



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN ENFERMERÍA**

RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN  
PERINATAL Y EVENTOS PSICOSOCIALES RECIENTES EN MUJERES  
RESIDENTES DE LA ZONA METROPOLITANA DE MÉXICO.

# TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
**MAESTRA EN ENFERMERÍA**  
(ORIENTACIÓN: CIENCIAS DE LA SALUD)

PRESENTA

**CAMPOS DÁVILA ANDREA ALEJANDRA**

TUTORES PRINCIPALES:  
DRA. MARTHA LILIA BERNAL BECERRIL (ENEO)  
DRA. LILIANA GONZÁLEZ JUÁREZ (ENEO)

CIUDAD DE MÉXICO, 2022



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Agradecimientos**

Recuerdo mi primer semestre, específicamente en los primeros días en donde dudé en continuar con el inicio de este proceso tan significativo en mi vida. Hoy agradezco a cada una de las personas que me han impulsado y motivado para seguir; aún en las peores circunstancias o cuando simplemente no tenía fuerza para continuar, de corazón gracias.

Día a día, me levanto intentando ser mejor ser humano y profesional para poder devolverle a la vida, a mi familia y a Dios cada una de las cosas tan maravillosas que me ha brindado.

Gracias mami, gracias papi, por cada uno de los esfuerzos hechos para ayudarme a superar mis miedos y conseguir mis metas. Por siempre darme todo e intentar darme hasta más de lo que algunas veces estaba fuera de su alcance, por siempre los amaré.

Gracias Dios porque eres testigo de lo satisfactorio pero difícil que algunas veces llevo a ser esta gran experiencia, porque hoy entiendo que, si la vida me ha dado tanto, tanto es lo que debo, quiero y puedo devolver.

Gracias a mis tutoras que sin dudarlo siempre estuvieron al pendiente de mí, dispuestas a aclarar mis dudas y hacer un espacio aún con toda su carga de trabajo.

Enfermería, gracias infinitas porque hoy me alegro y me esfuerzo por hacernos crecer a ambas. Gracias porque me has dejado grandes experiencias, personas y recuerdos.

UNAM gracias porque hoy tengo más hambre de aprender y enseñar un poco de lo aprendido, porque eres mi alma mater desde hace más de 10 años.

## **Dedicatoria**

Este trabajo se lo dedico con gran cariño a todos los seres que se han cruzado en mi vida, pero por algún motivo no han podido permanecer hasta ahora. A todos los profesionales, familiares y sociedad que se ha enfrentado a esta pandemia; ahora acontecimiento histórico, que nos deja grandes enseñanzas.

A mis padres, mis hermanas y sobrinos que me permiten concebir la felicidad de una perfectible y hermosa familia.

En especial este trabajo me lo dedico por cada una de las veces que sufrí, que lloré, que dude y también que reí y disfruté de todo, hoy me convengo de que puedo con esta y todas las metas que me proponga. Hoy AR sigues presente, pero ya no me dueles, ya te concibo como parte de mí y me permito hacerte partícipe de mis pensamientos, mi esencia y mi yo, esto también es por ti.

# Índice

Resumen .....	1
<b>1. Introducción.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1 Problema para investigar.....</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Importancia del estudio .....</b>	<b>9</b>
<b>1.3 Propósito de la investigación .....</b>	<b>11</b>
<b>1.4.1 General:.....</b>	<b>11</b>
<b>1.4.2 Específicos: .....</b>	<b>11</b>
<b>2. Marco referencial.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Marco teórico .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1.1 El embarazo y sus implicaciones psicológicas y emocionales, en la actualidad.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1.2 El embarazo y la influencia de aspectos sociales.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1.3 Depresión perinatal.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1.4 Consecuencias de la depresión perinatal .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1.5 Tipos de depresión perinatal .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1.6 Diagnóstico de la depresión perinatal.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1.7 Tratamiento de la depresión perinatal.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1.8 Efectos psicosociales de la pandemia por COVID 19, en las mujeres puérperas .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1.9 El género en la depresión perinatal .....</b>	<b>24</b>
<b>2.1.10 La depresión perinatal y la presencia de eventos psicosociales .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1.11 Políticas sociales de Salud Mental en México. ....</b>	<b>26</b>
<b>2.1.12 Papel de enfermería en la salud mental en la etapa perinatal .....</b>	<b>27</b>
<b>2.2 Revisión de la literatura .....</b>	<b>29</b>
<b>3. Material y métodos.....</b>	<b>34</b>
<b>3.1 Tipo de estudio y diseño: .....</b>	<b>34</b>
<b>3.2 Población y muestra: .....</b>	<b>34</b>
<b>3.3 Variables de estudio: .....</b>	<b>35</b>
<b>3.4 Hipótesis:.....</b>	<b>36</b>
<b>3.5 Criterios de selección:.....</b>	<b>36</b>
<b>3.5.1 Criterios de inclusión:.....</b>	<b>36</b>
<b>3.5.2 Criterios de exclusión: .....</b>	<b>36</b>
<b>3.7 Confiabilidad:.....</b>	<b>39</b>

3.8 Consideraciones ético-legales:	40
4. Resultados	41
5. Discusión y conclusiones	49
5.1 Discusión	49
5.2 Conclusiones	52
5.2.1 Limitantes	54
5.3 Recomendaciones disciplinares	55
6. Referencias bibliográficas	57
7. Anexos	63
ANEXO 1. Escala para identificar nivel de depresión perinatal asociado a la pandemia de COVID-19.	63

## Resumen

**Introducción:** La prevalencia mundial de la depresión perinatal varía entre el 10 y el 20%, y se ha relacionado con comportamientos negativos relacionados con la salud y resultados adversos, es por eso que se planteó como objetivo del estudio identificar la relación entre la presencia de síntomas de depresión perinatal y eventos psicosociales recientes en mujeres residentes de la zona metropolitana de México.

**Metodología:** Estudio descriptivo, correlacional de corte transversal que se realizó en 40 mujeres gestantes o que han tenido un parto en el último año de vida y residen en la zona metropolitana de México. Se aplicó la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo y un listado creado por la autora del estudio, de 13 eventos psicosociales.

**Resultados:** La prevalencia encontrada de depresión perinatal fue del 22%. En relación con los eventos psicosociales, se destacó que el 30% de las participantes ha presenciado al menos tres eventos, dentro de los más mencionados fueron las dificultades económicas, problemas severos (salud o laborales), muerte de un familiar o ser querido.

**Discusión:** La prevalencia del estudio (22%) coincide con otro estudio desarrollado por Castro F. et al, quien encontró una prevalencia de 19.91% y también coincide con otro estudio de Colombia en donde se halló que el 22,36%.

**Conclusiones:** Las mujeres que viven en países como México, a menudo tienen la carga adicional de factores contextuales sociales, como altos niveles de desempleo, exposición a la violencia y muerte prematura por enfermedad que pueden exacerbar los síntomas depresivos o agudizar sus consecuencias.

**Palabras clave:** Depresión posparto, Depresión perinatal, Factor psicosocial, Evento vital estresante

**ORCID:** 0000-0001-8289-8173

## 1. Introducción

Uno de los actuales problemas sanitarios relevantes y de interés para los profesionales de enfermería es la salud mental de la población, pues este campo ha sido relegado de la atención institucional o atendido en el mejor de los casos en un tercer nivel de atención, aunado a la presencia de eventos vitales que se han convertido muchas veces en psicosociales; muchos de ellos relacionados a la pandemia de COVID-19, manifestados en su mayoría en casos de ansiedad y depresión entre otros.

La depresión, se considera que es uno de los principales padecimientos si hablamos de salud mental de la población en general y afecta mayoritariamente a las mujeres, en algunos casos se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración entre otros. Lamentablemente la depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. Si hablamos de casos leves, se puede tratar sin necesidad de un tratamiento farmacológico, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional entre otras acciones. En los casos graves, puede conducir al suicidio.

En relación con lo anterior, muchas mujeres pueden embarazarse durante el curso de un cuadro depresivo o desarrollar una depresión durante un embarazo o posterior a él, situación que es importante identificar para tener mayores posibilidades de intervención que a su vez reduzcan el impacto negativo de dicho padecimiento.

La literatura evidencia que es frecuente la depresión posterior al parto que previo a él, sin embargo, el curso de este padecimiento; al igual que muchos otros, es un problema multifactorial y particular. Sin duda, un oportuno y adecuado diagnóstico y/o manejo de la enfermedad no solo depende del interés de la persona, sino también del cuidado del profesional de salud, incluido el personal de Enfermería;



que si logra prevenir o identificar indicios de la enfermedad; o cuadros graves, implicaría un manejo de la situación menos complicado para la persona sujeto de cuidado, profesional, sociedad y para el propio sistema de salud. En el caso que la enfermedad esté presente, se debe referir al nivel de atención en el cual correspondiente y así prevenir la mayor parte de consecuencias posibles pues estas no sólo afectan a la mujer, sino también a su familia y sociedad.

En ese sentido, el interés de este estudio va encaminado a ubicar la presencia de síntomas de depresión perinatal, vividos por mujeres que residen en una zona donde se han presentado con cierta frecuencia eventos psicosociales; algunos ocasionados por el propio entorno de la actual pandemia (COVID-19), ya que por una parte el Sistema de Salud además de enfrentar los desafíos propios de la respuesta a la pandemia se suma; entre otros, el reto de mantener los logros alcanzados en el ámbito de la salud pública y al mismo tiempo de seguir ofreciendo, sin interrupciones, los servicios de atención que requieren las mujeres en edad fértil y en particular las embarazadas.

En este marco consideramos que los profesionales de enfermería requieren indagar las condiciones de la población entorno a la salud mental durante la gestación, y su vinculación con eventos elementos sociales, económicos y familiares, a fin de desarrollar acciones de enfermería en el futuro que incidan en la salud mental de la población.

## 1.1 Problema para investigar

A lo largo de la historia de la humanidad, la salud mental tiene un papel secundario en los sistemas de salud y en específico en la vigilancia epidemiológica en salud pública, por lo que los expertos aseguran que es “la gran olvidada”,<sup>1</sup> por lo que podemos afirmar que superpone un desafío político con grandes implicaciones económicas, sanitarias y sociales.

De hecho, “la carga de las enfermedades mentales tal como la depresión, el alcoholismo y la esquizofrenia, han sido seriamente desatendidas por las aproximaciones tradicionales de los profesionales de la salud quienes muchas veces tienen en cuenta la mortalidad y no la discapacidad”.<sup>2</sup>

En México, según el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” en 2018, con base en la entrevista diagnóstica internacional compuesta sobre salud mental mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS WMH-CIDI), menciona que “la prevalencia anual de trastornos en el país es cercana al 9.2%; lugar número cuatro a nivel mundial, únicamente después de Estados Unidos (21.4%), Colombia (14.6%) y España (10.6%)”.<sup>3</sup> Dichas cifras por un lado, enmarcan la relevancia de problemas de salud mental en un país con las características del nuestro y también la urgencia de atender este tipo de padecimientos.

A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión. Tal situación, se dice que puede causar gran sufrimiento a la persona afectada y alterar sus actividades laborales, escolares y familiares; en el peor de los casos, se identificó que puede llevar al suicidio. “Cada año se suicidan más de 700 000 personas”.<sup>4</sup> Por tal situación, la afectación de la salud mental de la población es un tema de importancia relevante.

Si nos centramos en México, “desde hace años se estimó una prevalencia de depresión de 4.5% (5.8% en mujeres y 2.5% en hombres)”<sup>5</sup> y de forma similar otro informe reportó que la depresión ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%). Encontrando así que, “en nuestra población, las variables psicosociales asociadas con la depresión destacaron; el ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar

y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; tener un bajo nivel socioeconómico, estar desempleado, el aislamiento social, tener problemas legales, tener experiencias de violencia, consumir sustancias adictivas, y la migración”.<sup>6</sup>

Recientemente la OMS<sup>7</sup> informo que “la depresión es más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%)”. Lo anterior permite visualizar al igual que en otros países la desventaja que tiene las mujeres mexicanas; solo por su género, al menos en este aspecto de salud.

En ese sentido, los problemas de salud mental en mujeres de edad reproductiva (15 a 44 años) son también un problema de salud pública, de hecho, la OMS<sup>7</sup> en 2018 reportó que “la depresión posterior al parto afecta al 20% de las madres en los países de ingresos bajos y medios-bajos, lo que representa un porcentaje incluso más elevado que las tasas notificadas anteriormente con respecto a los países de ingresos altos”.

Sin embargo y de manera lamentable, en nuestro país la probabilidad de que los adultos; sin importar su género, reciban servicios de salud mental es casi inexistente. Según un informe del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” menciona que, “en promedio, pasan catorce años desde el inicio de un adulto presente un trastorno del estado de ánimo como depresión mayor, al inicio de algún tratamiento”. Podemos decir que dicha situación “provoca efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos en todos los países”.<sup>8,9</sup>. En ese sentido, mantener o conseguir una salud mental optima, implica una responsabilidad compartida del sistema de salud y la misma sociedad.

Es así como, la depresión perinatal emerge como el trastorno mental grave; más común después del parto que antes de él y se ha convertido en un problema de salud pública considerable. “Los síntomas de la depresión perinatal son tristeza extrema, sentimientos de desesperanza e insuficiencia, incapacidad para sentir alegría con el bebé, ansiedad severa, pérdida de apetito, falta de concentración y memoria, trastornos del sueño, cansancio prolongado, aislamiento social, pensamientos suicidas y pensamientos de dañar al bebé”.<sup>10</sup> En tal contexto, la

importancia radica en que si no se trata, la depresión durante el embarazo y el período posparto puede tener consecuencias graves para las mujeres, sus hijos y sus familias.

