incluso el logro del proyecto de vida personal, son producto del desarrollo del potencial humano, el que ha sido denominado bienestar psicológico (45).

El concepto de bienestar psicológico se caracteriza por ser multidimensional y puede ser definido como “las capacidades y el crecimiento personal, donde el individuo muestra indicadores de funcionamiento positivo” (46). Mientras que Carol Ryff y Corey Lee Keyes definen el bienestar psicológico como “una percepción subjetiva, un estado o sentimiento” (47). El bienestar psicológico es una experiencia personal que se va construyendo a través del desarrollo psicológico de la persona y de la capacidad para relacionar y relacionarse de manera positiva e integrada con las experiencias de vida que va experimentando, considerando la incorporación activa de medidas positivas para ello y no solo la ausencia de los aspectos negativos que va vivenciando (47).

Se identifica por lo tanto como un factor de motivación intrínseca para el individuo. Este bienestar depende de algunas variables como la edad, el género y la cultura; se puede medir a través de algunos de sus componentes, tanto afectivos como cognitivos, los cuales tienen que ser analizados en diferentes contextos, entre otros, la familia, el espacio laboral y los determinantes sociales de la salud (48).

3.2.2. Dimensiones del bienestar psicológico

Ryff, citado por Sandoval y cols, sugiere un modelo de seis dimensiones del bienestar psicológico. Cada una de estas dimensiones articula distintas tareas o retos que el individuo debe poder enfrentar para funcionar de una manera óptima (45).

a. Autoaceptación

Se relaciona con el hecho de que las personas se sientan bien consigo mismas siendo conscientes de sus limitaciones. Evalúa la valoración positiva de uno mismo y de su historia. La autoaceptación es vista como determinante para la salud mental, así como también para el funcionamiento óptimo, madurez y autoconocimiento. Implica el conocerse a uno mismo, y aceptarse como es, con virtudes, defectos y con experiencias vividas. Tener una actitud positiva hacia uno mismo es una característica central de un buen funcionamiento psicológico. Una persona con una alta autoaceptación y una actitud positiva hacia sí misma, conoce y acepta sus distintos aspectos, ya sean positivos o negativos, igualmente acepta y percibe de manera positiva su pasado. Por el contrario, una persona que puntúa bajo en esta dimensión se siente insatisfecha y decepcionada de sí misma y de su pasado, además, no se siente contenta con ciertas características y desea ser distinta de lo que es (48).

b. Relación positiva con otros

Se relaciona con la creencia de que se tienen relaciones de confianza, cálidas, de empatía y de intimidad con otros. Esta dimensión evalúa la capacidad de establecer y mantener relaciones sociales de calidad y confianza con otros, tener fuertes sentimientos de empatía y de afecto por las personas, ser capaces de dar amor, tener relaciones profundas de amistad y tener mayor identificación con otros son características presentes en personas con un sentido de autorrealización. Así, tener relaciones positivas y profundas con otros es un

aspecto primordial en la concepción del bienestar psicológico. Una persona que puntúa alto en esta dimensión cuenta con relaciones interpersonales cálidas y satisfactorias, y se preocupa sinceramente por el bienestar de los demás. Del mismo modo, es capaz de ser empática, afectuosa y de relacionarse de manera íntima, comprendiendo la dinámica del dar y recibir en las relaciones. Por otro lado, una persona que puntúa bajo, posee pocas relaciones cálidas y cercanas. Además, le resulta difícil ser empática y abrirse ante los otros, por lo que se aísla y frustra en sus relaciones interpersonales, y no está dispuesta a comprometerse en mantener lazos importantes con otros (47).

c. Autonomía

Se relaciona con el reconocimiento de que personas con altos niveles de autonomía puedan resistir mejor la presión social y autorregular mejor su comportamiento. Evalúa la capacidad de la persona de sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales y su sentido de autodeterminación personal. Las personas con autonomía se muestran independientes, decididas en su actuar y capaces de regular su propio comportamiento. Además, suelen ponerse estándares propios y evaluarse ellos mismos, y por lo tanto no se ven influenciados por los demás ni buscan su aprobación. Tener autonomía permite al individuo sentirse libre al poder separarse de los temores, creencias y leyes que guían a las masas. Una persona que cuenta con autonomía es capaz de resistir la presión social de actuar y pensar de determinada manera, por lo tanto, se desenvuelve según su propio parecer e incluso se autoevalúa según estándares propios. Sin embargo, una persona que puntúa bajo en autonomía está preocupada por las expectativas de los otros, y depende de la opinión de los demás para tomar decisiones importantes. En este sentido, se deja influenciar por la familia, pareja, la presión social, su manera de actuar y pensar se encuentra bajo influencia permanente de su entorno social (48).

d. Manejo del ambiente

Se vincula a la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para sí mismos dirigiendo efectivamente la propia vida. Evalúa la percepción de control del medio. Es la habilidad que tiene la persona de escoger y crear entornos adecuados a su psiquismo y su capacidad de sacar provecho de las oportunidades que se presenten en los mismos, así como

de moldearlas o manejarlas a través de actividades mentales o físicas. Los elementos mencionados son importantes para un marco integrado del funcionamiento psicológico. Una persona con un alto manejo del ambiente es aquella que tiene un sentido de dominio y competencia, es capaz de controlar situaciones complejas de actividades externas y usa adecuadamente las oportunidades que se le presentan. Al mismo tiempo, logra escoger y crear contextos convenientes a sus valores y necesidades. En cambio, una persona que puntúa bajo en esta dimensión, tiene dificultad de lidiar con situaciones diarias, se siente incapaz de cambiar o mejorar su entorno y no aprovecha las oportunidades que se le presentan, además, no posee control sobre el mundo externo (47).

e. Sentido de vida

Se relaciona con la capacidad de la persona para tener metas claras y ser capaz de definir sus objetivos vitales. Evalúa la capacidad que se tiene respecto a lo que se quiere en la vida (45). Hace referencia a encontrar sentido y propósito, tanto a la propia existencia como a la vida misma. Un individuo que cuenta con un sentido de vida sabe hacia dónde quiere ir y realiza las acciones necesarias para poder llegar a las metas propuestas. De este modo, logra darle un sentido a su presente y además construye un significado a su historia pasada. Una persona cuenta con un sentido de vida cuando tiene metas y un sentido de direccionalidad en su vida; también considera que su presente y pasado tienen un sentido, y tiene creencias, metas y objetivos que le dan un propósito a su existencia. Por el contrario, una persona que puntúa bajo en esta dimensión no le encuentra un significado a la vida, tiene pocas metas y direccionalidad en su vida. Conjuntamente no le encuentra un sentido a su pasado y no tiene creencias que le brinden un sentido a su vida (48).

f. Crecimiento personal

Se relaciona con el reconocimiento de que el funcionamiento positivo óptimo requiere el desarrollo de las potencialidades individuales para crecer como persona y llevar al máximo sus capacidades. Evalúa la capacidad del individuo para generar las condiciones para desarrollar sus potencialidades y seguir creciendo como persona (45). Abarca el potencial con el que cuenta una persona para desarrollarse y crecer, incluye también la búsqueda de realización de actividades y experiencias que desarrollen sus habilidades y lo hagan crecer

como individuo. Esta dimensión es la que más se asemeja al concepto filosófico de eudaimonia. Una persona con crecimiento personal es aquella que tiene un sentimiento de desarrollo constante, va creciendo y expandiéndose, y está abierta a nuevas experiencias. Además, desea desarrollar su potencial, y ve su evolución a través de su comportamiento a lo largo del tiempo, cambiando en su forma y reflejando mayor autoconocimiento y afectividad. Por el contrario, una persona que no cuenta con un crecimiento personal se siente estancada y no tiene sentido de superación y expansión a través del tiempo. Al mismo tiempo, se siente aburrida y desinteresada, y tiene poca capacidad de desarrollar nuevas actitudes o comportamientos (47).

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. Internacionales

Título: “La intersección de la natividad con la raza y el origen étnico en la preeclampsia: ampliación de la evaluación de los determinantes sociales de la salud materna”.

Autor: Shah N, Kershaw K, Khan S, Kishimoto I, Ohashi A. (2021), Estados Unidos.

Resumen: Mencionan que de 4 millones de nacimientos que se producen anualmente en los EE. UU., aproximadamente 1 de cada 5 de estos nacimientos se complican por uno o más resultados adversos del embarazo (APO) interrelacionados, que incluyen preeclampsia, parto prematuro y nacimiento de fetos pequeños para su edad gestacional. Los APO están aumentando en incidencia y comparten una serie de factores de riesgo, además de que tienen implicaciones importantes para la salud tanto de la persona que da a luz como de la descendencia. Los procesos fisiopatológicos que conducen a APO comienzan antes de la concepción y están, en parte, asociados con factores de riesgo cardiovascular materno (p. ej., obesidad, hipertensión) presentes antes del embarazo. Pero un rol primordial cumplen los determinantes sociales de la salud que implica factores sociales, estructurales y sistémicos como determinantes de la salud altamente asociados con las disparidades raciales y étnicas significativas y generalizadas en los resultados de salud materna, con tasas más altas de factores de riesgo cardiovascular previos al embarazo, APO y enfermedad cardiovascular posparto (ECV) en mujeres no embarazadas. Dichos

factores incluyen eventos de vida adversos y factores estresantes, estatus socioeconómico a nivel individual y de vecindario, y experiencias de racismo y discriminación (49).

Título: “Evaluación de los determinantes sociales de la salud en una intervención cultural prenatal y perinatal para indígenas americanos y nativos de Alaska”.

Autor: James R, Hesketh A, Benally R, Johnson S, Tanner L, Means S. (2021). Estados Unidos.

Resumen: El objetivo fue analizar los principales determinantes sociales que viven las poblaciones mencionadas, quienes se basan en las tradiciones y valores culturales para guiar las prácticas resilientes y basadas en la fortaleza para abordar las disparidades en la salud materna e infantil. Resultados: las enseñanzas culturales se han aplicado con éxito en las intervenciones conductuales utilizando círculos de conversación y cunas, pero las intervenciones de salud materno-infantil no reciben la importancia que merecen, lo que se asocia a una alta incidencia de complicaciones maternas, fetales y neonatales (50).

Título: “Bienestar psicológico en mujeres gestantes y lactantes trabajadoras de Bogotá, D.C. 2020.”

