

CAPÍTULO V. EMBARAZO

5.1 Exposición de hechos: El embarazo como proceso fisiológico y realidad biopsicosocial dentro del ciclo vital de las mujeres

El embarazo constituye un proceso fisiológico dentro del ciclo reproductivo de las mujeres caracterizado por los cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales que supone. Se trata de un momento de gran relevancia en la vida de las mujeres que lo atraviesan, ya que durante el mismo no sólo se produce el desarrollo intrauterino del futuro bebé, sino que se inicia la aproximación al rol social de madre. Habitualmente, es durante la gestación cuando el vínculo afectivo materno filial comienza a instaurarse. La aparición precoz de este lazo afectivo es esencial para que, tras el momento del parto, la diada madre-bebé sintonice y se autorregule de una manera saludable.

Empleando una perspectiva estrictamente biológica, el embarazo es el tiempo que transcurre desde que sucede el momento de la concepción (como se denomina a la fecundación de un óvulo por un espermatozoide) hasta el momento del parto. La duración promedio del embarazo humano es de 38 semanas desde la concepción, o 40 desde la última menstruación; sin embargo, existe una gran variación individual. Así, se considera que el parto a término desencadenado fisiológicamente y con bebé maduro puede producirse en cualquier momento entre la semana 37 y la semana 42⁴⁹⁴.

Por su parte, el desarrollo intrauterino hace referencia al proceso por el cual una única célula (el cigoto, procedente de la fecundación de un óvulo por un espermatozoide) se multiplica y diferencia hasta formar un ser pluricelular que podrá sobrevivir en el medio extrauterino. El desarrollo intrauterino se produce a lo largo de dos periodos fundamentales: la embriogénesis (o formación de los distintos órganos y tejidos), que se produce hasta la semana 12 aproximadamente, y el periodo fetal, durante el cual se produce la maduración funcional de los órganos y el crecimiento del feto hasta la viabilidad de su adaptación extrauterina.

El embarazo, proceso natural, constituye no obstante una etapa de especial vulnerabilidad biofísica, que debe ser protegida ante numerosos agentes externos e internos que pueden condicionar su mala evolución, su interrupción o el mal desarrollo del embrión o del feto. El estudio biomédico del embarazo suele clasificar su desarrollo por trimestres, si bien los cambios de los estados mentales y emocionales maternos (también desarrollados en tres

⁴⁹⁴ ALCOLEA, S., MOHAMED, D., *Guía Cuidados del Embarazo*, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Ceuta, 2011.

etapas diferenciadas) no suelen coincidir cronológicamente con los trimestres gestacionales. A continuación, se describen las principales características del embarazo, según la clásica distinción por trimestres, así como las etapas psicológicas que tienen lugar en el mismo

5.1.1 Trimestres obstétricos

Cada uno de los tres trimestres en los que se divide el embarazo, desde el punto de vista fisiológico, tiene sus características particulares.

5.1.1.1 Primer trimestre

Durante el primer trimestre tiene lugar la concepción, la implantación y la posterior embriogénesis.

La concepción se produce cuando el óvulo, u ovocito, es fecundado por el espermatozoide, surgiendo entonces el cigoto, o célula huevo, con una dotación única a nivel genético, a partir de la cual se inicia la división celular.

La implantación del blastocito es el proceso de adhesión al endometrio dentro de la cavidad uterina.

En la fase de embriogénesis, o formación embrionaria, se produce la gastrulación, un proceso mediante el cual se forman las tres placas embrionarias (ectodermo, mesodermo y endodermo) a partir de las cuales se diferenciarán progresivamente los distintos órganos y sistemas, así como los anexos que darán lugar a la placenta. Este proceso tiene lugar, aproximadamente, entre la cuarta y la octava semana del desarrollo embrionario. Se trata de un periodo crítico para el desarrollo de malformaciones congénitas o para que se produzcan abortos espontáneos. Paradójicamente, la embriogénesis es el periodo del embarazo menos protegido a todos los niveles. Durante el mismo, la exposición a agentes potencialmente teratogénicos (fármacos, alcohol y otras drogas, alimentos de riesgo, radiaciones ionizantes...) tiene mayor repercusión sobre el embrión (al estar todavía en formación), y es, también, más frecuente que en otras etapas del embarazo, entre otras circunstancias, por el desconocimiento inicial que muchas mujeres tienen respecto de su condición de gestantes.

Como es ampliamente conocido, el principal síntoma de embarazo, y motivo de sospecha del mismo, es la amenorrea, o ausencia de la menstruación. No obstante, el primer trimestre gestacional puede conllevar todo un abanico de síntomas y molestias físicas, cuya repercusión oscila desde una percepción casi nula hasta una grave incapacitación para las actividades

cotidianas⁴⁹⁵. Algunos de los síntomas más frecuentes son las náuseas y vómitos (en grado de molestia matutina hasta hiperémesis gravídica con deshidratación y riesgo grave para la madre y el embrión, pudiendo requerir ingresos hospitalarios prolongados), fatiga o cansancio excesivo, somnolencia o hipersensibilidad olfatoria. Además, este primer trimestre también suele acompañarse de una gran variabilidad en el estado emocional, con aumento de la sensibilidad, presencia de abruptos cambios de ánimo y una mayor labilidad. La labilidad emocional durante el embarazo puede presentarse en mujeres sin problemas de salud mental; en general, la labilidad emocional es significativamente superior en mujeres en periodo perinatal que en mujeres que no se encuentran en periodo perinatal⁴⁹⁶.

A día de hoy, la confirmación más frecuente del embarazo se produce mediante un test de orina adquirido en farmacia. Este momento genera emociones intensas y contradictorias en la mujer, que varían desde la alegría y la ilusión, hasta el miedo o el rechazo.

Progresivamente, en aquellas mujeres que, según la legislación vigente en nuestro país, deciden continuar con la gestación (cuya interrupción está regulada por la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo)⁴⁹⁷, se suele producir la asimilación y la aceptación del embarazo, que en general se acompaña de importantes cambios en el estilo de vida referidos a la alimentación (puesto que hay un gran número de recomendaciones al respecto), la toma de fármacos, el hábito tabáquico o el consumo de alcohol, o respecto al puesto laboral desempeñado.

Es importante señalar que los embarazos no deseados por la madre que continúan adelante se asocian a la persistencia de ambivalencia afectiva tras el parto, así como con peores resultados en salud tanto para la madre como para el bebé, y que la construcción de un fuerte vínculo madre-bebé durante el

⁴⁹⁵ SAYLE, AE., WILCOX, AJ., WEINBERG, CR., BAIRD, DD., “A prospective study of the onset of symptoms of pregnancy”, *Journal of Clinical Epidemiology*, 2002, vol. 55, nº 7, pp. 676-680.

⁴⁹⁶ LI, H., BOWEN, A., BOWEN, R., BALBUENA, L., FENG, C., BALLY, J., MUHAJARINE, N., “Mood instability during pregnancy and postpartum: a systematic review”, *Archives of Women's Mental Health*, 2020, vol. 23, nº 1, pp. 29-41.

⁴⁹⁷ Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. «BOE» núm. 51, de 1 de marzo de 2023, páginas 30334 a 30375. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/02/28/1>. (Consultado el 8 de octubre de 2023).

embarazo es un factor decisivo en el desarrollo del vínculo postnatal también en las mujeres con embarazos inesperados o no deseados⁴⁹⁸–

Habitualmente, las mujeres no conocen de su embarazo hasta constatar la ausencia de la primera menstruación, que en ocasiones puede retrasarse varias semanas (debido a la existencia de sangrados de implantación que simulan menstruaciones ligeras, o en mujeres con alta irregularidad menstrual). Una vez que las madres son conocedoras de su gestación, dado que ésta no es visible externamente todavía, a menudo la información de la situación se encuentra limitada a su entorno de estricta intimidad, debido a un hábito social tradicionalmente perpetuado, al menos en España, de no contar hasta haber superado la barrera de las 12 semanas (marcada por la ecografía de revisión del primer trimestre, que se realiza en esa semana), cuando la viabilidad de la gestación es mayor. El tabú acerca de la revelación de las gestaciones tempranas supuestamente protege a las mujeres de tener que dar explicaciones en caso de pérdida de las mismas; no obstante, les impide acceder a muchas de las protecciones de las que deberían gozar, al tratarse, precisamente, del periodo de mayor sensibilidad para el desarrollo del futuro bebé. Del mismo modo, el silencio que pesa sobre el primer trimestre del embarazo ha favorecido el silenciamiento social de los abortos y las pérdidas gestacionales, convirtiéndolos para muchas mujeres en duelos secretos, que no reciben la atención y el cuidado médico, psicológico y social que a menudo necesitan. Las experiencias de las mujeres en la atención sanitaria a pérdidas gestacionales en el primer trimestre son frecuentemente negativas, siendo éste un campo evidente de necesidad de mejora asistencial para cumplir adecuadamente con la satisfacción del derecho al mayor grado de salud, física y mental posible.⁴⁹⁹

5.1.1.2 Segundo trimestre

Durante el segundo trimestre gestacional, el embarazo suele hacerse visible socialmente debido al crecimiento uterino, que da lugar a la barriga característica del embarazo. Es frecuente que disminuyan e incluso desaparezcan las molestias características del primer trimestre (aunque esto no siempre es

⁴⁹⁸ NELSON, HD., DARNEY, BG., AHRENS, K., BURGESS, A., JUNGBAUER, RM., CANTOR, A., ATCHISON, C., EDEN, KB., GOUETH, R., FU R., “Associations of Unintended Pregnancy with Maternal and Infant Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis”, *Journal of American Medical Association*, 2022, vol. 328, nº 17, pp. 1714-1729; SHREFFLER, KM., SPIERLING, TN., JESPERSEN, JE., TIEMEYER, S., “Pregnancy intendedness, maternal-fetal bonding, and postnatal maternal-infant bonding”, *Infant Mental Health Journal*, 2021, vol. 42, nº 3, pp. 362-373.

⁴⁹⁹ FREEMAN, A., NEITERMAN, E., VARATHASUNDARAM, S., “Women’s experiences of health care utilization in cases of early pregnancy loss: A scoping review”, *Women and Birth*, 2021, vol. 34, nº 4, pp. 316-324.

así), mientras que, todavía, las limitaciones físicas por el aumento de volumen uterino en muchos casos no resultan excesivas. Suele tratarse de la etapa de mayor tranquilidad emocional, por lo que coloquialmente se lo denomina *"el trimestre de la luna de miel"*.

Además, entorno a la semana 18-20 (dependiendo de si es el primer embarazo o ha habido gestaciones previas), las madres empiezan a percibir los movimientos fetales (las *"pataditas"* del bebé), que permiten incluir en la experiencia cotidiana la realidad del hijo que está creciendo en su interior⁵⁰⁰.

5.1.1.3 Tercer trimestre

Durante el tercer trimestre del embarazo se produce un gran crecimiento fetal dentro del útero. Este rápido incremento del volumen uterino es el principal causante de la sintomatología del tercer trimestre, puesto que supone una disminución fisiológica de la capacidad pulmonar (con respiración más superficial y frecuente), y la compresión del aparato digestivo (con rápida sensación de plenitud pese al aumento de la sensación de hambre, con necesidad de realizar ingestas pequeñas pero frecuentes; mayor reflujo esofágico o mayor estreñimiento). Se produce un cambio fisiológico de la postura, con lordosis lumbar, y a menudo aparecen molestias osteoarticulares, especialmente lumbalgias⁵⁰¹. Además, en las semanas previas a la fecha prevista de parto, pueden aparecer ansiedad y miedo respecto al mismo, una mayor preparación del entorno físico para la recepción del bebé (denominado *"síndrome de preparación del nido"*), inquietud respecto a las propias capacidades para cuidar al bebé de forma inminente, así como ilusión y ganas de conocerlo.

5.1.2 Desarrollo psicológico de la madre durante el embarazo

Los procesos psicológicos que tienen lugar durante el embarazo habitualmente se dividen, también, en tres etapas; si bien no suelen coincidir con los trimestres obstétricos. Estos procesos pueden verse altamente influidos por los antecedentes en salud mental de la mujer embarazada, así como por su personalidad, su propia biografía y sus experiencias previas; especialmente, aquellas relacionadas con la gestación actual.

⁵⁰⁰ MIKHAIL, MS., FREDA, MC., MERKATZ, RB., POLIZZOTTO, R., MAZLOOM, E., MERKATZ, IR., "The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1991, vol. 165, n° 4, pp. 988-91; ALAMRI, N., SMITH, V., "The effect of formal fetal movement counting on maternal psychological outcomes: A systematic review and meta-analysis", *European Journal of Midwifery*, 2021, vol. 6, n° 10.

⁵⁰¹ BHARDWAJ, A., NAGANDLA, K., "Musculoskeletal symptoms and orthopaedic complications in pregnancy: pathophysiology, diagnostic approaches and modern management", *Postgraduate Medical Journal*, 2014, vol. 90, n° 1066, pp. 450-60.

Tal y como se ha visto ya en el tema relativo a la concepción, la vivencia de un embarazo puede ser muy diferente si ha sido buscado y deseado respecto a si ha sido inesperado y no deseado, o si ha sido conseguido espontáneamente y sin largos tiempo de espera respecto si ha requerido tratamientos específicos o reproducción asistida. Del mismo modo, el entorno social, económico y cultural va a tener una gran influencia en la vivencia maternal. Sin embargo, diversas autoras sí han encontrado factores comunes que experimentan a menudo las mujeres a lo largo del embarazo.

En primer lugar, desde una perspectiva psíquica, la primera etapa del embarazo es aquella que transcurre desde el conocimiento del mismo por parte de la madre hasta su primera experiencia real con el bebé (los movimientos fetales, percibidos entorno a la semana 20 en las mujeres primerizas, y una o dos semanas antes en aquellas que ya han tenido gestaciones previas). Esta etapa se caracteriza por la presencia de emociones contradictorias respecto al embarazo, denominada "*ambivalencia afectiva*", incluso en aquellas situaciones donde dicha gestación ha sido buscada y deseada. Durante los primeros meses, es habitual atravesar por emociones de dudas respecto a la capacidad y el propio deseo maternal, hacia una aceptación progresiva de los cambios vitales que supone la preparación a la llegada de un hijo. Con frecuencia, la existencia de síntomas físicos desagradables (como son las náuseas y los vómitos, la somnolencia y la fatiga extrema) alimenta la ambivalencia respecto al embarazo, que en general suele ceder de manera paralela a la mejoría de los síntomas físicas, y a la aparición de los movimientos fetales.