“La prevalencia de la depresión perinatal en todo el mundo varía entre el 10 y el 20%”.<sup>11</sup> Sin embargo, “en México existe escasa información actualizada sobre la epidemiología de la depresión posnatal”.<sup>12</sup> Sin embargo la literatura ha identificado la estrecha relación con eventos vitales que se convierten en psicosociales y repercuten en la salud mental de cualquier ser humano; incluidas las mujeres en etapa perinatal.

Según la evidencia, “las mujeres que cursan un episodio depresivo durante el embarazo tienen un 50% de probabilidades de desarrollar una depresión postparto”.<sup>13</sup> Es así como se pone de manifiesto el diagnóstico oportuno para una detección temprana, reversible o controlable en casos extremos.

En relación con la condición de la mujer en nuestro país y su representación como género, no puede desconocerse que, en comparación con décadas anteriores, se han registrado grandes avances en materia de igualdad, discriminación y violencia hacia ellas. De hecho, “existe evidencia de la creciente participación de las mujeres en la vida social, económica, política y cultural de nuestro país”,<sup>14</sup> sin embargo, a los roles mencionados previamente aún se suma en muchos casos el papel de madre, hija, empleada, etc. y la responsabilidad que eso mismo implica. En realidad, entre sus diversos roles y actividades que debe desempeñar una mujer mexicana, “en nuestros días el embarazo continúa siendo un evento importante de la vida que inevitablemente va acompañado de cambios sociales, psicológicos y hormonales, que además pueden desencadenar episodios depresivos con graves consecuencias para los resultados maternos e infantiles”.<sup>15</sup>

La depresión perinatal, se ha relacionado con comportamientos negativos relacionados con la salud y resultados adversos, que incluyen trastornos psicológicos y del desarrollo en bebés, niños y adolescentes. Cuando ocurre en la primera mitad del embarazo, se incrementa el riesgo de parto prematuro, preeclampsia, bajo peso para la edad gestacional, bajo peso al nacer, bajo Apgar y

menor perímetro cefálico. Además, “consecuencias como el apego débil entre la madre y el bebé, la interrupción temprana de la lactancia materna y los retrasos en el desarrollo cognitivo de los niños”.<sup>16</sup>

La depresión perinatal no tratada se asocia con efectos perjudiciales en el desarrollo infantil. Donde también, el desarrollo cognitivo, emocional, social y conductual del niño puede verse afectado tanto a corto como a largo plazo. “Las madres deprimidas dan más respuestas negativas y menos respuestas positivas en las interacciones con sus hijos”.<sup>2</sup> Situación que sin duda es alarmante y necesita ser frenada.

Aunado a los frecuentes y comunes factores que propician depresión perinatal en estas mujeres, actualmente se agudiza este problema relacionado con la presencia de eventos vitales y psicosociales recientes, aunados a la situación sanitaria internacional, por la pandemia ocasionada por el virus SARS-COV-2 que genera coronavirus, y es específicamente en los estados del centro de México donde se en ese periodo se concentró el mayor índice de contagio y muerte por la misma causa.

Lamentablemente a lo anterior, debemos sumar que “la carga de la depresión perinatal es significativamente mayor en muchos países de ingresos bajos y medios, donde la exposición a la adversidad crónica y las condiciones de vida difíciles es mayor y el acceso a servicios de salud mental adecuados es más limitado,”<sup>12</sup> en ese sentido pareciera que si las condiciones hablando en el aspecto de salud mental son muy malas en México, el agregar un ambiente pandémico las vuelve un reto desafiante no solo para el profesional de salud.

De hecho, un estudio reciente encontró que mujeres embarazadas durante la pandemia tienen el doble de probabilidades que sus contrapartes de antes de la covid 19, de cumplir los criterios para trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad, de acuerdo con un estudio reciente que se llevó a cabo en Quebec, Canadá.<sup>17</sup> Y si ese grado de padecimiento se presenta, según el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” en su reporte que presentó en 2018 menciona que “las personas con enfermedades mentales severas mueren de 20 a 30 años más jóvenes y además tienen tasas más altas de desempleo y son más pobres que la población en general”.<sup>3</sup>

Por lo anterior comentado y debido a diversos motivos, el profesional de enfermería debe y puede intervenir ante este tipo de situaciones sanitarias. De hecho, la literatura menciona que “desde el siglo XX las enfermeras comenzaron a tener preparación en salud mental y psiquiatría con el fin de promover, atender y rehabilitar la salud de los pacientes con trastorno mental”.<sup>18</sup> Este ha sido un parteaguas en materia de salud mental enfermera que evidencia la capacidad de este profesional en estudiar no sólo las causalidades biológicas, sino también las motivaciones psicológicas, psicodinámicas y las condicionantes socioculturales de la enfermedad mental en sus múltiples formas, aplicando los cuidados y la atención pertinentes.

Es en este sentido que surge el interés para esta investigación de identificar la relación entre presencia de síntomas de depresión perinatal y recientes eventos vitales, convertidos en psicosociales en mujeres residentes de la zona metropolitana de México; Ciudad de México y/o Estado de México, pues a pesar de la alta prevalencia de la depresión perinatal antes de los tiempos de pandemia, sus causas como la mayoría de los trastornos mentales no han sido claras y aunque en la literatura se ha relacionado diversos factores demográficos y psicosociales no se entiende del todo cómo estos factores funcionan para producir síntomas depresivos posnatales y si a eso aunamos que algunos de ellos se han agudizado por la propia pandemia las consecuencias podrían ser peores no sólo para la madre y su bebé, sino también para la sociedad.

### **En relación con lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación**

¿Cuál es la relación entre la presencia de síntomas de depresión perinatal y eventos psicosociales recientes en mujeres residentes de la zona metropolitana de México?

## 1.2 Importancia del estudio

La presencia de eventos psicosociales recientes en el mundo y específicamente en México es una amenaza de gran proporción tanto para la salud física como para la salud mental y el bienestar de sociedades enteras que se han visto gravemente afectadas por la crisis epidemiológica de covid 19, siendo esta una prioridad que debe abordarse con urgencia,<sup>3</sup> y que no puede seguir siendo olvidada o dejada en el último plano de atención.

Por otro lado, con el hecho de encontrarse la mujer en etapa de gestación o posparto, “está expuesta a muchos cambios físicos y psicológicos considerados normales para ese periodo”,<sup>19</sup> y este periodo se asocia con una mayor fragilidad de su salud mental, aunado a la carga o presión psicosocial causada por la presencia de algunos eventos vitales; como dificultades de acceso a los servicios de salud, muerte de un familiar o ser querido, una ruptura significativa, problemas severos, dificultades económicas, robo o pérdida de objetos valiosos, diagnóstico de una enfermedad grave, riesgo de (adquirir una enfermedad) afectación del estado de salud, desempleo, cambio de trabajo, problemas legales, un accidente, víctima de violencia física o cambio de religión etc.

En ese sentido las mujeres embarazadas o en periodo posparto de México y principalmente aquellas residentes de la zona metropolitana; representan un papel con mayor vulnerabilidad en la afectación a su salud mental, en primer lugar, lo relacionado con el género asociado con mayor prevalencia de trastornos mentales y también por su propia condición de gestantes o puérperas (período posparto) y su frecuente exposición a eventos psicosociales recientes en el país, acumulados estos últimos en un área geográfica con alto índice de contagio del virus SARS-CoV-2, que causa el coronavirus.

Sin duda, es bien sabido que la atención a la salud mental ya presenta barreras en la búsqueda de ayuda y no existe suficiente evidencia sobre el impacto que ha generado la presencia de los eventos psicosociales que han tenido repercusión en la salud mental de las mujeres embarazadas y puérperas, aunque es bien sabido

“que dificulta más su experiencia de parto y cómo se están adaptando a la nueva maternidad”.<sup>17</sup>

El estrés y la ansiedad influenciados por la actual situación pandémica y eventos psicosociales, en conjunto con un proceso de gestación o puerperio incrementan la carga emocional, que podría llegar a representar graves consecuencias en la salud materna e infantil. En ese sentido y recordando que el cuidado es la esencia de enfermería y nuestro objeto de estudio, nuestras intervenciones deberían estar constituidas por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, posiblemente aportando para “hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración”.<sup>18</sup> Evitando en esa misma línea en casos específicos “evitar la presencia de este padecimiento o bien reducir las consecuencias en caso de estar ya presente en las mujeres”.<sup>19</sup> Y así mismo beneficiar a los hijos de esas mujeres, la familia en sí y la sociedad.

Ahí donde radica la oportunidad profesional de brindar intervenciones sustentadas en el cuidado humanizado; en donde se sostiene que, “pese a la posible deshumanización de la atención en salud por cambios de estructura, nuevos modelos y tecnologías, es necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, por parte de los profesionales de enfermería.”<sup>20,21</sup> Simplemente es una invitación a brindar un cuidado; integral y de calidad, con sustento científico y actualizado y que reconoce que cada ser humano es distinto a cualquier otro.

Sin lugar a duda, es importante mencionar que hoy en día existe una gran deuda pendiente con las enfermeras y los enfermeros de Salud Mental, ya que muchas personas desconocen el papel de enfermería en esta área de la salud. Sin embargo, desde sus inicios como oficio y hasta nuestros días como ciencia, enfermería tiene el contacto más directo e inmediato con las personas que algún otro profesional de salud en esta sociedad, que en la mayoría de los casos viven bajo la estigmatización, discriminación y sin la oportuna atención no podrían hacer su vida diario sin el seguimiento y el saber estar de estos profesionales de la Enfermería.



Asegurar el bienestar de la madre en las semanas y meses posteriores al nacimiento puede apoyar el bienestar del niño desde las primeras semanas y meses de vida, y en última instancia, el bienestar del niño al convertirse en adulto y en padre él también.

### **1.3 Propósito de la investigación**

Identificar sintomatología relacionada con la depresión en mujeres en periodo perinatal y la asociación con la presencia de eventos psicosociales recientes en México, que sirvan de base para planificar futuras intervenciones oportunas del padecimiento y así atenuar complicaciones graves, y fomentar la capacitación del profesional de enfermería en este tipo de problemáticas sanitarias.

### **1.4 Objetivos**

#### **1.4.1 General:**

- Identificar la relación entre la presencia de síntomas de depresión perinatal y eventos psicosociales recientes en mujeres residentes de la zona metropolitana de México.

#### **1.4.2 Específicos:**

- Establecer la prevalencia de depresión perinatal en mujeres en edad reproductiva, residentes en la zona metropolitana de México.
- Identificar la presencia de síntomas depresivos en mujeres en etapa perinatal de edad reproductiva.
- Conocer la relación de la depresión perinatal asociado a la presencia de eventos psicosociales recientes en México.
- Identificar los principales factores biológicos, sociológicos y socioeconómicos, asociados a la depresión perinatal de la población en estudio.

## **2. Marco referencial**

### **2.1 Marco teórico**

#### **2.1.1 El embarazo y sus implicaciones psicológicas y emocionales, en la actualidad**

La salud mental está íntimamente relacionada con las emociones, la psicología y bienestar de una persona y es así como puede afectar los sentimientos y la forma de pensar y conducirse de una mujer gestante o en período de puerperio.

El embarazo y el puerperio son períodos donde se presentan cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad en la mujer para la aparición de trastornos del estado de ánimo. Lamentablemente “el bienestar no se evalúa de forma rutinaria y muchas mujeres embarazadas o en período de puerperio en situación de riesgo no son identificadas como personas con un mal estado de bienestar y se pierde la oportunidad de detectar cuadros de ansiedad, estrés y problemas para lidiar con situaciones”.<sup>22</sup>

En relación con los cambios psicológicos que en esta etapa se producen, “las características propias de la personalidad de la mujer son la base que va a definir en gran medida la forma en la que va a enfrentarse a la transición a la maternidad y, por lo tanto, a los cambios que lleva consigo”.<sup>23</sup> Entre estos cambios, la personalidad y el grado de autoestima que generen las propias mujeres en sí mismas van a determinar la manera en cómo enfrenten las situaciones; en este caso de salud mental. En ese sentido las mujeres que ya son inestables emocional y psicológicamente van a sufrir mayores consecuencias al respecto.

Para un diagnóstico oportuno y certero, la literatura hace énfasis en identificar los antecedentes psiquiátricos previos, ya fueran antecedentes personales o familiares, debido a que se identificó que incrementa el riesgo de repetición o aparición de trastorno psiquiátrico durante el periodo perinatal.<sup>24</sup> De igual forma, conocer; cuidando siempre la privacidad de las personas, los motivos que hayan llevado a la madre a tener un hijo pueden ser el origen de conflictos mentales posteriores. Un ejemplo es cuando las embarazadas se enfrentan a un embarazo no deseado.

De hecho, este tipo de padecimientos mentales no es nuevo, desde los tiempos de Hipócrates (700 a.c) los clínicos notaron una asociación entre los trastornos del humor y el período posterior al parto. Este vínculo entró oficialmente en la nomenclatura psiquiátrica en el DSM 5 en el año de 1994.<sup>23</sup> La depresión posparto (DPP) es un trastorno mental incapacitante pero tratable que representa una de las complicaciones más comunes de la maternidad. El diagnóstico está incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría quinta edición (DSM-5) como un episodio depresivo mayor "con inicio periparto si los síntomas del estado de ánimo ocurren durante el embarazo o dentro de las 4 semanas posteriores al parto".<sup>24</sup>

### **2.1.2 El embarazo y la influencia de aspectos sociales**

Las perspectivas que enmarcan la predisposición con la que una mujer se va a enfrentar al proceso de la maternidad vienen definidas también por la cultura, la sociedad y el momento histórico en el que se viva.

