



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SALUD MENTAL EN MUJERES EN ETAPA PERINATAL A PARTIR DE LA
PANDEMIA POR EL COVID-19 EN MÉXICO.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

FRIDA MICHELLE BENÍTEZ DOMÍNGUEZ

DIRECTORA DE TESIS: DRA. BRUMA PALACIOS HERNÁNDEZ

COMITÉ REVISOR

DR. ARTURO JUÁREZ GARCÍA

DRA. GABRIELA LÓPEZ AYMES

DRA. BERENICE PÉREZ AMEZCUA

DRA. MA. DE LA CRUZ BERNARDA TÉLLEZ ALANÍS

Cuernavaca, Mor. a 24 de Octubre de 2022.

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a mis padres, en especial a mi madre por creer en mí, ser mi soporte y mi guía, gracias por darme el mejor ejemplo de fortaleza y dedicación.

A mi hermana por hacer mis días más felices y acompañarme incondicionalmente cuando todo se sentía complicado.

A mis abuelos por enseñarme la nobleza, fortaleza y determinación, especialmente a mi abuelo Mario por acompañarme siempre en lo más profundo de mi corazón con esas palabras cálidas que nunca olvido.

A George por caminar conmigo, brindarme la mano, creer en mí e impulsarme a completar mis metas.

Y a todos mis familiares y amigos que hicieron esto posible, me acompañaron en el camino y me inspiraron a continuar durante esta maravillosa etapa, gracias por abrazarme y hacer sentir grande a mi corazón.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por tu amor y tu bondad sin fin, por bendecir mis días, permitirme sonreír y disfrutar de mis logros al lado de las personas que sé que más me aman y que yo sé que más amo.

A mi madre y hermana por estar presentes en cada momento de mi vida, acompañándome en cada noche agotadora y en los días más felices también, gracias por convertirse en mi sostén en este y en todos los caminos y ser las principales promotoras de mis sueños.

A mis familiares, novio y amigos por brindarme motivación e inspiración para continuar, por confiar en mí y hacerme sentir que siempre puedo contar con alguien.

A mi directora de tesis Dra. Bruma Palacios Hernández por compartir sus conocimientos durante el tiempo que llevamos de conocernos, darme grandes lecciones de vida que me han llevado ser una mejor versión de mí y ser un gran apoyo durante esta etapa.

A la Dra. Ma. De la Cruz Bernarda Téllez Alanís y a todos los profesores que me acompañaron durante este proceso con valiosas enseñanzas, apoyo y palabras de aliento.

Índice general

Resumen.....	9
Abstract.....	11
Introducción.....	13
Antecedentes.....	15
Capítulo 1. Marco teórico.....	20
1.1 Principales factores de riesgo asociados a la sintomatología de salud mental en la etapa perinatal.....	20
1.2 Depresión perinatal.....	22
1.2.1 Factores de riesgo relacionados con la depresión perinatal.....	24
1.2.2 Consecuencias de la depresión perinatal.....	25
1.3 Ansiedad perinatal.....	26
1.3.1 Factores asociados a la ansiedad perinatal.....	26
1.4 El vínculo materno infantil.....	27
1.4.1 Alteración de vínculo materno- infantil.....	28
1.5 Riesgo suicida materno.....	29
1.5.1 Factores sociodemográficos y factores clínicos relacionados al riesgo suicida.....	30
1.6 Violencia y estrés durante el embarazo y posparto.....	31
1.6.1 Violencia sufrida durante el embarazo y el posparto.....	31
1.6.2 Violencia ejercida durante el embarazo y el posparto.....	33
1.6.3 Estrés durante el periodo perinatal.....	35
1.7 Alteraciones del sueño durante el embarazo y el posparto.....	37
1.8 Alteraciones cognitivas en la etapa perinatal.....	39
1.9 Salud mental de las mujeres embarazadas y en periodo de posparto durante la pandemia por COVID-19.....	41
1.9.1 Factores asociados a sintomatología de salud mental perinatal durante la pandemia por COVID-19.....	43
1.10 Instrumentos de evaluación de la salud mental perinatal durante la pandemia por COVID-19.....	46
1.11 Alteraciones en la cognición y el sueño en las mujeres perinatales durante la pandemia por COVID-19.....	49
Capítulo 2. Planteamiento del problema.....	51
2.1 Justificación.....	51
2.2 Preguntas de investigación.....	53
2.3 Objetivo general.....	53
2.4 Objetivos específicos.....	54

Capítulo 3. Método	55
3.1 Diseño metodológico	55
3.1.1 Tipo de estudio.	55
3.1.2 Escenario.	55
3.2 Reclutamiento y selección de la muestra.	56
3.2.1 Criterios de inclusión y exclusión.	56
3.2.2 Descripción de Participantes.	57
3.3 Instrumentos y técnicas de recolección de datos.....	58
3.3.1 Técnicas de recolección de datos para evaluar las variables del estudio.	60
3.4 Variables dependientes e independientes.....	62
3.5 Recolección y almacenaje de datos.....	63
3.6 Consideraciones éticas.	63
3.7 Procedimiento.	65
3.8 Recolección y análisis de datos.....	66
3.8.1 Análisis de datos.	66
Capítulo 4. Resultados	72
4.1 Objetivo 1. Análisis de las propiedades psicométricas del instrumento de tamizaje breve de salud mental perinatal (TBSMP).....	72
4.2 Objetivo 2 y 3. Identificación de la sintomatología y el nivel de riesgo en salud mental perinatal en mujeres embarazadas y en posparto.....	75
4.2.1 Frecuencias y prevalencias de sintomatología de salud mental perinatal en el T1 y T2	75
4.2.2 Cambios en la sintomatología de salud mental perinatal en el T1 y T2	80
4.2.3 Diferencias en la sintomatología de salud mental perinatal entre las mujeres embarazadas y en posparto	81
Percentiles para la muestra de mujeres embarazadas y en posparto	85
4.3 Objetivo 4. Identificación y análisis de los cambios en la sintomatología de salud mental general y alteraciones en cognición y sueño en mujeres embarazadas y en posparto	85
4.3.1 Cambios en la sintomatología de salud mental general y alteraciones cognición y sueño en el T1 y T2	86
4.3.2 Diferencias en los cambios en la sintomatología de salud mental general y alteraciones en cognición y sueño entre las mujeres embarazadas y en posparto.	87
Percentiles para la muestra de mujeres embarazadas y en posparto.	88
4.4 Objetivo 5. Identificación y análisis de los niveles de estrés y violencia en mujeres embarazadas y en posparto.....	89

4.4.1 Comparación de los tipos de violencia sufrida en mujeres embarazadas y en posparto en el T1 y T2 y estrés en T2.	90
4.5 Objetivo 6. Comparación de la sintomatología en salud mental general y alteraciones en cognición y sueño reportadas por mujeres perinatales y mujeres no perinatales con un rango de edad de 18 a 40 años.	93
4.5.1 Diferencias en sintomatología de salud mental general y alteraciones en cognición y sueño entre mujeres perinatales y mujeres no perinatales con un rango de edad de 18 a 40 años	94
Percentiles para la muestra perinatal y no perinatal con un rango de edad de 18 a 40 años.	95
4.5.2 Comparación de la salud mental, cognición y sueño en las mujeres perinatales antes (T1) y a partir (T2) de la pandemia (Prueba Wilcoxon).	97
4.5.3 Comparación de las frecuencias de estrés y violencia de las mujeres perinatales con mujeres no perinatales con un rango de edad de 18 a 40 años.....	97
Capítulo 5. Discusión.....	102
1. Análisis de las propiedades psicométricas del instrumento de tamizaje breve de salud mental perinatal (TBSMP).....	102
2, 3. Identificación de la sintomatología y el nivel de riesgo de salud mental perinatal en mujeres embarazadas y en posparto antes y a partir de la pandemia por COVID-19.	103
4. Análisis de los cambios en la salud mental general y alteraciones en cognición y sueño en mujeres embarazadas y en posparto a partir de la pandemia por COVID-19.....	105
5. Identificación y análisis de los niveles de estrés y violencia en mujeres embarazadas y en posparto a partir de la pandemia por COVID-19.	107
6. Comparación de la sintomatología en salud mental general y alteraciones en cognición y sueño reportadas por mujeres perinatales y no perinatales.	109
Conclusiones	112
Fortalezas y limitaciones del estudio	114
Recomendaciones para futuros estudios	116
Referencias.....	118

Índice de tablas y gráficos.

Tabla 1. Métodos e instrumentos utilizados en los estudios de salud mental perinatal a partir de la pandemia por COVID-19.....	47
Tabla 2. Datos sociodemográficos representados en frecuencias y porcentajes de la muestra perinatal.....	57
Tabla 3. Prueba de normalidad para la muestra perinatal utilizando el test Kolmogorov-Smirnov.....	72
Tabla 4. Cargas factoriales del <i>TBSMP</i> en la versión original (7 ítems) y en la versión final (5 ítems).....	73
Tabla 5. Test Kaiser-Meyer-Olkin del análisis factorial exploratorio y análisis de consistencia interna con valores Omega de McDonald y Alfa de Cronbach del <i>TBSMP</i> en la versión original (7 ítems) y en la versión final (5 ítems)	74
Gráfico 1. Ítem 1. Presencia de síntomas de ansiedad antes de la pandemia por COVID-19 (T1) y a partir de la pandemia por COVID-19 (T2).	76
Gráfico 2. Ítem 2. Síntomas depresivos en las últimas cuatro semanas en mujeres en periodo perinatal antes de la pandemia por COVID-19 (T1) y a partir de la pandemia por COVID-19 (T2).	77
Gráfico 3. Ítem 3. Indiferencia o rechazo experimentado por la madre hacia el feto/bebé (T1 vs T2).....	78
Gráfico 4. Ítem 4. Falta de apoyo social percibido por las mujeres durante la etapa perinatal antes (T1) y a partir de la pandemia por COVID-19 (T2)..	79
Gráfico 5. Violencia ejercida hacia terceros reportada por las mujeres en etapa perinatal antes (T1) y a partir de la pandemia por COVID-19 (T2)..	80
Tabla 6. Comparación del T1 y T2 de la sintomatología de salud mental perinatal reportada por las mujeres en etapa perinatal (Prueba Wilcoxon).....	80
Tabla 7. Comparación de síntomas de salud mental perinatal en mujeres durante el embarazo y posparto (Prueba de Mann Whitney) antes (T1) y a partir de la pandemia por COVID-19 (T2). 81	81
Gráfico 7. Ítem 6. Riesgo suicida percibido por las mujeres durante el embarazo y posparto antes (T1) y a partir de la pandemia por COVID-19 (T2).	82
Gráfico 8. Ítem 8. Violencia sufrida por las mujeres durante el embarazo y posparto antes (T1) y a partir de la pandemia (T2).....	84
Tabla 8. Percentiles y puntos de corte para la variable “Nivel de riesgo en salud mental perinatal” para la muestra perinatal.	85
Gráfico 9. Comparación de las participantes de la muestra perinatal que reportaron alteraciones de sueño.	86
Tabla 9. Comparación del nivel de riesgo en salud mental general y nivel de alteración en cognición y sueño entre el T1 y T2 reportado por las mujeres en etapa perinatal (Prueba Wilcoxon).	87
Tabla 10. Comparación del nivel de riesgo en salud mental general, nivel de alteración en cognición y sueño en las mujeres durante la etapa de embarazo y posparto en ambos tiempos (T1 y T2) (Prueba de Mann Whitney).	87