El malestar físico en el primer trimestre del embarazo, caracterizado fundamentalmente por las náuseas, los vómitos y la fatiga, afecta a más de la mitad de las mujeres embarazadas (se estima que hasta un 80% podrían padecerlo), y en un pequeño porcentaje (0,3 al 3%) puede llegar a constituir un síndrome clínico grave, denominado hiperémesis gravídica, o asociarse a malestar afectivo reactivo a la limitación funcional⁵⁰².

Algunas autoras, como la psicóloga de la maternidad María Michelena, han buscado un sentido evolutivo de adaptación social a la sintomatología física que caracteriza a los primeros meses de embarazo. Esta autora sugiere que, dado que en las etapas prehistóricas de nuestra especie no existía ninguna tecnología para confirmar la presencia de una gestación incipiente (más allá de la amenorrea), y el embarazo puede no hacerse visible hasta el segundo trimestre, la sintomatología de intenso malestar habría tenido una función de comunicación social para las comunidades en las que viven las mujeres que

⁵⁰² LEE, NM., SAHA S., Nausea and vomiting of pregnancy, *Gastroenterology Clinics of North America*, 2011, vol. 40, nº 2, pp. 309-34; LONDON, V., GRUBE, S., SHERER, DM., ABULAFIA, O., "Hyperemesis Gravidarum: A Review of Recent Literature", *Pharmacology*, 2017, vol. 100, nº 3-4:161-17; BUSTOS, M., VENKATARAMANAN, R., CARITIS, S., "Nausea and vomiting of pregnancy - What's new?", *Autonomic Neuroscience*, 2017, vol. 202, pp. 62-72.

están en el primer trimestre de embarazo. De este modo, la experiencia de "enfermedad" de la mujer facilitaba que pudiera ser cuidada por el grupo y que quedara eximida de situaciones de gran exigencia física por medio de la fatiga excesiva⁵⁰³. Esta comunicación social que producen los síntomas del embarazo incipiente puede encontrarse también hoy en día: de hecho, un recurso habitual en el cine para hacer sospechar el embarazo de una mujer a sus espectadores es, precisamente, mostrarla vomitando.

Las ventajas evolutivas no se circunscribirían al cambio social en torno a la mujer con síntomas, puesto que éstos, de por sí, también pueden suponer algunas ventajas que faciliten la supervivencia del embrión. Así, la extrema sensibilidad olfatoria y los ascos alimentarios pueden ofrecer una protección añadida frente a algunos alimentos en mal estado o potencialmente peligrosos para el desarrollo de su embarazo a través de las náuseas y el vómito⁵⁰⁴.

La asociación demostrada entre la existencia en el primer trimestre de náuseas o vómitos matutinos considerados normales (excluyendo por tanto los cuadros clínicos de vómitos excesivos, o hiperémesis gravídica) y mejores resultados obstétricos respecto de las gestaciones que no presentan síntomas, han llevado también a generar la hipótesis de que dichos síntomas maternos serían un marcador de una mejor adaptación inmunológica de la unidad fetoplacentaria⁵⁰⁵.

En cualquier caso, se ha observado que la presencia de al menos uno de los tres principales síntomas del primer trimestre de gestación (náuseas, vómitos y fatiga) produce un impacto negativo significativo en la calidad de vida de las mujeres que los padecen frente a aquellas que no, con repercusión no sólo en su salud física, sino también con un empeoramiento de su salud mental⁵⁰⁶. Esto contrasta llamativamente con la escasez de investigaciones publicadas acerca de los mecanismos por los que se producen los síntomas y posibles tratamientos para paliarlos, así como la desatención social y laboral que padecen las mujeres que los sufren. La ampliamente difundida expresión de que "*el embarazo no es una enfermedad*", totalmente correcta, se esgrime no obstante para no adaptar determinados puestos laborales a mujeres afectadas de estos síntomas (que sí tienen la experiencia de enfermedad y pueden encontrarse intensamente repercutidas por los mismos), dado que la eliminación de turnos nocturnos o de trabajo físico en general no se contempla hasta estados

⁵⁰³ MICHELENA, M., *Un año para toda la vida*. Booket, Barcelona, 2013.

⁵⁰⁴ SHERMAN, PW., FLAXMAN, SM., "Nausea and vomiting of pregnancy in an evolutionary perspective", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, vol. 186, nº 5, pp. 190-197.

⁵⁰⁵ LEE, RV., "Nausea and vomiting of pregnancy: an evolutionary hypothesis", *Revista Médica de Chile*, 2002, vol. 130, nº 5, pp. 580-584.

⁵⁰⁶ BAI, G., KORFAG, IJ., GROEN, EH., JADDOE, VW., MAUTNER, E., RAAT, H., "Associations between Nausea, Vomiting, Fatigue and Health-Related Quality of Life of Women in Early Pregnancy: The Generation R Study", *PLOS ONE*, 2016, vol. 1, nº 11, e0166133.

más avanzados de gestación, generalmente, a lo largo del segundo trimestre. Si bien, efectivamente, no es una enfermedad, el embarazo es una situación de salud que requiere cuidados específicos y a menudo se acompaña de síntomas que, aunque comunes en el estado gravídico, pueden resultar muy molestos para las mujeres que los padecen.

Por otro lado, la segunda fase del embarazo, a nivel psicológico, comienza a desarrollarse a partir de la experiencia corporal del hijo por parte de la madre, gracias a la percepción de los movimientos fetales, además de un mayor crecimiento uterino. Se trata de una etapa dominada por las llamadas "*representaciones maternas*", que hacen referencia a las imaginaciones y proyecciones que elabora la mujer respecto a su hijo presente y futuro⁵⁰⁷. Es muy frecuente que las madres atribuyan estados emocionales a su bebé en función del ritmo y la frecuencia de los movimientos fetales percibidos, y aprendan a detectar patrones en los mismos (incremento al recibir una mayor tasa de glucosa por medio de la ingesta de la madre de dulces, o patrón de incremento nocturno en relación al mayor aporte sanguíneo que le llega al bebé cuando la madre se recuesta). La ausencia de representaciones mentales avisa de una posible perturbación en la vinculación afectiva madre-bebé y se considerara un marcador de mal pronóstico de la relación de la diáda tras el parto.

En tercer lugar, la última etapa psicológica del embarazo es aquella que antecede a la llegada del parto, cuando se acerca la fecha prevista. Se caracteriza por la elevada repercusión física del estado gestacional en la cotidianidad de la mujer, con dificultades para la bipedestación sostenida, la movilidad, la alimentación (con necesidad de ingestas frecuentes, pero de escasa cantidad) y el descanso, con insomnio de características mixtas y de origen multifactorial. A esta limitación de sus actividades cotidianas, que pone de manifiesto la inminente llegada del bebé, se suma, en un gran número de ocasiones, un estado interno de inquietud y preocupación respecto al momento del parto. En el caso de las mujeres primerizas, el miedo al parto se manifiesta como angustia frente a lo desconocido y el miedo a la pérdida de control; en mujeres multiparas, es frecuente que surjan preocupaciones respecto al bienestar de sus otros hijos durante su ausencia en los momentos del periparto, así como la posible re-experimentación traumática de sus partos previos. Además, en la última etapa de la gestación suele producirse un incremento de las conductas denominadas "*de preparación del nido*" por las cuales la madre procura hacer en su hogar un lugar que resulte confortable para el bebé. Si bien se ha asociado el aumento de estas conductas al inicio de la cascada hormonal que desencadenará el parto, se considera que la naturaleza y el contenido de las mismas tiene, en realidad, un claro origen cultural, puesto que dependen del contexto donde se haya desarrollado la vida de la madre (ya sea tejiendo o comprando ropa del bebé, preparando una cuna o un nido, etcétera).

⁵⁰⁷ ZEANA, CH., KEENE, M., ANDERS, TF., "Adolescent mothers' prenatal fantasies and working models of their infants", *Psychiatry*, 1986, vol. 49, n° 3, pp. 193-203.

Diversos estudios señalan que el estrés maternal en esta última etapa tiene una intensa repercusión en el estado afectivo de la madre tras el parto, así como en la vinculación afectiva que tendrá con su bebé. Curiosamente, algunos estudios han demostrado que la percepción de sus bebés que tienen las mujeres embarazadas en las últimas etapas de la gestación se correlaciona con una alta fiabilidad con la que tendrán de él tras el parto. Esta correlación, sin embargo, se ve interferida en aquellas situaciones en las que la experiencia de parto es traumática, situación que parece influir negativamente de forma casi invariable en la percepción materna del bebé tras el mismo⁵⁰⁸.

A lo largo de todo el embarazo, es habitual que las madres presenten fenómenos de recuerdo y re-experimentación de situaciones de su propia infancia; fundamentalmente, respecto al tipo de cuidados que recibieron de sus principales figuras de apego; en especial de su madre. Este estado de resurgimiento de las experiencias primarias de apego con la figura materna se denomina "*transparencia psíquica*"⁵⁰⁹. Es un momento caracterizado por la intensidad emocional y las contradicciones internas (denominadas ambivalencia afectiva), que a menudo parten de la reactivación y revisión de la propia historia de cuidados y las relaciones mantenidas con la propia madre durante la infancia. Esta reactivación de conflictos primarios, pese a que puede acarrear la aparición de sintomatología ansiosa e inseguridad ante el rol maternal, con miedos a replicar situaciones de cuidado inadecuadas hacia el propio hijo, ofrece, sin embargo, una ocasión única de trabajo y sanación de traumas no resueltos. Se ha visto que el embarazo supone una oportunidad de la mejora de la relación de la mujer embarazada con su propia madre cuando la futura abuela se muestra como una figura de apoyo hacia su hija en su proceso de convertirse en madre⁵¹⁰. También se ha descrito una mayor tendencia en las mujeres embarazadas a la regresión emocional, experimentando una mayor dependencia afectiva por sus figuras cercanas.

Se ha señalado en las embarazadas una hipersensibilidad emocional mayor que en otras etapas de la vida, con una capacidad afinada para detectar expresiones de amenaza, hostilidad o tristeza en los rostros de terceros; especialmente, al final del embarazo⁵¹¹. Este incremento de la capacidad para detectar emociones probablemente se trate de un mecanismo evolutivo para aumentar en las mujeres la sensibilidad emocional de cara a facilitar su identificación en el recién nacido de estados emocionales desagradables y signos de peligro o agresión en las

⁵⁰⁸ Se cita el mismo artículo que en la referencia previa, ZEANAH, CH., KEENER, MA., ANDERS, TF., "Adolescent mothers' prenatal fantasies and working models of their infants", *Psychiatry*, 1986, vol. 49 n° 3, pp. 193-203.

⁵⁰⁹ BYDLOWSKI, M., *Je reve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité*, Éditions Odile Jacob, Paris, 2000.

⁵¹⁰ DAYAN, J., *Maman, pourquoi tu pleures?*, Éditions Odile Jacob, Paris, 2002.

⁵¹¹ PEARSON, RM., LIGHTMAN, SL., EVANS, J., "Emotional sensitivity for motherhood: late pregnancy is associated with enhanced accuracy to encode emotional faces", *Hormones and Behavior*, 2009, vol. 56, n° 5, pp. 557-563.

personas del entorno, promoviendo la protección del bebé. Este reconocimiento facial se ve afectado en situaciones de mala salud mental materna, disminuyendo la sensibilidad materna hacia las expresiones faciales del bebé⁵¹².

A nivel cerebral, el embarazo produce cambios morfológicos en la corteza de los cerebros de las mujeres constatables por medio de estudios de neuroimagen e indistinguibles de los cambios cerebrales que acontecen en la adolescencia. Esta semejanza entre ambos periodos ha hecho que los cambios psicológicos y cerebrales derivados del embarazo y la maternidad hayan sido bautizados con el nombre de "*matrescencia*". Un estudio al respecto realizado comparando ambos grupos de población sugiere que tanto la adolescencia como el embarazo suponen momentos de elevada neuroplasticidad, mediada por hormonas, para favorecer la adaptación a las demandas ambientales⁵¹³. Los cambios cerebrales inducidos por el embarazo se mantienen aproximadamente hasta seis años después del parto, coincidiendo con la duración del periodo infantil⁵¹⁴.

A nivel social, en las diferentes culturas humanas, es frecuente que alrededor de las mujeres embarazadas surja una red de apoyo afectivo y de cuidados, compuesta, generalmente, por otras mujeres cercanas a ella (ya sea con vinculación familiar, como madres, hermanas o primas; o socialmente afines, como amigas). En el entorno actual español, que ha experimentado procesos marcados de migración a las urbes con desvinculación progresiva de las redes primarias, cada vez es más frecuente que las mujeres embarazadas reciban apoyos limitados a su pareja (si la hay), y a los cuidados realizados desde el entorno sanitario.

5.1.3 Efectos del estrés durante el embarazo

El estrés materno durante el embarazo puede tener múltiples orígenes, que se recogen en el siguiente cuadro. Entre ellos, destacan las situaciones psicosociales adversas (falta de apoyo familiar o social, precariedad en el empleo, escasos recursos económicos o riesgo de pobreza, relaciones de pareja violentas...); pero, también, las asociadas al propio embarazo (por tratarse de

⁵¹² TAKUBO, Y., TSUJINO, N., AIKAWA, Y., FUKIYA, K., UCHINO, T., KATAGIRI, N., ITO, M., AKIBA, Y., MIZUNO, M., NEMOTO, T., "Relationship between Antenatal Mental Health and Facial Emotion Recognition Bias for Children's Faces among Pregnant Women", *Journal of Personalized Medicine*, 2022, vol. 12, nº 9, p. 1391.

⁵¹³ CARMONA, S., MARTÍNEZ-GARCÍA, M., PATERNINA-DIE, M., et al., "Pregnancy and adolescence entail similar neuroanatomical adaptations: A comparative analysis of cerebral morphometric changes", *Human Brain Mapping*, 2019, vol. 40, pp. 2143–2152.

⁵¹⁴ MARTÍNEZ-GARCÍA, M., PATERNINA-DIE, M., BARBA-MÜLLER, E., MARTÍNEZ DE BLAS, D., BEUMALA, L., CORTIZO, R., POZZOBON, C., MARCOS-VIDAL, L., FERNÁNDEZ-PENA, A., PICADO, M., BELMONTE-PADILLA, E., MASSÓ-RODRÍGUEZ, A., BALLESTEROS, A., DESCO, M., VILARROYA, O., HOEKZEMA, E., CARMONA, S., "Do Pregnancy-Induced Brain Changes Reverse? The Brain of a Mother Six Years after Parturition", *Brain Sciences*, 2021, vol. 11, nº 2, p.168.

un embarazo de riesgo debido a alguna condición de la madre o por complicaciones obstétricas), a trastornos mentales previos de la madre (con una mayor frecuencia de recaída durante el embarazo), o a las respuestas emocionales desencadenadas por el propio embarazo.