En todas las culturas se ha adjudicado a la mujer el papel de principal responsable en los cuidados y las labores relacionadas con la asistencia de los hijos. Sin embargo, en la sociedad en la que vivimos actualmente, cada vez es mayor el número de mujeres que tienen un empleo remunerado, siendo en muchos casos el sueldo básico del que se sustenta la unidad familiar. De este modo "existen otras variables que, sumadas a lo anterior, son determinantes en el afrontamiento de la maternidad".<sup>25</sup>

La literatura sostiene que el modo en que la madre viviera su infancia puede tomar parte en la gestación. La madre evoca recuerdos de su infancia, de tal forma que si la recuerda con gratitud puede imaginar con ilusión cómo será la infancia del bebé que espera. Sin embargo, si ésta fue traumática, "esa antigua angustia puede llevarla a interrumpir el embarazo o manifestar una angustia o depresión importantes".<sup>26</sup>

Del mismo modo podemos decir que “la sensación subjetiva de falta de apoyo en el desarrollo de las actividades domésticas y el cuidado del hijo, y de apoyo emocional que la mujer puede necesitar (generalmente por parte de la pareja o de familiares cercanos) bien podría aumentar el riesgo de presentar trastornos en el estado de ánimo”<sup>27</sup> y, una buena relación enfermero-paciente.

Además de lo mencionada previamente, otros acontecimientos que acontecen en la vida cotidiana de la mujer también pueden predisponerla a sufrir una alteración del estado de ánimo. Dentro de estos podrían encontrarse “la pérdida de un ser querido, problemas económicos, influencia del embarazo en su situación laboral o el simple hecho de que los hábitos de ocio se vean modificados”.<sup>28</sup>

Es por lo anterior que los problemas de salud mental en las mujeres representan un importante reto para la salud pública. El período posparto temprano es un momento crucial para mejorar la salud y la supervivencia del recién nacido y la madre.

### **2.1.3 Depresión perinatal**

El embarazo y el parto son dos eventos importantes en la vida de una mujer. El nacimiento de un bebé induce cambios repentinos e intensos en los roles y responsabilidades de la mujer. Conforme a la literatura, se dice que el período posparto representa el momento de mayor riesgo de aparición de depresión posparto.<sup>29</sup>

La depresión en el postparto es más frecuente que en la gestación; además es la complicación psiquiátrica más frecuente del postnatal y, “dadas sus potenciales repercusiones en el bienestar de la madre y del bebé, su correcto abordaje debe constituir una prioridad en Salud Pública”.<sup>30</sup>

En su nueva clasificación de enfermedades de la OMS la describe como un “síndrome asociado con el embarazo o el puerperio (que comienza dentro de las 6 semanas posteriores al parto) que involucra características mentales y conductuales significativas, con mayor frecuencia síntomas depresivos”.<sup>4</sup>

La depresión posparto es un problema de salud mental grave. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª edición; DSM-IV) define la PPD como un “especificador del trastorno depresivo mayor (TDM)”. Este padecimiento también se define sintomáticamente como la “superación de un umbral determinado en una medida de detección, como la Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS)”.<sup>31</sup>

En algunos casos, cuando la mujer no cumple con todos los criterios para un trastorno/episodio depresivo, pero presenta síntomas significativos e incapacitantes, la estricta clasificación de ambos compendios puede llegar a dificultar su detección.<sup>26</sup> Sin embargo, la depresión que comienza después de 4 semanas después del parto o que no cumple con la totalidad de los criterios para un episodio depresivo mayor aún puede causar daño y requieren tratamiento, es por esto por lo que, en la práctica clínica e investigación, “la depresión posparto se define como aquella depresión que ocurre dentro de las 4 semanas posteriores o hasta 12 meses después del parto”.<sup>32</sup>

Los síntomas de la depresión posparto a menudo incluyen trastornos del sueño (más allá de los relacionados con el cuidado del bebé), ansiedad, irritabilidad y una sensación de estar abrumada, así como una preocupación obsesiva por la salud y la alimentación del bebé. También se ha informado acerca de la ideación suicida y las preocupaciones de causar daño al bebé.

El diagnóstico de acuerdo con la DSM-5 consiste en presentar al menos cinco síntomas durante al menos 2 semanas, casi todos los días. Uno de los síntomas debe incluir por lo menos estado de ánimo deprimido y/o interés o placer notablemente disminuido en todas o la mayoría de las actividades. Otros síntomas con inicio periparto que se consideran para el diagnóstico y pueden estar presentes son los siguientes:<sup>33</sup>

-Pérdida de peso clínicamente significativa cuando no se está haciendo dieta o aumento de peso clínicamente significativo

-Aumento o disminución del apetito

- Insomnio o hipersomnia
- Agitación o retraso psicomotor
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada
- Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse o indecisión
- Pensamientos recurrentes sobre la muerte o ideación suicida (con o sin un plan específico).

Estos síntomas causan angustia o deterioro clínicamente significativo en lo social, ocupacional u otras áreas importantes de la función y no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia u otra condición médica.<sup>20</sup>

#### **2.1.4 Consecuencias de la depresión perinatal**

El curso natural de la depresión posparto es variable. Aunque puede resolverse espontáneamente unas semanas después de su inicio, aproximadamente “el 20% de las mujeres con depresión posparto todavía tienen depresión más allá del primer año después del parto, y 13% después de los 2 años; aproximadamente el 40% de las mujeres tendrá una recaída ya sea durante embarazos posteriores o en otras ocasiones sin relación con el embarazo”.<sup>34</sup> La depresión posparto resulta en sufrimiento materno y funcionamiento disminuido y se asocia con mayores riesgos de conflicto matrimonial y problemas de apego de cuidadores de bebés, así como mayores riesgos de deterioro del desarrollo emocional, social y cognitivo en el niño, y en casos raros, suicidio o infanticidio.<sup>35</sup>

El número limitado de estudios disponibles sobre la incidencia de este padecimiento informó que “el 6.5% de las madres desarrollan un nuevo episodio de depresión durante los primeros 3 meses después del nacimiento y existe un aumento de tres veces en el riesgo de depresión durante 3 y 6 meses después del nacimiento en comparación con otros momentos de la vida”.<sup>36</sup>

La fisiopatología exacta no se conoce. Una proporción de mujeres con depresión posparto puede ser vulnerable a un desencadenante puerperal específico. No se han informado diferencias importantes en el perfil hormonal de las mujeres que desarrollan depresión posparto. Sin embargo, se ha sugerido que las mujeres que se deprimen después del parto pueden tener una sensibilidad anormal a los cambios fisiológicos normales del parto. También se ha sugerido que la respuesta inflamatoria después del trabajo de parto y el parto puede ser exagerada en las mujeres que desarrollan depresión posnatal. “La rápida disminución del nivel de hormonas reproductivas después del parto probablemente contribuya al desarrollo de depresión en mujeres susceptibles, además de los cambios hormonales, se incluyen factores genéticos y factores sociales que incluyen bajo apoyo social, dificultades matrimoniales, violencia con la pareja, abuso previo y eventos negativos de la vida”.<sup>37,38</sup>

La depresión posparto no tratada se asocia con efectos perjudiciales en el desarrollo infantil. El desarrollo cognitivo, emocional, social y conductual del niño puede verse afectado tanto a corto como a largo plazo. Las madres deprimidas dan más respuestas negativas y menos respuestas positivas en las interacciones con sus hijos. Se ha demostrado que las madres que padecen depresión posparto representan una influencia negativa durante el primer año de vida en los bebés en cuanto al conocimiento de idiomas, el desarrollo social y emocional y los cocientes de inteligencia (especialmente en niños). Evidencia reciente parece confirmar “el vínculo entre la depresión posparto y la continuación de los resultados cognitivos deteriorados en adolescentes”.<sup>20</sup>

### **2.1.5 Tipos de depresión perinatal**

Las primeras investigaciones que abordaron la depresión materna se centraron exclusivamente en la depresión posparto, en la que identificaron tres tipos de trastornos del estado de ánimo: “la tristeza posparto o melancolía materna, la depresión posparto y la psicosis puerperal o posparto, ordenados en función de su gravedad”.<sup>40</sup>

En primer lugar, la Tristeza Posparto frecuentemente denominada Melancolía Posparto, “Baby Blues” o “Maternity Blues”, abarca los 10 primeros días tras el parto considerándose transitoria y a veces, no necesita tratamiento. Esta sensación es habitual en madres que se sienten más alteradas de lo normal y muestran ganas de llorar sin motivo aparente, pudiendo experimentar insomnio, desconcentración o estado de ánimo disfórico que las hace vulnerables e irritables, estimándose que la sufren entre el 50 y 85% de las madres tras el parto.

En segundo lugar, la Depresión Posparto, puede iniciarse en cualquier momento después del parto. El periodo más vulnerable es en la 4<sup>o</sup> semana después del parto antes de volver a iniciarse la menstruación, viéndose afectadas por sentimientos de tristeza, ansiedad o desesperación, y dificultades para realizar tareas diarias. Si las madres no reciben tratamiento, puede desarrollarse depresión crónica.

Y, por último, la Psicosis Posparto de mayor gravedad. Las madres pierden la noción de la realidad, afectadas, a veces, por pensamiento desorganizado o episodios de delirio y alucinaciones que aumentan el riesgo de suicidio o infanticidio, siendo un trastorno de urgencia psiquiátrica que requiere hospitalización.

### **2.1.6 Diagnóstico de la depresión perinatal**

La evaluación básica de la depresión incluye la historia, el examen del estado mental y el examen físico.

Se requiere tomar una historia detallada de los síntomas que se presentan y determinar la gravedad y la duración del episodio depresivo. Comprobar si hay antecedentes familiares de trastornos mentales, depresión y suicidio. Evaluar el deterioro funcional y determinar los acontecimientos de vida y factores de estrés y hacer un examen del estado mental. Esto incluye evaluación de la gravedad de los síntomas, psicóticos o no.<sup>40</sup>



Las pruebas de laboratorio pueden estar indicadas si existe necesidad de descartar condiciones médicas que pueden causar síntomas similares.

Tan temprano como sea práctico durante el embarazo y 6 a 12 semanas después de un parto, todas las mujeres deben ser cuestionadas en torno a sus ámbitos psicosociales, como parte de la atención normal. Si una mujer afirma la presencia de factores psicosociales, se debe preguntar si le gustaría obtener ayuda con cualquiera de estos temas.

La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS por sus siglas en inglés) o las preguntas de Whooley pueden ser utilizadas en el período prenatal y posparto como auxiliares para seguimiento clínico y para facilitar la discusión de los problemas emocionales. En el primer contacto de una mujer con los servicios de salud, tanto en el embarazo como en el puerperio, los profesionales de la salud deben preguntar acerca de: La existencia de una enfermedad mental grave actual o anterior, incluyendo la esquizofrenia, el trastorno bipolar, psicosis puerperal y depresión grave.

En el primer contacto de una mujer con atención primaria, en las consultas programadas y durante el puerperio (generalmente a las 4 a 6 semanas y a los 3 a 4 meses) los profesionales sanitarios (incluyendo parteras, obstetras, trabajadores sociales y médicos) deben hacer dos preguntas para identificar una posible depresión:

- Durante el último mes ¿se ha sentido a menudo molesta, triste o desanimada?
- Durante el último mes, ¿se ha sentido preocupada por haber perdido interés y satisfacción en hacer cosas?

Se debe considerar una tercera pregunta si la mujer responde "sí" a cualquiera de las dos preguntas iniciales:

¿Cree usted que necesita ayuda y le gustaría que le ayudaran? Si una mujer responde "sí" a cualquiera de las preguntas de identificación de la depresión, el

médico tendría que revisar el estado mental de la persona, la funcionalidad asociada y las dificultades interpersonales y sociales.

Se debe preguntar por síntomas depresivos, como mínimo, al ingreso de la paciente y de 4 a 6 semanas después del nacimiento y 3 a 4 meses posparto. Para las mujeres consideradas de alto riesgo (aquellas con trastorno depresivo previo o actual), la investigación sobre los síntomas depresivos debe hacerse en cada contacto.

### **2.1.7 Tratamiento de la depresión perinatal**

La depresión posparto puede prolongarse y tener un efecto perjudicial sobre la relación entre la madre y el bebé y en el desarrollo cognitivo y emocional del niño. Sin embargo, “la respuesta a las intervenciones farmacológicas y psicosociales es buena”.<sup>40</sup> Por lo anterior descrito la probabilidad de éxito sobre el tratamiento es grande, siempre y cuando como cualquier otro tratamiento exista el adecuado apego al mismo.

Es importante que previo a asignar el tratamiento, los profesionales de salud tendrían que valorar con la mujer los riesgos absolutos y relativos de tratar y no tratar la depresión durante el embarazo y el período posparto. Se sugiere que ellos tendrían que:

- Reconocer la incertidumbre en torno a los riesgos
- Explicar el riesgo de malformaciones fetales en mujeres embarazadas sin trastorno mental
- Describir los riesgos utilizando las frecuencias naturales en lugar de porcentajes (por ejemplo, si tiene dos alternativas: una implica un riesgo 1 de cada 100 y la otra 25 de cada 100, utilice esta comparación que tiene denominadores comunes en lugar de 1 de cada 100 y 1 de cada 4).