Autor: Zapata A. (2021). Colombia.

Resumen: El objetivo del estudio fue analizar la relación entre el trabajo y el bienestar psicológico de las mujeres que trabajaron durante la gestación y el periodo de lactancia en la ciudad de Bogotá. Resultados: Participaron 11 mujeres, encontrando que según informaron la experiencia del embarazo en relación con el trabajo se caracterizó por la ansiedad de las participantes por tener que cumplir el papel de “buenas madres”, el temor sobre los efectos de la carga laboral en el desarrollo de un embarazo normal y la creencia que sus compañeros podrían juzgarlas como menos capaces o disponibles. Además, la mayoría de trabajos presentaban barreras para la lactancia, tanto por la ausencia de adecuaciones físicas o que las funciones del cargo no les permitían ausentarse para extraerse leche materna. En cuanto a las dimensiones del bienestar psicológico se encontró que el ejercicio de la autonomía para asistir a los controles médicos fue resultado de las convicciones de las participantes más que la disponibilidad del lugar de trabajo. Sobre el

dominio ambiental se encontró que el apoyo familiar para las labores de cuidado fue central para continuar insertadas en el mercado laboral, así como contar con recursos suficientes para contratar trabajadoras domésticas o sala cunas. También manifestaron que los trabajos de medio tiempo podrían mejorar esta conciliación. Con relación al crecimiento personal se identificó que en el ámbito laboral las posibilidades de ascenso en el trabajo se vieron limitadas por el embarazo; y en el ámbito personal las mujeres fortalecieron su autoconocimiento y modificaron sus prejuicios hacia las mujeres embarazadas. Respecto a las relaciones positivas con otros, se encontró que en el ámbito familiar las mujeres que eran previamente cercanas a su familia materna vieron un fortalecimiento de esas relaciones durante el embarazo y la lactancia. En el ámbito laboral, cuando las participantes no se sintieron apoyadas por sus colegas, se encontró relación en cuanto a que estos o estas sentían que no podían repartirse las funciones con las embarazadas propiciando un ambiente poco solidario (51).

3.2. Nacionales

Título: “Bienestar psicológico y ansiedad en gestantes de la Red de Salud II Cajamarca, 2021”.

Autor: Sáenz L. (2021), Cajamarca.

Resumen: El objetivo del estudio fue determinar la relación entre bienestar psicológico y la ansiedad en gestantes de la Red de Salud II de Cajamarca e incluyó una muestra de 100 gestantes. Resultados: Se halló correlación inversa entre bienestar psicológico y ansiedad, el nivel de bienestar psicológico es alto con 65% mientras que el nivel de ansiedad es bajo con 53% (52).

Título: “Barreras de acceso al servicio de obstetricia relacionadas a las determinantes sociales en gestantes que acuden al Centro de Salud Leonor Saavedra, Año 2020”.

Autor: Trujillo N. (2020), Lima.

Resumen: El objetivo del estudio fue especificar la relación existente entre las barreras de acceso al servicio de obstetricia y las determinantes sociales en las gestantes que acuden al centro de salud. La muestra de estudio fue de 127 gestantes. Resultados: se halló que el

45% de las gestantes han tenido barreras de acceso que dificultan el desarrollo adecuado de sus atenciones. Los determinantes sociales intermedios se encuentran relacionados significativamente con la barrera de acceso económica, y barreras de acceso cultural, concluyen que existe relación significativa entre los determinantes sociales y el surgimiento de barreras de acceso de tipo económica y cultural (53).

Título: “Determinantes individuales que afectan la salud de las gestantes en el Centro de Salud Justicia Paz y Vida Tambo, Huancayo 2018”.

Autor: Jahuin Y. (2019), Huancavelica.

Resumen: El objetivo del estudio fue identificar los determinantes individuales que afectan la salud de las gestantes. Participaron 150 gestantes. Resultados: la edad promedio 26 años, la mitad de las gestantes tuvieron más de 26 años y el 75% menos de 31 años; el 54,7% fueron solteras o convivientes; el 69,3% tuvieron nivel de instrucción secundaria; el 84% eran amas de casa. Las condiciones de vida de las gestantes se caracterizaron porque todas tienen acceso al agua potable; el 72,7% no disponen de suficientes alimentos en casa; todas conservan el orden y limpieza en sus hogares. La edad mínima de su primer embarazo fue los 15 años y la edad máxima 31 años; el 64% no utilizaron método anticonceptivo antes del embarazo; el 65,3% de embarazos fueron no programados. El 32,7% tuvo anemia durante el embarazo, el 29,3% tenía antecedentes de aborto, hipertensión inducida por el embarazo, recién nacidos de bajo peso al nacer y parto prematuro; el 59,3% no tuvo controles prenatales adecuados (54).

3.3. Locales

En las Universidades locales no se ha encontrado ningún estudio similar.

5. HIPÓTESIS

Dado que el bienestar de las mujeres durante la etapa de la gestación, es fundamental para poder tener resultados maternos y perinatales positivos;

Es probable que algunos determinantes sociales de la salud estructurales e intermediarios influyan de forma significativa en el grado de bienestar psicológico de las gestantes atendidas en el Hospital Aplao.





CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

Se utilizó como técnica la encuesta.

1.2. Instrumentos

1.2.1. Cuestionario de Determinantes Sociales de la salud que afectan la salud de las gestantes: Este instrumento fue elaborado por Manuel Martín (55), en el año 2014 y aplicado en el Perú en el estudio de Jahuin (54), el instrumento está dividido en dos secciones, en la primera se evaluaron los determinantes estructurales, consta de siete ítems, en la segunda sección se evaluaron los determinantes intermediarios que consta de 12 ítems. Este instrumento no tuvo puntaje.

1.2.2. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (adaptación de Díaz y cols): Este instrumento fue elaborado por Ryff en el año 1989, y posteriormente ha tenido varias adaptaciones. Para el presente estudio se aplicó la versión validada por Díaz y cols, el instrumento consta de 39 ítems que evaluaron las siguientes dimensiones: Autoaceptación: (ítems 1, 7, 13, 19, 25, y 31), relación positiva con otros: (ítems 2, 8, 14, 20, 26, y 32), autonomía: (ítems 3, 4, 9, 10, 15, 21, 27, y 33), manejo del ambiente (ítems 5, 11, 16, 22, 28, y 39), crecimiento personal: (ítems 24, 30, 34, 35, 36, 37, y 38), sentido de vida: (ítems 6, 12, 17, 18, 23 y 29) (56). Para establecer el grado de bienestar psicológico, el puntaje se sumó y se convirtió al siguiente baremo:

| | |
|---------|------------------|
| Malo | 39 – 104 puntos |
| Regular | 105 – 169 puntos |
| Bueno | 170 – 234 puntos |

La confiabilidad del instrumento fue establecida por Díaz y cols, obteniendo un coeficiente de confiabilidad de 0,84 (56).

1.3. Estructura del instrumento

| VARIABLE | INDICADORES | SUBINDICADORES | INSTRUMENTO | ÍTEMS |
|---|----------------------------------|--|--|-------------------------------|
| Variable Independiente 1. Determinantes sociales de la salud (“Las condiciones socio económicas en que las personas nacen, crecen, viven, educan, trabajan y envejecen, estas influyen en la salud de los individuos, las familias y las comunidades en su conjunto”) | 1.1. Estructurales | 1.1.1. Situación conyugal | Cuestionario de determinantes sociales de la salud que afectan la salud de las gestantes | 1 |
| | | 1.1.2. Procedencia | | 2 |
| | | 1.1.3. Nivel de instrucción | | 3 |
| | | 1.1.4. Ocupación | | 4 |
| | | 1.1.5. Régimen de afiliación en salud | | 5 |
| | | 1.1.6. Ingresos mensuales en el hogar | | 6 |
| | 1.2. Intermediarios | 1.2.1. Edad | | 7 |
| | | 1.2.2. Paridad | | 8 |
| | | 1.2.3. Embarazo deseado | | 9 |
| | | 1.2.4. Uso de métodos de planificación familiar | | 10 |
| | | 1.2.5. Violencia de pareja | | 11 |
| | | 1.2.6. Violencia familiar | | 12 |
| | | 1.2.7. Consumo de alcohol y/o drogas | | 13 |
| | | 1.2.8. Vivienda con acceso a servicios básicos | | 14 |
| | | 1.2.9. Condiciones de la vivienda | | 15 |
| | | 1.2.10. Apoyo familiar durante el embarazo | | 16 |
| | | 1.2.11. Percepción de circunstancias estresantes | | 17 |
| | | 1.2.12. Satisfacción con la pareja | | 18 |
| Variable dependiente 2. Bienestar psicológico durante el embarazo (Es un indicador de funcionamiento positivo que implica aspectos | 2.1. Autoaceptación | 2.1.1. Malo: 39 – 104 puntos | Escala de Bienestar psicológico de Ryff (adaptación de Díaz y cols) | 1, 7, 13, 19, 25, y 31 |
| | 2.2. Relación positiva con otros | 2.1.2. Regular: 105 – 169 puntos | | 2, 8, 14, 20, 26, y 32 |
| | 2.3. Autonomía | 2.1.3. Bueno: 170 – 234 puntos | | 3, 4, 9, 10, 15, 21, 27, y 33 |
| | 2.4. Manejo del ambiente | | | 5, 11, 16, 22, 28, y 39 |
| | 2.5. Sentido de vida | | | 6, 12, 17, 18, 23 y 29 |

| | | | | |
|---|----------------------------------|--|--|-------------------------------------|
| <p>sociales, subjetivos y psicológicos, que están relacionados a la salud, el crecimiento personal y el desarrollo de las capacidades para la autorrealización)</p> | <p>2.6. Crecimiento personal</p> | | | <p>24, 30, 34, 35, 36, 37, y 38</p> |
|---|----------------------------------|--|--|-------------------------------------|

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

El estudio fue realizado en el Hospital Aplao, que está ubicado en la Avenida 21 de marzo 111 Aplao, provincia de Castilla y departamento de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal

El estudio fue realizado durante los meses de noviembre del año 2021 al mes de marzo del 2022.