Cuadro 1: Causas de estrés durante el embarazo

Factores individuales de la mujer	Antecedentes personales de enfermedad mental
	Enfermedad física de la mujer
	Historia previa de embarazos y/o pérdidas gestacionales
	Edad (embarazo adolescente, edad avanzada)
	Estilo de apego adulto inseguro o desorganizado
	Rasgos de personalidad controladora o preocupadiza
Factores del propio embarazo	Embarazo complicado
	Embarazo concebido por TRA
	Diagnóstico prenatal de anomalía/malformación
Factores familiares	Conflicto en la pareja
	Existencia de violencia de género
	Ausencia de apoyo familiar
	Problemas en la relación con los propios padres
Factores sociales	Recursos económicos
	Actividad laboral (trabajos de riesgo para el embarazo, trabajos físicamente exigentes o altamente estresantes)
	Precariedad laboral
Factores culturales	Políticas de protección laboral al embarazoPolíticas de apoyo económico
	Políticas de protección a la mujer en situación de violencia de género

Fuente: elaboración propia a partir de los artículos incluidos en el pie de página⁵¹⁵.

⁵¹⁵ ALDERDICE, F., LYNN, F., LOBEL, M., “A review and psychometric evaluation of pregnancy-specific stress measures”, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2012, vol. 33, pp. 62–77; AWARD-SIRHAN, N., SIMÓ TEUFEL, S., MOLINA-MUÑOS, Y., CAJIAO-NIETO, J., IZQUIERDO-PUCHOL, MT., “Factores asociados al estrés prenatal y la ansiedad en gestantes durante el COVID-19 en España”, *Enfermería clínica*, 2022, vol. 32, pp. 5–13; BIAGGI, A., CONROY, S., PAWLBY, S., PARIANTE, C.M., “Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review”, *Journal of Affective Disorders*, 2016, vol. 191, pp. 62–77; DE JADRESIC, E., JARA, C., ARAYA, R., “Depresión en el embarazo y el puerperio: estudio de factores de riesgo”, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 1993, vol. 39, n° 1, pp. 63–74; GOUROUNTI, K., “Psychological stress and adjustment in pregnancy following assisted reproductive technology and spontaneous conception: A systematic review”, *Women Health*, 2016, vol. 56, pp. 98–118.

Al respecto de los factores potencialmente estresantes que actúan sobre las mujeres embarazadas, resulta de especial relevancia mencionar el concepto de determinantes sociales de la salud (DSS), que explican cómo los contextos sociales y las condiciones en las cuales las personas viven y trabajan impactan en su salud⁵¹⁶. La OMS define los determinantes sociales de la salud como *"las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana"*, y señala que estas circunstancias pueden ser muy diferentes entre los distintos subgrupos de una población, generando inequidades y provocando distintos resultados en materia de salud, por lo que se deben establecer políticas que permitan luchas contra esas inequidades⁵¹⁷. Las mujeres embarazadas constituyen un grupo especialmente vulnerable a los determinantes sociales de salud; y, por ende, susceptible de sufrir desigualdades y padecer peores resultados subsecuentes en salud. Lo que implica, que se encuentra de hecho en una situación de doble vulnerabilidad, mujer y embarazo, sin tener en cuenta otras muchas que pueden confluir, dando lugar a la triple o múltiple vulnerabilidad.

Dentro de los determinantes sociales de salud, las condiciones laborales en las cuales se encuentran las mujeres que están embarazadas tienen un papel fundamental, por su influencia sobre el desarrollo del propio embarazo y la salud del bebé y la mujer que lo gesta. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en su artículo 11, obliga a los Estados Partes a eliminar cualquier tipo de discriminación laboral contra las mujeres, incluyendo, en su epígrafe 2, la discriminación debida a la maternidad, mediante la prohibición de despido por embarazo, recogida en el apartado a) de dicho epígrafe, y la obligación, señalada en el apartado d), de *"Prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajos que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella"*. El valor de la investigación científica en el reconocimiento de los riesgos laborales durante el embarazo se reconoce en el epígrafe 3 de ese mismo artículo 11: *"La legislación protectora relacionada con las cuestiones comprendidas en este artículo será examinada periódicamente a la luz de los conocimientos científicos y tecnológicos y será revisada, derogada o ampliada según corresponda"*, una disposición a cuyo mejor cumplimiento responde este trabajo de investigación, buscando poner de manifiesto el conocimiento resultante de la práctica asistencial en el marco de la legislación que no podrá regular debidamente los supuestos de hecho si los desconoce.

⁵¹⁶ TARLOV, A., "Social determinants of Health: the sociobiological transition", en Blane D, Brunner E. Wilkinson D (eds), *Health and Social Organization*. London: Routledge; 1996, pp. 71-93.

⁵¹⁷ OMS, *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - Informe de la Secretaría*. 62ª Asamblea Mundial de la Salud; 2009.

Existe amplia evidencia científica acerca de condiciones laborales adversas que deben evitarse durante embarazo, tales como exposición a agentes químicos, radiactivos o biológicos de riesgo, que, a día de hoy, están bien reconocidos por sus efectos teratogénicos sobre el desarrollo embrionario. Pero cada vez existe una evidencia mayor sobre los problemas del estrés laboral durante el embarazo.

Los trabajos físicamente demandantes desarrollados durante el embarazo han demostrado un incremento de leve a moderado de parto prematuro⁵¹⁸. A mayor exigencia física laboral (incluyendo mayor extensión de horarios en pie o caminando), parece existir un mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacimiento⁵¹⁹. Un estudio publicado en el año 2021 encuentra que el estrés físico laboral (con actividad ejercida de pie, o caminando) durante el primer trimestre de gestación (etapa de baja protección en las legislaciones laborales), se asocia con un incremento significativo de parto prematuro al final de la gestación⁵²⁰. El interés acerca de la repercusión que el estrés psicosocial laboral podría ejercer, también, sobre el embarazo, es creciente, si bien los estudios científicos metodológicamente bien diseñados son, todavía limitados. Sin embargo, hay revisiones sistemáticas que apoyan que la existencia de estrés en el entorno laboral de las mujeres embarazadas se asocia a peores resultados obstétricos, con incremento del riesgo de prematuridad y de bajo peso al nacimiento en el bebé⁵²¹. Estos estudios no analizan el estado de salud mental de las mujeres embarazadas que, estándolo, se encuentran sometidas a estrés en su entorno laboral, ni la posible asociación que una mala salud mental de las mujeres embarazadas en sus entornos de trabajo puede tener con dificultades en el embarazo o en la salud del bebé, o en su propia salud mental y física tras el momento del parto. La salud mental, dentro de la salud laboral de las embarazadas, es todavía un ámbito insuficientemente investigado y, por tanto, insuficientemente atendido.

El estrés materno, en un sentido amplio, sí ha sido objeto de investigación creciente en los últimos años. Se conoce que el estrés en la mujer embarazada

⁵¹⁸ VAN BEUKERING, MD., VAN MELICK, MJ., MOL, BW., FRINGS-DRESEN, MH., HULSHOF, CT., “Physically demanding work and preterm delivery: a systematic review and meta-analysis”, *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 2014, vol. 87, nº 8, pp. 809-834.

⁵¹⁹ CAI, C., VANDERMEER, B., KHURANA, R., NERENBERG, K., FEATHERSTONE, R., SEBASTIANSKI M., DAVENPORT MH., “The impact of occupational activities during pregnancy on pregnancy outcomes: a systematic review and metaanalysis”, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2020, vol. 222, nº 3, pp. 224-238.

⁵²⁰ VRIJKOTTE, T., BRAND, T., BONSEL, G., “First trimester employment, working conditions and preterm birth: a prospective population-based cohort study”, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2021, vol. 78, nº 9, pp. 654-660.

⁵²¹ LEE, BE., HA, M., PARK, H., HONG, YC., KIM, Y., KIM, YJ., HA, EH., “Psychosocial work stress during pregnancy and birthweight”, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2011, vol. 25, nº 3, pp. 246-254.

desencadena una respuesta no sólo emocional, sino también fisiológica, que condiciona cambios en su metabolismo, y favorece la aparición de situaciones adversas para la gestación, como son: niveles de cortisol en sangre elevados, aumento de tensión arterial e hipoxia fetal, alimentación materna inadecuada o incluso desnutrición, o consumo de sustancias potencialmente teratogénicas con una finalidad ansiolítica⁵²².

Si bien la hipótesis de que el estrés o la ansiedad en las mujeres embarazadas afectan al buen término de la gestación y al desarrollo del bebé ha sido sospechada desde hace años, ha sido con la entrada del siglo XXI cuando los estudios científicos han confirmado esta asociación. Cabe destacar que, durante el embarazo, la madre y el bebé se encuentran íntimamente unidos a través de la placenta, que funciona como una interfase materno-fetal. A través de la placenta, la sangre de la madre y la del feto entran en contacto directo, llegando a este último los nutrientes y el oxígeno necesarios para su desarrollo y crecimiento; pero, también, otros elementos presentes en la sangre materna, como son las hormonas (entre las que se incluye el cortisol, u hormona del estrés). La placenta en sí misma funciona como un órgano con capacidad endocrina, que secreta múltiples factores (citoquinas, hormonas, factores de crecimiento tisular...), actuando tanto sobre el metabolismo materno como el fetal; participa en la maduración de las glándulas mamarias (que garantizarán la nutrición del bebé tras el nacimiento)⁵²³ y supone un lugar inmunológicamente privilegiado, en el cual se produce exposición a antígenos ajenos sin que, por lo general, se desencadenen reacciones de rechazo.

Los estudios de los mecanismos por los cuales el estrés materno durante el embarazo repercute en el desarrollo del bebé son, fundamentalmente, de dos tipos: estudios sobre los efectos en animales, y estudios prospectivos en humanos.

Varios de los estudios del primer tipo han demostrado que el estrés materno en ratas y en chimpancés en periodo de gestación afecta a las conductas que muestran sus crías tras el parto, que se manifiestan hasta la edad adulta. Se ha señalado su probable relación con alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal en las crías, producido a partir de la exposición al cortisol materno durante la gestación⁵²⁴.

⁵²² AYE, IL., KEELAN, JA., "Placental ABC transporters, cellular toxicity and stress in pregnancy", *Chemico-Biological Interactions*, 2013, vol. 203, n° 2, pp- 456-66; YANG, X., HU, R., SHI, M., WANG, L., YAN, J., GONG, J., ZHANG, Q., HE, J., WU, S., "Placental Malfunction, Fetal Survival and Development Caused by Sow Metabolic Disorder: The Impact of Maternal Oxidative Stress", *Antioxidants*, 2023, vol. 12, n° 2, p. 360.

⁵²³ EYNARD, A., VALENTICH, R., *Histología y Embriología Humanas. Bases moleculares y celulares con orientación clínico-patológica*, Editorial Médica Panamericana, 2008, p. 545.

⁵²⁴ OLZA, I., "La teoría de la programación fetal y el efecto de la ansiedad materna en el neurodesarrollo infantil", en *Maternidad gozosa y entrañable*, pp. 93-102. Prensas Universitarias de Zaragoza, 2006.

Un metaanálisis publicado en 2021, realizado sobre 42 estudios que acumulaban una amplia muestra poblacional (65 millones de mujeres embarazadas, así como sus recién nacidos) provenientes de Europa, Asia, América del Norte y Oceanía, ha demostrado que los hijos de madres que han presentado elevados niveles de estrés en el embarazo tienen un mayor riesgo de padecer cólicos del lactante, trastorno del espectro autista y obesidad a lo largo de su vida⁵²⁵. Además, demuestra que las repercusiones del estrés materno en la descendencia tienen un impacto en la misma a lo largo de toda la vida.

Los estudios prospectivos en humanos muestran, en primer lugar, unos peores resultados obstétricos en mujeres que han presentado ansiedad durante el embarazo, con un incremento de la pérdida de gestaciones, de partos prematuros y de bajo peso al nacer⁵²⁶. Un metaanálisis reciente señala la existencia de una posible asociación entre la ocurrencia de eventos estresantes en la madre durante el embarazo y la presencia de cardiopatía congénita en el bebé⁵²⁷. Del mismo modo, se conoce que el estrés oxidativo durante el primer trimestre de embarazo aumenta el riesgo de malformaciones congénitas debidas a una alteración del desarrollo de la cresta neural, situación especialmente estudiada en mujeres diabéticas embarazadas⁵²⁸.

Estudios más recientes apuntan a que el estrés maternal durante el embarazo podría tener una influencia directa en el temperamento del bebé y una asociación mantenida con problemas emocionales y conductuales a lo largo de la vida⁵²⁹. Los mecanismos por los que se produce esta transmisión

⁵²⁵ CAPARROS-GONZÁLEZ, RA., PERALTA-RAMÍREZ, MI., “Stress During Pregnancy and the Development of Diseases in the offspring: A Systematic-Review and Meta-Analysis”, *Midwifery*, 2021, vol. 97, p. 102939.

⁵²⁶ GRIGORIADIS, S., GRAVES, L., PEER, M., MAMISASHVILI, L., TOMLINSON, G., VIGOD, SN., DENNIS, CL., STEINER, M., BROWN, C., CHEUNG, A., DAWSON, H., RECTOR, NA., GUENETTE, M., RICHTER, M., “Maternal Anxiety During Pregnancy and the Association with Adverse Perinatal Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis”, *Journal of Clinical Psychiatry*, 2018, vol. 79, n° 5, 17r12011; GRIGORIADIS, S., GRAVES, L., PEER, M., MAMISASHVILI, L., TOMLINSON, G., VIGOD, SN., DENNIS, CL., STEINER, M., BROWN, C., CHEUNG, A., DAWSON, H., RECTOR, NA., GUENETTE, M., RICHTER, M., “A systematic review and meta-analysis of the effects of antenatal anxiety on postpartum outcomes”, *Archives of Women's Mental Health*, 2019, vol. 22, n° 5, pp. 543-556.

⁵²⁷ GU, J., GUAN, HB., “Maternal psychological stress during pregnancy and risk of congenital heart disease in offspring: A systematic review and meta-analysis”, *Journal of Affective Disorders*, 2021, vol. 291, pp. 32-38.