-Si es posible, utilizar ayudas de decisión en una variedad de formatos verbales y visuales que se centren en una visión individualizada de los riesgos

- Proporcionar material escrito para explicar los riesgos (de preferencia individual)

Para el manejo de las pacientes con depresión es importante el asesoramiento general en un estilo de vida saludable. Los consejos deberían abordar:

-Uso de alcohol y drogas

-Dieta y comportamientos alimentarios

-Mantenimiento de las redes sociales y las actividades personalmente significativas

-Problemas de sueño

-Existen diversas técnicas de manejo de la depresión, a saber: Manejo psicosocial (terapias psicosociales, de soporte, intervenciones de pareja, intervenciones madre-infante, actividad física), terapias farmacológicas (que varían durante el embarazo, el puerperio y la lactancia), terapia electroconvulsiva (TEC) y terapias complementarias y alternativas.

### **Manejo farmacológico en el posparto**

La literatura describe que “los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos pueden ser ofrecidos para el tratamiento de la depresión posparto de moderada a severa”,<sup>40</sup> pero con consideraciones adicionales sobre el uso de antidepresivos durante la lactancia; además se mencionan otros aspectos importantes:

-No se recomienda el uso de terapia de estrógenos en el tratamiento rutinario de pacientes con depresión posparto.

-Todos los antidepresivos, una vez iniciados, se deben continuar por lo menos 4 a 6 semanas.

-Las pacientes con un primer episodio de depresión sin síntomas psicóticos deben ser tratadas con antidepresivos a dosis completa durante 6 a 9 meses después de la remisión de los síntomas.

-Las pacientes que tienen un segundo episodio de depresión se deben mantener en tratamiento durante 1 a 2 años; la duración puede depender de los factores de riesgo de recurrencia y las preferencias de la paciente.

-Las pacientes con más de dos episodios de depresión se deben mantener en tratamiento durante 2 años o más, o incluso toda la vida; la duración puede depender de los factores de riesgo de recurrencia y las preferencias de la paciente.

- En la toma de decisiones sobre el uso del tratamiento farmacológico en el período posparto, esto debe ser sopesado contra una mínima exposición posible al bebé durante la lactancia.

### **Manejo farmacológico durante la lactancia**

La lactancia materna tiene beneficios claros tanto para la madre como para el niño y, al tomar la decisión de recomendar la lactancia materna, estos beneficios deben sopesarse frente a los riesgos para el recién nacido de la exposición a medicamentos durante la lactancia.

### **Manejo con psicoterapia**

Muchas pacientes con depresiones leves a moderadas pueden ser tratadas exclusivamente con psicoterapia.

Para tratar la ansiedad que frecuentemente acompaña a la depresión, “pueden ser muy útiles tanto las técnicas de relajación, la terapia cognitivo-conductual, como la psicoterapia de apoyo y para los síntomas anímicos, siempre que no sean intensos, suele preferirse la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) o la Psicoterapia

Interpersonal (*Interpersonal Psychotherapy*, PIP). Por lo general se usan en su modalidad individual, pero también se pueden emplear en su versión grupal”.<sup>41,42</sup> Pese a que la evidencia a favor de la psicoterapia de orientación psicodinámica es limitada, los expertos plantean que se trata de una opción razonable si no se dispone de TCC o de PIP.

### **2.1.8 Efectos psicosociales de la pandemia por COVID 19, en las mujeres puérperas**

El brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID 19) presenta un riesgo significativo para la salud pública, incluida la salud mental. Una encuesta realizada en China mostró que el 53,8% de los encuestados calificaron el impacto psicológico del brote como moderado o severo, y el 28,8% informó síntomas de ansiedad y niveles de estrés de moderados a graves.<sup>40</sup>

En relación con la depresión posparto, estudios anteriores informaron que “el trauma, los eventos catastróficos naturales y provocados por el hombre pueden ser predictores de síntomas de depresión posparto”.<sup>41</sup> Lo que muestra importancia de atender este padecimiento en tiempos de pandemia.

Es así como el 12 de marzo del 2020 la OMS declara pandemia por COVID-19; situación que manifiesta una nueva reestructuración sociopolítica, cultural, etc. Los hospitales instituyeron políticas de restricción de visitas que no permitían que las personas de apoyo, incluida la pareja de la mujer, estuvieran físicamente presentes en las unidades de maternidad obstétrica, incluso durante el trabajo de parto, excepto en la sala de partos. Las mujeres embarazadas no se vieron menos afectadas que la población en general; por el contrario y similar a otros grupos de la población, se dice que “la infección por COVID-19 en áreas epidémicas se detectó en aproximadamente una de cada diez mujeres, independientemente del trimestre del embarazo”.<sup>43</sup>

Esta situación extraordinaria “de aislamiento, pérdida de libertad, preocupación por el impacto de COVID-19 en el embarazo o la posible transmisión vertical de la infección y resultados obstétricos desfavorables pueden ser un desafío para la salud psicológica materna”.<sup>44</sup>

La literatura reciente sobre el brote de COVID-19 se ha centrado principalmente en la salud mental y las necesidades psicológicas durante el embarazo y posparto. Tras las declaraciones oficiales sobre la transmisión de persona a persona del síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2), “hubo un aumento clínicamente significativo en la prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad entre las mujeres embarazadas en su tercer trimestre”.<sup>44</sup> Tal situación pone a los profesionales de salud en un estado de alerta hacia la atención de las mujeres en periodo posparto.

### **2.1.9 El género en la depresión perinatal**

Es sabido que existen marcadas diferencias de salud entre mujeres y varones. En los estudios y en la bibliografía consultada son “las mujeres las que tienen peor salud mental”.<sup>45</sup>

Evidencia de lo anterior es lo enunciado previamente en relación con las cifras de depresión general y posparto que afecta principalmente a las mujeres.

De hecho algunos autores señalan que, aunque tanto los hombres como las mujeres pueden desarrollar los síntomas de depresión, la experimentan de diferentes maneras y muestran diferencias a la hora de expresar sus síntomas depresivos, las mujeres buscan más ayuda médica y expresan más fácilmente sus síntomas emocionales; mientras a los hombres les resulta difícil expresar sus emociones y tienden más a la somatización, por lo que consultan a médicos generales, también “frecuentemente tienen un problema de abuso de sustancias que a veces enmascara el cuadro depresivo lo que trae como consecuencia que en muchas

ocasiones no se realiza el diagnóstico de depresión”.<sup>46</sup> Esto aunque no es lo más relevante para el estudio, sin duda invita a todos a reflexionar si en verdad afecta más a mujeres que hombres, o en realidad es tempranamente más diagnosticado en un género que el otro.

Otro aspecto importante es que la depresión, “además de afectar más a las mujeres, lo hace en la etapa media de la vida”.<sup>47</sup> En donde están incluidas las mujeres consideradas para este estudio no solo por su situación de salud, sino también por su edad y eso representa el desaprovechar la mejor edad productiva laboralmente hablando de esas personas y también ocupar servicios médicos, lo que se traduce a gasto público en salud.

Por otro lado, en la misma línea del género en salud mental, algunos estudios describen que “el maltrato físico, psíquico y sexual, la privación de libertad o la carencia de soporte socioeconómico de la mujer se relacionan con la presentación de cuadros depresivos”,<sup>48</sup> y que sin duda ese tipo de acontecimientos es vivido día a día en la sociedad mexicana.

#### **2.1.10 La depresión perinatal y la presencia de eventos psicosociales**

En la actualidad diversos autores como Holmes y Rahe, han sugerido puntajes para cuantificar la severidad de los eventos e indican a los jueces que para juzgar la severidad de los distintos eventos deben emplear toda su experiencia para asignar los puntos. Es decir, “la experiencia personal hace que surja una afección en aspectos de salud y permite que se afronten los sucesos”.<sup>44</sup>

Sin embargo, existen algunos eventos psicosociales y estresantes documentados en algunas investigaciones y relacionados a la repercusión de la salud de las personas. Aunque al experimentar un evento estresante se dice que los organismos humanos aprenden habilidades para afrontar los efectos nocivos del estrés, que de cierta forma va disminuyendo la gravedad de sus consecuencias.<sup>47</sup> Las habilidades

adquiridas sirven tanto para enfrentar de nuevo un mismo suceso, como otras situaciones estresantes.

A nivel social, las medidas adoptadas por el entorno social reciente; es decir, la aparición y/o acumulación de eventos psicosociales, pueden conducir a trastornos psicológicos y psiquiátricos como “el estrés postraumático, confusión, frustración, depresión, ansiedad, trastornos de pánico y de conducta, por factores como separación de la familia, dolor, duelo, soledad, vergüenza, culpa, ira, miedo, xenofobia, histeria colectiva, desinformación en las redes sociales, inseguridad financiera, la estigmatización y otros problemas de salud mental”.<sup>48</sup>

### **2.1.11 Políticas sociales de Salud Mental en México.**

Es sabido que el sistema de salud de México está fundado en unos cimientos asistencialistas, reparadores y curativos más que preventivos y educativos. “Los grandes programas de gasto en salud han sido dirigidos a la construcción de hospitales de tercer nivel y a la compra de tecnología al primer mundo, aun cuando las problemáticas en salud han sido diferentes respecto a los países centrales”.<sup>49</sup> Tal situación pone de manifiesto la actual necesidad de atender aspectos preventivos y de promoción a la salud o en su defecto la detección oportuna de las enfermedades; como la depresión, importante para este estudio.

En materia de Salud Mental uno de los principales antecedentes en términos de legislación sobre la salud mental en México se produjo el 19 de enero de 2004, cuando el secretario de Salud, Julio Frenk, firmó la ley por la que se creó el Consejo Nacional de Salud Mental.<sup>50</sup> Mismo acontecimiento sin duda fue la puerta de entrada para impulsar la planeación, supervisión y evaluación de los servicios de salud mental en todo el país. Sin embargo, este tipo de base en materia de política y sustento nacional no ha sido suficiente y las consecuencias se evidencian a diario en instituciones de tercer nivel o en la propia convivencia diaria de las comunidades.



Es así que el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”<sup>16</sup> para el 2018 en México reporta que “el presupuesto público dedicado a la Salud Mental es del 2%; cifra que, aunque si bien no es suficiente, es cercana al promedio de otros países latinoamericanos que disponen del 1.6%. Sin embargo, para nuestro país de ese presupuesto asignado el 75% es dispuesto para la atención en hospitales psiquiátricos”, lo que representa que la inversión en materia de prevención y detección de estos padecimientos sea dejada en últimos términos y permita una brecha en atención de calidad para este tipo de padecimientos.

### **2.1.12 Papel de enfermería en la salud mental en la etapa perinatal**

Como antecedente de la relación a la profesión y la salud mental, como profesionales de enfermería hemos ido abandonando teorías y descripciones de enfermería psiquiátrica antecesora, misma que estuvo anclada en manicomios, que funcionaron sólo para “la contención, la custodia y el direccionismo con los internados, que ha velado por las normas de la institución, que se ha dedicado tan sólo a aplicación de tratamientos biológicos, que ha estado olvidada y marginada del resto de la profesión”.<sup>51</sup> Es decir, hemos avanzado de un servicio meramente institucional, violento e innecesario a un cuidado integral de las personas en donde también miramos a la prevención, detección oportuna y tratamiento de cualquier padecimiento; incluso los mentales, aunque se es consciente que aún falta camino por recorrer sobre todo en materia de políticas públicas y así la necesaria economía al respecto de este tipo de atención y prevención.

Actualmente, también son distintas las necesidades de cuidados que presenta la sociedad a la que atiende este profesional de salud. En sus intervenciones actuales, la salud mental practica abordajes individuales, familiares y grupales, aunado promueve y tarta de prevenir en la materia, además de ejercer en los diversos ámbitos del servicio de salud mental (unidades de hospitalización, centros de salud mental comunitarios, recursos intermedios, etc.), diversifica sus actividades y usa

técnicas y métodos de Enfermería para personalizar, capacitar y socializar al paciente psíquico, buscando así procurar “su autonomía y su calidad de vida, y el incremento de responsabilidades derivadas del ejercicio autónomo de su profesión”.<sup>52</sup> En ese sentido, parte de esas nuevas intervenciones que el personal de enfermería es capaz de atender, está también el cuidar la salud mental de la mujer en periodo perinatal, recordando las características y necesidades, físicas y mentales que a cada una de ellas puede describir.

Por lo anterior, es indiscutible que como profesionales de enfermería afrontemos los retos y necesidades de salud actuales, nos continuemos formando y actualizando para tener las herramientas básicas para atender a cada mujer que requiera de nuestro cuidado en esta etapa, recordando que somos el personal de más fácil acceso y cercanía para cada uno de los pacientes y sobre todo actuemos considerando siempre la mejor evidencia disponible para conseguir los mejores resultado de salud individual y social.

## 2.2 Revisión de la literatura

Es importante recalcar que dentro de la depresión perinatal; sinónimo de depresión materna conforme la literatura, existe la depresión preparto; aquella desarrollada durante algún momento del embarazo, y también la depresión posparto; desarrollada en un periodo posterior al parto incluido un año después. Aunque esta investigación habla en general de la depresión perinatal, debido a la información encontrada en las bases de datos consultadas se han retomado estudios específicos de depresión posparto que proporcionan importantes aportes a este estudio.

Al revisar las bases de datos, la evidencia muestra la importancia del tema no solo en México, sino en varios países del mundo. La depresión perinatal es sin duda una situación sanitaria, a la cual no se ha prestado la suficiente atención; entre los profesionales y servicios de salud, lo que, sumado a la situación pandémica, podría agravar, en relación con ello se han encontrado diversas investigaciones de interés para este estudio.