Tabla 11. Percentiles y puntos de corte para las variables “Nivel de riesgo en salud mental general”, “nivel de alteración en cognición” y “nivel de alteración en sueño” para la muestra perinatal.....	88
Gráfico 10. Comparación de la presencia de los tipos de violencia de pareja sufrida en las mujeres embarazadas y en posparto en el T1 y T2.	90
Gráfico 11. Comparación de los tipos de violencia familiar sufrida en las mujeres embarazadas y en posparto en el T1 y T2.	91
Gráfico 12. Comparación del incremento en la frecuencia de la violencia laboral sufrida en las mujeres embarazadas y en posparto a partir de la pandemia por COVID-19.....	92
Gráfico 13. Comparación del incremento en la frecuencia de estrés en las mujeres embarazadas y en posparto a partir de la pandemia por COVID-19.	93
Gráfico 14. Comparación de las participantes de la muestra perinatal que reportaron alteraciones de sueño	94
Tabla 12. Comparación de las alteraciones en salud mental general, cognición y sueño en las mujeres perinatales y no perinatales con un rango de edad de 18 a 40 años en ambos tiempos (T1 y T2) (Prueba de Mann Whitney).	95
Tabla 13. Percentiles y rango de riesgo para las variables “Nivel de riesgo en salud mental general”, “nivel de alteración en cognición” y “nivel de alteración en sueño” para la muestra no perinatal en un rango de edad de 18 a 40 años.	96
Tabla 14. Comparación de los cambios en la sintomatología de salud mental general, cognición y sueño entre el T1 y T2 reportado por las mujeres no perinatales (Prueba Wilcoxon).....	97
Gráfico 15. Comparación de los niveles de violencia de pareja sufrida por las mujeres perinatales y no perinatales con un rango de edad de 18 a 40 años en el T1 y T2.....	98
Gráfico 16. Comparación de los niveles de violencia familiar sufrida por las mujeres perinatales y no perinatales con un rango de edad de 18 a 40 años en el T1 y T2.....	99
Gráfico 17. Comparación de los niveles de violencia laboral sufrida por las mujeres perinatales y no perinatales con un rango de edad de 18 a 40 años en el T1 y T2.....	100
Gráfico 18. Comparación del incremento en el nivel de estrés entre las mujeres perinatales y las mujeres no perinatales con un rango de edad de 18 a 40 años a partir de la pandemia por COVID-19.....	100

Resumen

La pandemia por COVID-19 ha resultado ser un estresor con consecuencias potencialmente altas en el bienestar psicosocial y la salud mental de las mujeres durante el embarazo y el posparto debido a que se consideran un grupo vulnerable (Miranda et al., 2021; Zeng et al., 2020; Usall, 2020). Las condiciones socioeconómicas en México, así como las alteraciones crecientes en cognición y sueño, el incremento de la violencia contra las mujeres y el estrés, resaltan la necesidad de evaluar los efectos de la pandemia por COVID-19 en la población perinatal.

El presente estudio deriva de una investigación mayor realizada en el Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi-UAEM). El diseño es transversal y correlacional de tipo cuantitativo. Se evaluaron un total de 430 mujeres, 190 en etapa perinatal y 240 no perinatales entre los meses de Junio-Agosto, 2020. Se utilizó una encuesta en línea, en la que se evaluó la experiencia del antes (T1) y a partir (T2) de la pandemia por COVID-19 de las variables: salud mental perinatal (SMP), salud mental general (SMG), cognición, sueño, frecuencia de violencia general y estrés.

Se analizaron las propiedades psicométricas de la escala de SMP, diseñada durante la emergencia sanitaria por COVID-19, asimismo se realizaron análisis no-paramétricos para identificar las diferencias y magnitudes del efecto en las mujeres en etapa perinatal entre T1 y T2.

La escala de SMP compone 1 factor con índices de confiabilidad aceptables (≥ 0.70) para evaluar los cambios en la sintomatología de salud mental de las mujeres embarazadas y en primer año de posparto.

En el T1 las mujeres en posparto presentaron mayor afectación en SMP que las mujeres embarazadas con un índice r de Rosenthal ($r=0.23$). A partir del T2, la sintomatología de SMP incrementó principalmente en ansiedad ($r=0.76$), depresión ($r=0.68$) y SMP total ($r=0.75$). Las alteraciones en SMG ($r=0.76$), cognición ($r=0.64$), sueño ($r=0.80$), así como la frecuencia de la violencia de pareja, violencia familiar y estrés también presentaron incrementos en el T2 en la muestra perinatal.

En el T1, las mujeres no perinatales reportaron mayor afectación en SMG ($r=0.31$) y cognición ($r=0.15$) que las mujeres perinatales. A partir del T2, las mujeres en etapa perinatal reportaron mayor violencia de pareja, mientras que las no perinatales experimentaron mayor violencia familiar, laboral y estrés.

En conclusión, la pandemia por COVID-19 agravó la sintomatología en SMP, SM, cognición y sueño equilibrando la afectación entre las mujeres embarazadas y en posparto. Factores de riesgo como la violencia ejercida contra las mujeres, estrés, reducción y contacto limitado con redes de apoyo, sobrecarga de roles y dificultades económicas incrementaron a consecuencia del confinamiento con afectaciones importantes en la salud mental de las mujeres en etapa perinatal. Resulta fundamental monitorear y fomentar la promoción de la salud mental de las mujeres en etapa perinatal en periodos de crisis sanitarias o desastres naturales- sociales. Es necesario realizar evaluaciones integrales y diferenciales para mujeres embarazadas y en posparto y llevar a cabo intervenciones preventivas.

Palabras clave: Salud mental perinatal, COVID-19, México, cognición, sueño, estrés, violencia.

Abstract

This study is part of a larger research project developed at the Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi-UAEM). The research design is cross-sectional and correlational with a quantitative approach. A sample of 430 women was assessed, with a perinatal group of 190 and 240 of non-perinatal women, between the months of June-August, 2020. An online survey was used to assess their perceived emotional experience before (T1) and after (T2) the COVID-19 pandemic with focus in their perinatal mental health (PMH), general mental health (GMH), cognition, sleep, frequency of general violence and stress.

The psychometric properties of PMH scale, designed during the COVID-19 health emergency were analysed and non-parametric analyses were conducted to identify differences and size effects in perinatal women between T1 and T2.

The PMH scale was integrated by 1 factor with acceptable reliability indices (≥ 0.70) to assess changes in mental health symptomatology in pregnant and first year postpartum women. At T1, postpartum women were more affected in PMH than pregnant women with a Rosenthal r-index ($r=0.23$). From T2, PMH symptomatology increased mainly in anxiety ($r=0.76$), depression ($r=0.68$) and total PMH ($r=0.75$). Alterations in GMH ($r=0.76$), cognition ($r=0.64$), sleep ($r=0.80$), as well as the frequency of intimate partner violence and stress also increase in T2 in the perinatal sample.

At T1, non-perinatal women reported greater impairment in GMH ($r=0.31$) and cognition ($r=0.15$) than perinatal women. At T2, perinatal women reported more intimate partner violence, while non-perinatal women experienced more family violence, work-related violence and stress.

In conclusion, the COVID-19 pandemic aggravated the symptomatology in PMH, MH, cognition and sleep, balancing the affectation between pregnant and postpartum women. Risk factors such as violence against women, stress, reduction and limited contact with support networks, role overload and economic hardship increased as consequence of confinement with important effects on the mental health of perinatal women.

It is essential to monitor and promote the mental health of perinatal women in periods of health crises or natural and social disasters. There is a need for comprehensive and differential assessments for pregnant and postpartum women and preventive interventions.

Keywords: Perinatal Mental Health, COVID-19, Mexico, cognition, sleep, stress, violence.

Introducción

En la presente investigación se pretende identificar las principales alteraciones en la salud mental perinatal y su asociación con la calidad de la salud mental general, la cognición y el sueño en mujeres embarazadas y en posparto en el contexto mexicano antes y a partir del inicio de la pandemia por COVID-19.

En el marco teórico se plantean de manera general los antecedentes de alteraciones en la salud mental perinatal en un contexto internacional, latinoamericano y mexicano, asimismo se describirán los principales componentes de sintomatología de salud mental perinatal poniendo énfasis en las evidencias del estudio en muestras perinatales en el contexto de la pandemia por COVID-19 que se abordarán durante esta investigación.

Además se brinda una descripción del diseño metodológico (muestra, escenario, instrumento), variables de estudio y los procedimientos de recolección y análisis de datos, que incluyen estadísticas descriptivas, estadísticas correlacionales, categorización y codificación de respuestas abiertas para su transformación en variables cuantitativas y continuas. Posteriormente, se describirán los resultados obtenidos, mismos que serán reportados de acuerdo a los objetivos específicos, así como las discusiones, conclusiones y limitaciones del estudio.

La presente tesis pretende analizar los elementos que evidencian el efecto de la pandemia derivada por la pandemia de COVID-19, en el incremento de la sintomatología y factores de riesgo asociados a la salud mental perinatal en mujeres mexicanas embarazadas y en periodo de posparto y su comparación con mujeres en otro ciclo de vida.

De igual manera se resalta la importancia de focalizar estudios en las mujeres en etapa perinatal por considerarlas un grupo vulnerable que necesita de estrategias de apoyo específicas

para mitigar las afectaciones de salud mental perinatal en el contexto de la pandemia por COVID-19 que se mantiene vigente en el mundo desde fines de 2019.

Antecedentes

En diciembre de 2019, en Wuhan, China ocurrió un brote de infecciones por un nuevo coronavirus llamado SARS-CoV-2 y a principios de 2020, la enfermedad denominada COVID-19 comenzó a propagarse por todo el mundo (Wu et al., 2020). En marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) la declaró una pandemia.

Con la propagación de la enfermedad, varios grupos de la población resultaron encontrarse en una situación particular de mayor vulnerabilidad, como lo son las mujeres en etapa perinatal. En 2020, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020), reportó que más de 60.000 mujeres embarazadas en América se contagiaron de COVID-19, 458 mujeres en etapa perinatal han muerto, la mayoría de ellas en México.

Xiaoqin et al. (2021) asevera que la pandemia y sus efectos han provocado no sólo problemas de salud física sino también de salud mental afectando a los sectores más vulnerables, siendo uno de ellos las mujeres embarazadas y en periodo de posparto.

En un contexto internacional, un estudio en Reino Unido por Knight et al. (2020) reportó que la incidencia estimada de ingresos hospitalarios con infección confirmada por COVID-19 en el embarazo fue de 4,9 por cada 1000 maternidades, el 56% de mujeres embarazadas ingresadas pertenecían a la raza negra u otros grupos étnicos minoritarios, el 69% tenían sobrepeso u obesidad, el 41% tenían 35 años o más y el 34% tenían comorbilidades preexistentes. En población perinatal en África, Ng'oma et al. (2020) indicó una prevalencia de trastornos mentales comunes en las mujeres embarazadas y en posparto, como la depresión prenatal= 11.3% y depresión posparto= 18.3%, además de ansiedad prenatal=14.8% y ansiedad posparto= 14% a partir de la pandemia por COVID-19. Por su parte, varios estudios con esta misma

población en diferentes contextos a partir del confinamiento indicaron valores cercanos al 30% en sintomatología depresiva en mujeres perinatales en China, según Wu et al. (2020), mientras que en Bélgica, Ceulemans et al. (2020) afirma que la tasa de prevalencia de depresión durante el embarazo y posparto fue del 25.3% y en Turquía según Durankus y Asku (2020) la tasa de prevalencia en mujeres embarazadas fue del 35.4%.

En las Américas, estudios durante la pandemia por COVID-19 con mujeres en etapa perinatal reportaron tasas de prevalencia de depresión =37% y ansiedad= 57% en mujeres embarazadas en Canadá según Lebel et al. (2020), mientras que según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2020) el mayor aumento de casos de mujeres embarazadas y en posparto se observó en Centroamérica, con un incremento del 28% en las contagios y 22% en las muertes por COVID-19, seguido de América del Sur, con un aumento del 26% en los contagios y del 23% en las muertes por COVID-19. Parra- Saavedra et al. (2020) afirma que en Colombia las tasas de prevalencia de depresión durante el embarazo fueron del 25%.