⁵²⁸ WEI, D., LOEKEN, MR., “Increased DNA methyltransferase 3b (Dnmt3b)-mediated CpG island methylation stimulated by oxidative stress inhibits expression of a gene required for neural tube and neural crest development in diabetic pregnancy”, *Diabetes*, 2014, vol. 63, n° 10, pp. 3512-3522; MORGAN, SC., RELAX, F., SANDELL, LL., LOEKEN, MR., “Oxidative stress during diabetic pregnancy disrupts cardiac neural crest migration and causes outflow tract defects”, *Birth defects research. Part A, Clinical and Molecular Teratology*, 2008, vol. 82, n° 6, pp. 453-463.

⁵²⁹ DUNKEL SCHETTER, C., TANNER, L., “Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice”, *Current Opinion in Psychiatry*, 2012, vol. 25, n° 2, pp. 141-148.

intergeneracional serían epigenéticos, debido a que el estrés provoca cambios placentarios inductores metilaciones en el ADN fetal, favoreciendo la expresión, a lo largo de la vida, de problemas diversos de salud, así como del neurodesarrollo, tales como mayores incidencias de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno del espectro autista, ansiedad o depresión⁵³⁰. A la influencia de los estresores maternos durante el embarazo sobre la epigenética del embrión o feto se la denomina “*programación fetal*”, siendo una de las principales teorías que en la actualidad explican las repercusiones negativas en salud mental y física para la descendencia de mujeres que han padecido estrés en sus embarazos⁵³¹.

Cuadro 2 Consecuencias del estrés durante el embarazo

Complicaciones	Conclusiones
Aborto espontáneo	Las experiencias adversas en el primer trimestre se asocian a mayor tasa de pérdidas ⁵³² .
Parto prematuro	Riesgo de que se desencadene el parto antes de que se haya completado la maduración neonatal, con requerimiento de cuidados intensivos en UCI Neonatal y posibles complicaciones asociadas ⁵³³ .
Complicaciones maternas en el parto	Mayor riesgo de padecer preeclampsia intra y postparto ⁵³⁴ .

⁵³⁰ BABENKO, O., KOVALCHUK, I., METZ, GA., “Stress-induced perinatal and transgenerational epigenetic programming of brain development and mental health”, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2015, vol. 48, pp. 70-91.

⁵³¹ REYNOLDS, LP., BOROWICZ, PP., CATON, JS., VONNAHME, KA., LUTHER, JS., HAMMER, CJ., MADDOCK CARLIN, KR., GRAZUL-BILSKA, AT., REDMER, DA., “Developmental programming: the concept, large animal models, and the key role of uteroplacental vascular development”, *Journal of Animal Science*, 2010, vol. 88, nº 13, pp. 61-72; REYNOLDS, LP., BOROWICZ, PP., CATON, JS., CROUSE, MS., DAHLEN, CR., WARD, AK., “Developmental Programming of Fetal Growth and Development”, *Veterinary Clinics of North America: Food Animal Practice*, 2019, vol. 35, nº 2, pp. 229-247.

⁵³² FRAZIER, T., HOGUE, CJR., BONNEY, EA., YOUNT, KM., PEARCE, BD., “Weathering the storm; a review of pre-pregnancy stress and risk of spontaneous abortion”, *Psychoneuroendocrinology*, 2018, vol. 92, pp. 142-154.

⁵³³ STANEVA, A., BOGOSSIAN, F., PRITCHARD, M., WITTKOWSKI, A., “The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review”, *Women and Birth*, 2015, vol. 328, nº 3, pp. 179-93.

⁵³⁴ ROBERTS, L., HENRY, A., HARVEY, SB., HOMER, CSE., DAVIS, GK., “Depression, anxiety and posttraumatic stress disorder six months following preeclampsia and normotensive pregnancy: a P4 study”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2022, vol. 22, nº 1, p. 108.

Complicaciones	Conclusiones
Bajo peso/ Crecimiento Intrauterino Restringido (CIR)	Existe una asociación entre la presencia de estrés materno y el crecimiento intrauterino restringido fetal ⁵³⁵ .
Defectos congénitos	El estrés materno a lo largo de la vida y el estrés materno en primer trimestre podrían asociarse a un aumento de defectos congénitos de la cresta neural ⁵³⁶ .
Problemas en el neuro-desarrollo	Mayor incidencia de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la infancia y de Trastorno del Espectro Autista ⁵³⁷ .
Problemas en el desarrollo socioemocional	Mayor incidencia de problemas emocionales en la infancia y la adolescencia ⁵³⁸ .

Fuente: elaboración propia a partir de datos de artículos recogidos en notas a pie.

La reducción de la cantidad de estrés a la que se encuentran expuestas las mujeres embarazadas (mediante medidas de protección multisectoriales) es una estrategia necesaria, y probablemente eficaz, para mejorar la salud de los recién nacidos y de la población a largo plazo, con un claro beneficio también en los costes sanitarios que supone la atención a la prematuridad y la enfermedad infantil, y los costes sociales de sus secuelas asociadas.

5.1.4 Estrés y salud mental en el embarazo

La relación entre el estrés excesivo y los problemas de salud mental es compleja y bidireccional, puesto que el sometimiento continuado a estrés produce problemas de salud física y mental (desde síntomas de ansiedad y depresión reactivos o trastornos adaptativos, hasta poder llegar a actuar como desencadenantes o disparadores de cuadros graves, como episodios de depresión mayor, de manía

⁵³⁵ GEVA, R., ESHEL, R., LEITNER, Y., FATTAL-VALEVSKI, A., HAREL, S., “Prenatal diagnosis and management of intrauterine growth restriction: A long-term prospective study on outcome and maternal stress”, *Infant Mental Health Journal*, 2005, vol. 26, nº 5, pp. 481-497.

⁵³⁶ CARMICHAEL, SL., SHAW, GM., “Maternal life event stress and congenital anomalies”, *Epidemiology*, 2000, vol. 11, nº 1, pp. 30-35.

⁵³⁷ HAN, VX., PATEL, S., JONES, HF., DALE, RC., “Maternal immune activation and neuroinflammation in human neurodevelopmental disorders”, *Nature Reviews Neurology*, 2021, vol. 7 nº 9, pp. 564-579.

⁵³⁸ VAN DEN BERGH, BRH., VAN DEN HEUVEL, MI., LAHTI, M., BRAEKEN, M., DE ROOIJ, SR., ENTRINGER, S., HOYER, D., ROSEBOOM, T., RÄIKÖNEN, K., KING, S., SCHWAB, M., “Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy”, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2020, nº 117, pp. 26-64.

o episodios psicóticos); pero, también, las enfermedades mentales suponen una importante fuente de estrés para las personas que las padecen.

La ansiedad, el estrés percibido y la depresión impactan en el desarrollo del feto y la relación materno-fetal⁵³⁹. Existe, además, una comorbilidad significativa entre ansiedad y depresión (siendo frecuente que, ante la primera, aparezca la segunda).

5.1.4.1 Ansiedad en el embarazo

Se estima que los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia del 20% en el embarazo⁵⁴⁰. Algunos estudios describen la existencia de una curva de ansiedad en forma de U, describiendo la mayor incidencia de problemas de ansiedad durante el primer trimestre, que mejora durante el segundo trimestre obstétrico y aumenta parcialmente durante el tercero. No existe evidencia clara respecto a la gravedad de los trastornos de ansiedad en función del momento del embarazo en el que se produzca, si bien parece que en el primer trimestre podrían aumentar las malformaciones congénitas y los abortos, mientras que en el tercer trimestre podrían desencadenar un parto prematuro e interferir en el correcto neurodesarrollo del bebé⁵⁴¹.

Se ha descrito la ansiedad en el embarazo como un factor de riesgo fundamental para el consumo de alcohol y otras conductas nocivas, con graves repercusiones para el desarrollo del bebé⁵⁴². Algunos autores han diferenciado una expresión de ansiedad específica del embarazo ("*pregnancy-specific anxiety*") de los distintos problemas o trastornos de ansiedad que pueden originarse o exacerbarse mientras la mujer está embarazada, pero que no se relacionan directamente con el embarazo⁵⁴³. Por ejemplo, la tocofobia (o miedo al parto), la ansiedad en una mujer en seguimiento obstétrico

⁵³⁹ LI, H., BOWEN, A., BOWEN, R., MUHAJARINE, N., BALBUENA, L., "Mood instability, depression, and anxiety in pregnancy and adverse neonatal outcomes", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2021, vol. 21, nº 1, p. 583.

⁵⁴⁰ BAYRAMPOUR, H., ALI, E., MCNEIL, DA., BENZIES, K., MACQUEEN, G., TOUGH, S., "Pregnancy-related anxiety: A concept analysis", *International Journal of Nursing Studies*, 2016, nº 55, pp. 115-30.

⁵⁴¹ GRIGORIADIS, S., GRAVES, L., PEER, M., MAMISASHVILI, L., TOMLINSON, G., VIGOD, SN., DENNIS, CL., STEINER, M., BROWN, C., CHEUNG, A., DAWSON, H., RECTOR, NA., GUENETTE, M., RICHTER, M., "Maternal Anxiety During Pregnancy and the Association with Adverse Perinatal Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis", *Journal of Clinical Psychiatry*, 2018, vol. 79, nº 5, 17r12011.

⁵⁴² ARCH, JJ., "Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks?", *Comprehensive Psychiatry*, 2013, vol. 54, nº3, pp. 217-228.

⁵⁴³ BAYRAMPOUR, H., HOHN, RE., TAMANA, SK., SAWATZKY, R., JANSSEN, PA., BONE, JN., FAIRBROTHER, N., JOSEPH, KS., "Pregnancy-Specific Anxiety Tool (PSAT): Instrument Development and Psychometric Evaluation", *Journal of Clinical Psychiatry*, 2023, vol. 84, nº 3, 22m14696.

estrecho por embarazo de riesgo, o el miedo intenso a perder un embarazo actual tras una pérdida previa son situaciones de ansiedad específica del embarazo, mientras que la ansiedad reactiva a un despido laboral en una mujer embarazada, o la reaparición de crisis de pánico en una mujer gestante que ya las tuviera previamente, son ejemplos de ansiedad no específica del embarazo. Un estudio señala que ambos tipos de ansiedad se retroalimentan mutuamente y alcanzan su máximo en la etapa previa al parto⁵⁴⁴. Además, ya ha estudios científicos que han encontrado una asociación inversa por la cual, a mayor ansiedad en el embarazo, menor es la duración de la gestación (es decir, habría un mayor riesgo de presentar partos prematuros); dicha asociación se encuentra mediada por el cortisol⁵⁴⁵.

Se debe insistir en que los problemas de ansiedad durante el embarazo están infravalorados e infra diagnosticados, pese a las intensas repercusiones que puede tener en la buena evolución de la gestación y el desarrollo del feto.

5.1.4.2 Depresión durante el embarazo

Una de cada cinco mujeres embarazadas presenta sintomatología depresiva subsidiaria de recibir atención especializada⁵⁴⁶. Los factores de riesgo para padecer depresión durante el embarazo son múltiples: antecedentes personales de la mujer de haber padecido trastornos del ánimo, haber padecido previamente síndrome premenstrual sintomatológico, embarazos no deseados o embarazos complicados, precariedad socioeconómica, falta de apoyo social o sufrir violencia de género son sólo algunos de las situaciones que pueden desencadenar un episodio depresivo en este momento vital⁵⁴⁷. Durante el embarazo, además de los síntomas nucleares de depresión (consistentes en la presencia de un ánimo persistentemente bajo o irritable, y anhedonia, o incapacidad para sentir placer) puede predominar la sintomatología somática (en forma de fatiga excesiva, y dolores o molestias físicas excesivas sin

⁵⁴⁴ HUIZINK, AC., MENTING, B., OOSTERMAN, M., VERHAGE, ML., KUNSELER, FC., SCHUENGEL C., “The interrelationship between pregnancy-specific anxiety and general anxiety across pregnancy: a longitudinal study”, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2014, vol. 35, nº 3, pp. 92-100.

⁵⁴⁵ ROSS, KM., MANDER, H., RINNE, G., OKUN, M., HOBEL, C., COUSSONS-READ, M., DUNKEL SCHETTER, C., “Pregnancy-specific anxiety and gestational length: The mediating role of diurnal cortisol indices”, *Psychoneuroendocrinology*, 2023, nº 153, p. 106114.

⁵⁴⁶ YIN X, SUN N, JIANG N, XU X, GAN Y, ZHANG J, QIU L, YANG C, SHI X, CHANG J, GONG Y. “Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses”, *Clinical Psychology Review*, 2021, nº 83, p.101932.

⁵⁴⁷ TAYLOR, BL., NATH, S., SOKOLOVA, AY., LEWIS, G., HOWARD, LM., JOHNSON, S., SWEENEY, A., “The relationship between social support in pregnancy and postnatal depression”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2022, vol. 57, nº 7, pp. 1435-1444.

justificación aparente) y las cogniciones negativas respecto a la propia valía y la capacidad de cuidado del bebé, con preocupaciones desproporcionadas respecto al parto o a la salud del bebé⁵⁴⁸. Es importante señalar que, como sucede en los episodios depresivos en otros momentos de la vida, a menudo aparecen los pensamientos de muerte, e, incluso, ideación autolítica. Cabe destacar que, en el mundo occidental, el suicidio es la principal causa de muerte de las mujeres durante el embarazo⁵⁴⁹.

Los estudios más recientes realizados sobre SMP consideran que la depresión y la ansiedad prenatales son los mejores predictores de aparición de depresión postparto y se asocian con problemas en el apego infantil (como se verá más adelante)⁵⁵⁰. Por este motivo, cada vez se tiende más al empleo de la terminología “depresión periparto”, y que engloba también aquellas depresiones iniciadas durante el periodo del embarazo⁵⁵¹.

La depresión en el embarazo puede tener consecuencias graves para la madre (con abandono del autocuidado, conductas de riesgo e, incluso, suicidio), y para el bebé, sumando a todas las repercusiones identificadas en los trastornos de ansiedad (riesgo de prematuridad y bajo peso al nacimiento), mayores tasas de complicaciones obstétricas graves, mayor interferencia en la vinculación afectiva madre-bebé y mayor perturbación del neurodesarrollo a corto y medio plazo.

Pese a la elevada prevalencia de depresión en el embarazo (mayor, por ejemplo, que la diabetes gestacional) y a las graves repercusiones que ésta puede llegar a tener, tanto sobre la madre como sobre el bebé, en el seguimiento obstétrico del embarazo a menudo no se incluye el cribado de depresión, y ello, aunque existen recomendaciones internacionales al respecto. A esto se une la escasa visibilidad social de los trastornos afectivos durante el embarazo (una etapa socialmente considerada como feliz o “*de buena esperanza*”), que disuade a muchas mujeres de consultar por temor a sentirse juzgadas, y el miedo a la toma de fármacos durante el embarazo.