En 2020 el estudio realizado en Ruanda,<sup>53</sup> tuvo como objetivo explorar la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad perinatal en ese país y los factores asociados con ellos. Se entrevistó individualmente a una muestra de 165 mujeres en el período perinatal, aplicándoles Escala de depresión posnatal de Edimburgo, Escala de ansiedad de autoevaluación de Zung y preguntas sociodemográficas. En los hallazgos, de las mujeres en el período prenatal el 37,6% tenía síntomas que indicaban una posible depresión (EPDS  $\geq 10$ ), mientras que, entre las mujeres en el período posnatal, el 63,6% tenía síntomas de posible depresión y se mostró que los síntomas de depresión posparto fueron más altos para mujeres tenían cuatro o más hijos vivos en comparación con los que tenían su primer hijo y para aquellos con una mala relación con su pareja.

En Pristina, Kosovo en 2021,<sup>54</sup> una investigación planteó estudiar la prevalencia y los factores de riesgo de la depresión posparto en una clínica de la región. Examinaron un total de 247 parturientas para detectar depresión posparto a las 6 semanas después del parto mediante la Escala de depresión posparto de

Edimburgo. La prevalencia hallada fue del 21% a las 6 semanas después del parto. Se identificaron cuatro variables predictoras para la depresión posparto: complicaciones del embarazo, miedo al parto, depresión o ansiedad prenatal, mala relación conyugal. Sin embargo, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la depresión posparto y la edad materna, educación, empleo, tipo de familia, tabaquismo, aborto previo, paridad, ingresos familiares, apoyo social, género del niño, peso al nacer y lactancia.

Un estudio realizado en India<sup>55</sup> en 2021 tuvo como objetivo de estudio estimar la prevalencia de depresión perinatal e identificar los factores de riesgo asociados a mujeres que residen en la zona rural de Bihar, India. Para la recolección de datos, los autores crearon un cuestionario para recolectar información sobre el perfil sociodemográfico, variables físicas, obstétricas, matrimoniales / familiares y económicas. Además, utilizó de la escala de depresión posparto de Edimburgo. En los hallazgos, se encontró una prevalencia del 23,9% y ese resultado se asoció con enfermedad física de la madre, antecedentes de aborto, mala situación económica y malos tratos por parte de los suegros.

En Indonesia<sup>56</sup> para el 2019, un trabajo investigó los factores psicosociales que pueden contribuir a la depresión posparto, incluido el estrés por el cuidado de los niños, la satisfacción conyugal, la autoestima, el estrés vital y el apoyo social. La muestra consistió en 166 madres posparto reclutadas por muestreo por conglomerados de dos centros de salud pública, la recopilación de datos se realizó mediante visitas domiciliarias. Los instrumentos empleados fueron: la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo y otros más. En los hallazgos se encontró que prevalencia del 19,88% de depresión perinatal y la misma, está relacionada con el cuidado de los niños y la satisfacción conyugal.

En Brasil<sup>57</sup> en 2012 un estudio planteó investigar la prevalencia y los factores de riesgo de síntomas depresivos maternos. Fue un estudio transversal, en el que participaron 1099 puérperas a quienes se les aplicó la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, al segundo día después del nacimiento de su hijo. La prevalencia de síntomas depresivos ascendió al 6,7%. El uso de antidepresivos

durante el embarazo, el sufrimiento de violencia durante el embarazo y la cesárea se asociaron con los síntomas depresivos en el posparto inmediato dos, cuatro y dos veces más, respectivamente.

Así mismo otro estudio realizado en 2018 en Brasil<sup>58</sup> se planteó identificar los factores de riesgo y protección asociados con la depresión perinatal. Se utilizaron varios instrumentos medidos en distintos momentos; entre ellos la Escala de Edimburgo para la Depresión Posparto. En los hallazgos, se encontraron 23 factores de riesgo de depresión, lo más frecuentes fueron haber experimentado complicaciones en el embarazo anterior / actual, y luego aparece como el segundo indicador más frecuente la cirugía de cesárea. En los protectores se encontraron 11, siendo los más comunes tener apoyo familiar, vivir juntos con la pareja, haber deseado un embarazo y tener apoyo del padre del niño.

En Ecuador,<sup>59</sup> en 2018 una investigación propuso evidenciar la prevalencia real de la depresión posparto mediante la aplicación de escala de Edimburgo para Depresión Posparto, en donde los hallazgos demuestran una prevalencia del 27% de un total de 182 puérperas que dieron positivo a la aplicación de la prueba. Además, se pone en manifiesto la relación existente entre los factores de riesgo con la presencia de tamizaje positivo o negativo para depresión postparto; en donde prevalece como factor de riesgo ser primigesta y haber tenido cesárea en lugar de parto. Respecto a la edad, 82% no eran adolescentes.

A su vez, en Colombia<sup>60</sup> en 2019 en un artículo se exploró la posible asociación entre síntomas depresivos perinatales y eventos psicosociales negativos ocurridos en el último año. Fue un estudio descriptivo transversal, con muestreo a conveniencia en donde se aplicó una encuesta diseñada por las investigadoras, anexando a su vez la encuesta incluyó la escala de depresión de Edimburgo. En los resultados, de las 112 mujeres el 22.36% obtuvo una escala de Edimburgo  $\geq 12$  puntos, lo que representa riesgo de depresión perinatal y entre los principales eventos negativos se encontró ruptura de relación, muerte de familiar, problemas económicos graves, desempleo y problemas graves de pareja.

También en Colombia,<sup>61</sup> en 2019 se quiso determinar los factores de riesgo psicosocial de las mujeres con alto riesgo obstétrico hospitalizadas en una institución de tercer nivel. El diseño fue observacional descriptivo de corte transversal, utilizando también la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo. Se exploraron 12 eventos vitales, ocurridos en los últimos 12 meses de vida, encontrando así que el más frecuente fue una ruptura (28.0%), seguido de la muerte de un familiar o un ser querido (25.6%) y dificultades económicas (22.0%). El 22.36% de las mujeres evaluadas tenían una puntuación >12 en la escala de Edimburgo.

En Cuba,<sup>62</sup> en 2019 se propuso determinar la incidencia y los factores asociados a la aparición de depresión posparto en puérperas residentes de un municipio del país; se realizó un estudio cuantitativo de corte transversal en un universo de 139 puérperas fisiológicas a quienes se les aplicó la Escala de Edimburgo. En los resultados, de un total de 139 puérperas, resultaron con tamizaje positivo para depresión posparto; según la prueba de Edimburgo, el 13.66% y desde el punto de vista clínico sólo el 12.23% del total de pacientes fueron diagnosticadas, por el especialista en psiquiatría, como portadoras de depresión posparto.

En México,<sup>63</sup> una investigación en 2010 buscaba determinar la prevalencia de depresión posparto en mujeres con trece semanas después del parto atendidas en hospitales públicos del país, además determinaron, si alguna característica sociodemográfica, clínica o psicosocial de las mujeres se asocia con depresión. Dicho estudio aplicó una encuesta descriptiva a 178 mujeres en donde se les pidió completar la prueba auto administrada de la versión mexicana validada de la Escala de depresión de Edimburgo. La prevalencia general de depresión posnatal fue de 32.6% (58/178). Las prevalencias de depresión mayor y menor fueron 14.1% (25/178) y 18.5% (33/178), respectivamente.

También en México,<sup>64</sup> en 2017 se plantearon conocer la frecuencia de sintomatología depresiva en mujeres que dan a luz en dos hospitales públicos del noreste de México y los factores psicosociales que se le asocian. Aplicaron el Cuestionario de Depresión Postparto de Edimburgo para medir la sintomatología depresiva y un Cuestionario de Factores Psicosociales diseñado por los

investigadores. En los resultados, el 16% de la muestra presentó sintomatología depresiva. Los factores que se le asociaron fueron estado civil de unión libre, familiar con depresión, tristeza en embarazo, acontecimiento vital estresante en embarazo, consumo de alcohol en embarazo, ansiedad, consumo de alcohol actual, insatisfacción con los cambios corporales, percibir mayor atención de la familia al bebé y haber experimentado tristeza en embarazos anteriores.

De manera similar en México,<sup>65</sup> para el año 2015 un trabajo deseó reportar la prevalencia de síntomas depresivos en la población de mujeres mexicanas con hijos menores de cinco años, de acuerdo con perfiles de riesgo basados en combinaciones discretas de un conjunto de factores sociodemográficos, psicosociales y de carencias específicas. Se realizó una encuesta transversal con muestreo probabilístico, estratificado, por conglomerados, con representatividad nacional, regional, estatal y de los estratos urbanos y rurales. La prevalencia de síntomas depresivos en madres de menores de cinco años fue de 19.91%, lo que indica que, a nivel nacional, más de dos millones de mujeres podrían padecer depresión moderada o grave. Esta cifra se traduce en que más de 4.6 millones de niñas y niños viven con madres con posibilidad de padecer depresión moderada o grave.

A su vez, en 2020 en México<sup>66</sup> otro trabajo propuso determinar la exactitud de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo como prueba diagnóstica y analizar las consecuencias del tamizaje y la probabilidad de depresión después de aplicar la prueba. Fue un estudio transversal que tuvo como muestra 411 mujeres durante el posparto; a quienes se aplicó la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo y a quienes presentaban síntomas depresivos se tamizó con Inventario de Depresión de Beck para determinar la severidad de la depresión. Los hallazgos muestran que la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo obtuvo sensibilidad de 70.4%, especificidad de 72.2%, valor predictivo positivo de 36.9% y valor predictivo negativo de 91.4%, así como un valor del área bajo la curva de 0.729 y  $p = 0.0003$ . En ese sentido la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo tiene una exactitud moderada.

### **3. Material y métodos**

Estrategia de revisión del estado del arte:

En relación con la estrategia para revisar el estado del arte con el tema planteado se utilizaron 4 bases de datos; Medline, Pubmed, CINAHL y Scielo. En Medline, se ocupó la estrategia "Depression, Postpartum"[Majr] AND "Health Status"[Mesh] AND Psychosocial Deprivation, y se encontró 30 artículos. A su vez, en Pubmed se utilizó como estrategia "Depression, Postpartum [MeSH Major Topic]) AND (Health Status)", en esta el resultado arrojó 38 artículos. Por su parte en CINAHL se indagó con la estrategia de "Depression posrpartum AND events", en donde se hallaron 4 artículos. En Scielo se buscó "Depresión posparto OR depresión perinatal" y se encontraron 21 artículos.

Cabe mencionar que en todas las bases anteriormente descritas se utilizó filtro de temporalidad de 5 años y texto completo.

#### **3.1 Tipo de estudio y diseño:**

Estudio descriptivo, correlacional de corte transversal.<sup>67</sup>

#### **3.2 Población y muestra:**

Población:

Mujeres entre 15 a 44 años; gestantes o puérperas, que tengan al menos 4 semanas de haber parido o como máximo un año del parto, residentes de Ciudad de México o Estado de México

Muestra:

40 mujeres en periodo prenatal o posparto de máximo un año, muestreo a conveniencia no probabilístico.



### 3.3 Variables de estudio:

<b>Variable principal</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
Nivel de depresión perinatal	Se refiere a aquella que se encuentra cursando un embarazo o posterior al parto y hasta 12 meses después de él.	Puntaje obtenido según la Escala de Edimburgo
Edad cronológica	Edad real a partir del nacimiento sin importar el nivel de desarrollo. La edad cronológica es una medida del tiempo que una persona ha pasado fuera del útero en interacción con el medio ambiente.	Edad actual de la persona que responde la escala.
Número de gesta	Número real de veces que la mujer ha estado embarazada; contando abortos.	Número de veces que la mujer refiere estar embarazada.
Etapas perinatales	Etapas que la mujer cursa durante un embarazo o puerperio; hasta los 12 meses posteriores al parto.	Ubicación de etapas para el diagnóstico.
Evento psicosocial adverso	Suceso o acontecimiento social que repercute negativamente en la vida de la persona	Acontecimiento social y/o personal que conlleva adversidad a la vida o salud de la mujer perinatal.

### **3.4 Hipótesis:**

Acorde los hallazgos encontrados en estudios sobre depresión perinatal, suponemos que existe una relación entre depresión perinatal y eventos psicosociales adversos recientes.

### **3.5 Criterios de selección:**

#### **3.5.1 Criterios de inclusión:**

- Mujeres gestantes o que han tenido un parto en el último año de vida y residan en la zona metropolitana de México, Ciudad de México y Estado de México.
- Que se encuentren en edad reproductiva.
- Que deseen participar en el estudio.

#### **3.5.2 Criterios de exclusión:**

- Mujeres que no deseen participar en el estudio.
- Mujeres con antecedentes psiquiátricos u otros trastornos mentales ya diagnosticados.
- Mujeres que no llenen en su totalidad y de manera correcta la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo.
- Mujeres que se encuentre en el periodo de posparto inmediato o hasta cuatro semanas de él.

### **3.6 Procedimiento/ Instrumento:**

Con el fin de concretar los objetivos de esta investigación el instrumento de recolección de datos denominado por la investigadora “Escala para identificar presencia de síntomas de depresión perinatal y eventos psicosociales”, está compuesto de cinco secciones; las dos primeras informativas y las siguientes tres interrogativas.

En las dos primeras secciones informativas se enuncia el objetivo de responder el instrumento y los requisitos para el mismo.

Posteriormente en la tercera sección, se solicita los datos personales de la mujer como nombre, edad, lugar de residencia, número de embarazos cursados y fecha de su parto.

En seguida se encuentra la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS), misma que no ha sido modificado y que para su eficiente utilización se explicará cómo está compuesta y cómo se debe utilizar.

La última sección solicita llenar aspectos relacionados a eventos psicosociales que según la literatura facilitan o contribuyen a desarrollar este tipo de depresión y que algunos están relacionados con la pandemia por COVID-19.

La EPDS se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio.

La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste en diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

Según los autores de la escala, los usuarios pueden reproducir la misma sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.