Estudios recientes consideraron a la COVID-19 como la principal causa de muerte materna a principios de 2022, según la Secretaria de Salud de México (SSA, 2022), entre período de 2020-2022, la COVID-19 rebasó a la preeclampsia identificada como la primera causa de muerte materna en México.

En los últimos meses del 2022, Chaves et al. (2022) mostraron en un estudio en España que 58% de las mujeres embarazadas y en posparto reportaron síntomas depresivos y 51% síntomas de ansiedad, además las participantes que se dedicaban al hogar o estaban desempleadas reportaron mayores síntomas depresivos en comparación con las que tenían empleo o eran estudiantes. Por su parte Gómez-Reyna y Valdivieso-López (2022) mencionan que en un estudio

en Ecuador con mujeres embarazadas, el 33% de las participantes reportaron síntomas de tristeza y el 35% refirieron haber tenido ideación suicida.

La pandemia por COVID-19 también ha impactado en las tasas de suicidios. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020) citado en García (2021) afirma que los suicidios en México alcanzaron niveles inéditos en 2020 con 7,869 casos registrados, lo que representa un aumento del 9% respecto al año anterior. Sánchez et al. (2021) consideran que la tendencia del aumento de suicidios en 2020 ha crecido en población más joven (19 a 24 años) y vulnerable. Para Arias-García (2021) citado en Prensa UVM (2021) la desesperanza es el estado de ánimo más vinculado al suicidio. Morfín-López (2021) citada en Gallegos (2021) considera que hay pocos estudios que corroboren un vínculo entre la pandemia y el aumento de suicidios en México y el mundo, sin embargo se ha registrado un aumento de los factores de riesgo que incrementan el riesgo suicida como la violencia doméstica contra las mujeres y la ansiedad. Banerjee, Kosagisharaf y Sathyanarayana citado en Galvis-Pulido (2021) mencionan que entre los factores asociados al suicidio durante la pandemia por COVID-19 en población general en Colombia se encuentran el estar en soledad, aislamiento, miedo e incertidumbre, pérdida de empleo y salarios y crisis económicas. Ng (2020) y Próspero (2020) citado en Forbes (2020) afirma que problemas familiares, desempleo, enfermedades mentales o crónicas y consumo de sustancias son factores de riesgo asociados al suicidio.

En México, en el estudio de Flores (2022) con mujeres en posparto se encontró una incidencia de depresión posparto del 15% situándose dentro de lo observado por otros autores en contexto mexicano e internacional en períodos previos a la pandemia por COVID-19. De igual manera, Mondragón (2021) en su estudio con mujeres en posparto mexicanas que experimentaron un

parto traumático muestra prevalencias de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) entre 1.3 y 4.6% desde los 2 hasta los 12 meses posteriores al parto.

Para comparar los efectos que la pandemia por COVID-19 ha tenido en las mujeres embarazadas y en posparto se incluyen estudios previos a ésta mostrando prevalencias de sintomatología de salud mental perinatal en contexto en México e internacional.

En 2013, el estudio de Sainz-Aceves (2013) reporta prevalencias de ansiedad del 50% y depresión del 67% en mujeres embarazadas en México, mientras que en el mismo año, Torres-Cisneros et al. (2013) reportan una prevalencia de depresión del 21.5% en mujeres en posparto mexicanas. Para el año 2017, Rodríguez et al. citado en Ramos-Zúñiga et al. (2019) reportaron una prevalencia de depresión prenatal en mujeres mexicanas del 16.6%, identificando factores de riesgo como embarazo adolescente, dificultades en la relación de pareja, falta de apoyo emocional, vivir en unión libre. Mientras que en 2018, Caparros-Gonzalez et al. (2018) reportan una prevalencia del 56% en depresión posparto en mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos.

En Latinoamérica, Zambrano-García (2003) en un estudio con mujeres embarazadas en Perú, observó que las participantes adolescentes (14 a 17 años) reportaron mayor estrés prenatal relacionado con estado civil, lugar de residencia y semanas de embarazo en comparación con las mujeres adultas (18 a 43 años). En Guatemala, la prevalencia de estrés prenatal reportada en 2018 según Monzón-Pineda et al. (2018) en un estudio con mujeres adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años fue del 51.70%, mientras que en 2019 en Perú la prevalencia de estrés prenatal reportada en un estudio realizado por Cuadros-Espinosa (2019) con mujeres embarazadas con preeclamsia fue del 70.55%. Osma-Zambrano et al. (2019) informan en un

estudio con mujeres embarazadas en Colombia que la prevalencia de ansiedad fue de 25.8% y de depresión fue de 24.6%.

A nivel internacional, un estudio realizado por Nasreen et al. (2011) en Bangladesh con mujeres embarazadas encontró que la prevalencia de síntomas de depresión prenatal fue del 18% y ansiedad prenatal fue del 29%. De igual manera, Nasreen et al. (2018) en un estudio en Malasia en 2018 con mujeres embarazadas afirma que la prevalencia de depresión fue del 12.2% y en ansiedad fue del 28.8%. Álvarez-Nacarino et al (2018) mencionan que la prevalencia de depresión posparto a nivel mundial en 2018 oscilaba entre el 0.5 y 5%, mientras que en España fue entre el 10 y 15%.

Capítulo 1. Marco teórico

1.1 Principales factores de riesgo asociados a la sintomatología de salud mental en la etapa perinatal

La etapa perinatal representa un período de importantes cambios, Maldonado-Durán (2011) considera a la gestación una época particularmente vulnerable para la mujer, por consecuencia también incrementa el riesgo de desarrollar trastornos de salud mental que según Caparros-González (2021) pueden estar relacionados a varios factores de riesgo como un desastre natural, crisis de salud, guerras, períodos de alto estrés materno, muerte de un familiar cercano, problemas económicos y quedar embarazada durante una pandemia. Según la OPS (2010) citado en Bambarén (2011) los sucesos inesperados de afectación colectiva, generan una situación de estrés prolongado y producen mayor impacto en la población.

La exposición a desastres naturales implica un riesgo elevado para el desarrollo de trastornos mentales como trastorno de estrés postraumático (TEPT) y depresión (Álvarez-Icaza y Medina-Mora, 2018). Los períodos de estrés elevado parecen tener un papel importante en la salud mental perinatal. El estrés reportado por las mujeres en etapa perinatal durante la pandemia por COVID-19 según Preis et al (2020), incrementó el riesgo de experimentar ansiedad en nivel moderado a grave por encima de los factores de riesgo de tipo sociodemográficos y obstétricos.

Bravo y Tarreros (2006) afirman que los seres humanos respondemos con reacciones de ansiedad y miedo frente a la presencia de un peligro inminente como las crisis sanitarias o desastres naturales. Las personas afectadas muestran varios tipos de reacciones psicológicas, Bambarén (2011) menciona que al primer mes posterior al desastre se observa tristeza, duelo, aflicción, miedo, manifestaciones somáticas, insomnio. A partir de los tres meses posteriores al

desastre se presenta ansiedad, estrés postraumático, conductas de riesgo suicida, fatiga crónica, inhabilidad para trabajar y apatía.

Entre los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar un trastorno mental en población expuesta a desastres según Godman (2014), Dai et al (2016) y Neria (2008) citados en Álvarez-Icaza y Medina-Mora (2018), se incluyen la exposición al evento, trastornos mentales previos, características de la personalidad, edad más joven, bajo nivel socioeconómico, nivel educativo, género femenino y pertenencia a un grupo minoritario. Su evaluación requiere un monitoreo continuo para determinar las consecuencias a mediano y largo plazo.

Manzano (2021) afirma que, desde la perspectiva de salud mental, una pandemia implica una alteración del orden psicosocial que puede exceder la capacidad de manejo de la población afectada, se estima un aumento de la incidencia de los trastornos mentales entre una gran parte de la población expuesta a la situación catastrófica, de acuerdo a la magnitud del evento y el grado de vulnerabilidad de la población.

Shalev citado en Carvajal (2011) consideran que, en las situaciones de emergencia como las guerras, los desastres naturales y las pandemias ocurren con frecuencia hechos de violencia, principalmente hacia las personas más vulnerables como mujeres, niños, adolescentes, minorías étnicas.

En Latinoamérica y el Caribe los desastres naturales se presentan cada vez con mayor frecuencia y capacidad destructiva, según Rodríguez (2007) en un estudio realizado después del huracán Mitch en Honduras en 1998 con población adulta reportó que los episodios depresivos mayores estuvieron presentes en 19.5% de la población y el síndrome de estrés postraumático fue detectado en el 10.6% del total de la población expuesta. En México, De la Fuente (1986)

citado en Palomares y Campos (2018) menciona que, durante las 10 semanas posteriores al sismo de 1985, el 28% de las personas que se encontraban en los albergues presentó TEPT, 54% oleadas de miedo, 18% trastorno de ansiedad generalizada y 14% síntomas depresivos.

Por su parte, Usall (2020) menciona que las mujeres presentan un mayor riesgo de que su salud mental empeore a causa de desastres naturales o crisis sanitarias como la pandemia por COVID-19 debido a factores de riesgo como desigualdad y discriminación en el ámbito profesional, la carga de responsabilidades familiares y de cuidado; las mujeres han tenido que compaginar el teletrabajo con el cuidado de los hijos además de las tareas domésticas, y violencia de género.

Los principales trastornos de la salud mental en la etapa perinatal en las mujeres incluyen los trastornos afectivos, como la depresión y ansiedad, así como el trastorno bipolar, la psicosis perinatal, y otros que pueden intensificarse durante el periodo perinatal como el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de conducta alimentaria. Adicionalmente, la violencia y el consumo de sustancias, junto con otros eventos psicosociales pueden ser factores de riesgo para la salud mental de la mujer durante el embarazo y el posparto. A continuación, se describirán los trastornos mentales perinatales y los factores de riesgo más relevantes.

1.2 Depresión perinatal

La depresión posparto, constituye un Episodio Depresivo Mayor que se produce en el puerperio de la mujer, es posible detectarlo hacia la semana cuatro después del parto, según Valencia y Cacho (2016) presentándose el mayor porcentaje de síntomas alrededor de la semana doce, y se categoriza como depresión posparto al ocurrir durante el primer año después del nacimiento del bebé.

Particularmente Ramírez (2020) citada en El País (2020) describe que la depresión perinatal posee características similares a los cuadros depresivos que se presentan en otras etapas del ciclo vital, pero se diferencia en las consecuencias emocionales que puede tener no sólo la madre sino también sobre el bebé y el vínculo madre-hijo que se establece.

La sintomatología principal de la depresión perinatal para Osma (2019), consiste en la presentación de llanto con facilidad, labilidad emocional, insomnio, irritabilidad, astenia, alteraciones del sueño y apetito, etc. Además, Ramírez (2020) citada en El País (2020) afirma que se observan sentimientos de culpa, incluso se puede asociar con otros trastornos perinatales como la psicosis y el trastorno obsesivo compulsivo, donde en los casos más extremos se podría presentar ideación suicida.

No obstante, el parto constituye según Osma (2019) un factor generador de mucho estrés, en el cual se experimenta una disminución hormonal muy pronunciada, específicamente de la progesterona y estrógenos; donde la respuesta de cada mujer frente a este descenso es distinta, afectando más algunas y produciendo cambios en su estado de ánimo.