Es frecuente que las mujeres con antecedentes de problemas de salud mental que están tomando tratamiento por ese motivo (antidepresivos o ansiolíticos),

⁵⁴⁸ JADRESIC, ME., “Depresión en el embarazo y el puerperio”, *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 2010, vol. 48, n° 4, pp. 269-278.

⁵⁴⁹ CHIN, K., WENDT, A., BENNETT, IM., BHAT, A., “Suicide and Maternal Mortality”, *Current Psychiatry Reports*, 2022, vol. 24, n° 4, pp. 239-275.

⁵⁵⁰ VAN NIEL, MS., PAYNE, JL., “Perinatal depression: A review”, *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2020, vol. 87, n° 5, pp. 273-277.

⁵⁵¹ SERATI, M., REDAELLI, M., BUOLI, M., ALTAMURA, AC., “Perinatal Major Depression Biomarkers: A systematic review”, *Journal of Affective Disorders*, 2016, n° 193, pp. 391-404.

lo interrumpan de forma unilateral al conocer su embarazo, por miedo a repercutir negativamente en el desarrollo del bebé. Sin embargo, esta interrupción abrupta de psicofármacos ha demostrado riesgo de recaída en el 68% de los casos frente a un 26% en las mujeres que mantuvieron el tratamiento, cuando la mayoría de los fármacos no son nocivos para la gestación, o tienen un índice de riesgo/beneficio favorable, y deberían mantenerse durante el embarazo a la mínima dosis eficaz⁵⁵².

5.1.4.3 Otros problemas de salud mental durante el embarazo

El embarazo es un periodo especialmente vulnerable para sufrir reagudizaciones de cualquier trastorno mental previo que padeciera la madre; pudiendo, además, iniciarse sintomatología específica en relación con el propio embarazo. En un 3,5% de las mujeres embarazadas, generalmente en los casos de rasgos de personalidad de perfeccionismo y autoexigencia, pueden surgir o exacerbarse los síntomas de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en relación a la contaminación y el lavado de manos o de alimentos, por miedo a contagiar a su bebé⁵⁵³. La sintomatología de estrés postraumático vinculados a abusos sexuales previos, o a experiencias traumáticas de partos anteriores, está presente en un 3 a un 9% de las mujeres, y en el embarazo, se asocia a peores resultados obstétricos y a una mayor incidencia ansiedad y depresión tras el parto⁵⁵⁴. Del mismo modo, los trastornos de conducta alimentaria o los trastornos por consumo de tóxicos pueden suponer riesgos específicos durante el embarazo, y requieren de un seguimiento cercano.

Respecto a los trastornos mentales graves preexistentes, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, el embarazo, y también el postparto, son momentos de elevada vulnerabilidad, con una elevación del riesgo de experimentar descompensaciones potencialmente graves, por lo cual el seguimiento psicopatológico y la monitorización de fármacos debe realizarse de forma cercana, valorando siempre de forma cuidadosa el riesgo y el beneficio de cada intervención⁵⁵⁵.

⁵⁵² COHEN, L., ALTSHULER, LL., HARLOW, BL., et al., "Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment", *Journal of American Medical Association*, 2006, vol. 295, nº 5, pp. 499-507; BLACK, E., KHOR, KE., KENNEDY, D., CHUTATAPE, A., SHARMA, S., VANCAILLIE, T., DEMIRKOL, A., "Medication Use and Pain Management in Pregnancy: A Critical Review", *Pain Practice*, 2019, vol. 19, nº 8, pp. 875-899.

⁵⁵³ UGUZ, F., GEZGINC, K., ZEYTINCI, IE., KARATAYLI, S., ASKIN, R., GULER, O., KIR SAHIN, F., EMUL, HM., OZBULUT, O., GECICI, O., "Obsessive-compulsive disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy", *Comprehensive Psychiatry*, 2007, vol. 48, nº 5, pp. 441-445.

⁵⁵⁴ LUTGENDORF, MA., ABRAMOVITZ, LM., BUKOWINSKI, AT., GUMBS, GR., CONLIN, AMS., HALL, C., "Pregnancy and posttraumatic stress disorder: associations with infant outcomes and prenatal care utilization", *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2022, vol. 35, nº 25, pp. 9053-9060.

⁵⁵⁵ JONES, I., CHANDRA, PS., DAZZAN, P., HOWARD, LM., "Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period", *The Lancet*, 2014, vol. 384, nº 9956, pp. 1789-1799.

5.2 Derechos humanos en la protección a la mujer embarazada

Como se expuso en los Capítulos iniciales, las mujeres tienen derecho a una atención médica libre de discriminación, con igualdad a los hombres en el acceso a los servicios de salud, teniendo garantizados los servicios sanitarios apropiados en la atención al embarazo, siendo estos gratuitos cuando fuere necesario, y con garantías de que la mujer embarazada recibe una nutrición adecuada⁵⁵⁶. Es decir, se establece la protección de las mujeres embarazadas.

Además, el derecho de las madres a recibir una adecuada atención sanitaria en la etapa prenatal aparece igualmente recogido con un carácter funcional debido a los beneficios que implican para el *nasciturus*, en el artículo 24 apartado c) de la Convención de los derechos del Niño. Esto es, la protección de la mujer embarazada se recoge funcionalmente en cuanto es necesaria para su bebé, y no tanto en su condición de mujer que accede a la maternidad.

Las mujeres embarazadas, como todas las personas, tienen derecho a la información sanitaria, a la autonomía, a la participación en la toma de decisiones, como todas las personas en el ejercicio de sus derechos relativos a la salud.

La atención sanitaria de las mujeres embarazadas se realizará conforme a las recomendaciones de la OMS, recogidas en su guía *"Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo"* y comentadas en el Capítulo III del presente trabajo.

Las mujeres embarazadas, dentro de su derecho a servicios sanitarios apropiados, tienen también derecho a la atención de su salud mental de forma especializada; esto es, tienen derecho a ser atendidas por profesionales formados en atención a la salud mental perinatal.

En la atención a la salud mental perinatal de las mujeres embarazadas, se recomienda atender a las directrices de la OMS recogidas en su *"Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles"*, comentada ya en el Capítulo III.

Los Estados deben garantizar, por medio de políticas adecuadas, la eliminación de desigualdades e inequidades que puedan surgir por la influencia de los determinantes sociales de salud sobre las mujeres embarazadas.

En el ámbito laboral, las mujeres embarazadas tienen, también, derecho a la igualdad y la no discriminación laboral, reconocido en el artículo 11 de la

⁵⁵⁶ Artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, epígrafes 1 y 2.

Convención de la CEDAW; donde se incluye la prohibición, bajo pena de sanciones, del despido por motivo de embarazo, y la obligación de prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajos que se haya probado que pueden resultar perjudiciales para ella, revaluando y actualizando periódicamente la legislación protectora a la luz de los nuevos conocimientos científicos.

Se exponen a continuación algunos supuestos de la práctica asistencia que se entiende pueden ilustrar algunos aspectos manifiestamente mejorables en la efectiva protección de estos derechos

5.2.1 Problemas en la atención a la salud mental en el embarazo

Mujer de 28 años, gestante de 11 semanas, que acude a su médico de Atención Primaria por sensación continua de ahogo, inquietud interna y labilidad emocional. Su médico le indica que, debido al embarazo, no considera recomendable iniciar tratamiento farmacológico, prescribiéndole medidas generales de salud (actividad física ligera, dieta saludable, higiene del sueño). No explora determinantes sociales de salud, si bien decide adelantar la cita de seguimiento que tiene la paciente pendiente con su matrona.

En la semana 13 de gestación, tras cita con obstetricia para la ecografía de la semana 12 (donde no se explora el estado afectivo de la mujer), la mujer es atendida por su matrona, a quien le refiere estado ansioso generalizado, con multitud de preocupaciones respecto a su capacidad para hacerse cargo de un bebé y desempeñar un rol materno. La matrona señala que podrá acudir al grupo de preparación al parto, pero sólo a partir de la semana 28. Ante la insistencia de la mujer de que ella *"no se encuentra bien"*, decide cursar derivación a psicología clínica del Centro de Salud Mental, con una primera cita para dentro de cinco meses. La paciente acude presencialmente a la ventanilla de Atención al Paciente del Centro de Salud Mental para intentar adelantar la cita. Finalmente, dos días después le comunican telefónicamente que podrá tener una primera cita con psiquiatría de adultos en el Centro de Salud Mental dentro de dos semanas.

En la semana 16 de gestación, la paciente es atendida en primera evaluación por psiquiatría. Se recoge historia clínica donde se detalla historia biográfica de adopción de la mujer a los dos años de edad, habiendo residido previamente en dos familias distintas de acogida, además de unos meses en un centro de acogida infantil. La relación con su madre adoptiva ha sido complicada, pasando por una etapa muy conflictiva en la adolescencia, cuando la paciente abandonó la escolarización obligatoria y mantuvo consumo habitual de cannabis y alcohol. Posteriormente, tras intervención terapéutica con una psicóloga privada, abandonó los consumos, inició una formación profesional

de peluquería, y en la actualidad trabaja por cuenta ajena en una gran cadena de peluquería. En el momento actual, la relación con su madre adoptiva es cordial, aunque distante. Conoció a su actual pareja, que es electricista, hace dos años por medio de unos amigos comunes, aunque viven juntos desde hace sólo tres meses. El embarazo no ha sido buscado, aunque la paciente refiere que en un primer momento le hizo *"ilusión"* saber que iba a ser madre. Refiere que ha empezado a *"darle vueltas"* y piensa que ella *"va a ser una madre espantosa"*, teme no saber cuidar a su hijo y está experimentando numerosas crisis de angustia, que van incrementándose a medida que pasan los días y ve *"que el embarazo de verdad sigue para adelante"*.

La psiquiatra refiere que está presentando un trastorno adaptativo con síntomas ansiosos en relación con su embarazo y le ofrece la posibilidad de iniciar tratamiento farmacológico con un antidepresivo, que la paciente rechaza por temor a que éste pueda influir negativamente en el desarrollo de su bebé. La psiquiatra le refiere que *"no hay mucho más"* que puedan hacer por ella en el centro y le recomienda *"que intente llevar una vida tranquila, porque el bebé también lo necesita"*. Le ofrece estrategias básicas de relajación y parada del pensamiento, y le deja cita de seguimiento en un mes para observar evolución.

El presente caso expone la falta de adherencia a las recomendaciones de las directrices de la OMS recogidas en su *"Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles"*.

En primer lugar, la provisión primaria de servicios (en este caso, desde Atención Primaria) en un primer momento no identifica adecuadamente el problema de salud mental perinatal de la paciente, no explora los determinantes sociales de salud que pueden estar implicados y no activa el primer paso de intervención, que es la intervención psicosocial. Sí procede adecuadamente a derivar a un especialista en salud materna (en este caso, la matrona). En la evaluación por parte de obstetricia, correspondiente al cribado del primer trimestre, la paciente no es explorada a nivel de salud mental, ni se realiza ningún cribado al respecto. La matrona identifica el malestar de la paciente, pero no puede ofrecerle, tampoco, atención en grupos de mujeres (recomendación recogida en la Guía de la OMS para una experiencia positiva de embarazo, señalando los beneficios que los grupos de mujeres tienen para que éstas desarrollen experiencias positivas), ya que éste está cerrado a mujeres con gestaciones que no han alcanzado el tercer trimestre.

Dado que el servicio desde el que trabajan no cuenta con unidad especializada en atención a la salud mental perinatal, la matrona deriva, adecuadamente, a psicología clínica de zona, pero la elevada lista de espera para acceder a psicología hace que, finalmente, se cambie esta cita por otra con una especialista en psiquiatría general, que puede atender a la paciente con mayor prontitud.

La evaluación de la paciente por parte de psiquiatría es inicialmente adecuada, recogiendo la historia biográfica y los factores de riesgo para experimentar psicopatología en la etapa perinatal (historia propia de adopción, problemas vinculares con sus figuras de apego, consumo de sustancias en la adolescencia, relación de pareja reciente, embarazo no buscado), si bien la psiquiatra, probablemente por falta de formación en intervención perinatal, así como de recursos específicos dentro de su Centro de Salud Mental, no establece focos de intervención terapéutica al respecto, ni explora la situación vincular actual con su propio bebé, ni busca la promoción del vínculo afectivo prenatal madre-bebé, responsabilizando incluso a la mujer de sus síntomas al plantearle que *"debe llevar una vida tranquila"*. Ofrece tratamiento farmacológico, que la paciente rechaza en una libre decisión tras recibir información sobre los riesgos y beneficios. Deja cita de seguimiento para monitorizar evolución de los síntomas.

En este caso, se observa una atención deficiente a las necesidades de la salud mental de una mujer embarazada, que, ante síntomas de malestar afectivo en relación con diversos factores de riesgo, no ha recibido intervenciones psicosociales básicas (activación de redes de apoyo, tratar de implicar a la pareja y a la familia adoptiva, incluirla en grupos de mujeres o grupos de embarazadas...), ni intervenciones psicológicas especializadas en salud mental perinatal. Se ha ofrecido como primera opción terapéutica un tratamiento farmacológico, que la paciente ha rechazado.

Por ello se estima que, en este caso, se está vulnerando el derecho a la atención a la salud de las mujeres en la etapa prenatal, recogida en el artículo 12, epígrafe 2, de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, entendiéndose que la salud mental es un pilar básico de la salud también durante el embarazo, y su desatención incumple este derecho humano al igual que el de atención a la salud prenatal recogido en el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño, en su epígrafe 2, como medida necesaria para adoptar por los Estados Partes para garantizar el cumplimiento del derecho del niño al disfrute del máximo nivel de salud que sea posible.

5.2.2 Listas de espera, una limitación en el acceso a la salud mental en la etapa perinatal

Mujer de 37 años, embarazada de 16 semanas, con antecedentes personales en salud mental de anorexia nerviosa en la adolescencia (con buena recuperación), y episodio depresivo a los 25 años (desencadenado por el fallecimiento de su padre y la ruptura con su pareja sentimental de entonces), que requirió tratamiento farmacológico con antidepresivos y un antipsicótico a dosis bajas durante dos años. Dada de alta de la consulta de psiquiatría hace 7 años, cuando ella tenía 30.