Como criterios para la interpretación del coeficiente de Alfa de Cronbach se consideraron los lineamientos de George y Mallery de 2003.<sup>18</sup> ❖ Coeficiente Alfa > 0.9: Excelente. ❖ Coeficiente Alfa > 0.8: Bueno. ❖ Coeficiente Alfa > 0.7: Aceptable.

❖ Coeficiente Alfa > 0.6: Cuestionable. ❖ Coeficiente Alfa > 0.5: Pobre. ❖ Coeficiente Alfa < 0.5: Inaceptable.

### 3.7 Confiabilidad:

**Alfa de Cronbach en el instrumento de esta investigación (Prueba de consistencia interna)**

#### **Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
.905	10

Instrumento de recolección ver anexo 1.

### **3.8 Consideraciones ético-legales:**

Para esta investigación se revisó el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud,<sup>68</sup> específicamente en la clasificación de los riesgos se encontró sin riesgo alguno para esta investigación. Hablando del consentimiento informado, de la misma ley se aplica para este trabajo el artículo 14, inciso V, donde se manifiesta que “el mismo deberá ser firmado de forma voluntaria por cada una de las participantes”.

Así mismo, basado en la declaración de Helsinki en la que la asociación Médica Mundial (AMM)<sup>69</sup> ha promulgado la declaración como una propuesta de principios éticos para esta investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información donde se expresa que los investigadores debemos proteger la dignidad, integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de los participantes de una investigación.

Acerca del consentimiento informado, se consultó el Código de ética de las enfermeras y enfermeros en México,<sup>70</sup> específicamente el Capítulo III “De los deberes de las enfermeras como profesionistas”, en su artículo décimo primero que habla de “asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo”.

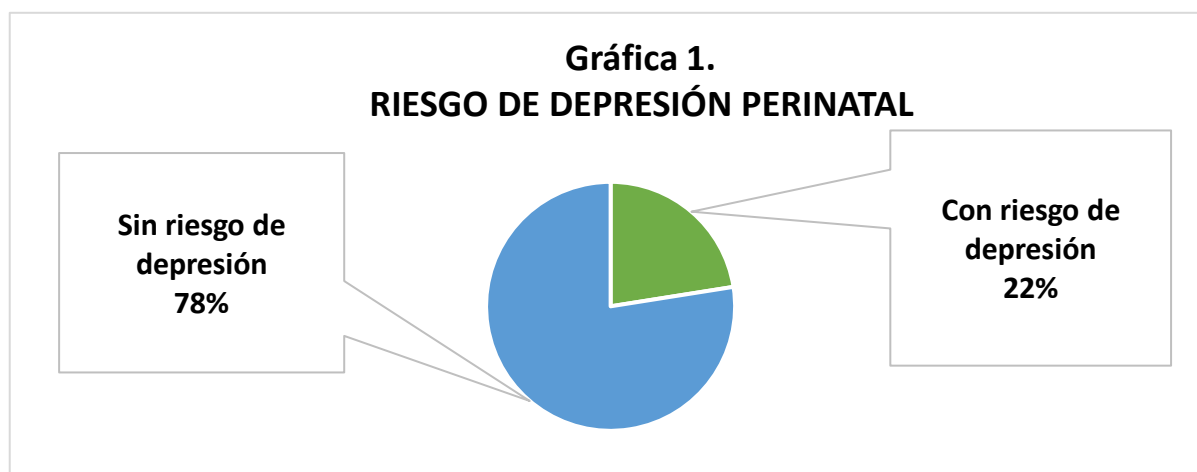
## 4. Resultados

La muestra estudiada se conformó de 40 participantes de entre 18 y 36 años de edad con una media de 26.10 años. Las características sociodemográficas que presentaron es que la mayoría se encontraba casada o en unión libre, principalmente provenientes de la Ciudad de México y poco más de la mitad de la población cuenta con estudios de educación media superior (*tabla 1.*)

**Tabla 1.**  
**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

	Fr (n=40)	%
<b>Estado civil</b>		
Soltera	9	22.5
Unión libre	19	<b>47.5</b>
Casada	12	30
<b>Etapas perinatales</b>		
Embarazo	20	50
Posparto	20	50
<b>Lugar de residencia</b>		
Ciudad de México	32	<b>80</b>
Estado de México	8	20
<b>Escolaridad</b>		
Secundaria	7	17.5
Media superior	21	<b>52.5</b>
Superior	12	30
<b>Edad</b>		
18 a 26	23	<b>57.5</b>
27 a 36	17	42.5

Respecto a la distribución del riesgo de depresión perinatal en las participantes en la **Gráfica 1** se observa que la mayoría de ellas 31, (78%) no tienen riesgo de depresión, mientras que el 22% si tiene.



En relación con la presencia de eventos psicosociales adversos vividos en el último año transcurrido, las dificultades económicas, los problemas severos y la muerte de un familiar fueron los más prevalentes, destacando en contraparte que problemas legales, accidente, violencia o cambio de religión no reportaron alguna prevalencia. Cabe mencionar que las prevalencias mostradas no son sumativas (**Tabla 2**)

**Tabla 2.**  
**PRESENCIA DE EVENTOS PSICOSOCIALES ADVERSOS**

<b>Eventos psicosociales</b>	<b>Casos</b>
Dificultades económicas	<b>52.5%</b>
Problemas severos (Salud, trabajo o laborales)	<b>50%</b>
Muerte de un familiar o ser querido	<b>45%</b>
Ruptura significativa (Interpersonal)	35%
Riesgo de afectación del estado de salud	30%
Desempleo	25%



Cambio de trabajo	22.5%
Diagnóstico de una enfermedad	12.5%
Robo o pérdida de objetos valiosos	5.5%
Problemas legales	0%
Accidente	0%
Víctima de violencia	0%
Cambio de religión	0%

En cuanto al número de eventos psicosociales adversos se identificó que la mayor parte (30%) ha vivido al menos tres de ellos y en contraste muy pocas mujeres no hay experimentado al menos un evento psicosocial (2.5%). (**Tabla 3**)

**Tabla 3.**  
**NÚMERO DE EVENTOS PSICOSOCIALES ADVERSOS**

	Fr (n=40)	%
Sin eventos	1	2.5
Un evento	10	25.0
Dos eventos	8	20.0
Tres eventos	12	<b>30.0</b>
Cuatro eventos	3	7.5
Cinco eventos	3	7.5
Seis eventos	1	2.5
Ocho eventos	2	5.0

Respecto al promedio obtenido por las mujeres en la escala de Edimburgo según sus características sociodemográficas, se presentó una media más elevada en aquellas mujeres solteras, quienes cursaban el posparto, residían en la Ciudad de México y contaban con preparatoria. (**Tabla 4**)

**Tabla 4.**  
**PROMEDIO OBTENIDO EN LA ESCALA DE EDIMBURGO**

	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
<b>Estado civil</b>		
Soltera	<b>9.22</b>	7.37
Unión libre	5.58	5.41
Casada	6.67	4.27
<b>Etapas perinatales</b>		
Embarazo	5.55	1.29
Posparto	<b>7.90</b>	1.20
<b>Lugar de residencia</b>		
Ciudad de México	<b>7.06</b>	5.88
Estado de México	5.38	4.68
<b>Escolaridad</b>		
Secundaria	6.00	4.58
Media superior	<b>7.86</b>	6.75
Superior	5.17	3.66
<b>Edad</b>		
18 a 26 *	<b>8.87</b>	5.78
27 a 36	3.82	4.03

En cuanto a la presencia de síntomas de DP, también en la **tabla 4** los datos muestran que las mujeres que conforman el grupo de menor edad (18 a 26 años) presentaron un mayor número de síntomas, comparado con las de mayor edad (27 a 36 años). \*Prueba t de Student= 3.080 Sig. = 0.004.

Acerca de la relación que existe entre el promedio del número de eventos psicosociales adversos y los datos sociodemográficos, se puede observar que las mujeres casadas, en periodo de posparto, las que vivían en la Ciudad de México y que contaban con secundaria, experimentaron mayor número de eventos psicosociales adversos. (**Tabla 5**)

**Tabla 5.**  
**PROMEDIO DE EVENTOS PSICOSOCIALES DE**  
**ACUERDO CON DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
<b>Estado civil</b>		
Soltera	3.00	1.32
Unión libre	2.00	1.24
Casada <sup>a</sup>	<b>3.83</b>	2.36
<b>Etapa perinatal</b>		
Embarazo	2.75	2.02
Posparto	<b>2.80</b>	1.64
<b>Lugar de residencia</b>		
Ciudad de México	<b>2.84</b>	1.93
Estado de México	2.50	1.30
<b>Escolaridad</b>		
Secundaria	<b>3.28</b>	2.49
Media superior	2.52	1.40
Superior	2.91	2.10
<b>Edad</b>		
18 a 26 <sup>b</sup>	<b>3.26</b>	1.98
27 a 36	2.11	1.36

También así, en la **tabla 5** se observa que tras determinar la homogeneidad de las varianzas con un valor de test de Levene de  $p= 0.54$  se observaron diferencias estadísticamente significativas a partir de la prueba de ANOVA (Análisis de la varianza) Sig. = 0.018 y tras el contraste post hoc con la prueba de Bonferroni (Bf.) Sig. 0.016 como se detalla a continuación:

a= El promedio del puntaje del número de eventos psicosociales de las mujeres casadas (3.83) es superior al de las mujeres en unión libre (2.00).

b= Se observa una diferencia estadísticamente significativa entre la media del número de eventos psicosociales entre las participantes de 18 a 26 años y las que tienen de 27 a 36 años. Prueba t de Student= 2.044 Sig. = 0.048. Lo anterior supone que las mujeres que tienen menos edad (18 a 26 años) experimentaron mayor número de eventos psicosociales adversos.

Por otra parte, en la **tabla 6** se observa una diferencia estadísticamente significativa en el promedio del puntaje de la escala de Edimburgo entre las participantes que han vivido hasta un evento psicosocial en el último año, frente a las que vivieron de 2 o más eventos en el mismo periodo de tiempo. Lo anterior, representa que el haber experimentado un mayor número de eventos psicosociales incrementa los síntomas de DP. Prueba t de Student= 2.161 Sig. = 0.037

**Tabla 6.**  
**PROMEDIO EN ESCALA DE EDIMBURGO CONFORME**  
**NÚMERO DE EVENTOS PSICOSOCIALES ADVERSOS**

	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
0 a 1 eventos	3.73	4.88
2 a 8 eventos	<b>7.86</b>	5.57

Respecto a las asociaciones mostradas en la **tabla 7**, se observa una correlación inversamente proporcional, estadísticamente significativa de intensidad moderada entre la edad de las participantes y el puntaje de la escala de Edimburgo. (\*=r -0.393, sig. 0.012) Y por otro lado, se observa una asociación directamente proporcional, estadísticamente significativa de intensidad moderada entre el número de eventos psicosociales que han vivido las participantes en el último año y el puntaje de la escala de Edimburgo. (\*\*= r 0.438, sig. 0.005)

**Tabla 7.**  
**ASOCIACIONES ENTRE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS,**  
**PUNTAJE DE EDIMBURGO Y EVENTOS PSICOSOCIALES**

	Edad	Escolaridad	Puntaje Edimburgo	Numero de eventos psicosociales
<b>Edad</b>				
Correlación	1	0.244	<b>-0.393*</b>	-0.116
Sig.	-	0.129	<b>0.012</b>	0.476
<b>Escolaridad</b>				
Correlación		1	-0.079	-0.036
Sig.		-	0.629	0.826
<b>Puntaje Edimburgo</b>				
Correlación			1	<b>0.438**</b>
Sig.			-	<b>0.005</b>
<b>Numero de eventos psicosociales</b>				
Correlación				1
Sig.				-

Sobre el riesgo de presentar DP, en la **tabla 8** se presentan los valores de razón de momios que asocian a las variables sociodemográficas con el riesgo de depresión perinatal. Se destaca que en el caso de las mujeres con edad de entre 18 y 26 años, se encuentran 8,53 veces más en riesgo de desarrollar depresión perinatal que las mujeres de 27 a 36 años, lo cual es estadísticamente significativo. (\*RM= 8.53, IC 0.95 – 76.62, sig. 0.03)

Tabla 8.

**RIESGO DE DEPRESIÓN PERINATAL Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

<b>Riesgo de depresión perinatal</b>	<b>RM</b>	<b>IC</b>	<b>Sig.</b>
<b>Mujeres con edad de entre 18 y 26 años</b>	<b>8.53</b>	<b>0.95 – 76.62</b>	<b>0.030 *</b>
Mujeres en el embarazo	4.84	0.86 – 27.20	0.580
Mujeres que han vivido 2 a 8 eventos psicosociales	1.43	0.24 – 8.25	0.687
Mujeres que viven en el estado de México	1.19	0.19 – 7.24	0.850
Mujeres con educación básica	0.521	0.054 – 5.00	0.567
Mujeres casadas	1.22	0.25 – 5.98	0.804

## 5. Discusión y conclusiones

### 5.1 Discusión

La DP ha sido estudiada, aunque recientemente no existe mucha información al respecto; sobre todo en México. La mayoría de los estudios habla de depresión posparto exclusivamente.

En relación a los estudios similares y recientes encontrados se ha detectado una prevalencia del 50.3% de mujeres que tenían síntomas de esta depresión en el estudio de Umuziga et al,<sup>53</sup> en 2020, situación que contrasta con la investigación de Raghavan et al,<sup>55</sup> en 2021, quien informó una prevalencia de 22.9%, cifra similar a la reportada por Gavira S, et al<sup>60</sup> en 2019, quien encontró que 22,36% de las mujeres evaluadas obtuvo una escala de Edimburgo  $\geq 12$  puntos, lo que representó riesgo de depresión perinatal, cifra similar a la del presente trabajo, que reporta una prevalencia del 22%.