Algunos retos psicosociales caracterizan al periodo puerperal, tales como la aparición de un conflicto de intereses entre las necesidades y aspiraciones personales, el hecho de asumir una nueva responsabilidad y surgimiento de dudas acerca de la capacidad personal para llevar a cabo los cuidados que el recién nacido necesita, menciona Lara et al. (s.f.) conllevan a una mayor predisposición de las madres tanto al estrés, como a la ansiedad y la depresión. Osma (2019) menciona que la comorbilidad más frecuente asociada con la depresión en el embarazo es la ansiedad.

Las tasas de prevalencia de la depresión posparto según Valencia y Cacho (2016) varían en torno del 12- 16%, más concretamente, del 3 al 11% de éstas se ubican en su forma más grave como Trastorno Depresivo Mayor; además, es frecuente que se produzcan episodios depresivos a lo largo del embarazo, afectando estos del 9 – 23% de las gestantes. En México según un estudio realizado, Lartigue et al. (2008) reportó que en dos muestras distintas de mujeres embarazadas, la prevalencia de depresión fue de alrededor 17%.

1.2.1 Factores de riesgo relacionados con la depresión perinatal

Debido a que hay diversos factores que contribuyen al desarrollo de la depresión durante el embarazo, Valencia y Cacho (2016) considera que entre los factores biológicos están los cambios hormonales; los factores genéticos que incluyen antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas; los factores sociodemográficos que se refieren a la edad, estado civil, nivel socioeconómico y apoyo social; y entre los factores personales se encuentran antecedentes a lo largo de su vida de algún episodio depresivo, que tienen un riesgo del 25 al 40% de que éste se produzca de nuevo en el posparto materno, el deseo o no del embarazo por parte de la madre, un embarazo no deseado que puede desencadenar sintomatología ansioso-depresiva, sin embargo, se ha identificado que en algunas mujeres estos niveles de ansiedad disminuyen conforme avanza el embarazo.

Para Osma (2019), los factores asociados a la presencia de depresión durante el embarazo son variados, entre los que se encuentran los factores sociodemográficos como limitaciones socioeconómicas, baja escolaridad, estado civil; factores clínicos como historia familiar de depresión y complicaciones relacionadas con el embarazo; factores psicosociales como eventos estresantes en la vida, conflictos de pareja, embarazo no deseado, embarazo no planeado, pérdida de trabajo por parte de la pareja o de la gestante, experiencias negativas de vida recientes, escaso

apoyo social percibido, pobre calidad en las relaciones, antecedentes de violencia y disfunción marital.

1.2.2 Consecuencias de la depresión perinatal.

La depresión posparto puede afectar el vínculo materno- infantil que se establece entre ambos. Osma (2019) considera que las madres con estados depresivos pueden presentar mayores dificultades para interpretar las señales de sus hijos, además existen discrepancias entre lo que le expresan al bebé y lo que realmente piensan. De igual manera, Ramírez (2020) citada en El País (2020) asevera que la dificultad que tienen las madres que sufren una depresión es mayor para que la crianza de sus hijos sea de calidad en comparación con las madres sin depresión. Para Valencia y Cacho (2016) la confrontación de los ideales que habían creado las madres en su imaginación respecto al bebé y al hecho de ser madre con la realidad, puede todavía hacerles esta etapa más difícil.

En un estudio, Moore (2018) citado en Krauskop y Valenzuela (2020) refiere que el suicidio materno a causa de la depresión posparto supera como causa de mortalidad materna los trastornos hipertensivos y hemorrágicos. Ramírez (2020) citada en El País (2020) asevera que la depresión posparto representa la complicación psiquiátrica más común del periodo postnatal, con una prevalencia del 13 al 19% durante los primeros seis meses luego del parto, su desarrollo se da durante la gestación o en las primeras cuatro semanas del periodo posparto y se encuentra con mayor frecuencia en los países en desarrollo, principalmente en muestras con niveles socioeconómicos bajos.

1.3 Ansiedad perinatal

Otro de los trastornos mentales perinatales más frecuentes es la ansiedad. Tobal (1996) citado en Sierra et al. (2003) explica que la ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de un peligro o amenaza, manifestándose mediante un conjunto de respuestas agrupadas en tres sistemas: el cognitivo, el fisiológico y el motor, pudiendo actuar con cierta independencia.

Dado que el embarazo para la mayoría de las mujeres constituye uno de los momentos más importantes y significativos de toda su vida, Afonso (2018) considera que como cualquier situación que conlleve un cambio, puede generar en algún momento del proceso de embarazo y más aún del parto sentimientos contrarios, y llegar a producir niveles de ansiedad elevados. A saber, la ansiedad se trata del síntoma psicológico más frecuente en la embarazada, y se encuentra muy relacionado con el grado de información que la madre posea según Jiménez (2020).

Para Salvatierra (1989) citado en Ontiveros-Pérez y López-España (2010) la mujer embarazada presenta cada vez más nerviosismo, pensamientos distorsionados, sentimientos de inconformidad y se siente atrapada y sin salida. La prevalencia y la frecuencia de la ansiedad menciona Osma (2019) son mayores que las de la depresión en todas las etapas del embarazo.

1.3.1 Factores asociados a la ansiedad perinatal.

Particularmente, entre los síntomas ansiosos más comunes en el embarazo para Ávila (2014) citado en Jiménez (2020), se encuentran pensamientos recurrentes caracterizados por la presencia del miedo focalizado, es decir, se presentan ideas sobre cómo será el parto y el nivel de dolor que va a sentir, por lo cual Afonso (2018) considera que se generan niveles más elevados de ansiedad, así como la preocupación constante sobre los cambios en la etapa del embarazo.

Lebel et al. (2020) asevera que el momento del parto genera actitudes y decisiones desfavorables para evitar la situación, en muchos casos la mujer opta por tener un parto por cesárea, evitando exponerse a la supuesta amenaza de un parto natural y verse expuesta a experimentar dolor en niveles elevados. Jiménez (2020) coincide con que una de las principales causas de la ansiedad perinatal es el miedo al parto y la falta de información acerca de esta etapa que genera gran incertidumbre, puesto que, las madres desconocen en amplitud cuáles son los cambios que está atravesando su cuerpo y sobre todo no tienen el conocimiento de cómo afrontar estos procesos.

1.4 El vínculo materno infantil

El estar embarazada y tener un bebé son eventos que suelen caracterizarse por sentimientos de felicidad, deleite y plenitud según menciona Afonso (2018). Sin embargo Topalidou (2020) citado en Motrico et al. (2020) afirma que durante la transición a la maternidad muchas mujeres también experimentan sentimientos negativos. Cuando una mujer se descubre embarazada, Matos (2019) afirma que inicia inconscientemente una vivencia de su propia gestación, del periodo en que ella como feto se desarrolló en el vientre de su madre, donde este retorno a la propia formación, genera una serie de sensaciones, que según Brown et al. (2016) pueden ser positivas o traumáticas, dependiendo de cómo haya pasado ese periodo gestacional.

Así, en el momento a partir del cual la mujer se siente madre, la identidad materna se desarrolla por etapas. Melo (2019) asevera que puede comenzar en cualquier momento después de que la mujer se entera que está embarazada, después del nacimiento del bebé, unos meses después de haber empezado a cuidar de su bebé y cuando toma conciencia de sí misma como madre. Ciertamente la maternidad puede ser vista como un periodo de crisis por donde atraviesan

puntos conflictivos decisorios, de crecimiento emocional, que pueden determinar el estado de salud o de enfermedad mental de la mujer y de la familia que la vivencia.

Para Matos (2019) en el contexto de la perinatalidad, el bebé *hace nacer a la madre*, todo pasa como si la madre naciera mientras el bebé crea representaciones estables de ella como progenitora y cuidadora. Melo (2019) menciona que todo el proceso de maduración psíquica de la madre en relación con el propio cuerpo, es decir sus emociones, su capacidad de vinculación amorosa con el bebé, las expectativas conscientes e inconscientes de la madre con relación al futuro hijo, influyen en la formación psíquica del feto.

De esta manera, el ser humano para Roncallo (2015) es desde su nacimiento, frágil y dependiente del cuidado de otro ser humano, y se necesita de un vínculo importante con la madre para sobrevivir. Cada bebé es una persona, necesitando ser conocida por alguien, nadie puede conocer mejor a un bebé que la propia madre, siendo así, que este proceso de identificación con el bebé fue bien descrito por Winnicott (1983) citado en Melo (2019), quien lo llamó “*preocupación materna primaria*”, explicado como una sensibilidad que hace que la madre perciba y satisfaga las necesidades de su hijo, construyendo las bases de su salud mental.

1.4.1 Alteración de vínculo materno- infantil

Cuando una madre se encuentra en un estado alterado de sus emociones, afirma Roncallo (2015) tiende a tener dificultades en la interacción con el recién nacido, con pensamientos negativos, baja capacidad de frustración en lidiar con el bebé, generando en el mismo una ansiedad, que también aumenta la dificultad de establecer este primer vínculo. Además, las mujeres expuestas a niveles crónicos de estrés psicosocial, manifiestan una probabilidad de vinculación afectiva con mayor riesgo de desarrollar cuadros de angustia, depresión, y ansiedad,

durante la gestación y el periodo posparto, comprometiendo según Afonso (2018) una vinculación afectiva con el feto y la salud física y mental del bebé.

A saber, es necesaria una vinculación afectiva entre la madre y su recién nacido, que incluya una relación recíproca favorable y significativa entre ambos. Para Palacios-Hernández (2016) si la vinculación materna con el bebé se altera puede generar consecuencias negativas de gran importancia para el bienestar psicosocial, principalmente del bebé con efectos negativos de mediano y largo plazo en su desarrollo.

1.5 Riesgo suicida materno

El término suicidalidad, según Meyer et al. (2010) hace referencia a ideas pasivas de muerte, ideación suicida, comportamiento auto-lesivo, intentos suicidas y suicidio. El periodo perinatal como factor de riesgo para el suicidio, para Palladino et al. (2011) es aún controversial ya que algunos estudios sugieren que la tasa de mortalidad por suicidio en mujeres en periodo posparto es menor a la de mujeres de la misma edad que no han gestado, sin embargo otros estudios sugieren que las cifras se incrementan en el periodo posparto. Gold et al. (2012) consideran que el suicidio representa el 20% de las muertes en el puerperio, ubicándose como la séptima causa de muerte materna dentro de los 6 meses del posparto.

Según Reyes (2016), en Latinoamérica al suicidio materno se le ha prestado muy poca atención, y reporta la prevalencia del mismo en muestras del Brasil con una existencia del 16.7% de pensamientos suicidas entre 120 adolescentes embarazadas, mientras que en Chile el 37.6% de las adolescentes reportaron pensamientos suicidas durante la gestación.

En México, aún no se han reportado datos sobre el riesgo suicida en mujeres en etapa perinatal a partir de la pandemia por COVID-19, sin embargo, estudios recientes en población

general evaluada durante la pandemia muestran que la tasa de prevalencia de ideación suicida en la población mexicana no importa el ciclo de vida es del 17.1% y en el Estado de Morelos la prevalencia reportada fue del 16.8% según Gómez-García y Rivera-Rivera (2021).

1.5.1 Factores sociodemográficos y factores clínicos relacionados al riesgo suicida

Sánchez-Tapia et al. (2017) reportó en un estudio en Perú, que las mujeres en el primer año de posparto con estado civil separadas o divorciadas, con abortos previos y que dormían menos de 6 horas al día, tenían mayor suicidalidad y esta tuvo una relación significativa con la depresión mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno disfórico premenstrual y episodio maniaco o hipomaniaco previo. Gissler, (2015) menciona en un estudio realizado en Finlandia que las mujeres con un aborto previo tienen un riesgo suicida 3 veces mayor en comparación a mujeres que no han estado embarazadas. Además, Gelaye et al. (2017) consideran que una mala calidad de sueño está asociada a la ideación suicida antes del parto.