2.3. Unidades de estudio

El universo estuvo conformado por las gestantes que cursaban el octavo o noveno mes de gestación, las que sumaron 50 personas. Se trabajó con el total de gestantes de acuerdo al cumplimiento de los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Mujeres gestantes, sin límite de edad, que fueron atendidas en el Hospital Aplao y que aceptaron participar en el estudio mediante consentimiento informado.
- Gestantes que cursaban el octavo o noveno mes de la gestación.

- Gestantes que se encontraban asistiendo a control prenatal.

Criterios de exclusión:

- Gestantes con limitaciones físicas o sensoriales que afectaban el llenado de los instrumentos.
- Gestantes que presentaban diagnóstico prenatal de complicaciones fetales.
- Gestantes que no asistieron al control prenatal.

Se incluyó un total de 47 gestantes.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Una vez que los jurados dictaminadores dieron su aprobación del proyecto de tesis, se solicitó al Decano de la Facultad de Medicina Humana, se nos otorgue la autorización respectiva para desarrollar el estudio.
- Se realizó el trámite de autorización para la ejecución de la investigación en la dirección del Hospital.
- Se realizaron coordinaciones con los profesionales que atendían a las gestantes en el control prenatal para poder aplicar los instrumentos de forma grupal antes o después de cada sesión. Una vez identificadas las gestantes se les explicó el propósito de la investigación y se les solicitó su participación mediante firma del consentimiento informado. A las gestantes que aceptaron participar se les aplicó los instrumentos de manera individual y/o grupal.
- Una vez concluida la etapa de recolección de datos, se realizó el análisis estadístico y el informe final de la investigación.

3.2. Recursos

Humanos:

La investigadora: Srta. Herrera Torres Nataly Alejandra

Alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad
Católica de Santa María.

Asesora: Dra. Llaza Loayza, Gloria Elisa

Institucionales:

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Hospital Aplao.

Materiales:

Instrumentos de recolección de datos, material de escritorio, computadora, software estadístico.

Financieros:

Recursos propios.

3.4. Validación del instrumento

El cuestionario de determinantes sociales de la salud que afectan la salud de las gestantes fue validado por Manuel Martín (55) y su confiabilidad alfa de Cronbach es de 0,86 y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff adaptada por Díaz y cols (56) tiene una confiabilidad de 0,84.

3.5. Criterios para el manejo de los resultados

Una vez obtenidos los datos se elaboró la matriz de sistematización en Excel v. 26.0 y luego se realizó el análisis estadístico, el mismo que consistió en la aplicación de estadística descriptiva y para establecer los determinantes sociales de la salud que influyen en el bienestar psicológico se aplicó la Prueba de Chi cuadrado. Los resultados son presentados en tablas y gráficos.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

Determinantes sociales de la salud que influyen en el bienestar psicológico durante el embarazo. Hospital Aplao, Castilla - Arequipa 2022.

TABLA 1

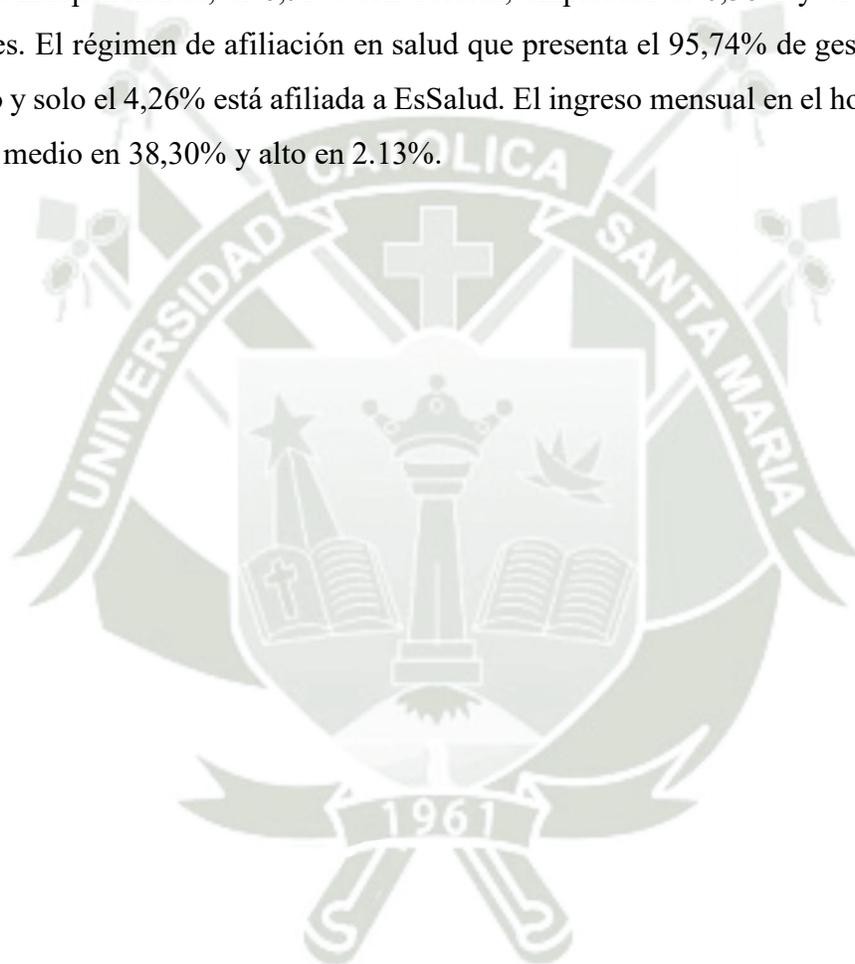
**GESTANTES SEGÚN DETERMINANTES SOCIALES ESTRUCTURALES.
HOSPITAL APLAO**

| DETERMINANTES SOCIALES ESTRUCTURALES | Nº | % |
|---|-----------|------------|
| Situación conyugal: | | |
| Soltera | 6 | 12,77 |
| Casada | 4 | 8,51 |
| Conviviente | 29 | 61,70 |
| Separada | 8 | 17,02 |
| TOTAL | 47 | 100 |
| Nivel de instrucción: | | |
| Analfabeta | 1 | 2,13 |
| Primaria | 8 | 17,02 |
| Secundaria | 14 | 29,79 |
| Superior | 24 | 51,06 |
| TOTAL | 47 | 100 |
| Ocupación: | | |
| Ama de casa | 27 | 57,45 |
| Estudiante | 6 | 12,77 |
| Independiente | 6 | 12,77 |
| Obrera | 4 | 8,51 |
| Empleada | 3 | 6,38 |
| Comerciante | 1 | 2,13 |
| TOTAL | 47 | 100 |
| Régimen de afiliación en salud: | | |
| SIS gratuito | 45 | 95,74 |
| EsSalud | 2 | 4,26 |
| TOTAL | 47 | 100 |
| Ingreso mensual en el hogar: | | |
| Bajo | 28 | 59,57 |
| Medio | 18 | 38,30 |
| Alto | 1 | 2,13 |
| TOTAL | 47 | 100 |

Fuente: Matriz de sistematización

Se observa en la tabla, que los determinantes sociales estructurales que caracterizan a las gestantes atendidas en el Hospital Aplao, en cuanto a la situación conyugal fueron convivientes el 61,70%, separadas el 17,02%, casadas el 8,51% y solteras el 12,77%. El nivel de instrucción más frecuente fue superior en 51,06% seguido de la secundaria en 29,79%, primaria en 17,02% y sólo una gestante era analfabeta (2,13%).

El 57,45% de gestantes son amas de casa, el 12,77% son estudiantes, 12,77% son trabajadoras independientes, el 8,51% son obreras, empleadas el 6,38% y el 2,13% son comerciantes. El régimen de afiliación en salud que presenta el 95,74% de gestantes es el SIS gratuito y solo el 4,26% está afiliada a EsSalud. El ingreso mensual en el hogar es bajo en 59,57%, medio en 38,30% y alto en 2.13%.



Determinantes sociales de la salud que influyen en el bienestar psicológico durante el embarazo. Hospital Aplao, Castilla - Arequipa 2022.

TABLA 2

**GESTANTES SEGÚN DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIARIOS.
HOSPITAL APLAO**

| DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIARIOS | Nº | % |
|--|-----------|------------|
| Edad (años) | | |
| < 20 | 6 | 12,76 |
| 20 – 29 | 21 | 44,69 |
| 30 – 39 | 17 | 36,17 |
| 40 – 49 | 3 | 6,38 |
| TOTAL | 47 | 100 |
| Paridad: | | |
| Nulípara | 16 | 34,04 |
| Primípara | 17 | 36,17 |
| Segundípara | 10 | 21,28 |
| Múltipara | 4 | 8,51 |
| TOTAL | 47 | 100 |
| Embarazo actual fue deseado: | | |
| Si | 42 | 89,36 |
| No | 5 | 10,64 |
| TOTAL | 47 | 100 |
| Uso de métodos de planificación familiar: | | |
| Si | 24 | 51,06 |
| No | 23 | 48,94 |
| TOTAL | 47 | 100 |
| Violencia de pareja: | | |
| No | 42 | 89,36 |
| Si | 5 | 10,64 |
| TOTAL | 47 | 100 |
| Violencia familiar: | | |
| No | 38 | 80,85 |
| Si | 9 | 19,15 |
| TOTAL | 47 | 100 |

| | | |
|---|-----------|------------|
| Consumo de alcohol y/o drogas: | | |
| No | 44 | 93,62 |
| Si | 3 | 6,38 |
| TOTAL | 47 | 100 |
| Vivienda con acceso a servicios básicos: | | |
| Si | 31 | 65,96 |
| No | 16 | 34,04 |
| TOTAL | 47 | 100 |
| Condición de la vivienda: | | |
| Familiar | 23 | 48,94 |
| Alquilada | 13 | 27,66 |
| Propia | 11 | 23,40 |
| TOTAL | 47 | 100 |
| Apoyo familiar durante el embarazo: | | |
| Si | 41 | 87,23 |
| No | 6 | 12,77 |
| TOTAL | 47 | 100 |
| Percepción de circunstancias estresantes: | | |
| No | 31 | 65,96 |
| Si | 16 | 34,04 |
| TOTAL | 47 | 100 |
| Satisfacción con la pareja: | | |
| Si | 42 | 89,36 |
| No | 5 | 10,64 |
| TOTAL | 47 | 100 |

Fuente: Matriz de sistematización

En cuanto a los determinantes sociales intermediarios, se observa en la tabla que, las edades de las gestantes se presentan desde menos de 20 años en 12,76%, de 20 a 29 años en 44,69%, de 30 a 39 años en 36,17% y de 40 a 49 años en 6,38%. La paridad de las gestantes fue primíparas en 36,17%, nulíparas en 34,04%, mientras que las segundíparas y múltiparas representaron el 21,28% y 8,51% respectivamente. El 89,36% de gestantes señaló que el embarazo actual sí fue deseado; el 51,06% indicó que si usó métodos de planificación familiar.