Respecto a algunas variables sociodemográficas, específicamente el grado académico con que presentaban las mujeres participantes en este estudio, la mayoría contaba con preparatoria o medio superior (52.5%), cifra que contrasta con la del estudio de Zejnullahu et al<sup>54</sup> en Pritsnia, quien identificó que de las mujeres de su estudio con síntomas de DP tenían estudios de secundaria, y las demás mujeres tenían estudios de primaria y universidad (10.9% y 33.6% respectivamente), lo anterior se contrapone a lo encontrado por Umuziga et al,<sup>53</sup> quien en su trabajo desarrollado en Ruanda solo el 10.9% refirió estudios de secundaria, y en su mayor parte de la muestra se halló que el 60.6% contó con primaria.

Respecto a la edad de las participantes, en el estudio de Zejnullahu et al,<sup>54</sup> aunque su estudio habla específicamente de depresión posparto, la mayoría de su muestra (59.11%) presentó al menos de 25 años, similar a lo encontrado en este estudio donde la mayor parte de la muestra (57.5%) tenía 26 años o menos y situación que

contraste con el trabajo de Umuziga et al,<sup>53</sup> que, aunque dividieron a su muestra en varios rangos, la mayoría (66.7%) tenían al menos 25 años.

Con relación a los eventos psicosociales experimentados en este estudio, el número de eventos más prevalente experimentado fue que el 30% de la muestra ha presenciado 3 de los eventos estudiados, siendo así las dificultades económicas, problemas severos (laborales o de salud) y la muerte de un familiar o ser querido los más prevalentes, con el 52.5%, 50% y 45% respectivamente.

La situación anterior coincide con dos estudios, uno en el aspecto económico en el estudio de Raghavan<sup>55</sup> et al, quienes identificaron deficientes condiciones socioeconómicas o deudas, falta de apoyo y maltrato por parte de la familia de la pareja (42.5%, 38.5% y 37% respectivamente). Lo que nos hace suponer que el elemento económico juega un papel importante ante la presencia de DP.

Por su parte, se destaca la pérdida de un familiar, en el reporte de Umuziga et al,<sup>53</sup> donde el 58,2% habían experimentado al menos un evento de vida altamente estresante, de los cuales (65%) la mayoría de los encuestados había perdido al menos a un familiar inmediato, aunque se desconocía el motivo de esta pérdida (es decir, enfermedad, accidente o violencia) y algunos de los participantes (46%) informaron que sus esposos/parejas estaban desempleados.

Respecto al presente estudio y la asociación entre los síntomas de depresión con los eventos psicosociales experimentados esta, los hallazgos son coincidentes con otras investigaciones respecto a dificultades económicas, problemas severos, problemas de pareja, muerte de un ser querido, etc. y se identificó una asociación directamente proporcional, entre el número de eventos psicosociales que han vivido las participantes en el último año y el puntaje de la escala de Edimburgo (RM 0.438,  $p=0.005$ ). Por su parte también hubo una asociación inversamente proporcional entre la edad de las participantes y el puntaje de la escala de Edimburgo (RM -0.393,  $p=0.012$ ).

En otros estudios como el de Umuziga et al,<sup>53</sup> encontró que los participantes que reportaron una buena relación conyugal (Odds Ratio: 0,09, IC = 0,03–0,25) tenían



menos probabilidades de tener síntomas depresivos elevados y también las que tenían su primer hijo reportaron menos probabilidades de tener síntomas depresivos en comparación con las que tenían 4 o más (odds ratio: 0,07, IC = 0,01–0,42).

A su vez, en el estudio de Raghavan et al,<sup>55</sup> las probabilidades de depresión perinatal fueron 4.62 veces mayores entre las mujeres que sufrieron malos tratos por parte de la familia política, en comparación con las que no ( $p= 0.001$ ), 2.47 veces mayor entre mujeres con deficientes condiciones socioeconómicas ( $p = 0.003$ ) y 7.14 veces mayor cuando la enfermedad física estaba presente ( $p= 0.001$ ). Este último elemento es esencial considerarlo antes de que las mujeres decidan embarazarse, debido al impacto que puede tener en la salud reproductiva.

También Gavira et al,<sup>60</sup> identificaron que la ruptura de la relación de pareja se asoció con un riesgo de sufrir síntomas perinatales 5 veces mayor (OR = 6,26); los problemas económicos graves, un riesgo 5 veces mayor (OR = 6,61), y la muerte de un familiar, 2 veces mayor (OR = 3,79). Lo anterior nos sitúa en la importancia de los elementos sociales como determinantes de la DP, situación que debe ser considerada en la atención prenatal y de planificación familiar.

## 5.2 Conclusiones

Consideramos que uno de los principales aportes de esta investigación fue presentar un estimado de la prevalencia de este padecimiento en una muestra de la población mexicana en las condiciones contextuales actuales, pues si bien previamente se han realizado estudios similares, la mayoría se centra únicamente en depresión posparto y no la perinatal.

En relación con el objetivo de la investigación, se puede decir que este se cumplió al lograr identificar la relación entre la presencia de síntomas de depresión perinatal y eventos psicosociales recientes en mujeres residentes de la zona metropolitana de México, sin embargo, se considera que existieron limitantes debido al entorno pandémico y la muestra pequeña, por lo que se sugiere tomar esto en consideración para estudios posteriores.

Respecto a la hipótesis planteada al inicio del estudio podemos decir que esta se comprobó al realizar el análisis de los datos pues acorde a los hallazgos encontrados en el estudio, existió una relación entre depresión perinatal y eventos psicosociales recientes.

Si bien, el riesgo de depresión puede presentarse durante el embarazo, pero también puede aparecer en cualquier momento después del parto. Lamentablemente, podemos decir que las mujeres que viven en países de ingresos bajos y medianos a menudo tienen la carga adicional de factores contextuales sociales, como altos niveles de desempleo, inseguridad alimentaria y exposición a la violencia, que pueden exacerbar los síntomas depresivos o agudizar sus consecuencias.

Otro punto del estudio que también llama la atención e invita conscientemente a la reflexión de todos los lectores es la violencia y específicamente la violencia de género, misma que actualmente se le ha dado relevancia por la implicación que tiene y que sin duda tiene que ser investigada.

Evidencia de lo antes mencionado son los datos oficiales y extraoficiales de feminicidios y violencia de género, entre otros, que nos invitan a profundizar en el tema y los hallazgos de este estudio son muestra de ello, ya que participantes de este estudio no mostraron datos relacionados con este tema. Por ende, llama la atención debido a que contrasta con los datos que a diario leemos o escuchamos en redes, noticieros, radio o cualquier otro medio de comunicación y nos deja la duda con respecto a si en verdad ninguna de las mujeres encuestadas no ha vivido algún tipo de violencia en el último año de vida, o no quieren informarlo por razones vinculadas al miedo o vergüenza, o a otros factores.

Finalmente hacemos hincapié en que fuera del embarazo, la población en general a menudo cuenta con servicios de salud limitada; incluida la diversidad de áreas de oportunidad de salud mental, que en condiciones como las actuales del contexto pandémico pueden agravar la condición de salud. Por lo tanto, se destaca aún más la importancia de comprender las trayectorias de los síntomas depresivos y trabajar para que los profesionales brindemos atención integral que permita prevenir o en su caso diagnosticar y tratar oportunamente la depresión perinatal, además se hace el llamado a mirar e intervenir en el diseño e implementación de políticas públicas y de salud a fin de generar cambios al respecto y disminuir los altos costos de atención por esta causa.

### 5.2.1 Limitantes

Acerca de este estudio, es importante hacer mención y se reconoce que un aspecto que ha causado limitantes para esta investigación, es que no se abordó una muestra representativa, lo que limitó el uso de estadística inferencial; es el hecho de explorar variables sociodemográficas limitadas, lo que repercutió en algunas de ellas y menor especificación en ciertas asociaciones, por lo tanto se recomienda no pasar por alto para estudios posteriores, aspectos como el número de gestas, el empleo, el sueldo mensual (familiar), el tipo de vivienda, etc. entre otros.

Así mismo se recomienda considerar en este tipo de investigaciones los aspectos relacionados con la salud física y mental de la pareja de las mujeres estudiadas, ya que en la literatura existe escasa información al respecto aunque se ha identificado que este tema llega a jugar un papel importante en materia de salud mental de las mujeres en etapa perinatal, pudiendo favorecer su aparición o hasta agravarla, además de que no se debe minimizar la posibilidad sobre la existencia de depresión perinatal paterna que muchas veces pasa totalmente desapercibida aunque lamentablemente sea posible.

También así se considera importante considerar el rol del género que estos tiempos ocupa la mujer; incluida aquella en etapa perinatal, ya que en nuestros días sigue siendo muchas veces, ama de casa, hija de familia, esposa, etc. pero también se enfrenta a esa lucha por la equidad de género en donde se enfrenta a roles como líder de grupos de trabajo, cargos públicos, a jornadas largas de trabajo o participación en toma de decisiones sociales y laborales, en donde en comparación de años anteriores no había tanta participación y esto también podría generar una sobre carga de trabajo o estrés por la diversidad de roles y tareas que sin duda podrían también evidenciar otro tipo de causantes en el desarrollo de depresión o algún otro tipo de alteración psicoemocional.

### **5.3 Recomendaciones disciplinares**

Al respecto de los hallazgos del estudio y la información de investigaciones parecidas, el actual conocimiento de la autora principal recomienda a todo el profesional de enfermería seguir fomentando, previniendo, detectando oportunamente y tratando la salud mental; incluida la depresión perinatal, y se hace énfasis en que para brindar las intervenciones anteriormente mencionadas debemos contar con la capacidad y habilidad para abordar el tema, por tanto se sugiere la actualización profesional y profundización constante en el tema.

Se sugiere a las autoridades educativas la revisión y actualización constante de los planes de estudio académicos donde se aborden asignaturas relacionadas con la salud mental y psiquiátrica, apropiadas para los distintos grados académicos.

Se invita a las autoridades correspondientes en materia política a enfatizar en estos temas, recordando y evidenciando que posterior a dos años del inicio de la pandemia por la COVID-19, la psicosis social se ha desencadenado más y evidencia de ello, las guerras entre países, la violencia de género, los hechos de violencia recientes en un recinto de fútbol, entre otros y por tanto se invita a las mismas autoridades a generar o promover recursos financieros y públicos en materia de salud mental.

A su vez se recalca la importancia de enfatizar a la sociedad los beneficios e imprescindibilidad de mantener un tiempo y espacio para la recreación, que, si bien se ha visto limitada por el distanciamiento social, es necesario para mejorar y preservar nuestra salud mental y así mismo las condiciones de vida.

Se recomienda a todos los profesionales de salud; incluido el profesional de enfermería, generar, formarse y divulgar programas educativos y materiales audiovisuales que nos hablen en materia de salud mental haciendo uso y a su vez aprovechar la infinidad y gama de medios de comunicación disponibles actualmente; como por ejemplo la diversidad de redes sociales, las consultas telefónicas o por video llamadas, etc. y con ello poder informar, prevenir, detectar o

atender a cualquier persona, sin importar, su condición de salud, su nivel educativo, trabajo, grupo etario, lugar de residencia, entre otros que muchas ocasiones causan limitantes en la atención.

## 6. Referencias bibliográficas

1. Fariña E. La salud mental, la gran olvidada en los sistemas de vigilancia de salud pública. El médico interactivo. 2019
2. Zhuzhingo C, et al. Tamizaje para depresión postparto aplicado a la población puérpera del primer nivel de atención en salud. Revista Psicología UNEMI. 2018; 2(3); 21-8.
3. Carreño GS, Medina MM. Panorama epidemiológico de los trastornos mentales, su impacto entre el balance trabajo familia [Ponencia]. 2018. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".
4. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales, 2020.
5. Rafful C, Medina M, Borges G, Benjet C, Orozco R. Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. J Affect Disord. 2012;138(1-2):165-9
6. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina M. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Publica Mex 2013; 55:74-80.
7. Organización Mundial de la Salud. Salud de la Mujer. Sep 2018; <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>.
8. Carreño GS, Medina MM. Panorama epidemiológico de los trastornos mentales, su impacto entre el balance trabajo familia. 2018.
9. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales. Junio 2020;
10. Nurbaetia I, Deoisresb W, Hengudomsu P. Association between psychosocial factors and postpartum depression in South Jakarta, Indonesia. Sexual & Reproductive Healthcare. 2019; 20: 72–6
11. Alvarado EC, et al. Prevalencia de depresión postnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango. Gac Med Mex. 2010; 146 (1): 1–9.
12. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción de salud mental 2013 -2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [https://www-who-int.pbidi.unam.mx:2443/mental\\_health/publications/action\\_plan/en/](https://www-who-int.pbidi.unam.mx:2443/mental_health/publications/action_plan/en/) . 2013
13. Moctezuma D, Narro J, Orozco L. La mujer en México: inequidad, pobreza y violencia. Revista mexicana de ciencias políticas y sociales, 59(220), 117-146.