En el contexto mexicano, estudios con población general evaluada durante la pandemia por COVID-19 mencionan que las tasas de prevalencia de ideación suicida están determinadas por condiciones sociales como el género siendo que el 18.8% de las mujeres presentó ideas suicidas en comparación con el 14.1% de los hombres y para el estado de Morelos, la prevalencia en mujeres fue del 19.5% comparada con el 13% de los hombres, además también influyen factores como la edad: los grupos de menor edad presentan mayor prevalencia; la situación laboral: el desempleo y el aislamiento total a partir de la pandemia por COVID-19 parecen ser factores influyentes en la ideación suicida según Gómez-García y Rivera-Rivera (2021).

Respecto a los trastornos mentales, diversos autores citados por Sánchez-Tapia et al. (2017), consideran que los factores clínicos relacionados a la suicidalidad en periodo perinatal están

relacionados con la presencia de depresión mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno disfórico premenstrual y episodios maniaco o hipomaniacos previos en las madres.

1.6 Violencia y estrés durante el embarazo y posparto.

1.6.1 Violencia sufrida durante el embarazo y el posparto

Las mujeres embarazadas y en posparto no sólo son vulnerables a las alteraciones propias de la etapa perinatal, también son propensas a sufrir algún tipo de violencia. La prevalencia reportada en 2006, de mujeres mexicanas que han estado en situación de violencia ejercida por su pareja durante el embarazo es del 13% según el estudio realizado por Cuevas et al. (2006). Por su parte, Helton et al. 1997 citado en Castro (2002) menciona que se ha demostrado que el maltrato hacia la mujer embarazada es un hecho frecuente que puede empezar o empeorar durante el embarazo. La violencia doméstica durante el embarazo ocurre con alta frecuencia en muchos países incluyendo los Estados Unidos de América, Reino Unido y México y afecta a entre 15 y 20% de las mujeres (Maldonado-Durán, 2011, pp. 23).

En países como México en donde la violencia tiene altas tasas de incidencia desde hace varias décadas, Correa (2019) señala que la violencia perinatal más frecuente es la física; se entiende que puede deberse a los diferentes factores socioculturales que influyen en el tipo de violencia más frecuente que se ejerce en cada país, entre los cuales están, un bajo nivel educativo y el desempleo de las parejas de estas mujeres, un embarazo no planeado, ser multípara, no tener un empleo estable, son factores determinantes según Martínez y Delgado (2020) para que las mujeres experimenten una situación de violencia por parte de sus parejas durante el embarazo.

El impacto que genera convivir en un entorno violento tiene importantes consecuencias. Castañeda (2020) considera que una mujer embarazada violentada tiene menos aptitud para

buscar atención prenatal, teniendo un mayor riesgo de sufrir además de estrés y depresión, adicción a sustancias nocivas como el tabaco, el alcohol y las drogas, baja autoestima, aislamiento, suicidio y homicidio. Además, la violencia afecta varios aspectos relacionados con la salud de las mujeres asociado a un aumento del 31% de desarrollar depresión; un 50% de las mujeres violentadas manifestó haberse sentido deprimida durante su embarazo por esta causa y un 10% manifestó que tuvo ideas de suicidio durante el mismo, lo cual muestra resultados elevados en cuanto al riesgo de afectación en la salud mental de estas gestantes según Correa (2019). Correa reporta en un estudio con mujeres en Perú en etapa perinatal con experiencias de violencia, un aumento del número de embarazos interrumpidos de 21.6% a 27.1%.

Por otra parte, uno de los tipos de violencia que ha captado mayor atención durante los últimos años es la violencia laboral contra las mujeres asociado a variables propios de la maternidad, la cual según Ansoleaga et al. (2015) puede adoptar distintas formas: agresión física, sexual o psicológica, acoso y abuso psicológico y emocional. En el contexto de la pandemia por COVID-19, Ponce y Villavicencio (2020) mencionan que las mujeres resultaron más afectadas que los hombres, ya que consideran que la carga laboral aumentó, junto con el temor a ser desvinculadas de sus centros de trabajo, además de percibir mayor peso en las tareas familiares al tener que hacerse cargo de sus hijos, y aunque se cuente con apoyo de la pareja consideran que éste no es el suficiente o se le atribuye una mayor carga a la mujer porque “*es responsabilidad de la mujer*”.

En un estudio realizado por Undurraga y López-Hornickel (2020), se identificaron tres tipos de manifestaciones de violencia laboral hacia las mujeres: 1) un trato condescendiente en la realización de su labor (relaciones laborales hostiles en las que son vistas como menos capaces y se les limita a tareas de servicio que no tienen relación con sus funciones), 2) discriminación

frente a la maternidad (acoso psicológico a la mujer por el hecho de ser madre y para evitar nuevos embarazos en la organización, así como hostigamiento y discriminación por utilizar la hora legal de amamantamiento y por hacer uso de licencia médica) y, 3) acoso sexual, en especial en mujeres que tenían un nivel educativo similar (no profesional) y su ocupación se relacionaba con servicios de gestión y administración. En este mismo sentido, Frías (2011) reporta que, en 2011, la prevalencia de discriminación por embarazo se observó en un 11.2% y la de acoso u hostigamiento sexual laboral en el 2.8%, evaluado en una muestra de mujeres mexicanas.

1.6.2 Violencia ejercida durante el embarazo y el posparto.

El fenómeno de la violencia y la agresividad durante el periodo perinatal es un elemento importante de analizar para comprender los factores asociados a la presencia de agresividad en las madres propio del periodo perinatal. Para Carrasco y González (2006) la agresión materna es un comportamiento manifestado por la madre para defender a sus bebés de las amenazas, misma que según Barbosa y Ángelo (2016), se puede presentar en respuesta a las exigencias de la nueva etapa y puede ir dirigida tanto al bebé como a las otras personas del entorno.

En un estudio realizado por Bonatto et al. (2019), estos coinciden con que el comportamiento agresivo de las hembras en el reino animal es considerado un mecanismo de protección y defensa hacia sus bebés. Además, la protección de la descendencia durante la lactancia según Hansen y Gammie (2010), está muy conservada entre las especies de mamíferos, incluyendo los humanos. Además, un cambio importante durante la etapa perinatal, implica que la madre debe adaptarse a los sacrificios que demanda la maternidad. Walloch et al. (2007) menciona que algunas mujeres se sienten orgullosas de estos cambios y gozan del grado mayor de atención por parte de los

demás, sin embargo, otras mujeres se sienten avergonzadas y se perciben incapaces de manejarlos.

Barbosa y Ángelo (2016), coinciden con los autores anteriores en que los cambios en la nueva etapa de vida de las mujeres alrededor de la perinatalidad pueden ser un factor que influye en la conducta agresiva hacia sus bebés, la cual se relaciona con la pérdida de control sobre sí misma en su interacción con su bebé e incluye los comportamientos de agresividad que la madre comienza a presentar con hacia éste, así como el miedo que siente de no conseguir evitarlos. A su vez, en muchas ocasiones, menciona Walloch et al. (2007) que las demandas del bebé molestan a la madre y provocan en ella impulsos agresivos, que pueden dar lugar a gritos, a maldecirlo o a golpes.

Sin embargo, esta conducta agresiva también está relacionada a la presencia de varios neurotransmisores, los cuales según Bridge (2014) incluyen a la serotonina, GABA, dopamina, arginina vasopresina, hormona liberadora de corticotropina, entre otros. Salais-López, et al (2017) mencionan que se ha observado que los lactógenos placentarios y la prolactina modulan el cerebro femenino durante la gestación, provocando cambios en el comportamiento que incluyen un incremento de la agresividad y mayor motivación para cuidar a sus bebés.

Asimismo, Barbosa y Ángelo (2016) mencionan que el comportamiento agresivo y el descontrol que se manifiesta por parte de las madres también puede ir dirigido hacia otras personas de su convivencia familiar como la pareja y otros hijos, así como hacia otras personas fuera del entorno familiar durante el periodo perinatal.

Esta conducta de agresión se relaciona con la pérdida de control de sí misma en la interacción con las personas, la cual incluye las dificultades en la relación con su pareja y demás familiares y

a repetir tales comportamientos con su bebé. En este sentido, Barbosa y Ángelo (2016) mencionan que la mujer mira para sí, en su interacción con su bebé y se ve como una madre cuidadora, pero cuando mira para sí en la interacción con otras personas, puede percibirse también como una mujer sin cuidados, agresiva e irritada. Por su parte Brockington (2008) añaden que uno de los factores que influye en la conducta agresiva de las mujeres en la etapa perinatal es el abuso de sustancias nocivas como el tabaco.

1.6.3 Estrés durante el periodo perinatal

Para Ponce y Villavicencio (2020) el estrés es un conjunto de reacciones emocionales, físicas e inclusive cognitivas, que puede afectar en gran medida la vida personal y laboral de la persona. El exceso de estrés puede ser perjudicial para cualquier persona, a corto plazo puede producir cansancio, insomnio, ansiedad, falta o exceso de apetito, dolores de cabeza o espalda; sin embargo, cuando se prolonga demasiado tiempo, puede provocar problemas de salud como una menor resistencia a las enfermedades infecciosas, presión arterial alta y enfermedades cardíacas (Eunice Kennedy Shriver National Institute, 2019).

Caparros-González (2021) menciona que la muerte de un familiar cercano durante el embarazo puede ser vivida como una gran catástrofe para la gestante, además considera que para una mujer embarazada, fuentes de altos niveles de estrés también pueden ser asociados ante la presencia de violencia de género, una amenaza de parto prematuro, tener problemas económicos, el miedo al parto, entre otros. El estrés prenatal actúa como un fenómeno complejo que según Francesca (2017) citado en Elia (2017) afecta a la vez emociones maternas, el comportamiento y la fisiología materna mediante diferentes vías y la alteración de la fisiología materna a su vez se transmitirá al feto por varios mecanismos. Por muchas razones el embarazo puede traer una gran cantidad de estrés, las mujeres embarazadas pueden encontrarse preocupadas por el futuro, las

finanzas, la vivienda, el apoyo, el empleo, la atención médica (Cotarelo et al., 2020, pp 896-897). Las mujeres que viven en malas condiciones de vida, en casas precarias, con preocupaciones económicas y en un medio ambiente con violencia y criminalidad tienen mucho más estrés crónico y peores resultados obstétricos lo que debe hacernos considerar los factores socioculturales y no sólo los individuales (Hobel y Culhane, 2003; Zapata et al, 1992 citados en Maldonado-Durán, 2011, pp 22). La pobreza según Maldonado-Durán, 2003 crea ciclos de desventajas y situaciones de estrés para la mujer, que van desde acceso a cuidados de salud, pobres condiciones de vivienda, mayores dificultades en el medio ambiente y menor posibilidad de nutrirse de forma adecuada.

Asimismo, Olza (2019) menciona que las mujeres que viven acontecimientos estresantes en el primer trimestre de embarazo tienen mayor riesgo de tener un aborto espontáneo. Cuadros-Espinosa (2019) menciona que el estrés en el embarazo se debe al presagio del parto inminente y a la incertidumbre del resultado final, así como el miedo al dolor y a la muerte y el temor por las condiciones del feto. Además un embarazo suele conllevar exigencias y molestias que originan tensión como los trastornos físicos: náuseas, vértigo, cambio de apetito. (Díaz et al., 1999 citado en Cuadros-Espinosa, 2019). Zar et al. (2001) citado en Mondragón (2021) considera que los síntomas ansiosos y depresivos se han asociado con el estrés parental durante el período posparto, especialmente en madres primerizas.

Hurtado et al. (2003) citado en Cuadros-Espinosa (2019) considera que el estrés tiene efectos directos sobre el parto, dando como resultado un incremento en la dificultad para la dilatación, partos más prolongados y aumento de cesáreas. Entre algunos factores asociados al estrés durante el posparto que describe De Graaff et al. (2018) se encuentran factores de riesgo como parto traumático, alteraciones de sueño, baja autoestima, dificultad para amamantar.