En cuanto a la violencia, el 89,36% de gestantes refirieron que no presentan violencia de pareja y el 10,64% si la presenta; el 80,85% no presenta violencia familiar y el 19,15% si sufre violencia por parte de otros miembros de la familia. El 93,62% refirió que no consumen alcohol y/o drogas. En cuanto a la vivienda, el 65,96% de gestantes señalaron

que su vivienda si cuenta con servicios básicos, el 34,04% no los tiene; la condición de la tenencia de la vivienda es familiar en 48,94%, alquilada en 27,66% y propia en 23,40%. El 87,23% de gestantes refieren que sí cuentan con apoyo familiar durante el embarazo y el 12,77% no recibe apoyo; el 65,96% indico que no presentan circunstancias estresantes y el 34,04% si las presenta; finalmente el 89,36% de gestantes indicaron que, si están satisfechas con su pareja, mientras que el 10,64% indico no estar satisfecha con la pareja.



Determinantes sociales de la salud que influyen en el bienestar psicológico durante el embarazo. Hospital Aplao, Castilla - Arequipa 2022.

TABLA 3

GESTANTES SEGÚN GRADO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DURANTE EL EMBARAZO. HOSPITAL APLAO

| GRADO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO | Nº | % |
|---------------------------------------|-----------|------------|
| Malo | 17 | 36,17 |
| Regular | 26 | 55,32 |
| Bueno | 4 | 8,51 |
| TOTAL | 47 | 100 |

Fuente: Matriz de sistematización

Se observa en la tabla que, el 55,32% de gestantes presentan grado regular de bienestar psicológico, el 36,17% presentan grado malo y el 8,51% bueno. Es decir, que casi todas las gestantes no tienen bienestar psicológico durante la gestación.

Determinantes sociales de la salud que influyen en el bienestar psicológico durante el embarazo. Hospital Aplao, Castilla - Arequipa 2022.

TABLA 4

INFLUENCIA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ESTRUCTURALES EN EL GRADO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LAS GESTANTES. HOSPITAL APLAO

| DETERMINANTES ESTRUCTURALES | GRADO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO | | | | | | TOTAL | |
|--|--------------------------------|--------|----------------|-------|----------------|--------|----------------|-------|
| | Malo (17) | | Regular (26) | | Bueno (4) | | N ^o | % |
| | N ^o | % | N ^o | % | N ^o | % | | |
| Situación conyugal: | | | | | | | | |
| Soltera | 4 | 66,67 | 2 | 33,33 | 0 | 0,00 | 6 | 12,77 |
| Casada | 1 | 25,00 | 1 | 25,00 | 2 | 50,00 | 4 | 8,51 |
| Conviviente | 7 | 24,14 | 20 | 68,97 | 2 | 6,90 | 29 | 61,70 |
| Separada | 5 | 62,50 | 3 | 37,50 | 0 | 0,00 | 8 | 17,02 |
| X² = 6,8270 p 0,0106 Rho de Pearson 0,33 | | | | | | | | |
| Nivel de instrucción: | | | | | | | | |
| Analfabeta | 1 | 100,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 2,13 |
| Primaria | 6 | 75,00 | 2 | 25,00 | 0 | 0,00 | 8 | 17,02 |
| Secundaria | 5 | 35,71 | 8 | 57,14 | 1 | 7,14 | 14 | 29,79 |
| Superior | 5 | 20,83 | 16 | 66,67 | 3 | 12,50 | 24 | 51,06 |
| X² = 8,3469 p 0,0425 Rho de Pearson 0,47 | | | | | | | | |
| Ocupación: | | | | | | | | |
| Ama de casa | 12 | 44,44 | 14 | 51,85 | 1 | 3,70 | 27 | 57,45 |
| Estudiante | 2 | 33,33 | 3 | 50,00 | 1 | 16,67 | 6 | 12,77 |
| Independiente | 1 | 16,67 | 5 | 83,33 | 0 | 0,00 | 6 | 12,77 |
| Obrera | 1 | 25,00 | 2 | 50,00 | 1 | 25,00 | 4 | 8,51 |
| Empleada | 1 | 33,33 | 2 | 66,67 | 0 | 0,00 | 3 | 6,38 |
| Comerciante | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 100,00 | 1 | 2,13 |
| X² = 1,8768 p 0,0638 | | | | | | | | |
| Régimen de afiliación en salud: | | | | | | | | |
| SIS gratuito | 16 | 35,56 | 25 | 55,55 | 4 | 8,89 | 45 | 95,74 |
| EsSalud | 1 | 50,00 | 1 | 50,00 | 0 | 0,00 | 2 | 4,26 |
| X² = 0,1731 p 0,3404 | | | | | | | | |
| Ingreso mensual en el hogar: | | | | | | | | |
| Bajo | 13 | 46,43 | 14 | 50,00 | 1 | 3,57 | 28 | 59,57 |
| Medio | 3 | 16,67 | 12 | 66,67 | 3 | 16,67 | 18 | 38,30 |
| Alto | 1 | 100,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 2,13 |
| X² = 3,1571 p 0,0851 | | | | | | | | |

Fuente: Matriz de sistematización

Se observa en la tabla que, la situación conyugal influye de forma significativa en el grado de bienestar psicológico de las gestantes, por cuanto, en las casadas y convivientes predomina el bienestar regular, mientras que en las solteras y separadas predomina el bienestar malo.

En cuanto al nivel de instrucción se observó que, el 100% de gestantes analfabetas tienen grado de bienestar malo; en las que tienen instrucción primaria, el 75% tiene bienestar malo, mientras que la mayoría de gestantes con instrucción secundaria y superior tienen grado de bienestar regular (57,14% y 66,67% respectivamente), además, se aprecia que el porcentaje más alto entre las gestantes con grado de bienestar bueno, corresponde a las que tienen instrucción superior. Según la Prueba de Chi cuadrado, el nivel de instrucción influye de forma significativa en el grado de bienestar psicológico de las gestantes.

La ocupación no influye en el grado de bienestar, siendo la mayoría de gestantes amas de casa, el 51,85% tiene bienestar regular y el 44,44% malo; además en la mayoría de ocupaciones como trabajadoras independientes, empleadas, obreras y estudiantes, predomina el grado de bienestar regular.

En cuanto al régimen de afiliación en salud, se encontró que el 95,74% tienen afiliación al SIS gratuito y en ellas, el 55,55% tiene grado de bienestar regular y el 35,56% malo, según la Prueba de Chi cuadrado, el régimen de afiliación no influye en el grado de bienestar.

El ingreso mensual en el hogar tampoco influye en el grado de bienestar, en las gestantes con ingresos bajos, el 50% tiene grado de bienestar regular y el 46,43% malo; en las gestantes con ingresos medios, el 66,67% tienen bienestar regular y el 16,67% malo y sólo una gestante que refirió tener ingresos altos, tiene grado de bienestar malo.

Determinantes sociales de la salud que influyen en el bienestar psicológico durante el embarazo. Hospital Aplao, Castilla - Arequipa 2022.

TABLA 5
INFLUENCIA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD INTERMEDIARIOS EN EL GRADO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LAS GESTANTES. HOSPITAL APLAO

| DETERMINANTES INTERMEDIARIOS | GRADO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO | | | | | | TOTAL | |
|--|--------------------------------|-------|----------------|-------|----------------|-------|----------------|-------|
| | Malo (17) | | Regular (26) | | Bueno (4) | | N ^o | % |
| | N ^o | % | N ^o | % | N ^o | % | | |
| Edad: | | | | | | | | |
| < 20 | 5 | 83,33 | 1 | 16,67 | 0 | 0,00 | 6 | 12,76 |
| 20 – 29 | 4 | 19,05 | 16 | 76,19 | 1 | 4,76 | 21 | 44,69 |
| 30 – 39 | 7 | 41,18 | 8 | 47,06 | 2 | 11,76 | 17 | 36,17 |
| 40 – 49 | 1 | 33,33 | 1 | 33,33 | 1 | 33,33 | 3 | 6,38 |
| X² = 6,6267 p 0,0212 Rho de Pearson | | | | | | | | |
| Paridad: | | | | | | | | |
| Nulípara | 7 | 43,75 | 6 | 37,50 | 3 | 18,75 | 16 | 34,04 |
| Primípara | 4 | 23,53 | 13 | 76,47 | 0 | 0,00 | 17 | 36,17 |
| Segundípara | 3 | 30,00 | 6 | 60,00 | 1 | 10,00 | 10 | 21,28 |
| Múltipara | 3 | 75,00 | 1 | 25,00 | 0 | 0,00 | 4 | 8,51 |
| X² = 0,6037 p 0,1489 | | | | | | | | |
| Embarazo actual fue deseado: | | | | | | | | |
| Si | 13 | 30,95 | 25 | 59,52 | 4 | 9,52 | 42 | 89,36 |
| No | 4 | 80,00 | 1 | 20,00 | 0 | 0,00 | 5 | 10,64 |
| X² = 4,6557 p 0,02148 Rho de Pearson | | | | | | | | |
| Uso de métodos de planificación familiar: | | | | | | | | |
| Si | 9 | 37,50 | 14 | 58,33 | 1 | 4,17 | 24 | 51,06 |
| No | 8 | 34,78 | 12 | 52,17 | 3 | 13,04 | 23 | 48,94 |
| X² = 0,0376 p 0,1702 | | | | | | | | |
| Violencia de pareja: | | | | | | | | |
| No | 14 | 33,33 | 24 | 57,14 | 4 | 9,52 | 42 | 89,36 |
| Si | 3 | 60,00 | 2 | 40,00 | 0 | 0,00 | 5 | 10,64 |
| X² = 1,3762 p 0,0638 | | | | | | | | |
| Violencia familiar: | | | | | | | | |
| No | 10 | 26,31 | 24 | 63,16 | 4 | 10,53 | 38 | 80,85 |
| Si | 7 | 77,78 | 2 | 22,22 | 0 | 0,00 | 9 | 19,15 |
| X² = 8,3469 p 0,0425 Rho de Pearson | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|----|--------|----|-------|---|-------|----|-------|--|
| Consumo de alcohol y drogas: | | | | | | | | | |
| No | 14 | 31,82 | 26 | 59,09 | 4 | 9,09 | 44 | 93,62 | |
| Si | 3 | 100,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 3 | 6,38 | |
| $X^2 = 5,6551$ p 0,000 Rho de Pearson | | | | | | | | | |
| Vivienda con acceso a servicios básicos: | | | | | | | | | |
| Si | 6 | 19,35 | 23 | 74,19 | 2 | 6,46 | 31 | 65,96 | |
| No | 11 | 68,75 | 3 | 18,75 | 2 | 12,50 | 16 | 34,04 | |
| $X^2 = 11,1527$ p 0,0106 Rho de Pearson | | | | | | | | | |
| Condición de la vivienda: | | | | | | | | | |
| Familiar | 8 | 34,78 | 12 | 52,17 | 3 | 13,04 | 23 | 48,94 | |
| Alquilada | 4 | 30,77 | 9 | 69,23 | 0 | 0,00 | 13 | 27,66 | |
| Propia | 5 | 45,45 | 5 | 45,45 | 1 | 9,09 | 11 | 23,40 | |
| $X^2 = 0,0376$ p 0,1702 | | | | | | | | | |
| Apoyo familiar durante el embarazo: | | | | | | | | | |
| Si | 13 | 31,71 | 25 | 60,98 | 3 | 7,32 | 41 | 87,23 | |
| No | 4 | 66,67 | 1 | 16,67 | 1 | 16,67 | 6 | 12,77 | |
| $X^2 = 2,7707$ p 0,0642 | | | | | | | | | |
| Percepción de circunstancias estresantes: | | | | | | | | | |
| No | 5 | 16,13 | 24 | 77,42 | 2 | 6,45 | 31 | 65,96 | |
| Si | 12 | 75,00 | 2 | 12,50 | 2 | 12,50 | 16 | 34,04 | |
| $X^2 = 15,8421$ p 0,0085 Rho de Pearson | | | | | | | | | |
| Satisfacción con la pareja: | | | | | | | | | |
| Si | 13 | 76,47 | 25 | 59,52 | 4 | 9,52 | 42 | 89,36 | |
| No | 4 | 80,00 | 1 | 20,00 | 0 | 0,00 | 5 | 10,64 | |
| $X^2 = 4,6557$ p 0,0212 | | | | | | | | | |