14. Krauskopfab V, Valenzuela P. Perinatal depression: a review on diagnosis and treatment strategies. *Revista Médica Clínica - Las Condes*. 2020; 31(2):139-49.
15. Gaviria SL., Duque M, Vergel J, Restrepo D. Síntomas depresivos perinatales: prevalência y factores psicosociales asociados. *Rev. Colomb. Psiquiatr.* 2019; 48(3): 166-73.
16. O'Hara M, Swain A. Rate and Risks of postpartum depression: A meta - analysis. *International Rev Psychiat.* 1996 (8) :37-54.
17. Shields M, et al. Symptoms of major depressive disorder during the COVID-19 pandemic: results from a representative sample of the Canadian population. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2021 Nov 10;41(11):340-358.
18. Chávez B, et al. Enfermería Psiquiátrica: Un pilar en la salud mental. 2018; 15(65)
19. Sharon Dekel, PhD. Exploring the Mental Health Impact of COVID-19 on New Mothers, & the Mass. General Research Institute Blog; 16 Abril de 2020.
20. Poblete T, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm.* 2017;20(4):499-03.
21. Guimarães J. et al. Enfermedad mental en mujeres embarazadas. *Enfermería Global*.2019; 53(1).
22. Steen M, Amorim A. Salud mental y bienestar materno. *Acta Paul Enferm.* 2019;32 (4), 11-14.
23. Caparros R, Romero G, Peralta M. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:97
24. National Institute of Mental Health. Depresión perinatal. Publicación de NIH Núm. 20-MH-8116
25. Marín D, et al. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *NURE Investigación.* 2010; 1(37): 229-35.
26. Navarrete E, Lara M<sup>a</sup>, Navarro C, Gómez E, Morales F. Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el postparto. *Revista de Investigación Clínica.* 2012; 64 (6): 625-33.
27. Alemany M, Velasco J. Aspectos emocionales que rodean el nacimiento. Estado de la cuestión. *Matronas Profesión.* 2015; 6 (4): 23-7
28. Alba Romero C, Olza Fernández I, Aler Gay I. Maternidad y salud: ciencia, conciencia y experiencia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.



29. Carro T, et al. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Medicina General*. 2010; 452- 456.
30. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev. méd. Chile*. 2015; 143(7): 887-894.
31. Guimarães J. et al. Enfermedad mental en mujeres embarazadas. *Enfermería Global*. 2019; 53(1).
32. Marín D, et al. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *NURE Investigación*. 2010; 1(37): 229-35.
33. Navarrete E, Lara M<sup>a</sup>, Navarro C, Gómez E, Morales F. Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el postparto. *Revista de Investigación Clínica*. 2012; 64 (6): 625-33.
34. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detección de depresión posparto. Desarrollo de la escala de depresión posparto de Edimburgo de 10 ítems. *Br J Psiquiatría*. 1987; 150: 782–6.
35. O'Hara, MW, Wisner, KL. Enfermedad mental perinatal: definición, descripción y etiología. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014; 28(1): 3-12.
36. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
37. Medina S. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis y la tristeza postparto. *Perinatol Reprod Hum*. 2013; 27 (3): 185-93.
38. Stewart DE and Vigod S. Postpartum Depression. *N Engl J Med*. 2016; 375(22): 2177-86.
39. Abdollahi F, et al. Predictors and incidence of postpartum depression: A longitudinal cohort study. *J. Obstet. Gynaecol. Res*. 2014; 40(12): 2191–200
40. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol*. 2019; 1 (52):165-80
41. Kim S, Soeken TA, Cromer SJ, Martinez SR, Hardy LR, Strathearn L. Oxytocin and postpartum depression: delivering on what's known and what's not. *Brain Res*. 2014; 1580: 219-32.

42. Consejo de Salubridad General. Guía de Práctica Clínica: Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención. México: Secretaría de Salud; 08/Julio/2014.
43. Nunton J, Alvarado V, Pérez A. Psychological impact of the covid-19 pandemic, in the pregnancy of a level iii-2 health establishment, Lima-2020. *Ágora Rev Cient.* 2020; 07(02):94-100.
44. Jadresic M. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Rev. Med. Clin. CONDES.* 2014; 25(6) 1019-1028
45. Flynn HA, O'Mahen HA, Massey L, et al. The impact of a brief obstetrics clinic-based intervention on treatment use for perinatal depression. *J Womens Health (Larchmt)* 2006; 15: 1195-204.
46. Alam K, MdH R. Mujeres en desastres naturales: un estudio de caso de la región costera sur de Bangladesh. *Int J Reducción del riesgo de desastres.* 2014; 8: 68–82.
47. Cosma S, Borella F, Carosso A, Sciarrone A, Cusato J, Corcione S, et al. La "cicatriz" de una pandemia: incidencia acumulada de COVID-19 durante el primer trimestre del embarazo. *J Med Virol.* 2020: 10.1002 / jmv.26267.
48. García C, Lou A. Trastornos afectivos y género. *Claves en Salud Mental.* 2006;6 :1-6.
49. Vázquez A. Depresión. Diferencias de género. *Multimed.* 2013; 17(3): 1-21
50. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? *An Fac med.* 2011; 70(2): 115-8.
51. Martel J. Una reflexión en torno a las políticas sociales de salud mental en México. *Iberofórum.* 2016; 22(1): 117-49
52. Cibanal Juan Manuel Luis. A propósito de la especialidad en Enfermería en Salud Mental. *Rev. esp. sanid. penit.* 2017; 9(2): 34-37.
53. Umuziga, M.P., Adejumo, O. & Hynie, M. A cross-sectional study of the prevalence and factors associated with symptoms of perinatal depression and anxiety in Rwanda. *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 68 (2020).
54. Zejnullahu V, Ukella D, Zejnullahu V, Miftaria E, Govori V. Prevalence of postpartum depression at the clinic for obstetrics and gynecology in Kosovo

- teaching hospital: Demographic, obstetric and psychosocial risk factors. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2021; (256): 215-20
55. Raghavan V, et al. Prevalence and risk factors of perinatal depression among women in rural Bihar: A community-based cross-sectional study. *Asian Journal of Psychiatry*. 2021; (56) 102552
56. Nurbaetia I, Deoisresb W, Hengudomsb P. Association between psychosocial factors and postpartum depression in South Jakarta, Indonesia. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2019; 20: 72–6
57. Poles M, Carvalheira A, Carvalhaes M, Parada C. Sintomas depressivos maternos no puerperio imediato: fatores associados. *Acta Paul. Enferm*. 2018; 31(4): 351-8
58. Arrais A, Araujo T, Schiavo R. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2018; 38(4): 711-29.
59. Zhuzhingo C, et al. Tamizaje para depresión postparto aplicado a la población puérpera del primer nivel de atención en salud. *Revista Psicología UNEMI*. 2018; 2(3); 21-8.
60. Gaviria SL., Duque M, Vergel J, Restrepo D. Síntomas depresivos perinatales: prevalência y factores psicosociales asociados. *Rev. Colomb. Psiquiatr*. 2019; 48(3): 166-73.
61. Vergel J, et al. Gestation-related psychosocial factors in women from Medellin, Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiatr*. 2019; 48 (1): 26-34.
62. González GA, et al. Factores asociados a depresión posparto. *AMC*. 2019; 23(6): 770-9.
63. Alvarado EC, et al. Prevalencia de depresión postnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango. *Gac Med Mex*. 2010; 146 (1): 1–9.
64. Romero R, et al. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*. 2017; 82 (2): 152-62

65. Castro F, Place JM, Villalobos A, Allen LB. Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. Salud Pública Méx. 2015; 57 (2): 144-54.
66. Macías C, Lima G, Asbun J. Diagnostic accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale: consequences of screening in Mexican women. Gaceta Médica de México. 2020;156: 201-7.
67. Hernandez Sampieri R. Metodología de la investigación. McGraw-Hill Companies; 2014.
68. Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la ley general de salud en materia de sanidad internacional. 18 de febrero de 1985 (Vigente a 2022)
69. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 7<sup>ma</sup> edición, Brasil, 2013.
70. Comisión interinstitucional de enfermería. Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. 2021

## 7. Anexos

### **ANEXO 1. Escala para identificar nivel de depresión perinatal asociado a la pandemia de COVID-19.**

Consentimiento informado:

La presente investigación tiene como objetivo conocer la relación que existe entre la presencia de eventos psicosociales recientes y la aparición de síntomas de depresión en mujeres en periodo perinatal, residentes de la zona metropolitana de México.

Es por ello por lo que le solicitamos responder a una serie de preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y anónimas, y sólo serán utilizadas con fines estadísticos.

Su participación es voluntaria y no tiene riesgos identificados. La información que nos brinde resultará en beneficio suyo y de las mujeres en etapa perinatal, por lo que pedimos conteste con honestidad.

Si acepta participar y está preparada para comenzar, continúe en el formulario.

En caso de requerir atención psicológica o médica puede contactar a la investigadora principal o ingresar a la página:

<https://bit.ly/3vxWfVi>

De antemano, ¡Gracias!

Datos de la investigadora principal:

LE. Andrea Alejandra Campos Dávila

Andrea.campos.davila@gmail.com



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**



**AVISO DE PRIVACIDAD DE DATOS**

**TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:**

Relación entre presencia de síntomas de depresión perinatal y eventos psicosociales recientes en mujeres residentes de la zona metropolitana de México.

**Responsable:** Licenciada en Enfermería: Campos Dávila Andrea Alejandra

Antes de aceptar la participación en este proyecto de investigación es importante que esté usted enterado en qué consistirá su participación y que ésta es totalmente voluntaria.

**Participarán en el proyecto de investigación:**

Mujeres puérperas que tengan entre 15 a 44 años y al menos 4 semanas de haber parido, residentes de Ciudad de México o Estado de México y hayan sido atendidas en un hospital público o privado durante la época de la pandemia por COVID 19.

**El propósito de este proyecto de investigación es:**

Identificar sintomatología relacionada con la depresión en mujeres en periodo perinatal y la asociación con la presencia de eventos psicosociales recientes en México para planificar intervenciones oportunas del padecimiento y así evitar o atenuar sus consecuencias más graves, y a la par, permitir el actuar capacitado que puede tener el profesional de enfermería en este tipo de temáticas sanitarias.

**La participación de la persona en estudio consistirá en:**

Llenar con sus datos y responder un instrumento sobre depresión posparto.

**Los beneficios que obtendrá por participar en el estudio serán:**

Obtendrán información veraz, científica y actualizada sobre este padecimiento y sus consecuencias.

Atención psicológica o de salud en caso de ser requerida.

**Confidencialidad de los datos:** Solo se utilizarán datos como edad, género, grupo, grado y nombre de la institución.

**Antes de firmar este documento:** El participante en el estudio debe estar de acuerdo en participar en el proyecto de investigación, se le deben de haber contestado todas sus preguntas con claridad y debe saber que puede retirarse del estudio en cualquier momento si así lo desea.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del investigador principal: \_\_\_\_\_ **Andrea Alejandra Campos Dávila** \_\_\_\_\_

No. Cédula profesional: \_\_\_\_\_ **11589910** \_\_\_\_\_

Datos de contacto del investigador:

LE: Campos Dávila Andrea Alejandra

Correo: andrea.campos.davila@gmail.com

## DATOS PERSONALES:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección (Colonia y alcaldía): \_\_\_\_\_

Edad (cifra de dos números): \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltera \_\_ Unión libre \_\_ Casada \_\_ Otro \_\_

Máximo grado de estudios: Primaria \_\_ Secundaria \_\_ Medio superior \_\_ Superior o más \_\_

Número de semanas de embarazo (si fuera el caso): \_\_\_\_\_

## ESCALA DE EDIMBURGO

Favor de elegir en cada pregunta la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.

- |   |   |
|---|---|
| 1. Ha sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:<br>Tanto como siempre<br>No tanto ahora<br>Mucho menos<br>No, no he podido             | 4. Ha estado ansiosa y preocupada sin motivo<br>No, para nada<br>Casi nada<br>Si, a veces<br>Si, siempre          |
| 2. Ha mirado el futuro con placer<br>Tanto como siempre<br>Algo menos de lo que solía hacer<br>Definitivamente menos<br>No, nada                  | 5. Ha sentido miedo y pánico sin motivo alguno<br>Si, bastante<br>Si, a veces<br>No, no mucho<br>No, nada         |
| 3. Se ha culpado sin necesidad cuando las cosas no salen bien<br>Si, la mayoría de las veces<br>Si, algunas veces<br>No muy a menudo<br>No, nunca | 6. Las cosas le oprimen o agobian<br>Si, la mayor parte de las veces<br>Si, a veces<br>No, casi nunca<br>No, nada |
|   | 7. Se ha sentido tan infeliz que ha tenido dificultad para dormir   |



- Si, la mayoría de las veces  
Si, a veces  
No muy a menudo  
No, nada
8. Se ha sentido triste y desgraciada  
Si, casi siempre  
Si, bastante a menudo  
No muy a menudo  
No, nada
9. Ha sido tan infeliz que ha estado llorando  
Si, casi siempre  
Si, bastante a menudo  
Solo en ocasiones  
No, nunca
10. Ha pensado en hacerse daño a sí misma  
Si, bastante a menudo  
A veces  
Casi nunca  
No, nunca

### EVENTOS PSICOSOCIALES ADVERSOS

Del listado siguiente favor de marcar con una “x” el espacio correspondiente si de los siguientes eventos se han presentado o no en el último año transcurrido.

Evento psicosocial adverso, transcurrido en su último año de vida	Presente en el último año de mi vida	No se ha presentado en el último año de mi vida
Muerte de un familiar o ser querido		
Ruptura significativa (pareja, familiar, laboral)		
Problemas severos (salud, trabajo, economía)		
Dificultades económicas		
Robo o pérdida de objetos valiosos		
Diagnóstico de una enfermedad grave		
Riesgo de afección del estado de salud (sospecha de enfermedad)		
Desempleo		
Cambio de trabajo		
Problemas legales		
Accidente		
Víctima de violencia		
Cambio de religión		