Dekel, s.f. citado en Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, 2020 plantea que una experiencia de parto negativa puede ser suficiente para que se presente un cuadro de Trastorno de estrés postraumático (TEPT) posparto. Sánchez y Palacios, 2007 mencionan que hay varios factores de riesgo para el desarrollo del TEPT, que comprenden el periodo previo al embarazo como sucesos estresantes, depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, maltrato y violencia doméstica en la infancia; asociados al embarazo como preocupación y miedo por la muerte de sí misma o el bebé, miedo al parto; relacionados con el trabajo de parto como complicaciones obstétricas, cesárea e instrumentación de emergencia, realización de la episiotomía, insatisfacción con la atención y cuidados y factores objetivables en el posparto como estrés adicional, poco apoyo, culpa hacia sí misma, sensación de pérdida de control sobre el proceso y sentimiento de pérdida de parto idealizado.

Floderus et al., 2009, Luecken et al., 1997 y Nordenmark, 2004 citados en Torres et al. 2014 mencionan que la conjunción de factores como el estrés laboral y doméstico de las madres, así como la crianza de los hijos se asocia a un peor estado de salud. Además, Torres et al. 2014 considera que en el caso de las madres trabajadoras el estrés laboral, el nivel conflicto entre la maternidad y el trabajo, la compaginación de roles, el apoyo y el reparto de tareas son factores que influyen en el bienestar psicológico de la mujer. En este sentido Maldonado-Durán, 2003 menciona que un factor de protección contra el estrés es el hecho de que la mujer viva en casa de sus padres, quienes en algún grado cuidan de ella.

1.7 Alteraciones del sueño durante el embarazo y el posparto.

El sueño, según Luna et al. (2015) es una función biológica de suma importancia en nuestras vidas, cuya alteración puede ser un problema en sí mismo, con efectos en el organismo y en la actividad psíquica o, una manifestación de otro problema físico o mental, que afecta la calidad de

vida. Teniendo en cuenta que los cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo también se asocian con cambios en la arquitectura del sueño durante el embarazo considerando el tiempo total del sueño (TTS). Según Ayala-Moreno et al. (2019) la duración del estado de sueño aumenta ligeramente en el primer trimestre comparado con el estado no gestante y disminuye progresivamente durante el tercer trimestre, estos cambios obedecen a un proceso fisiológico normal en las mujeres embarazadas, generando complicaciones, especialmente cuando se presenta obesidad, ya que la prevalencia de apnea del sueño es mayor.

Es decir, según Herring et al. (2013) las alteraciones de sueño se deben a los cambios fisiológicos y Costa (2015) citado en Ayala-Moreno et al (2019) coincide con que el trastorno del sueño es más frecuente en las gestantes durante el tercer trimestre, aparte de generar una somnolencia diurna, que puede afectar los estados conductuales y alimenticios de la madre lo que genera sobrepeso en la gestante y el riesgo de sufrir síndromes metabólicos durante el embarazo. Ruiz (2015) afirma que estos cambios fisiológicos además de los trastornos del sueño pueden ocasionar complicaciones en la madre como la diabetes gestacional y modificaciones músculo esqueléticas.

Por su parte Gay et al. (2016) menciona que, durante el embarazo, los trastornos del sueño producen consecuencias fisiológicas y hormonales, además, Shao-Yu et al. (2016) asevera que las mujeres gestantes de edades cercanas a los treinta años son las más afectadas, provocando también el aumento de despertares nocturnos y disminuyendo el desempeño cotidiano al día siguiente. De igual manera, Insana et al. (2013) han puesto en evidencia las consecuencias perjudiciales de la interrupción del sueño en el funcionamiento neuroconductual de la madre durante el día en el periodo del posparto temprano, ya que las mujeres en periodo de posparto muestran una disminución considerable de la cantidad y calidad del sueño debido a diversos

factores, uno de los cuales, es principalmente el cuidado del recién nacido. Sobre esta misma idea, Carrillo-Mora et al. (2018) confirman que las disfunciones del sueño dan lugar también a alteraciones psicológicas (dificultad de concentración y pérdida de memoria), conductuales (estrés emocional, depresión, fatiga, irritabilidad) y fisiológicas, como aumento en los niveles de cortisol, incremento de la actividad simpática, y la presión arterial e incremento del dolor según Serrano-Mata (2019).

Estudios realizados por Stanton et al. (2000) y Eriksson, et al. (2014) encontraron una relación entre la privación del sueño y los elevados niveles de estrés, depresión y psicosis perinatal en madres con conductas filicidas. Dekel, s.f. citado en Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, 2020 plantea que la falta de sueño previo al nacimiento y la duración del parto fueron factores para el desarrollo de TEPT posparto.

1.8 Alteraciones cognitivas en la etapa perinatal

Durante la etapa perinatal, no sólo se producen cambios en la calidad del sueño sino también alteraciones en la cognición. En estudios recientes Anderson (2011) citado en Barba-Müller (2017), exploran las habilidades relacionadas con las funciones cognitivas maternas y señala que las mujeres embarazadas muestran una mayor sensibilidad en la percepción social; en humanos, al igual que en otros mamíferos, el embarazo y posparto conllevan cambios cognitivos que confieren a las hembras ventajas adaptativas para facilitar la gestación y la crianza.

Hillner et al. (2015) considera que el cerebro de las mujeres se adapta a nivel morfológico y funcional para establecer requerimientos fisiológicos y comportamentales que permiten la gestación y el óptimo cuidado de los bebés. Las áreas cerebrales que se esculpen según Lugones y Sarduy (2019) coinciden con aquellas que se activan ante el bebé, y los cambios están

localizados en áreas implicadas en la cognición social, particularmente en regiones que se activen al interferir las interacciones, pensamientos y necesidades del otro. Así, esta plasticidad cerebral facilita a la madre una mejor detección de las intenciones ajenas con una finalidad protectora, por lo que Hillerer et al. (2015) considera que estos cambios en la estructura cerebral ayudan a que la madre infiera el estado mental de su bebé, para poder responder adecuadamente a sus necesidades.

Sin embargo, Blakemore (2012) considera que esta reestructuración del cerebro de la mujer durante el embarazo conlleva una disminución considerable de la sustancia gris y estas alteraciones se deben además a la eliminación de redes neuronales que el cuerpo no necesita, lo que tal vez ayude al cerebro a especializarse en la maternidad. Bohemia (2018) citado en Lugones y Sarduy, (2019) coincide con que la pérdida de sustancia gris, se produce sobre todo en las partes responsables del razonamiento social y la capacidad de entender los puntos de vista de otras personas.

Por su parte Rodríguez (1984) citado en Lugones y Sarduy (2019) coincide con que durante el embarazo puede presentarse una pérdida parcial o completa de la memoria a corto plazo, conocida como amnesia del embarazo y también de la memoria espacial, cuyas causas son orgánicas o funcionales. Ciertamente Casey, 1993 citado en Hoekzema et al. (2017) coincide con que esta pérdida parcial de memoria se debe a los cambios en la actividad del cerebro debido a las fluctuaciones hormonales, sin embargo, la maternidad hace a las mujeres desarrollar habilidades intelectuales diferenciadas. Blakemore (2012) asevera que el cerebro mejora durante el embarazo; algunas zonas cerebrales clave alteran su tamaño persistiendo estos cambios durante décadas como lo son según Lugones y Sarduy (2019) la mejora de las capacidades

cognitivas cuando las mujeres quedan embarazadas y la sobre estimulación cerebral que al convertirse en madres las vuelve más alerta.

1.9 Salud mental de las mujeres embarazadas y en periodo de posparto durante la pandemia por COVID-19

Como se ha mencionado anteriormente, los síntomas y trastornos en la salud mental durante el embarazo y el posparto siempre han estado presentes en mujeres en situaciones socio-ambientales regulares, sin embargo, el confinamiento por la Pandemia por COVID-19 según Berthelot et al. (2020), ha representado en todos los países un incremento en las afectaciones psicológicas de las mujeres en etapa perinatal debido a las preocupaciones de las gestantes. Entre estas preocupaciones se incluyen, según Olza (2020) la incertidumbre sobre lo que sucederá con el plan de parto y la alta posibilidad de no tener acompañante, temor a la infección por COVID-19 durante el parto o en las consultas rutinarias donde incluso algunas madres pueden evitar acudir a las mismas, pedir inducción o cesárea con la impresión subjetiva de tener mayor control, miedo a ser separadas de sus bebés recién nacidos y preocupación por no poder amamantar.

La probabilidad de sufrir depresión y ansiedad en mujeres en el embarazo y posparto ha aumentado durante la pandemia por COVID-19 según Apesteguía (2020). Varios estudios sugieren que han incrementado los síntomas de ansiedad, pero no de depresión; la limitante es que todos estos estudios se realizaron en países de ingresos altos y medios de Europa y Asia según Loret de Mola et al. (2021) y existe menor evidencia de lo ocurrido en la región Latinoamericana. Adicionalmente, es importante considerar que los principales estudios reportados a la fecha, muestran los efectos de la pandemia por COVID-19 en mujeres durante la etapa perinatal en las etapas iniciales de la pandemia.

En un contexto internacional, en China, Wu et al. (2020) reporta que el 12% de las mujeres embarazadas experimentó depresión y el 22% experimentó elevados niveles de ansiedad al final del embarazo; además se identificó que estas mujeres fueron más vulnerables a las infecciones y se encuentran en mayor riesgo de complicaciones graves.

De igual manera, Davenport et al. (2020) en un estudio entre abril y mayo del 2020 con mujeres en etapa perinatal canadienses, reportó que los niveles de ansiedad y depresión en esta población incrementaron. Davenport identifica que en la muestra estudiada la presencia del 72% de mujeres experimentaron ansiedad y el 41% experimentó depresión durante el periodo perinatal; además se encontró una disminución en la actividad física, que según se ha determinado como un factor que apoya a contrarrestar los síntomas depresivos y de ansiedad.

Asimismo, en un estudio realizado por Ravaldi et al. (2021) en Italia, con 200 participantes embarazadas se observó que las mujeres se mostraban más preocupadas por la salud de los demás que por su propia salud y las que tenían antecedentes de angustia psicológica se vieron significativamente más abrumadas por la pandemia por COVID-19. En un estudio internacional que incluyó 11 países de Europa y 3 países de América del sur con 300 participantes perinatales por país, Motrico et al. (2020) menciona que se identificó un riesgo elevado durante la pandemia de la presencia o incremento de la violencia de pareja en este grupo.

En Latinoamérica, Loret de Mola et al. (2021) asevera que, en Brasil, más de una de cada cuatro madres presentó depresión o ansiedad y casi la mitad de una muestra de 1136 mujeres presentó un caso moderado- grave de estrés debido a la pandemia por COVID-19. Asimismo, la ONU (2021) menciona que la pandemia ha disparado la violencia doméstica contra las mujeres. Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) afirma que la pandemia por

COVID-19, ha vulnerado la independencia económica de las mujeres en Latinoamérica debido a que se desempeñan en los sectores económicos más afectados.

En el contexto mexicano afirma Medina-Jiménez et al. (2020) que la pandemia por COVID-19 en una muestra de 549 participantes embarazadas con una media de 28.1 años, ha tenido efectos de salud mental reflejados en los altos niveles de estrés percibido y depresión. La ONU (2021) afirma que a partir de la pandemia por COVID-19 en México se documentaron síntomas de estrés postraumático en casi un tercio de la población general.