Respecto a la enfermedad actual, la mujer refiere que, desde hace un mes aproximadamente, ha experimentado una bajada progresiva del estado de ánimo, con tendencia al llanto y disminución de la ingesta por ausencia de apetito, por lo que no está ganando peso según corresponde a su estado de gestación. Presenta múltiples preocupaciones respecto a su bebé, refiriendo no sentirse capacitada para ejercer de madre, con gran vivencia de culpa por sentir que no lo está alimentando de manera adecuada. Asimismo, siente que ya no es capaz de disfrutar de las actividades que antes le gustaban, se siente continuamente muy cansada, con enclaustramiento en el domicilio y tendencia a permanecer en la cama, habiendo faltado al trabajo en varias ocasiones por no sentirse con fuerzas para ir. Su médico de cabecera, sospechando la presencia de un episodio depresivo, ha tramitado su baja laboral y ha cursado derivación a psiquiatría porque sospecha que la paciente requiere atención especializada y, debido a la gestación, él no se atreve a iniciar tratamiento farmacológico. La cita que ofrecen a la paciente, catalogada como preferente, en el CSM, es para dentro de cinco meses (prácticamente para su fecha prevista de parto). En su área de referencia no existe ningún dispositivo específico de atención perinatal a la que pueda ser derivada para evaluación, seguimiento e intervención.

Desde la pandemia de COVID-19, los sistemas de salud nacionales se han visto altamente tensionados, con incrementos notables en indicadores tales como el tiempo de espera quirúrgico y el tiempo de espera a ser atendido en consultas externas. Por ejemplo, en la Comunidad de Madrid, los datos públicos a julio de 2023 recogen cifras preocupantes respecto a la demora en la atención en consultas, siendo más de 375.000 las personas que tienen un tiempo de espera hasta la fecha de cita mayor de 90 días, tal y como se recoge en la siguiente tabla⁵⁵⁷:

Cuadro 3: Desglose por días de espera de pacientes de la Comunidad de Madrid pendientes de atención en consultas externas por fecha de cita (a julio de 2023)

• Número de pacientes de 0 a 30 días de espera	104.870
• Número de pacientes con 31-60 días de espera	63.879
• Número de pacientes con 61-90 días de espera	83.398
• Número de pacientes con > 90 días de espera	376.116

Fuente: Página web oficial de la Comunidad de Madrid.

La falta de recursos para la atención en consultas externas especializadas, y, concretamente, en la salud mental, dentro de la atención pública, se hace

⁵⁵⁷ Página web oficial de la Comunidad de Madrid. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/lista-espera-consultas-externas>. (Consultado el 10 de septiembre de 2023).

todavía más patente en la etapa perinatal. Por una parte, resulta evidente que, en un proceso temporalmente limitado, como es la gestación, con una duración estimada de 280 días, encontrar una demora superior a 30 días para una primera consulta supone el transcurso prácticamente de la tercera parte del embarazo sin atención. Por otro lado, se une la escasez de profesionales y recursos especializados en salud mental perinatal, de modo que muchas mujeres serán derivadas a profesionales de la psiquiatría o la psicología clínica generalistas, a menudo sin las competencias necesarias para identificar e intervenir en los problemas perinatales. En estos casos, la atención no sólo puede ser insuficiente, sino que, en ocasiones, puede llegar a resultar iatrogénica, debido a situaciones tales como la inexperiencia y el temor de muchos profesionales a emplear psicofármacos en el periodo perinatal, con dificultades para evaluar adecuadamente la balanza riesgo/beneficio⁵⁵⁸.

De un lado, el presente estado de la atención en consultas externas en la Comunidad de Madrid (situación posiblemente extensible al resto de Comunidades Autónomas del territorio nacional) vulnera los principios fundamentales de disponibilidad y accesibilidad, e incluso el de universalidad, para un enfoque en salud basado en los derechos humanos. Esto repercute en la necesaria atención en salud a las mujeres durante el embarazo y el postparto, situación que aparece recogida como un derecho de las mujeres en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en su artículo 12: "(...) los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia." Tal y como se viene reiterando desde el Capítulo I del presente trabajo, la salud mental es una parte indiscutible de la salud, también en lo referido a la salud materna.

Por otro lado, y unido a este último apunte, a muchas mujeres embarazadas en España no se les está ofreciendo una atención integral a su salud, puesto que muchos servicios de atención a la salud materna no incluyen la atención a su salud mental; y, cuando lo hacen, a menudo no cumple las recomendaciones de la OMS de ser atendidas por profesionales de la salud mental especializados en perinatal (preferiblemente, profesionales de Psicología, como recoge en su "*Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles*"). De esta manera, no sólo las labores de prevención de enfermedad y promoción de la salud están limitadas, sino que el diagnóstico y las intervenciones terapéuticas de los trastornos mentales perinatales a menudo no se realizan; debido, en parte, a la falta de accesibilidad de los recursos de salud mental perinatal y a la escasez de los mismos.

⁵⁵⁸ DE LA CRUZ VILLALOBOS, N., "Psicofarmacología durante el embarazo y la lactancia", *Revista Cúpula*, 2022, vol. 36, nº 2, pp. 38-53.

5.2.3 Derecho a la atención a la salud mental también en situaciones de pérdida gestacional

Mujer de 35 años de edad, gestante de 9 semanas, que acude al servicio de urgencias por sangrado vaginal. En la consulta es atendida por dos residentes de ginecología y un facultativo, que, en la ecografía vaginal, explica a las residentes los hallazgos de la prueba de imagen delante de la paciente, sin informarla a ella primero. La paciente escucha la expresión "*huevo huero*" y se angustia, incorporándose sobre la silla de exploración pregunta que "*qué significa eso*". El facultativo le responde mientras se retira al escritorio que "*no hay embrión*". La mujer rompe a llorar, pero ninguno de los tres médicos presentes añade nada o pregunta por su estado emocional.

La mujer se levanta y se viste de nuevo en el cuarto de baño anexo a la consulta médica; cuando sale, le entregan el informe médico de la consulta y le refieren la cita para proceder a un legrado instrumental programado, sin otra información añadida. La mujer abandona la consulta llorando.

El presente caso es representativo de las deficiencias que todavía existen en nuestro entorno en la atención sanitaria al duelo perinatal y el estado mental de las mujeres en las situaciones de pérdida gestacional.

En primer lugar, se observa un trato inadecuado y un cumplimiento incorrecto del derecho a la información sanitaria y la intimidad en salud. La paciente no es correctamente informada en un primer momento, contactando con la noticia de forma parcial a través de la explicación que da el ginecólogo facultativo a los ginecólogos en formación. No se siguen las recomendaciones de la OMS de ofrecer a la mujer la posibilidad de preguntar o aclarar cuestiones. No se tiene en cuenta el impacto emocional que la pérdida está suponiendo para la mujer. Los profesionales sanitarios que atienden a la paciente no evalúan su estado mental, no la atienden en su malestar afectivo ni valoran si existe la necesidad de derivarla a otros servicios para recibir dicha atención, contraviniendo las recomendaciones específicas que la OMS, en su "*Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles*"; recoge para la atención en los casos de pérdida gestacional.

En segundo lugar, es necesario considerar que la falta de atención a la salud mental a las mujeres que sufren una pérdida gestacional supone una importante limitación en la atención a la salud integral de dichas mujeres. Esta limitación, que atañe sólo a las mujeres, supone una discriminación hacia ellas en su derecho a recibir atención sanitaria, contrario al epígrafe 1 del artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que refiere que los Estados Partes están obligados a "*eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a*

servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia".

Por último, es destacable también que, en la atención a la mujer, el facultativo se limita a indicar en el informe la necesidad de un legrado instrumental programado, sin ofrecer información acerca de posibles alternativas para el tratamiento de un aborto, los riesgos y beneficios de la intervención, y sin recabar el consentimiento informado de la mujer. Se aprecia por tanto una vulneración de los derechos a la información sanitaria y la autonomía de la paciente.

5.2.4 "El embarazo no es una enfermedad": Cuando la incapacidad laboral temporal en el embarazo no es reconocida por el sistema de salud

Mujer de 26 años, embarazada de 7 semanas, derivada a consulta externa de psiquiatría por parte del servicio de salud laboral del hospital. La mujer trabaja como Médico Interno Residente (M.I.R.) de tercer año en la especialidad de medicina interna, debiendo realizar turnos de asistencia continuada de 24 horas ("guardias"), en una periodicidad mensual de 4 a 6. La mujer ha sido derivada por presentar síntomas de ansiedad reactiva al estrés que le supone mantener la carga laboral actual con los síntomas físicos relativos al embarazo. Refiere vómitos matutinos reiterados y náuseas persistentes durante todo el día, así como intensa somnolencia vespertina a partir de las siete u ocho de la tarde, explicando vivencia de incapacidad para mantener una actividad nocturna continuada en esas condiciones. Cuenta empeoramiento grave del malestar y los vómitos el día que sigue al turno nocturno, con incapacidad de tolerar alimentos durante horas. Explica que la intensa somnolencia que sufre por las noches le impide atender adecuadamente en su desempeño laboral. De hecho, ha recibido una reclamación oficial de un paciente que se sintió inadecuadamente atendido por ella durante una asistencia nocturna en urgencias: en dicha reclamación, el paciente explica que *"el desinterés de la doctora era manifiesto, pues no dejó de bostezar delante de él durante toda la consulta de urgencias"*. Esta situación le está generando un estrés importante y una disminución de su confianza en sí misma como médico. Ha acudido al servicio de salud laboral para solicitar la adaptación de su puesto con la retirada de turnos nocturnos, pero desde allí le han indicado que no pueden reconocerle la exención legal de guardias hasta la semana 22 de gestación. Le han planteado la opción de solicitar una incapacidad laboral temporal (ILT) hasta que se resuelvan sus síntomas físicos por el embarazo, lo que supondría la detención de su formación como médico residente, teniendo que recuperar con posterioridad el tiempo de baja.

La mujer vive la situación con una elevada percepción de injusticia, porque considera que ella no requiere estar de baja y desearía continuar por el

momento su formación médica, que ya deberá paralizar de cara al parto y el cuidado inicial del bebé. Explica que únicamente necesita una adaptación a su situación actual de embarazada. Además, todavía no ha comunicado su estado a sus compañeros, y se está sintiendo juzgada negativamente en su entorno laboral a raíz de sus dificultades para asistir resolutivamente a pacientes durante las últimas guardias y a la reclamación recibida.

De manera general, se ha demostrado que el trabajo por turnos en las mujeres embarazadas supone un estrés significativo, y el trabajo nocturno se ha asociado a mayores riesgos obstétricos⁵⁵⁹. Tal y como se ha expuesto en la exposición de hechos, el estrés durante la gestación tiene un impacto negativo en el propio curso del embarazo, así como en el desarrollo del embrión y del feto, y se correlaciona con mayores índices de psicopatología postparto. Pese al aumento progresivo de la protección en materia laboral realizada a partir de la segunda mitad del embarazo, a nivel legal, el primer trimestre continúa sin tener medidas de protección específica respecto a situaciones altamente estresantes en el ejercicio laboral, a pesar de los efectos teratógenos del estrés en el desarrollo embrionario, y el riesgo aumentado de aborto⁵⁶⁰. Ignorar esta evidencia contraviene los principios enunciados en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Con el fin de impedir la discriminación contra la mujer por razón de maternidad, la Convención de la CEDAW, en su artículo 11, señala que los Estados Partes deberán tomar medidas para *"prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajos que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella"*, señalando que la legislación protectora de los Estados Partes deberán revisarse y actualizarse periódicamente a la luz de los conocimientos científicos.

Por su parte, el Convenio OIT sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183) recoge en su artículo 3 limitada la protección de la salud de las mujeres embarazadas o lactantes a aquellos supuestos que hayan sido determinados como perjudiciales para su salud o la del hijo por la autoridad competente o respecto del cual se haya establecido mediante evaluación que conlleva un riesgo

⁵⁵⁹ RODRÍGUEZ-RUIZ, MC., PÉREZ-ROSARIO, EN., en., Pérez Gamella, V., Mohamedi-Abdelkader, I., Graterol-Hernández, E.B, Polo de Santos, MM., "Revisión sistemática sobre los riesgos del trabajo nocturno en embarazadas", *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 2020, vol. 66, nº 258, pp. 13-25.

⁵⁶⁰ CAPARROS-GONZALEZ, RA., TORRE-LUQUE, A., ROMERO-GONZALEZ, B., QUESADA-SOTO, JM., ALDERDICE, F., PERALTA-RAMÍREZ, MI., "Stress During Pregnancy and the Development of Diseases in the offspring: A Systematic-Review and Meta-Analysis", *Midwifery*, 2021, nº 97, p. 102939; ŻELAŻNIEWICZ, A., NOWAK, J., PAWŁOWSKI, B., "Woman's body symmetry and oxidative stress in the first trimester of pregnancy", *American Journal of Human Biology*, 2015, vol. 27, nº 6, pp. 816-821; WIDOWATI, R., KUNDARYANTI, R., JULIAN, DA., RAUSHANFIKRI, A., "Pregnancy and work stress: investigation of factors relating stress level of pregnant working women in Indonesia", *Gaceta Sanitaria*, 2021, vol. 35, nº 1, pp. 38-41.

significativo para la salud de la madre o del hijo⁵⁶¹, lo que resulta claramente insuficiente. Recoge, igualmente, la licencia en caso de enfermedad o de complicaciones, lo que no necesariamente resulta adecuado a este supuesto. Adaptar el puesto de trabajo parece a priori una mejor opción que el no trabajo, sin que sean situaciones suficientemente contempladas en algunos ámbitos, y muy en concreto, en el de las profesiones sanitarias⁵⁶². Tampoco parece ajustarse a lo reconocido en el artículo 7 d) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, por el que los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias, que le aseguren en especial *"la limitación razonable de las horas de trabajo"*, ni por supuesto al artículo 12 de este Pacto, que reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

En el sector profesional sanitario, la deficiente protección laboral a las mujeres embarazadas ha motivado un gran número de reclamaciones y de denuncias legales en los últimos años. Así, la sentencia dictada por el Tribunal Supremo en 2017, que reconocía el derecho de una Médica Interna Residente de la especialidad de cuidados intensivos a recibir el pago económico de las guardias no realizadas a partir del octavo mes de gestación, permitió disminuir la brecha económica de género producida a raíz del embarazo⁵⁶³. Del mismo modo, en España, y hasta épocas muy recientes, para las médicas embarazadas, existía obligatoriedad de realizar asistencia continuada de 24 horas hasta la semana 37 de gestación, situación que en los últimos cinco años se ha ido modificando.