Fuente: Matriz de sistematización

Se observa en la tabla que, según la Prueba de Chi cuadrado, la edad influye de forma significativa en el grado de bienestar psicológico de las gestantes, por cuanto, en las gestantes menores de 20 años, predomina el bienestar psicológico malo en 83,33% y el 16,6% tiene bienestar regular; en las gestantes de 20 a 29 años, el 76,19% tiene bienestar regular, el 19,05% malo y el 4,76% bueno; en las gestantes de 30 a 39 años, el 47,06% tiene bienestar regular, 41,18% malo y el 11,76% bueno, mientras que en las gestantes de 40 a 49 años, el 33,33% tiene bienestar malo, 33,33% regular y 33,33% bueno. En cuanto a la paridad se observó que, el 43,75% de gestantes nulíparas tienen grado de bienestar malo, 37,50% regular y bueno en 18,75%; en las primíparas, el 76,47% tiene bienestar

regular, mientras que el 60% y 75% de gestantes segundíparas y multíparas tienen grado de bienestar regular y malo respectivamente, sin embargo, no se encontró influencia significativa entre las variables.

En cuanto al determinante de si el embarazo actual fue deseado, se encontró que el 59,52% de gestantes cuyo embarazo si fue deseado tiene bienestar regular y el 30,95% malo; a diferencia del 80% de gestantes con embarazos no deseados que tienen grado malo de bienestar psicológico, la Prueba de Chi cuadrado encuentra influencia significativa entre las variables.

En cuanto al uso de métodos de planificación familiar, se encontró que el 58,33% de gestantes que si utilizan estos métodos tiene grado de bienestar regular, el 37,50% malo y el 4,17% bueno; en las gestantes que no usan métodos de planificación familiar, el 52,17% tiene bienestar regular, 34,78% malo y el 13,04% bueno, según la Prueba de Chi cuadrado, el uso de métodos de planificación familiar no influye en el grado de bienestar.

La violencia de pareja tampoco influye en el grado de bienestar, en las gestantes que no sufren violencia, el 57,14% tiene grado de bienestar regular, el 33,33% malo y el 9,52% bueno; en las gestantes que, si sufren violencia, el 60% tienen bienestar malo y el 40% regular.

La violencia familiar si influye de forma significativa en el grado de bienestar, en las gestantes que no sufren violencia, el 63,16% tiene grado de bienestar regular, el 26,31% malo y el 10,53% bueno; en las gestantes que, si sufren violencia, el 77,78% tienen bienestar malo y el 22,22% regular.

En cuanto al consumo de alcohol y drogas, se encontró que, el 59,09% de gestantes que no las consumen tienen bienestar regular, el 31,82% malo y el 9,09% bueno; mientras que el 100% de gestantes que si consumen alcohol y/o drogas tienen bienestar malo. La Prueba de Chi cuadrado demuestra que el consumo de alcohol y/o drogas influye de forma significativa en el bienestar psicológico durante el embarazo.

El acceso a servicios básicos en la vivienda también es un determinante intermediario que influye de forma significativa en el grado de bienestar psicológico, por cuanto se ha encontrado que, el 74,19% de gestantes que si tienen estos servicios tienen bienestar regular, el 19,35% malo y el 6,46% bueno, a diferencia de las gestantes que no tienen los servicios básicos, que presentan bienestar malo en 68,75%, regular en 18,75% y bueno en 12,50%.

La condición de la vivienda no influye de forma significativa en el grado de bienestar; en las gestantes cuya vivienda es familiar predomina el bienestar regular en 52,17%, en las que tienen vivienda alquilada, el 69,23% tienen bienestar regular y el 30,77% malo y en las gestantes cuya vivienda es propia, el 45,45% tienen bienestar regular, 45,45% malo y el 9,09% bueno.

El apoyo familiar durante el embarazo tampoco influye de forma significativa en el bienestar psicológico, en las gestantes que, si tienen apoyo, el 60,98% tienen bienestar regular, el 31,71% malo y el 7,32% bueno, mientras que en las gestantes que no tienen apoyo, el 66,67% tienen bienestar malo, 16,67% regular y 16,67% bueno.

La percepción de circunstancias estresantes si influye de forma significativa en el grado de bienestar, dado que el 77,42% de gestantes que no perciben estas circunstancias tienen bienestar regular, el 16,13% malo y el 6,45% bueno y las gestantes que, si perciben circunstancias estresantes, en el 75% tienen grado de bienestar malo, el 12,50% regular y el 12,50% bueno.

La satisfacción con la pareja es un determinante intermediario que, si influye de forma significativa en el grado de bienestar, dado que el 77,42% de gestantes que no perciben estas circunstancias tienen bienestar regular, el 16,13% malo y el 6,45% bueno y las gestantes que, si perciben circunstancias estresantes, en el 75% tienen grado de bienestar malo, el 12,50% regular y el 12,50% bueno.

DISCUSIÓN

Los determinantes sociales son aspectos importantes que interfieren en la salud de las personas, debido a su influencia sobre algunos factores de riesgo o protectores frente a las enfermedades. Es por ello, que el presente estudio tuvo como principal objetivo determinar los determinantes sociales de la salud que influyen en el bienestar psicológico de las gestantes que son atendidas en el Hospital Aplao.

En la tabla 1 se presentan los resultados de la evaluación de los determinantes sociales estructurales, donde destaca en cuanto a la situación conyugal que, el 61,70% de gestantes son convivientes, 17,02% separadas, solteras el 12,77% y casadas el 8,51%. El nivel de instrucción más frecuente fue superior en 51,06%, seguido del nivel secundario en 29,79%. La ocupación predominante en las gestantes fue de amas de casa en 57,45%, mientras que porcentajes de 12,77% fueron estudiantes o trabajadoras independientes. En cuanto al régimen de afiliación en salud, destaca que el 95,74% de gestantes cuentan con SIS gratuito y solo el 4,26% cuentan con seguro de EsSalud. Además, el 59,57% de gestantes refirieron que su nivel de ingresos económicos mensuales en el hogar es bajo en 59,57%, medio en 38,30% y alto en 2,13%.

En el estudio de Jahuin encontraron que el 54,7% fueron solteras o convivientes; el 69,3% tuvieron nivel de instrucción secundaria; el 84% eran amas de casa (54), hallazgos que son semejantes a los encontrados en nuestro estudio.

Los resultados de los determinantes sociales intermediarios se presentaron en la tabla 2, de la cual se debe destacar que las edades del 80,86% de gestantes se encuentran comprendidas entre los 20 a 39 años, sin embargo, se tiene que el 12,76% fueron gestantes adolescentes de menos de 20 años y el 6,38% tienen de 40 a 49 años. En cuanto a la paridad se observó que el 34,04% son nulíparas, el 36,17% primíparas, 21,28% segundíparas y el 8,51% multíparas. El 89,36% de gestantes refirieron que el embarazo actual sí fue deseado; el 51,06% refirió que sí usaba métodos de planificación familiar. En cuanto a la violencia, el 89,36% de gestantes señalaron que no sufrían de violencia de pareja y el 10,68% si era víctima de violencia; el 80,85% no tenía violencia familiar y el 19,15% sí. El 93,62% de

gestantes señalaron que no consumen alcohol y/o drogas; el 65,96% señala que su vivienda si cuenta con acceso a servicios básicos; la condición de la vivienda es familiar en el 48,94% de casos, alquilada en 27,66% y propia en 23,40%; el 87,23% de gestantes refieren que si tienen apoyo familiar durante el embarazo, mientras que el 12,77% no recibe apoyo de la familia; el 65,96% no percibe circunstancias estresantes y el 34,04% sí las percibe; por último, el 89,36% de gestantes refirió que si están satisfechas con la pareja.