1.9.1 Factores asociados a sintomatología de salud mental perinatal durante la pandemia por COVID-19

Se identifican factores asociados a los síntomas de salud mental en las mujeres en etapa perinatal durante la pandemia por COVID-19. Para Berthelot et al. (2020) un historial personal de trastorno psiquiátrico y un estado sociodemográfico más bajo, predijeron una mayor sintomatología psiquiátrica y, por lo tanto, un mayor riesgo para la salud de la madre y el bebé.

Olza (2020) aportó que tener que salir de casa a trabajar tiempo completo ha representado un aumento de la preocupación por la infección y la transmisión vertical en las madres; asociado a un mayor riesgo de depresión y ansiedad perinatal, ya que las evidencias más recientes en el primer semestre del 2020 que fue la primera etapa de la pandemia según Zárate-Moroyoqui (2021) reportó que las embarazadas pueden experimentar serias complicaciones durante la infección por COVID-19.

En un subgrupo analizado en población china, Wu et al. (2020) encontró que los factores asociados a la sintomatología de salud mental en las mujeres embarazadas fueron una edad <35 años, con bebés de bajo peso, primíparas, con ingresos medios, trabajos de tiempo completo, que

residieran en un área per cápita de 20m², y estos se relacionaron con más probabilidades de experimentar síntomas depresivos durante la pandemia por COVID-19.

En México, Cotarelo et al. (2020) coincide con que uno de los factores asociados al incremento de sintomatología en salud mental perinatal fue la presencia de diabetes gestacional, la cual se presenta en mayor posibilidad en el grupo étnico de alto riesgo con una edad >25 años, con sobrepeso u obesidad, teniendo cuando menos un familiar en primer grado con diabetes mellitus, antecedentes personales de diabetes gestacional y antecedentes de complicaciones obstétricas como: óbitos, muerte neonatal temprana, malformaciones y preeclampsia. Tiktin y Segura (2020) reportaron que el estrés se incrementó en las mujeres embarazadas durante la pandemia por COVID-19 al igual que la ansiedad y además cambiaron las expectativas del embarazo debido a que algunas experimentaron sentimientos negativos a causa de no tener la misma experiencia que las que tuvieron a su bebé antes de la pandemia.

Entre los factores protectores contra la ansiedad y la depresión se encuentran el apoyo social como un importante determinante del bienestar físico y psicológico, especialmente durante el embarazo cuando las mujeres toman nuevas responsabilidades y roles. Afonso (2018) menciona que las relaciones sociales de apoyo impactan directamente la salud mental alentando comportamientos positivos de salud, incrementando sentimientos positivos y mejorando la regulación emocional. Efectivamente Lebel et al. (2020) consideran que el apoyo social incide en la disminución de los efectos del estrés materno en la respuesta al estrés infantil y en el contexto de la pandemia del COVID-19, las mujeres en etapa de embarazo y posparto vieron significativamente reducidas sus redes de apoyo disponibles por el confinamiento, el riesgo al contagio y la reducción de accesibilidad a servicios de salud perinatal.

En general, se observa que durante la pandemia por COVID-19, la sintomatología de salud mental más frecuente en mujeres en etapa perinatal ha sido la ansiedad y depresión seguido de estrés, con las cifras más altas en Canadá, seguido de países Europeos como Bélgica e Italia y en China (Davenport et al., 2020; Ceulemans et al., 2021; Ravaldi et al., 2021; Wu et al., 2020). En Latinoamérica se reportan principalmente síntomas de depresión, ansiedad y estrés (prevalencias del 25.3% en depresión prenatal, 19 – 29.3% en depresión posparto, 25.9% en ansiedad posparto y 40.5% estrés posparto), en países como Brasil, Perú, Colombia y México (Loret de Mola et al., 2021; Rondon, 2020; Medina-Jiménez et al., 2020; Cotarelo et al., 2020; Tiktin y Segura, 2020). Los factores asociados a la sintomatología de salud mental perinatal que parecen ser más comunes entre las mujeres embarazadas son: una edad joven, antecedentes de trastornos psiquiátricos, ingresos medios, salir de casa/ trabajar tiempo completo y reducción de las redes de apoyo social.

La sintomatología de salud mental que han experimentado las mujeres en etapa perinatal alrededor del mundo durante la pandemia de COVID-19, coincide con diversos estudios que reportan el impacto de las pandemias anteriores mostrando consecuencias negativas importantes en la salud mental de las personas afectadas. El estudio realizado por Kamara et al. (2017) con población general en África muestra que de los pacientes sobrevivientes o con familiares afectados por el virus del Ébola que fueron atendidos en una clínica durante 2015-2016, la mitad experimentaron angustia o depresión leve, trastornos de ansiedad y duelo. Chan et al. (2003) citado en Fantauzzi (2020) menciona que en un estudio de regresión en Hong Kong para estimar los efectos de la epidemia de SARS se observó un incremento de suicidios en población >65 años en 2003, año en que se registró la mayor cantidad de casos de SARS comparado con el período de 1986-2002. Asimismo, de acuerdo con la Organización de Estados Americanos

(OEA, 2021), la experiencia en otras pandemias como el SARS, el Ébola o el sarampión confirma que existen impactos diferenciados en mujeres y hombres incluyendo lo referente a la salud, lo social, económico y político. Sin embargo, es importante destacar que en la bibliografía revisada no se encontraron estudios que reporten el impacto de pandemias anteriores en población perinatal.

1.10 Instrumentos de evaluación de la salud mental perinatal durante la pandemia por COVID-19.

La pandemia por COVID-19 ha sido un reto inédito para la evaluación e investigación de la salud mental perinatal dada la rapidez de su aparición y la emergencia de la necesidad de realizar evaluaciones de salud mental rápidas y masivas que permitieran el acceso a las mujeres en periodo perinatal sin representar riesgo de contagio.

Entre los instrumentos de evaluación más comunes se reportan la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS), la Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS), el Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI-state) y algunos han utilizado cuestionarios de autoreporte de depresión y ansiedad que evalúan sintomatología a partir de la pandemia por COVID-19. Se identifica que hasta la fecha han sido pocos los estudios que incluyeron a mujeres en posparto. Los estudios de Castañeda (2020) y López-Morales et al. (2021) en Perú y Argentina realizaron una comparación entre mujeres embarazadas y mujeres no perinatales. El estudio de Juárez et al. (2020) incluyó una comparación entre sintomatología de salud mental antes y a partir de la pandemia en mujeres embarazadas residentes en Estados Unidos, utilizando cuestionarios previamente diseñados.

Se observó en los estudios, que el uso de diferentes instrumentos y mecanismos de evaluación de la salud mental prevaleció el uso de instrumentos previamente diseñados para situaciones no

pandémicas, aplicados en algunas ocasiones por primera vez usando estrategias de la telepsicología con el apoyo de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TICs). En la tabla 1, se enlistan los principales métodos e instrumentos que se utilizaron para medir los cambios en la sintomatología de salud mental perinatal en los estudios realizados a partir de la pandemia por COVID-19 reportados en este apartado.

Tabla 1. Métodos e instrumentos utilizados en los estudios de salud mental perinatal a partir de la pandemia por COVID-19.

Autor (País)	Año	Método / instrumento	Muestra
Apesteeguía, I. (España)	2020	1. Revisión bibliográfica	-
Berthelot, N., et al. (Canadá)	2020	1. Cuestionario sociodemográfico 2. Estudios de cohorte 3. Escala de Angustia Psicológica de Kessler 4. Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS) 5. Escalas de experiencias disociativas	1754 embarazadas
Castañeda, P. (Perú)	2020	1. Escala de Funcionalidad Familiar (FACES III) de Olson, Portner y Lavee 2. Cuestionario de violencia obtenido de la ficha de tamizaje (Violencia familiar y maltrato infantil del Ministerio de Salud) 3. Ficha de identificación sociodemográfica, familiar y de violencia	185 adolescentes: 65 embarazadas 120 no embarazadas
Cotarelo, A., et al. (México)	2020	1. Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA) de Sanz, 2001.	85 embarazadas con diabetes gestacional
Davenport, M., et al. (Canadá)	2020	1. Cuestionarios auto-reportados de depresión y ansiedad 2. Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS)	900 mujeres: 520 embarazadas 380 en el primer año de posparto

		3. Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI- state)	
Juárez, J., et al. (Estados Unidos)	2020	1. Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) 2. Inventario de Resiliencia (RESI) 3. Cuestionario de Sucesos Vitales 4. Inventario de Predictores de la Depresión Posparto, versión español 5. Subescala de Satisfacción Marital del Cuestionario de Factores de Riesgo de la Depresión Perinatal (PDPI-R), versión español 6. Inventario de Masculinidad y Femenidad	280 mujeres mexicanas embarazadas residentes en Estados Unidos
Kotlar, B., et al.	2020	1. Revisión de alcance	-
Lebel, C., et al. (Canadá)	2020	1. Preguntas sobre el estrés relacionado con el COVID-19 y medidas estandarizadas de depresión y ansiedad relacionadas con el embarazo y apoyo social	1987 embarazadas
Medina- Jiménez, V., et al. (México)	2020	1. Escala de estrés percibido 2. Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EPDS)	549 embarazadas
Nunton, J., Alvarado, V. y Pérez, A. (Perú)	2020	1. Encuesta 2. Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EPDS)	237 embarazadas
Tiktin, O. y Segura, X. (México)	2020	1. Cuestionario sociodemográfico y de embarazo en línea 2. EPDS 3. DASS-21	118 mujeres en etapa perinatal
Wu, Y., et al. (China)	2020	1. Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EPDS)	4124 mujeres en el tercer trimestre de embarazo
López- Morales, H., et al. (Argentina)	2021	1. Cuestionario de Depresión de Beck 2. Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI- state)	204 mujeres: 102 embarazadas 102 no embarazadas

		3. Escala de Afecto Positivo-Afecto Negativo (PANAS)	
Loret de Mola, C., et al. (Brasil)	2021	1. Cuestionario sobre características sociodemográficas y relacionado con la salud 2. Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EPDS) 3. Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) 4. Escala de impacto de los eventos (IES)	1136 mujeres en período de posparto

1.11 Alteraciones en la cognición y el sueño en las mujeres perinatales durante la pandemia por COVID-19

Como ya se ha referido con anterioridad, en la etapa perinatal es común que las mujeres presenten alteraciones en la cognición y sueño asociadas a los cambios hormonales y adaptación a la maternidad. La pandemia por COVID-19 no sólo ha tenido consecuencias en el aumento de la sintomatología de salud mental perinatal, en varios estudios también se reportan alteraciones en la cognición y sueño. A continuación, se mencionarán varios estudios de las alteraciones en cognición y sueño reportadas por las mujeres en etapa perinatal durante la pandemia por COVID-19.

Carrizo et al. (2020) afirma en una revisión sistemática, que cerca de la mitad de las mujeres durante el periodo perinatal reportaron cambios en la memoria, usualmente olvidos de la rutina diaria. Además, Carrizo et al. (2020) menciona que varios estudios reportan un menor desempeño en la memoria implícita, explícita, listas de aprendizaje y memoria verbal en pruebas a mujeres embarazadas comparadas con mujeres no perinatales. Por su parte, Labos et al. (2020) coincide en un estudio en Argentina, que las mujeres son más propensas a presentar alteraciones

en cognición y éstas se encuentran relacionadas con el cambio de hábitos y rutinas a partir de la pandemia por COVID-19. En un estudio realizado por Miranda et al. (2021) en mujeres perinatales argentinas, se encontró que los cambios en la memoria se asociaron con una edad >35 años, ser multípara, tener más de 6 meses en periodo posparto y practicar lactancia materna exclusiva.