Al respecto, ha de recordarse que el artículo 7 de la Directiva 92/85/CEE, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia establece que los Estados miembros tomarán las medidas necesarias para que las trabajadoras embarazadas:

"no vean obligadas a realizar un trabajo nocturno durante el embarazo o durante un período consecutivo al parto, que será determinado por la

⁵⁶¹ Artículo 3: *"Todo Miembro, previa consulta con las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores, deberá adoptar las medidas necesarias para garantizar que no se obligue a las mujeres embarazadas o lactantes a desempeñar un trabajo que haya sido determinado por la autoridad competente como perjudicial para su salud o la de su hijo, o respecto del cual se haya establecido mediante evaluación que conlleva un riesgo significativo para la salud de la madre o del hijo"*. OIT: C183 Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183)

⁵⁶² Artículo 5: *"Sobre la base de la presentación de un certificado médico, se deberá otorgar una licencia, antes o después del periodo de licencia de maternidad, en caso de enfermedad o si hay complicaciones o riesgo de que se produzcan complicaciones como consecuencia del embarazo o del parto. La naturaleza y la duración máxima de dicha licencia podrán ser estipuladas según lo determinen la legislación y la práctica nacionales"*. OIT: C183 Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183)

⁵⁶³ Sentencia del Tribunal Supremo. Sala de lo Social. STS 633/2017 - ECLI:ES:TS:2017:633 Accesible en: <https://www.poderjudicial.es/search/AN/openCDocument/e5e0cf323aea82ebc13003b2ec45c8c470351a2141d65976>. (Consultada el 23 de junio de 2023).

autoridad nacional competente en materia de seguridad y salud, a reserva de la presentación, según las modalidades fijadas por los Estados miembros, de un certificado médico que dé fe de la necesidad para la seguridad o la salud de la trabajadora afectada".

También recoge que, con arreglo a las legislaciones y /o prácticas nacionales, se incluya la posibilidad del traslado a un trabajo diurno o de una dispensa de trabajo.

Es importante señalar que la OMS reconoce el papel clave de los determinantes de salud en materia de salud mental, que, según recomienda, deben ser identificados y modificados por medio de estrategias políticas y legislativas, a fin de proteger y promover una mejor salud mental de las personas. En el capítulo 6 de su *"Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos"*, señala que el trabajo es uno de los escenarios fundamentales donde se producen tanto oportunidades como riesgos para la salud mental⁵⁶⁴. Además, en sus recomendaciones para la prevención de la depresión y la ansiedad posparto, la OMS incluye realizar intervenciones psicosociales durante el período prenatal y posnatal. Las intervenciones psicosociales se encuadran dentro de la Psicología Social, que busca comprender, predecir y cambiar las conductas sociales de las personas, y modificar los aspectos nocivos de su entorno para mejorar el bienestar.

Por otro lado, los Servicios de Salud Laboral de las empresas o de las instituciones son los encargados de gestionar los riesgos psicosociales asociados a los lugares de trabajo, siendo precisamente los centros y dispositivos de atención a la salud uno de los ambientes donde más problemas de salud mental de origen laboral se producen⁵⁶⁵. Así, una intervención básica sobre mujeres embarazadas que trabajan en la atención a la salud (médicas, enfermeras, psicólogas...) y que están sufriendo estados de ansiedad o depresivos debido a sus condiciones laborales es, precisamente, la modificación de dichas condiciones nocivas, no sólo para su estado de salud presente, sino en aras de prevenir la emergencia de ansiedad o depresión postparto. En la evaluación realizada a la mujer del presente caso por parte del servicio de Salud Laboral, no se realiza una adecuada identificación de los determinantes de salud, ni se activan las intervenciones psicosociales recomendadas para garantizar una adecuada salud mental perinatal, según las directrices de la OMS recogidas en su *"Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles"*.

⁵⁶⁴ OMS, *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general-World Mental Health Report: Transforming Mental Health for all*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>. (Consultado el 15 de agosto de 2023).

⁵⁶⁵ VILLARROEL, C., BUSCO, C., NEIRA, B., ENSIGNA, A., DURÁN, P., "Modelo de Intervención de Riesgos Psicosociales en la Red Asistencial de Salud", *Ciencia y Trabajo*, 2018, vol. 20, nº 62, pp. 76-79.

En este caso, se vulneraron los derechos de las mujeres ya mencionados recogidos en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en su artículo 11, para la protección de la mujer embarazada en el entorno laboral, desoyendo la evidencia acerca del efecto deletéreo en el embarazo del trabajo nocturno, así como de las jornadas ampliadas u horas extras, y no se siguieron las recomendaciones para la prevención de la ansiedad y la depresión postparto recomendadas por la OMS.

El estrés generado durante el embarazo en relación con la situación laboral y a las dificultades para la conciliación es un tema muy presente en la atención a la salud de las mujeres embarazadas, más allá de las situaciones específicas que supone el trabajo a turnos o la exposición de riesgo. Como en otros ámbitos de la salud mental, se trata de un problema que atañe a los servicios de salud, pero no únicamente a estos, siendo imprescindible un abordaje multisectorial de la sociedad, tal y como propone la OMS en su *"Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos"*.

5.2.5 Recomendaciones durante el seguimiento sanitario del embarazo: ¿Promoción de la salud o iatrogenia?

Mujer de 33 años, primigesta, embarazada de 24 semanas, que acude a consulta rutinaria de seguimiento obstétrico del embarazo, siendo la primera vez que es atendida por el ginecólogo que la recibe (puesto que en cada cita ha sido atendida por un ginecólogo distinto). Tras pesar a la paciente en consulta para valorar la ganancia ponderal, se constata un incremento de peso de 9 kilogramos respecto del inicio del embarazo, siendo esta una ganancia superior a lo esperable por edad gestacional. La enfermera que la ha pesado dice que *"está ganando demasiado peso"* añadiendo que *"el embarazo no consiste en comer por dos"*, el ginecólogo se dirige entonces a ella y señala que *"puede provocarle muchos problemas a su bebé si no cambia su alimentación"*. La mujer, que se encuentra muy agobiada, rompe a llorar y cuenta que también está fumando durante el embarazo: si bien está intentando reducir el número de cigarrillos *"no consigue bajar de tres al día"*. El ginecólogo le dice que con esas conductas *"está poniendo en grave riesgo a su bebé"*, enumera las consecuencias negativas en salud para el embarazo y para el bebé derivadas del tabaco, e insiste en que *"debe dejar de fumar inmediatamente y que tiene que empezar a controlar su alimentación"*, porque la mujer *"luego, si pasa cualquier cosa, no podrá quejarse"*.

En ningún momento el ginecólogo pregunta sobre posible sintomatología ansiosa subyacente en la mujer, no explora si está teniendo dificultades afectivas en su embarazo ni los principales factores de riesgo psicosociales a los que puede estar sometida. Tampoco da recomendaciones específicas para promover una alimentación más saludable o reducir el hábito tabáquico, ni

plantea la posibilidad de derivar a la paciente a otro recurso de salud donde pueda ser ayudada con estas dificultades.

La mujer sale llorando de la consulta, con elevado nivel de angustia, y su primera reacción, para reducir el nivel de ansiedad, es fumarse un cigarrillo tras abandonar el hospital.

El caso expuesto presenta muchas de las dificultades que supone la limitación de la atención sanitaria al embarazo sin atender a los procesos psíquicos de las mujeres embarazadas. Se observa un trato poco respetuoso con la paciente, cuestionando sus decisiones por medio de un juicio que deja implícita una amenaza (la paciente *"no podrá quejarse si luego algo sale mal"* en su embarazo o en la salud del bebé), sin atender la ganancia de peso o el hábito tabáquico como posibles síntomas de un problema de ansiedad, que está interfiriendo en el bienestar de la mujer y en su autocuidado, y que debe ser identificado e intervenido.

En definitiva, se está realizando una mala práctica, puesto que no se identifica ni se atiende un problema de salud mental en el embarazo, que está condicionando hábitos poco saludables para el mismo. Así, se desatiende una parte las necesidades específicas de la atención durante al embarazo de esta mujer que, como se ha señalado ya reiteradamente, está reconocido tanto en el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra a Mujer como en el 24 de la Convención de los derechos del Niño, aunque es más que probable que este tipo de desatención responda a la escasa atención prestada hasta la fecha a la salud mental en general, desconociendo una parte importante del artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que reconocen, con carácter general, el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

También se desatienden las recomendaciones de la OMS para una experiencia de embarazo positiva. Evidentemente, no se genera el clima de confianza y seguridad con un profesional de referencia en salud durante el embarazo, que recoge la guía. Y se desatienden, también, las principales directrices de la OMS recogidas en su guía para la atención a la salud mental perinatal, al no identificar ni atender adecuadamente el problema de salud de esta mujer embarazada.

Pero, además, el trato irrespetuoso y culpabilizador hacia la mujer ofrecido por el ginecólogo (muy alejado de una relación terapéutica de ayuda) tiene potencial iatrogénico y, de hecho, incide negativamente en la salud de la madre, que recurre precisamente a una conducta perjudicial para su embarazo (fumar), para mitigar la ansiedad que le ha generado esa consulta.

5.2.6 El techo de cristal y la maternidad: Determinantes sociales de salud en el embarazo

Mujer de 38 años, embarazada de 16 semanas, que es derivada a consulta de psiquiatría por síntomas de ansiedad. Como antecedentes personales, refiere haber padecido un trastorno de pánico a los 22 años, coincidiendo con el último curso de su doble licenciatura en Derecho y Administración y Dirección de empresas; ella atribuye su alta exigencia académica como desencadenante principal del trastorno, que mejoró con tratamiento antidepresivo a dosis bajas, mantenido durante un año. A nivel social, la paciente trabaja en un cargo directivo de sección de una gran empresa multinacional. Ha sido recientemente ascendida, y por motivo de este ascenso, tiene programado un viaje de trabajo a Estados Unidos durante dos semanas dentro de dos meses. Ella no ha notificado a su empresa su embarazo porque, según cuenta, hace cuatro años estuvo a punto de recibir el nombramiento, cuando quedó embarazada de su primera hija. Cuenta que finalmente le dieron el puesto a otro compañero que también se había postulado al puesto pero que tenía menos méritos que ella. *"Lo justificaron diciendo que cuadraba mejor con el perfil, pero yo sé que fue por mi embarazo. A la vuelta de mi permiso de maternidad, me sentí relegada durante muchos meses, incluso me habían trasladado a un despacho más pequeño y sin ventanas. Me costó mucho volver a hacerme valer".*

En el momento actual, refiere haber empezado a padecer nuevamente crisis de pánico intensas y de frecuencia diaria, para las cuales no identifica desencadenante externo, si bien reconoce estarse viendo sometida a un gran estrés. *"No quiero hacer ese viaje en este momento, estando embarazada, pero no puedo decir que no, y no sé cómo transmitir a la empresa mi estado".* Además, siente que el cuidado de su hija de cuatro años recae principalmente en ella (*"mi marido me ayuda con algunas cosas, pero a quien llama la niña cuando necesita ayuda, cuando se ha hecho daño o cuando se despierta por la noche es a mí"*). Refiere sentirse *"desbordada"* por las demandas a las que tiene que responder tanto en su casa como en el trabajo, además de *"muy cansada"*: *"antes de mi embarazo no me importaba dormir sólo cuatro o cinco horas al día por los despertares de la niña, o por quedarme yo respondiendo a correos del trabajo; pero, ahora mismo, me resulta imposible seguir así".*

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), de 1979, condena la discriminación contra la mujer en todas sus formas y recomienda seguir, *"por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer"*.

La discriminación por embarazo hace referencia al trato desfavorable que las mujeres reciben en el ámbito laboral por situación de embarazo, de maternidad,

o por afecciones médicas derivadas del embarazo o la maternidad⁵⁶⁶. La maternidad continúa siendo la principal variable mantenedora de la brecha salarial de género (aunque no la única), y dicha variable comenzaría a actuar ya desde el primer embarazo⁵⁶⁷. Si bien la protección a la mujer embarazada en el ámbito laboral ha sido objeto de un amplio desarrollo jurídico, y la discriminación por embarazo es ilegal, queda todavía un largo camino por recorrer. Existen multitud de situaciones, como la anteriormente expuesta (la desaparición de una oportunidad de ascenso laboral), que, por ser difícilmente demostrables, dejan en una situación de indefensión frente a la pérdida de oportunidades laborales a las mujeres que las padecen.

Sin entrar a valorar el evidente menoscabo del derecho a la igualdad de las mujeres que éstas sufren por el hecho de serlo, y que a menudo se incrementa por razón de la maternidad, en el tema de la salud materna, que es el que nos ocupa, hay que señalar que todas estas situaciones suponen un importante factor de riesgo para la misma.

De este modo, el no reconocimiento de los logros profesionales de la paciente del presente caso en su maternidad previa, con negación de un ascenso previamente apalabrado, implicó una vivencia de pérdida importante para ella relacionada directamente con su embarazo. Así, la paciente, pese a estar sufriendo continuas crisis de ansiedad, y con un embarazo en curso, no es capaz de transmitir a su empresa su incapacidad para afrontar un viaje transatlántico, por miedo a experimentar una nueva pérdida en el terreno laboral, de gran importancia para ella, por lo que no queda cubierta por la protección existente⁵⁶⁸.

Esta situación laboral le está impidiendo disfrutar de una experiencia positiva del embarazo, que recomienda la OMS; y está suponiendo una gestación con un elevado estrés materno y estado de ánimo bajo, situaciones ambas que correlacionan con peores resultados obstétricos (más prematuridad, menor bajo peso al nacimiento, etcétera), y con una vinculación afectiva más dificultosa en la etapa postnatal, asociándose, asimismo, con un peor desarrollo en salud del infante a lo largo de la vida. Se puede señalar, también,

⁵⁶⁶ TOMEI, M., VEGA-RUIZ, ML., “La discriminación de la mujer en el lugar de trabajo. Nuevas tendencias en materia de discriminación por motivos basados en la maternidad y el acoso sexual”, *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 2007, nº 4, pp. 149-174.

⁵⁶⁷ MARTÍN DE CARRIARES, S., *Brecha y penalización salarial por maternidad. Variables explicativas*. Tesis doctoral defendida en abril de 2021. Universidad Pontificia de Comillas.