Según mencionan Shah y cols, los determinantes sociales de la salud entre los que se incluyen a factores sociales, estructurales y sistémicos, son muy importantes porque están asociados de manera contundente a las disparidades raciales y étnicas, las mismas que traen como resultado alteraciones en la salud materna, incremento de los factores de riesgo de morbilidad sobre todo cardiovascular previos al embarazo, APO y enfermedad cardiovascular posparto (ECV) en mujeres no embarazadas (49).

Por su parte, Jahuin encontró que todas tienen acceso al agua potable; el 72,7% no disponen de suficientes alimentos en casa; todas conservan el orden y limpieza en sus hogares. La edad mínima de su primer embarazo fue los 15 años y la edad máxima 31 años; el 64% no utilizaron método anticonceptivo antes del embarazo; el 65,3% de embarazos fueron no programados, siendo este resultado diferente al encontrado en nuestro estudio. En cuanto a la anemia Jahuin encontró un 32,7%, el 29,3% tenía antecedentes de aborto, hipertensión inducida por el embarazo, recién nacidos de bajo peso al nacer y parto prematuro; el 59,3% no tuvo controles prenatales adecuados, siendo estas últimas variables no evaluadas en nuestro estudio (54).

En la tabla 3, se observa que el grado de bienestar psicológico de las gestantes es regular en 55,32%, malo en 36,17% y bueno en 8,51%.

De acuerdo con los resultados del estudio de Zapata, varias gestantes presentan aspectos que limitan su bienestar psicológico durante el embarazo, siendo los principales la carga laboral, en algunos casos el escaso apoyo familiar para las labores de cuidado, limitaciones económicas para contratar cunas o trabajadoras domésticas que ayudarán a cuidar a los infantes y la percepción de un ambiente poco solidario (51).

Nuestros resultados son diferentes a los reportados en el estudio de Sáenz, quien encuentra un alto grado de bienestar psicológico en 65% y un bajo nivel de ansiedad (53%) en las gestantes, existiendo correlación inversa entre ambos (52).

La tabla 4 muestra que los determinantes estructurales que influyen de forma significativa en el grado de bienestar psicológico son la situación conyugal, siendo predominante el bienestar psicológico malo en las gestantes solteras y separadas y el bienestar regular y bueno en las convivientes y casadas. El nivel de instrucción también influye de forma significativa en el grado de bienestar psicológico, destacando que el 100% de gestantes analfabetas y el 75% de las que tienen instrucción primaria tienen bienestar psicológico malo; mientras que en las gestantes con instrucción secundaria y superior el bienestar es regular y bueno. Los determinantes de ocupación, el régimen de afiliación en salud y el ingreso mensual en el hogar no influyen en los determinantes sociales.

En la tabla 5, se observa que los determinantes intermediarios que influyen en el grado de bienestar psicológico durante el embarazo, son la edad, siendo el bienestar malo en las gestantes adolescentes, en las gestantes de 20 a 39 años, es predominantemente regular y en las de 40 a 49 años es bueno. El embarazo actual deseado también influye de forma significativa en el grado de bienestar psicológico; siendo este malo en las gestantes que no desearon el embarazo y regular y bueno en las gestantes que sí desearon el embarazo. La violencia familiar también influye de forma significativa en el grado de bienestar psicológico, este es malo en las gestantes que, si padecen violencia familiar, mientras que los mayores porcentajes de gestantes con grado de bienestar regular y bueno no sufren de violencia. El consumo de alcohol y drogas influye de forma significativa en el grado de bienestar psicológico; este es malo en el 100% de gestantes que, si consumen estas sustancias y es regular o bueno en las que no lo consumen. La vivienda con acceso a servicios básicos, también es un determinante con influencia significativa, dado que en las mujeres que no tienen acceso a estos servicios predomina el grado de bienestar malo y en las que si los tienen destaca el grado de bienestar regular. La percepción de circunstancias estresantes influye de forma significativa en el grado de bienestar psicológico, en las gestantes que si perciben estas situaciones predomina el bienestar malo mientras que en aquellas que no perciben situaciones estresantes predomina el grado de bienestar regular.

Finalmente, la satisfacción con la pareja también influye de forma significativa en el grado de bienestar psicológico, siendo este malo en las gestantes que no están satisfechas con la pareja, regular y bueno en las que sí lo están.

Nuestros resultados concuerdan con los hallazgos del estudio de Trujillo, quien refiere que los determinantes sociales intermediarios están relacionados significativamente con las barreras económicas y culturales, encontrando relación significativa entre los determinantes sociales y el surgimiento de barreras económicas y culturales (53).



CONCLUSIONES

PRIMERA

Los determinantes sociales de la salud estructurales describen el siguiente perfil de las gestantes: son amas de casa convivientes con instrucción superior, afiliadas al SIS gratuito y con bajos ingresos. Los determinantes intermediarios describen a las gestantes con edades entre 20 a 39 años, primíparas, con embarazos deseados; sin violencia de pareja ni violencia familiar; no consumen alcohol ni drogas; cuentan con servicios básicos en las viviendas, que son familiares, cuentan también con apoyo familiar, no perciben circunstancias estresantes y con satisfacción respecto a su pareja.

SEGUNDA

Más del 50% de las gestantes atendidas presentan regular bienestar psicológico.

TERCERA

La situación conyugal y el nivel de instrucción influyen de forma significativa en el grado de bienestar psicológico malo y regular de las gestantes, sin embargo, el nivel de instrucción es el determinante que ejerce mayor influencia positiva en el grado de bienestar psicológico.

CUARTA

La edad, el embarazo actual deseado, la violencia familiar, el consumo de alcohol y drogas, la vivienda con acceso a servicios básicos, la percepción de circunstancias estresantes y la satisfacción con la pareja son los determinantes sociales intermediarios que influyen en el grado de bienestar psicológico de las gestantes.

RECOMENDACIONES

A la dirección del Hospital Aplao, se sugiere que tenga en cuenta los resultados de la presente Tesis a efectos de poder implementar las siguientes recomendaciones:

- 1) Brindar educación sanitaria a todas las gestantes, acerca de los cuidados que deben tener durante el embarazo para procurar un desarrollo fetal óptimo, así como también para fomentar el bienestar psicológico durante el embarazo.
- 2) El personal de servicio social del hospital, debe realizar la evaluación social de las gestantes a efectos de poder identificar los determinantes sociales de la salud que influyen en su bienestar, realizar visitas domiciliarias y seguimiento más estrecho a las gestantes que refieren violencia de pareja, violencia familiar, consumo de alcohol y/o drogas y a las adolescentes.
- 3) Se sugiere que se establezca como norma que todas las gestantes tengan una interconsulta con el Servicio de Psicología para su respectiva evaluación y poder brindar el soporte psicoemocional que cada una amerite.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. [Fecha de acceso: 12 noviembre, 2021] doi: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>
2. Ryff C, Keyes C. The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995; 69(4), 719–727.
3. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Conceptos clave. Ginebra, 2020. [Fecha de acceso: 12 diciembre, 2021] doi: https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es
4. Montero M, Santamaria C, Bekelman T, Arias J, Corrales J, Jackson M, Granados G. Social determinants of health and prevalence of overweight-obesity in urban women according to their socioeconomic level. *Hacia promoc. Salud*. 2021; 26 (2). [Fecha de acceso: 25 noviembre, 2021] doi: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2021.26.2.14> doi: 10.1136/bmjdr-2017-000401.
5. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS. 2018. [Fecha de acceso: 25 noviembre, 2021] doi: http://www.who.int/social_determinants/es/
6. Morales C, Borde E, Eslava J, Concha S. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev Salud Publica (Bogotá)*. 2013;15(6):797–808 [Fecha de acceso: 25 noviembre, 2021] doi: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf>.
7. Morales C, Borde E, Eslava J, Concha S. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev. salud pública*. 2018; 15 (6): 797-808. [Fecha de acceso: 26 noviembre, 2021] doi: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf>
8. Davis S. The National League for Nursing/Walden University College of Nursing Institute for Social Determinants of Health and Social Change. *Nurs Educ Perspect*. 2022; 43(1): 68-69. [Fecha de acceso: 5 enero, 2022] doi: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-34939774>

9. Lara S, Asuman B, Garthus S. The transition to parenthood: perspectives of relationship science theories and methods. *Journal of reproductive and infant psychology*. 2022; 40 (2): 105-107. [Fecha de acceso: 14 mayo, 2022] doi: <https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2039864>
10. Garthus-Niegel S, Horsch A, Handtke E, von Soest T, Ayers S, Weidner K, Eberhard-Gran M. The impact of postpartum posttraumatic stress and depression symptoms on couples' relationship satisfaction: A population-based prospective study. *Frontiers in Psychology*. 2018, 1728. [Fecha de acceso: 14 mayo, 2022] doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01728>
11. Rholes SW, Paetzold RL. Attachment and the transition to parenthood. In B. A. Orit Taubman (Ed.), *Pathways and barriers to parenthood* (pp. 291–303). Springer. 2019.
12. Schönbrodt FD, Humberg S, Nestler S. Testing similarity effects with dyadic response surface analysis. *European Journal of Personality*. 2018; 32(6), 627–641. [Fecha de acceso: 14 mayo, 2022] doi: <https://doi.org/10.1002/per.2169>
13. O'Reilly M, Rhoades G, Scott SB, Markman HJ, Stanley M. Having a Baby: Impact on Married and Cohabiting Parents' Relationships. *Fam Process*. 2021; 60(2): 477-492. [Fecha de acceso: 14 mayo, 2022] doi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/famp.12567>
14. Melesse D, Mutua M, Choudhury A, Wado Y, Faye C, Neal S, Boerma T. Adolescent sexual and reproductive health in sub-Saharan Africa: who is left behind? *BMJ Glob Health*. 2020; 5(1): e002231. [Fecha de acceso: 14 mayo, 2022] doi: [10.1136/bmjgh-2019-002231](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002231).
15. United Nations, Department of Economics and Social Affairs. *World population prospects, 2019*. [Fecha de acceso: 14 mayo, 2022] doi: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Interpolated/>
16. Kassa GM, Arowojolu AO, Odukogbe AA, et al. Prevalence and determinants of adolescent pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health* 2018;15:195 [Fecha de acceso: 14 mayo, 2022] doi: [10.1186/s12978-018-0640-2](https://doi.org/10.1186/s12978-018-0640-2)
17. Miyake Y, Tanaka K, Arakawa M. Associations of job type, income, and education with postpartum depressive symptoms: The Kyushu Okinawa Maternal and Child