⁵⁶⁸ En efecto, a efectos, por ejemplo, de la Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia (décima Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE) solo se entiende por trabajadora embarazada aquella que comunique su estado al empresario, con arreglo a las legislaciones y/o prácticas nacionales.

la vivencia que experimenta la hija mayor de la paciente, de cuatro años de edad; puesto que, si bien no ha sido explorada en el caso expuesto, podemos extrapolar que sus relaciones de cuidado, principalmente ofrecidas por su madre, están viéndose distorsionadas por el estado parental de sobrecarga y estrés que ella está padeciendo.

Con esto se señala que las políticas laborales tienen repercusiones directas en la salud de las madres e indirectas en la de sus hijos e hijas, de forma que los modelos de trabajo tienen un impacto en la salud poblacional no sólo de forma inmediata, sino también con efectos demorados sobre las generaciones que están siendo criadas a la luz de los mismos. Esto supone un compromiso del bienestar de las generaciones futuras, que, según lo recogido en la Carta de Ginebra para el Bienestar, debe igualmente protegerse puesto que *“las sociedades del bienestar proporcionan las bases para que todos los miembros de las generaciones actuales y futuras prosperen en un planeta saludable, vivan donde vivan”*⁵⁶⁹.

Las estrategias destinadas a la intervención en las primeras etapas de la vida por medio de políticas y programas centrados en la primera infancia, como refiere el Comité de los derechos del niño en su Observación General número 7, tienen un impacto positivo sobre el desarrollo de las personas⁵⁷⁰. Estas estrategias deben incluir, también, políticas destinadas a la primerísima etapa de la vida, esto es, la vida intrauterina, y a las madres que la albergan. Desde la perspectiva de los derechos humanos, resulta por tanto necesario valorar los determinantes sociales de salud en las mujeres embarazadas, y cómo los contextos laboral y socioeconómico inciden sobre ellas y generan situaciones de desigualdad, produciendo peores resultados en materia de salud mental.

5.2.7 Vulneración de los derechos laborales en el embarazo

Mujer de 31 años, embarazada de 18 semanas, que acude de urgencias a Atención Primaria por presentar intensa crisis de ansiedad reactiva a problema laboral. Refiere que trabaja como enfermera en un gran hospital, en el que lleva encadenando contratos temporales desde hace seis años. Explica que hoy le tocaba la renovación de su contrato trimestral; tal y como venía realizando desde hacía años, ha acudido a Recursos Humanos para la firma de su nuevo contrato, cuando le han informado que no se iba a producir dicha renovación, por lo que la relación laboral con ella quedaba extinguida por finalización de contrato. La paciente se encuentra en un estado de gran

⁵⁶⁹ OMS, Carta de Ginebra para el Bienestar, 2021. <https://www.who.int/es/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being>. Consultado 7 abril 2023

⁵⁷⁰ ONU, Observación General número 7 del Comité de los derechos del Niño.

agitación física, con elevación de la frecuencia cardíaca a 120 latidos por minutos y de la tensión arterial (TA 145/80), se muestra llorosa y con intenso desbordamiento emocional. Desde la consulta, se realiza ejercicio de contención emocional a nivel verbal, y se recomienda a la mujer notificar su situación a los sindicatos, si bien ella, muy angustiada, está convencida de que no van a poder ayudarla, porque el despido improcedente por causa de embarazo queda enmascarado bajo una finalización de contrato.

Tal y como se mencionaba en el caso anterior, se ha avanzado mucho en el derecho laboral, pero en numerosas ocasiones las mujeres todavía se encuentran con situaciones de discriminación contrarias a los derechos de las mujeres recogidos en la Convención de la CEDAW, en su artículo 11, y articulados regional o nacionalmente en legislaciones protectoras⁵⁷¹, viéndose, en cualquier caso, obligadas a interponer reclamaciones e iniciar procedimientos administrativos frente a sus empresas. Son situaciones en las cuales se observa la estrecha relación entre el trabajo y la salud; y, más allá de la perspectiva de género, cabe aplicar, también, la perspectiva en salud materna y de la díada madre-bebé.

Incluso en los casos en los cuales las mujeres ven adecuadamente atendidas sus reclamaciones en el ámbito laboral, siendo el resultado favorable a ellas, las mujeres han debido afrontar situaciones de estrés en el tiempo de su embarazo. Esta circunstancia supone un perjuicio evidente que no siempre es considerado en su totalidad, atendiendo al amplio calado de sus efectos nocivos, ya que, como se ha descrito previamente, el estrés en el embarazo puede tener consecuencias desfavorables tanto para la salud mental materna como para los resultados obstétricos y para el desarrollo y la futura salud mental y física del bebé.

De nuevo, la protección a la mujer embarazada en el ámbito laboral no puede ni debe verse únicamente como una cuestión de igualdad de género (un derecho humano indiscutible, consagrado internacionalmente en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer), sino que debe apelar también al derecho a la salud que tienen los bebés que están siendo gestados.

Al estar sometidos en su vida intrauterina a estrés materno, los fetos pueden verse grandemente perjudicados, experimentando modificaciones epigenéticas (ya explicadas previamente) que los predispondrá a un mayor riesgo de enfermedades físicas y mentales a lo largo de la vida, además de sufrir un mayor

⁵⁷¹ Como es el caso de la Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia (décima Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE).

riesgo de prematuridad o bajo peso al nacimiento. Por lo tanto, el compromiso en salud no es sólo hacia los bebés, sino también hacia las personas adultas que llegarán a ser, suponiendo un evidente menoscabo para las generaciones futuras. Esto colisiona frontalmente con la afirmación recogida en la *"Carta de Ginebra para el bienestar. De la salud al bienestar"*, de 2021, donde se afirma que se deben proporcionar las bases para que puedan prosperar *"todos los miembros de las generaciones actuales y futuras"*.

5.2.8 Madre embarazada sin apoyo social y con deficiente asistencia sanitaria en la etapa prenatal

Mujer de 34 años, primigesta en la semana 30 de embarazo, que acude a consulta de Salud Mental Perinatal por mal estado afectivo. Como antecedentes personales, la paciente refiere haber acudido dos años a Psicología por la vía privada para manejar ansiedad escénica. La paciente es violinista profesional de alto nivel, habiendo formado parte durante años de algunas de las orquestas más prestigiosas del mundo (en Viena y en la Filarmónica de Berlín, en la cual ha estado ejerciendo hasta hace tan sólo unos meses). Su pareja, también músico profesional, ha tenido una trayectoria más dificultosa, por lo que en los últimos cinco años ha trabajado en distintas orquestas americanas (fundamentalmente, en México), hasta que, recientemente, ha sido contratado en la Orquesta Nacional de España, por lo que se ha trasladado a Madrid. Ambos mantienen una relación afectiva desde la adolescencia; y, con el regreso de él a Europa, han decidido no seguir posponiendo sus deseos genésicos. Justo dos días antes de conocer que estaba embarazada, a ella le notificaron que este año no iban a renovar su contrato en la Orquesta Filarmónica de Berlín. La paciente se instaló entonces con su pareja en Madrid, donde no ha encontrado empleo, más allá de contratos esporádicos como amenizadora musical de eventos. Explica, muy angustiada, que *"ningún grupo musical importante contrata a embarazadas"*. Su gran preocupación es que, al no haber cotizado en España, no tiene derecho a ninguna clase de prestación tras el parto, por lo que deberá buscar trabajo de manera inmediata una vez que dé a luz. Su pareja lleva poco tiempo trabajado en España y tampoco ha generado derecho a la prestación por paternidad. *"De repente, después de haber dedicado toda nuestra vida a la música, ensayando de ocho a doce horas al día, y sin parar de trabajar, nos encontramos con un bebé al que no nos dan derecho a cuidar, sin ningún apoyo de ningún tipo, con una mano adelante y otra detrás"*. Está muy preocupada por los cuidados del bebé que espera y por la situación económica con la que se van a encontrar tras su nacimiento (*"si me quedo con ella, no podemos sostenernos económicamente, y si busco trabajo, no tengo dónde dejar a una bebé recién nacida"*).

Además, señala la intensa vivencia de soledad en su embarazo. Relata que en su centro de salud de referencia no se han retomado los grupos de preparación

al parto después de la pandemia de COVID-19. En su lugar, le han dado acceso a una grabación de dichas clases, pero refiere que siente que ese formato no le está ayudando a generar confianza en sí misma a la hora de afrontar un parto. Cuenta, además, que desde que llegó a España, no ha tenido experiencia de continuidad en el seguimiento de su embarazo, puesto que *"en cada cita la ve un médico distinto"*. Explica que se siente abrumada, *"lo que pensaba que sería una experiencia especial y única en mi vida se ha convertido en un tormento"*, refiere que siente que no está recibiendo ninguna clase de apoyo.

En el presente caso, encontramos, por un lado, la falta de apoyo social al embarazo y la ausencia de protecciones específicas, fuera del marco laboral; y, por otro, las limitaciones en el seguimiento al embarazo fisiológico dentro del sistema público de salud. Todo ello supone importantes estresores psicosociales sobre la madre, con posibilidad de comprometer, de forma secundaria, su salud y la de su bebé.

Respecto al seguimiento en el embarazo, se observa incumplimiento de las recomendaciones de la OMS en su guía *"Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo"*⁵⁷². La guía recomienda la inclusión de grupos prenatales en la asistencia a las mujeres embarazadas, recogiendo lo siguiente:

"La atención prenatal adopta convencionalmente la forma de una consulta individual entre la embarazada y su proveedor de atención de salud. Sin embargo, la atención prenatal en grupo integra la habitual evaluación individual de la salud en el embarazo con actividades educativas en grupo adaptadas y el apoyo entre pares, con el propósito de motivar un cambio de comportamiento en las embarazadas, mejorar los resultados del embarazo y aumentar la satisfacción de las mujeres. La intervención incluye normalmente actividades de autoevaluación (por ejemplo, medición de la presión arterial), educación en grupo con debates facilitados, y tiempo para la socialización. La atención prenatal en grupo debe realizarse en un espacio que sea suficientemente grande para acomodar a un grupo de mujeres y cuente con una zona privada para las exploraciones."

Tal y como refiere la paciente, la pandemia de COVID-19 ha podido disminuir la formación de grupos prenatales y de preparación al parto en el entorno comunitario de nuestro país, incluso una vez superada la alarma por la misma.

Además, la OMS también señala que sus investigaciones han constatado que las mujeres valoran mucho su experiencia de embarazo, y que consideran

⁵⁷² OMS, *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. (Consultado el 14 de septiembre de 2023).

importante poder generar una relación de confianza con su personal de referencia (en el caso de nuestro país, esta figura la ostenta generalmente el facultativo u obstetra, si bien también podría ostentarla la matrona del centro de salud). Así, en la guía se recoge:

"La evidencia mostraba que las mujeres de entornos de ingresos altos, medianos y bajos valoraban que el embarazo fuera una experiencia positiva. En un contexto de sistemas de salud, esto incluía la adopción de sistemas de cita flexibles y de continuidad asistencial de los proveedores donde se dé a las mujeres la privacidad y el tiempo necesarios para establecer relaciones auténticas y de apoyo con los proveedores de atención del embarazo y el parto (confianza alta en la evidencia)."

Sin embargo, en el actual modelo asistencial público, al menos en la Comunidad de Madrid, efectivamente no existe una continuidad de profesional facultativo entre citas, de forma que en cada una de ellas la mujer puede ser atendida por un obstetra distinto, siendo las citas de escasa duración, sin dar tiempo a generar una auténtica relación de confianza médico-paciente.

Por otro lado, en este caso nos encontramos con una situación de falta de apoyo social derivada de la ausencia de una vinculación laboral de la mujer embarazada con el Estado español. De nuevo, estamos ante los determinantes sociales de salud, los componentes estructurales, como las políticas laborales y económicas de nuestra sociedad, que inciden sobre las mujeres embarazadas generando desigualdades en este grupo específico de población, sometiéndolas a una mayor pobreza, a más estrés y a peores resultados de salud.

La OMS insta a diseñar políticas para luchar contra estas inequidades para acabar con la desigualdad y mejorar la salud de los grupos más desfavorecidos por los determinantes sociales de salud⁵⁷³. Y, en su *"Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles"*, insiste en la necesidad de atender de forma individualizada a grupos de mujeres con necesidades específicas, entre los cuales incluye aquellas en riesgo de pobreza o en aislamiento social, recomendando a los sistemas sanitarios ofrecer apoyos y activar las redes sociales de las mujeres, por ejemplo, incluyéndolas en grupos terapéuticos de mujeres en etapa perinatal.

La pobreza es un determinante social de salud de especial relevancia. Es importante considerar que el estrés materno durante el embarazo frente a una situación de precariedad económica puede deteriorar también la salud de la mujer y del bebé que espera. En este sentido, resulta imprescindible

⁵⁷³ OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.

garantizar apoyos psicosociales para las mujeres embarazadas en situación de riesgo de pobreza, puesto que es su salud, y la de su bebé, lo que está en juego.

Una de las demandas más repetidas desde los colectivos de madres es la solicitud de una prestación universal puerperal, independientemente de la situación laboral o del tiempo cotizado, puesto que la reproducción es independiente del trabajo productivo.

La ausencia de una prestación universal por maternidad podría estar atentando contra el principio de igualdad en los recién nacidos, puesto que algunos bebés (precisamente, aquellos con una situación socioeconómica más desfavorable, por ser hijos de madres adolescentes o muy jóvenes, o madres en situación de empleo irregular sin cotización, o madres desempleadas) podrían ver comprometido su derecho a ser cuidados; ya que, al no tener garantizado el sustento en los primeros meses postparto por medio de la prestación por maternidad (situación, además, que supondría una mayor pobreza infantil), muchas madres podrían verse impelidas a incorporarse al mercado laboral de manera inmediata. Tal y como señala Zalakain, en un artículo del año 2021:

*"La literatura publicada en relación con el diseño de estas prestaciones permite también afirmar que existe una relación positiva entre el carácter universal de estas prestaciones y su capacidad para la reducción de la pobreza, y que las prestaciones universales presentan, frente a las selectivas o focalizadas, más ventajas que inconvenientes. La evidencia disponible apunta en cualquier caso a la necesidad de avanzar hacia un universalismo focalizado ("targeting within universalism"), en la medida en que las estrategias que han tenido más éxito para abordar la pobreza infantil han demostrado ser las sustentadas en políticas destinadas a mejorar el bienestar de todos los niños y niñas, teniendo especialmente en cuenta, al mismo tiempo, a los niños y a las niñas que se encuentran en situaciones particularmente vulnerables"*⁵⁷⁴.

⁵⁷⁴ ZALAKAIN, J., "Diseño e impacto de las prestaciones por hijos a cargo en los países de la OCDE", *Revista de servicios sociales*, nº 74, 2021, pp. 5-32.