- Health Study. *Psychiatry Res.* 2020; 291: 113224. [Fecha de acceso: 14 mayo, 2022] doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113224>
18. Campbell EE, Gilliland J, Dworatzek PDN, De Vrijer B, Penava D, Seabrook JA. Estado socioeconómico y resultados de nacimiento adversos: una muestra canadiense basada en la población. *J Biosoc Sci.* 2018; 50 :102–13. [Fecha de acceso: 15 mayo, 2022] doi:10.1017/S0021932017000062
19. Ospina M, Osornio-Vargas ÁR, Nielsen CC, Crawford S, Kumar M, Aziz K et al. Gradientes socioeconómicos de resultados de nacimiento adversos y factores maternos relacionados en zonas rurales y urbanas de Alberta, Canadá: un enfoque de índice de concentración. *Open BMJ.* 2020; 10: e033296. [Fecha de acceso: 15 mayo, 2022] doi: 10.1136/bmjopen-2019-033296
20. Björkstedt SM, Koponen H, Kautiainen H, Gissler M, Pennanen P, Eriksson JG, Laine MK. Preconception Mental Health, Socioeconomic Status, and Pregnancy Outcomes in Primiparous Women. *Front Public Health.* 2022; 10: 880339. [Fecha de acceso: 16 mayo, 2022] doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9326245/>
21. Gao G, Martin C, Wang M, Byrne M, Brettner J. Data Exploration of Social Determinants of Health, Health Access and Quality in a Global Health Setting. *Stud Health Technol Inform.* 2021; 284: 9-14, [Fecha de acceso: 28 noviembre, 2021] doi: <https://ebooks.iospress.nl/doi/10.3233/SHTI210652>
22. Lee M, Kim YS, Lee MK. The Mediating Effect of Marital Intimacy on the Relationship between Spouse-Related Stress and Prenatal Depression in Pregnant Couples: An Actor-Partner Interdependent Model Test. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(2). [Fecha de acceso: 20 mayo, 2022] doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7827389/>
23. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Protocolos Asistenciales en Obstetricia: Control prenatal del embarazo normal.* España, 2018. [Fecha de acceso: 20 mayo, 2022] doi: <https://www.elpartoesnuestro.es/>
24. Organización Mundial de la Salud. *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva.* Ginebra, 2018. [Fecha de acceso: 20 mayo, 2022] doi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle>

25. Molina L. La edad materna en el proceso de embarazo, parto y puerperio: resultados obstétricos y neonatales. [Tesis Doctoral] Universidad de Jaén. España, 2019. [Fecha de acceso: 20 mayo, 2022] doi: <https://ruja.ujaen.es/jspui/bitstream/10953>
26. Ware LJ, Kim AW, Prioreshi A, Nyati LH, Taljaard W, Draper CE, Lye SJ, Norris A. Social vulnerability, parity and food insecurity in urban South African young women: the healthy life trajectories initiative (HeLTI) study. *J Public Health Policy*. 2021; 42(3): 373-389. [Fecha de acceso: 20 mayo, 2022] doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8131491/>
27. Rasty R, Pouraram H, Heshmat R. Food insecurity and some demographic and socioeconomic characteristics, fertility, and pregnancy in women with planned and unplanned pregnancy. *Iran J Epidemiol*. 2015;11(3):34–42. [Fecha de acceso: 20 mayo, 2022] doi: <http://irje.tums.ac.ir/article-1-5440-en.html>
28. Abrahams Z, et al. Factors associated with household food insecurity and depression in pregnant South African women from a low socio-economic setting: a cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53(4):363–72. [Fecha de acceso: 20 mayo, 2022] doi: 10.1007/s00127-018-1497-y.
29. Ranchhod V, Daniels RC. Labour market dynamics in the time of COVID-19 in south africa: Evidence from the NIDS-CRAM survey. Policy Paper. SALDRU, University of Cape Town. 2020. [Fecha de acceso: 20 mayo, 2022] doi: <https://cramsurvey.org/wp-content/uploads/2020/09/13>
30. Shreffler K, Spierling TN, Jespersen JE, Tiemeyer S. Pregnancy intendedness, maternal-fetal bonding, and postnatal maternal-infant bonding. *Infant Ment Health J*. 2021; 42(3): 362-373. [Fecha de acceso: 20 mayo, 2022] doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8175017/>
31. Olakunde BO, Pharr JR, Adeyinka DA, Chien L, Benfield R, Sy F. Spatial variations in family planning demand to limit childbearing and the demand satisfied with modern methods. *Reprod Health*. 2022; 19(1): 144. [Fecha de acceso: 20 mayo, 2022] doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9215060/>

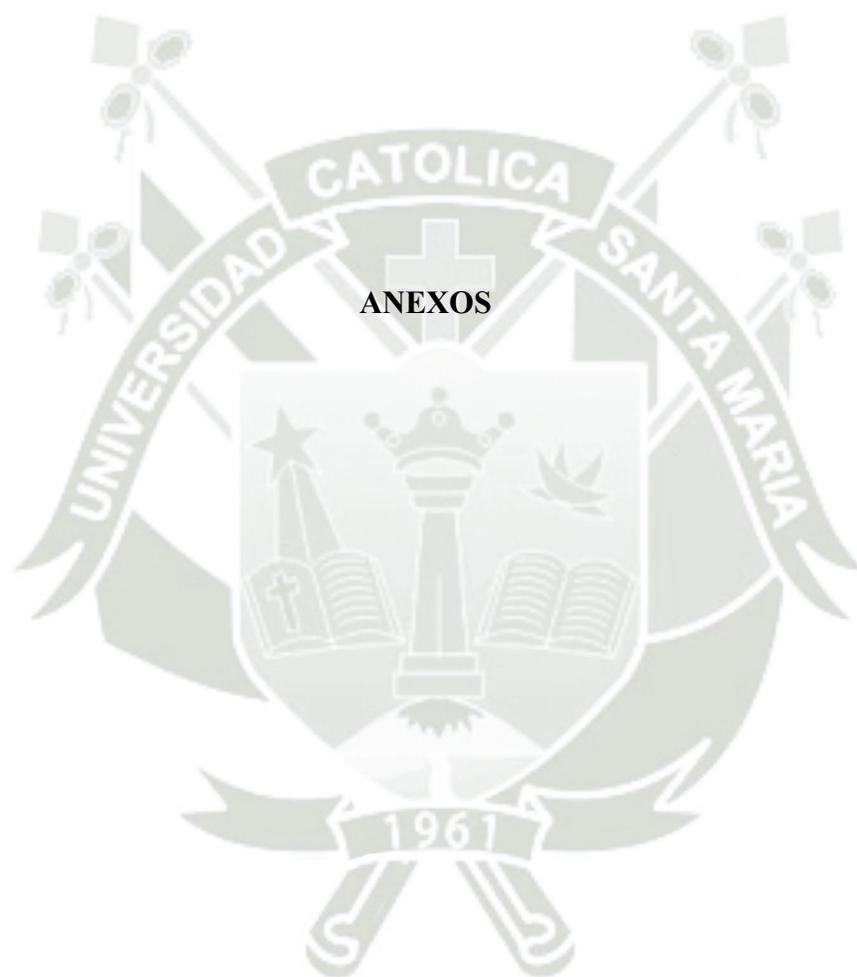
32. Da T, Thao L, Van T. Intimate partner violence during pregnancy and maternal and child health outcomes: a scoping review of the literature from low-and-middle income countries from 2016 - 2021. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022; 22(1): 315. [Fecha de acceso: 20 mayo, 2022] doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9006493/>
33. WHO. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. 2018.
34. WHO. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for nonpartner sexual violence against women. Geneva; 2021.
35. Silang K, Sanguino H, Sohal P, Rioux C, Kim H, Tomfohr-Madsen LM. eHealth Interventions to Treat Substance Use in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(19). [Fecha de acceso: 20 mayo, 2022] doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8507611/>
36. Frazer Z, McConnell LM. Treatment for substance use disorders in pregnant women: Motivators and barriers. *Drug Alcohol Depend*. 2019, 205, 107652. [Fecha de acceso: 21 mayo, 2022] doi: <https://cramsurvey.org/wp-content/uploads/2020/09/13>.
37. García G. Embarazo adolescente y pobreza, una relación compleja. *Iztapalapa. Revista de ciencias sociales y humanidades*. 2014; 35(77), 13-53. [Fecha de acceso: 21 mayo, 2022] doi: <https://doi.org/10.28928/ri/772014/atc1/garciahernandeze>
38. Naz S, Muhammad D, Ahmad A, Ali P. Pregnant women perceptions regarding their husbands and in-laws' support during pregnancy: a qualitative study. *Pan Afr Med. J*. 2021; 39: 229. [Fecha de acceso: 21 mayo, 2022] doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8486935/>
39. Honjo K, Tani Y, Saito M, Sasaki Y, Kondo K, Kawachi I et al. Living alone or with others and depressive symptoms, and effect modification by residential social cohesion among older adults in Japan: the JAGES longitudinal study. *J Epidemiol*.

- 2018;28(7): 315-322. [Fecha de acceso: 21 mayo, 2022] doi:10.2188/jea.JE20170065.
40. Tsuno K, Okawa S, Matsushima M, Nishi D, Arakawa Y, Tabuchi T. The effect of social restrictions, loss of social support, and loss of maternal autonomy on postpartum depression in 1 to 12-months postpartum women during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord.* 2022; 307: 206-214. [Fecha de acceso: 21 mayo, 2022] doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8944109/>
41. Mangialavori S, Cacioppo M, Terrone G, O'Hara MW. A dyadic approach to stress and prenatal depression in first-time parents: The mediating role of marital satisfaction. *Stress Health.* 2021; 37(4): 755-765. [Fecha de acceso: 21 mayo, 2022] doi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/smi.3036>
42. Prasannan L, et al. Social determinants of health and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2021;3(4):100349. [Fecha de acceso: 11 enero, 2023] doi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33757936/>
43. World Health Organization: Social determinants of health. [Fecha de acceso: 11 enero, 2023] doi: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-ofhealth#tab=tab_1.
44. McGregor A, Addo N, Amutah N, Arroyo J. "I Feel Like That Was the Only Option I Had:" A Qualitative Study of Structural Inequities in Obstetric Hospital Choice in Trenton, New Jersey. *J Health Care Poor Underserved.* 2022; 33(4): 1772-1792. [Fecha de acceso: 11 enero, 2023] doi: 10.1353/hpu.2022.0137
45. Sandoval S, Dorner A, Véliz A. Bienestar psicológico en estudiantes de carreras de la salud. *Inv. Ed. Med.* 2017; 6 (24): 260 – 266. [Fecha de acceso: 27 noviembre, 2021] doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.004>
46. Vivaldi F, Barra E. Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Ter Psicol.* 2015;30:23 – 29. [Fecha de acceso: 28 noviembre, 2021] doi: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci>
47. Ryff CD. Eudaimonic well-being, inequality, and health: Recent findings and future directions. *International review of economics.* 2017; 64(2), 159-178.
48. Ryff CD. Well-being with soul: Science in pursuit of human potential. *Perspectives on Psychological Science.* 2018; 13(2), 242-248.

49. Shah N, Kershaw K, Khan S, Kishimoto I, Ohashi A. The Intersection of Nativity With Race and Ethnicity in Preeclampsia-Broadening the Assessment of Social Determinants of Maternal Health. *JAMA Netw Open*. 2021; 4(12): e2140674, 2021. [Fecha de acceso: 3 enero 2022] doi: 10.1001/jamannetworkopen.2021.40674
50. James R, Hesketh A, Benally R, Johnson S, Tanner L, Means S. Assessing Social Determinants of Health in a Prenatal and Perinatal Cultural Intervention for American Indians and Alaska Natives. [Fecha de acceso: 3 enero 2021] doi: 10.3390/ijerph182111079
51. Zapata A. Bienestar psicológico en mujeres gestantes y lactantes trabajadoras de Bogotá, D.C. 2020 [Trabajo de Grado para optar el Título de Magíster en Salud Pública]. Pontificia Universidad Javeriana Colombia. Colombia, 2021. [Fecha de acceso: 5 enero, 2021] doi: <https://repository.javeriana.edu.co/>
52. Sáenz L. Bienestar psicológico y ansiedad en gestantes de la Red de Salud II Cajamarca, 2021. [Tesis para obtener el Título de Licenciada en Psicología] Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Cajamarca, 2021. [Fecha de acceso: 5 enero 2021] doi: <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream>
53. Trujillo N. Barreras de acceso al servicio de obstetricia relacionadas a las determinantes sociales en gestantes que acuden al Centro de Salud Leonor Saavedra, Año 2020. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. 2020. [Fecha de acceso: 5 diciembre, 2021] doi: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/>
54. Jahuin Y. Determinantes individuales que afectan la salud de las gestantes en el Centro de Salud Justicia Paz y Vida Tambo, Huancayo 2018. [Tesis para optar el Título de Especialista en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico]. [Fecha de acceso: 5 enero, 2021] doi: <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle>
55. Manuel M. Determinantes que afectan la salud de las mujeres embarazadas. [Tesis de Maestría] Universidad San Carlos de Guatemala. Guatemala, 2014. [Fecha de acceso: 14 diciembre, 2021] doi: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0154

56. Díaz D., Rodríguez-Carvajal R., Blanco A., Moreno-Jiménez B., Gallardo I., Valle C., Dierendonck D. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff *Psicothema*. 2006; 18 (3): 572-577. Universidad de Oviedo, España. [Fecha de acceso: 5 enero, 2021] doi: <http://redalyc.org/articulo.oa.id>





ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,....., Acepto participar voluntariamente en este estudio de investigación, que realiza la Srta. Herrera Torres Nataly Alejandra, asimismo señalo que he recibido información acerca del objetivo de este estudio. He comprendido las explicaciones que se me han brindado y he tenido oportunidad de resolver las dudas y preguntas que he realizado acerca de mi participación en el estudio. También comprendo que mi participación consiste sólo en responder los instrumentos planteados. Señaló que, sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informada que los datos proporcionados serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de investigación.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en el estudio de investigación: **Determinantes sociales de la salud que influyen en el bienestar psicológico durante el embarazo. Hospital Aplao, Castilla - Arequipa 2022.**, considerando que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

Arequipa.....de enero del 2022.

Nombre:

DNI :

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD QUE AFECTAN LA SALUD DE LAS GESTANTES (Elaborado por Manuel Martín)

Instrucciones: Por favor lea cada una de las siguientes preguntas y responda marcando con una X en el paréntesis que corresponda.

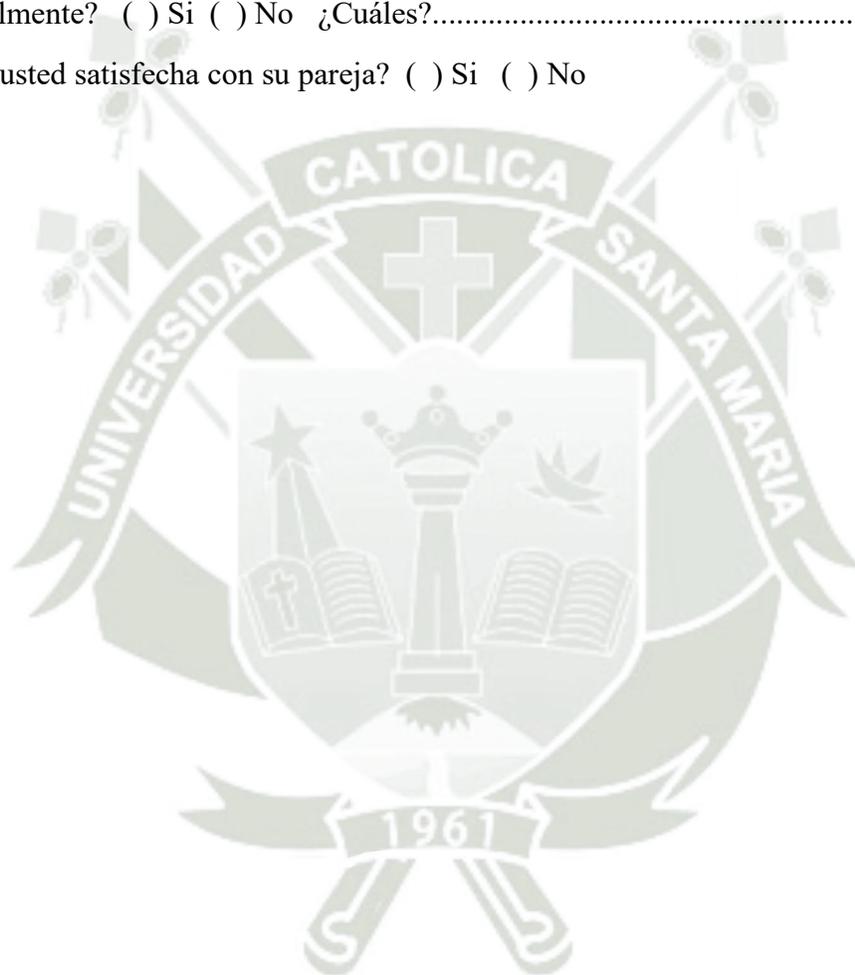
1. Determinantes estructurales

- 1.1. Situación conyugal: () Soltera () Casada () Conviviente () Separada () Viuda
- 1.2. ¿Cuál es su procedencia?.....
- 1.3. Nivel de instrucción: () Analfabeta () Primaria () Secundaria () Superior
- 1.4. Ocupación: () Estudiante () Empleada () Obrera () Comerciante
() Independiente () Ama de casa
- 1.5. ¿Cuál es su régimen de afiliación en salud?
() No tiene () SIS gratuito () SIS contributivo () EsSalud
- 1.7. ¿A cuanto ascienden sus ingresos económicos mensuales en el hogar?
() Bajo: si su ingreso económico es menor a un sueldo mínimo (950 soles al mes)
() Medio: si su ingreso económico es de 950 a 1900 soles al mes.
() Alto: si su ingreso económico es mayor a 1900 soles al mes.

2. Determinantes intermediarios

- 2.1. Edad:.....años
- 2.2. ¿Cuántos hijos tiene?.....
- 2.3. ¿El embarazo actual fue deseado? () Si () No
- 2.4. ¿Usa métodos de planificación familiar? () Si () No
- 2.5. ¿Ha sufrido usted violencia física, psicológica, sexual por parte de su pareja?
() Si () No
- 2.6. ¿Ha sufrido usted violencia familiar (otros miembros de la familia que no sea su pareja)? () Si () No

- 2.7. ¿Consumes alcohol y/o drogas? () Si () No
- 2.8. ¿Su vivienda cuenta con servicios básicos de agua, desagüe y electricidad?
() Si () No
- 2.9. ¿Su vivienda es? () Propia () Alquilada () De la familia
- 2.10. ¿Recibe apoyo de su familia durante su embarazo? () Si () No
- 2.11. ¿Considera usted que está atravesando por circunstancias que le causan estrés
actualmente? () Si () No ¿Cuáles?.....
- 2.12. ¿Esta usted satisfecha con su pareja? () Si () No



ANEXO 3

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF

Instrucciones: lea cada ítem y responda con una X en el casillero que mas se ajusta a su respuesta.

| Nº | Ítems | Total desacuerdo 1 | Desacuerdo 2 | Ligeramente en desacuerdo 3 | Ligeramente de acuerdo 4 | De acuerdo 5 | Total acuerdo 6 |
|----|---|--------------------------|-----------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------|-----------------------|
| 1 | Cuando repaso la historia de mi vida estoy contenta con cómo han resultado las cosas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2 | A menudo me siento sola porque tengo pocos amigos con quienes compartir mis preocupaciones | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3 | No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4 | Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6 | Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | En general, me siento segura y positiva conmigo misma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8 | No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9 | Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10 | Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11 | He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12 | Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí misma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13 | Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14 | Siento que mis amistades me aportan muchas cosas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 15 | Tiendo a estar influenciada por la gente con fuertes convicciones | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16 | En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17 | Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18 | Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19 | Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20 | Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 21 | Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22 | Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 23 | Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24 | En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí misma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25 | En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 26 | No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 27 | Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 28 | Soy bastante buena manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29 | No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 30 | Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 31 | En su mayor parte, me siento orgullosa de quien soy y la vida que llevo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32 | Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33 | A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 34 | No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 35 | Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 36 | Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 37 | Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 38 | Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 39 | Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