En cuanto a las alteraciones de sueño, Morin y Carrier (2020) mencionan que en varios estudios con población general se reporta un incremento del 37% en los niveles de insomnio asociado a sintomatología depresiva, ansiedad y estrés. Aguilar-Cordero et al. (2020) sostiene que la falta de sueño durante la actual pandemia por COVID-19, representa un factor de riesgo para el desarrollo de depresión posparto en las mujeres. A su vez Medina-Ortiz et al. (2020) menciona que en varios estudios se observa que las mujeres con estado civil casado, que se sintieron más fatigadas y que pasaron más tiempo en redes sociales presentaron mayor nivel de insomnio durante la pandemia por COVID-19.

Los estudios en muestras de mujeres en etapa perinatal durante la pandemia por COVID-19, destacan que la evaluación de la afectación en el bienestar psicosocial se ha centrado en la identificación de sintomatología relacionada con la depresión, ansiedad, el estrés, con reducida valoración de otros aspectos del bienestar como lo son los estados cognitivos, la calidad del sueño y la experimentación de la violencia.

Capítulo 2. Planteamiento del problema

2.1 Justificación

La pandemia por COVID-19 ha representado un periodo de alto nivel de estrés que, ha sido un factor determinante para el incremento en los niveles de riesgo asociados a sintomatología de problemáticas de la salud mental perinatal. Se ha estimado que alrededor del 75% de las mujeres con trastornos mentales perinatales no fueron diagnosticadas ni recibieron el tratamiento ni la ayuda adecuada según Jurado-García y Baena-Antequera (2021) en lo que lleva esta pandemia. Durante la pandemia por COVID-19, las mujeres embarazadas contagiadas de COVID-19 sintomático, experimentaron según Kotlar et al. (2021) resultados más graves de la enfermedad que el resto de las mujeres no gestantes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) como se citó en Nunton et al. (2020), reportó que cerca del 10% de las embarazadas y del 13% de las mujeres en posparto alrededor del mundo experimentaron una alteración mental durante la pandemia, principalmente depresión; mientras que las cifras se han reportado mayores en varios países en desarrollo presentando un 15.6% de trastornos psicológicos durante el embarazo y del 19.8% en el posparto.

Por otra parte, los datos sobre la afectación en la salud mental en mujeres durante esta pandemia por COVID-19 aún son escasos en muestras perinatales mexicanas. Un estudio de Juárez et al. (2020) reportó que a partir de la pandemia por COVID-19, las mujeres en etapa perinatal en México tuvieron una mayor presencia de sintomatología de ansiedad y depresión en comparación con las mujeres que reportaron sintomatología antes de la pandemia por COVID-19, además se encontró que las mujeres que percibieron un bajo apoyo social durante el embarazo tenían más probabilidades de tasas de prevalencia y factores de riesgo, asociado así con un mayor aumento de la ansiedad durante este periodo. Juárez et al. (2020) refiere que este

hallazgo muestra que el género femenino es un factor de riesgo temporal y culturalmente relevante entre las mujeres de este país.

En este sentido, Rondon (2020) destaca que la salud mental perinatal no ha sido significativamente investigada en Latinoamérica; una región donde la violencia contra las mujeres y las condiciones socioeconómicas parece relacionarse con las altas tasas de trastornos mentales perinatales, pero donde aún se necesita más investigación para comprender las asociaciones de una manera más efectiva. Debido a la presencia de factores comunes como ansiedad, depresión, problemas de sueño en mujeres embarazadas y en periodo de posparto, el estrés derivado del confinamiento se sumó al incremento en los índices de violencia durante el embarazo en población mexicana según lo menciona Castañeda (2020), lo cual ha construido un escenario adverso para la salud mental de las mujeres durante el embarazo y el posparto. Destaca con ello, la importante necesidad de focalizar el estudio de los efectos específicos generados a partir de la pandemia por COVID-19 en este grupo perinatal, donde se explore la relación de los factores asociados a las alteraciones y el nivel de riesgo en sintomatología de salud mental perinatal así como los cambios en la salud mental general, y adicionalmente su relación con los efectos en la calidad del sueño, la cognición, el estrés y la violencia en población perinatal mexicana provocados a partir del inicio de esta pandemia que han sido menos estudiados en población perinatal afectada por esta crisis sanitaria mundial.

De igual manera, tal y como lo afirma López-Morales et al. (2021) es fundamental entender el impacto psicológico del COVID-19 en poblaciones vulnerables como las mujeres en etapa perinatal, por medio del acercamiento a este grupo ante la presencia de psicopatologías durante el embarazo que en el contexto de la pandemia combinado con factores asociados se pueden incrementar.

Para aportar conocimiento sobre estos fenómenos psicosociales y explorar y ahondar en las condiciones de salud mental perinatal a partir de la pandemia por COVID-19 en población mexicana se plantean las siguientes preguntas que guiarán la indagación del presente estudio.

2.2 Preguntas de investigación

¿Cuáles son las principales alteraciones en la salud mental perinatal de las mujeres embarazadas y en periodo de posparto antes y a partir de la pandemia de COVID-19 en sus primeros meses en México?

¿Cuáles son las principales afectaciones en salud mental general, cognición, sueño, alimentación y violencia autoreportada de las mujeres embarazadas y en periodo de posparto en México a partir del inicio de la pandemia de COVID- 19?

¿Cuáles son las diferencias entre las mujeres embarazadas y en posparto en la calidad de la salud mental general, cognición, el sueño, nivel de estrés y violencia autoreportada durante los primeros meses de la pandemia por COVID-19 en México?

¿Cuáles son las diferencias que existen en la salud mental general, la cognición, sueño, estrés y violencia autoreportada en mujeres en etapa perinatal en comparación con mujeres en otra etapa de vida durante los primeros meses de la pandemia por COVID-19 en México?

2.3 Objetivo general

Analizar las alteraciones de salud mental perinatal y su asociación con la calidad de la salud mental general, cognición, sueño, estrés y violencia antes y a partir de la pandemia por el COVID-19 en mujeres embarazadas y en posparto mexicanas de 18 años en adelante en los primeros meses de la pandemia en México.

2.4 Objetivos específicos

1. Analizar las propiedades psicométricas de un instrumento de tamizaje breve de salud mental perinatal en contexto de la pandemia por el COVID-19.
2. Identificar y comparar la sintomatología de salud mental perinatal en mujeres embarazadas y en periodo de posparto de 18 años en adelante antes y a partir de la pandemia derivada del COVID-19, en población mexicana.
3. Calcular el nivel de riesgo en sintomatología de salud mental perinatal en mujeres embarazadas y en periodo de posparto de 18 años en adelante y sus diferencias significativas antes y a partir de la pandemia derivada del COVID-19, en población mexicana.
4. Analizar y comparar la calidad de la salud mental general, cognición, el sueño y alimentación autoreportada en mujeres embarazadas y en periodo de posparto de 18 años en adelante a partir de la pandemia derivada por el COVID-19 en población mexicana y su relación con la salud mental perinatal.
5. Caracterizar y analizar el estrés y violencia en mujeres embarazadas y en periodo de posparto de 18 años en adelante, a partir de la pandemia derivada por el COVID-19 en población del estado de Morelos y otras entidades federativas en México y su relación con la salud mental perinatal.
6. Comparar la salud mental general, cognición, sueño, alimentación, estrés y violencia autoreportada en mujeres mexicanas en etapa perinatal y mujeres en otro ciclo de vida a partir de la pandemia por COVID-19.

Capítulo 3. Método

3.1 Diseño metodológico

3.1.1 Tipo de estudio.

El presente estudio es parte de un estudio mayor titulado: “Exploración de Factores Psicosociales de Salud Mental, Cognición y estrategias educativas y familiares derivadas de la pandemia por COVID-19” realizado en el Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, teniendo como responsable general del proyecto a la Dra. Gabriela López Aymes. La participación de la responsable del estudio descrito aquí se enfocó en la muestra de mujeres en etapa perinatal y su comparación con una muestra de mujeres en una etapa de vida no perinatal.

El diseño del estudio es transversal, exploratorio, descriptivo y correlacional de tipo cuantitativo. En la presente tesis se buscará conocer las consecuencias de la pandemia por COVID-19 en diversos factores psicosociales y su relación con la salud mental perinatal en una muestra de mujeres embarazadas y en el primer año de posparto en México durante la pandemia por COVID-19.

3.1.2 Escenario.

El estudio general fue realizado en la Ciudad de Cuernavaca, Morelos, con invitación a toda la población mexicana por medio de la plataforma virtual del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi), UAEM.

3.2 Reclutamiento y selección de la muestra.

La muestra fue seleccionada de manera no probabilística, por conveniencia lo cual incluyó a todas las mujeres que respondieron los instrumentos y cumplieron con los criterios de inclusión. Debido a que el reclutamiento fue realizado durante el periodo de pandemia por COVID-19 en México, la invitación a participar en el proyecto general fue mediante la difusión en redes sociales para el llenado del instrumento en modalidad virtual. Esto permitió una mayor cobertura para el reclutamiento, así como la participación de las mujeres sin riesgo a contagio realizando evaluaciones en formato virtual en línea desde sus domicilios o lugares de confinamiento.

3.2.1 Criterios de inclusión y exclusión. Derivados de la muestra general evaluada en el proyecto general, el presente estudio generó un reclutamiento específico y seleccionó a las participantes bajo los siguientes criterios:

Criterios de inclusión. 1) Mujeres de 18 a 40 años que sepan leer y escribir en español, 2) Residir en el territorio nacional mexicano, 3) Con acceso a internet (debido a las condiciones actuales de confinamiento originadas por la Pandemia por el COVID-19), 4) Aceptar y firmar de forma electrónica el consentimiento informado para participar, 5) Para la muestra perinatal: Estar cursando un embarazo o hallarse en el primer año de posparto al contestar el cuestionario.

Criterios de exclusión. 1) Mujeres menores a 18 años o mayores de 40 y hombres de cualquier edad, 2) No saber leer español, 3) Residir fuera del territorio nacional, 4) Sin acceso a internet (debido a las condiciones actuales del confinamiento originadas por la Pandemia por el COVID-19, no es posible distribuir el cuestionario de otra manera para tener acceso a mayor población), 5) No aceptar firmar de forma electrónica el consentimiento informado.

El inicio de la pandemia por COVID-19 en México declarada por las autoridades sanitarias fue el 16 de marzo de 2020. El tiempo de recolección de los datos en formato virtual correspondió al periodo de 10 de junio de 2020 al 2 de agosto del 2020, 4 meses después del inicio de la Jornada de Sana Distancia declarada por el Gobierno Federal de México, que representó recomendaciones de aislamiento físico en las personas que realizaran trabajos no esenciales.

3.2.2 Descripción de Participantes. El número de participantes que se encontraba en la etapa perinatal fueron 190 mujeres; 89 reportaron estar embarazadas y 101 en periodo de posparto. Se identificaron en cada participante datos sociodemográficos (Tabla 2) sobre la edad con una mayoría entre 25- 34 años, estado civil: casada y en unión libre la mayoría, en escolaridad se reportó licenciatura como mayoría, en nacionalidad el 98.9% mexicana, en lugar de residencia la mayoría residían en Morelos, Durango y CDMX, teniendo como ocupación ama de casa y trabajadora reportadas como mayoría, en población de riesgo: embarazo como mayoría con el 88.9%, 2.6% con diabetes, 1.6% con hipertensión, 1.1% con diagnóstico COVID-19 y ninguna participante reportó ser adulto mayor o padecer cáncer, en diagnóstico de padecimiento emocional/ psicológico se reportó una presencia de un 17.4% y discapacidad en un 2.6% de las participantes.

Tabla 2. Datos sociodemográficos representados en frecuencias y porcentajes de la muestra perinatal.

Sociodemográfico	Perinatal (n=190)		No perinatal (n=240)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Edad				
18-24	42	22.1%	80	33.3%
25- 34	121	63.7%	104	43.3%
35-40	27	14.2%	56	23.3%
Estado civil				
Casada	96	50.5%	45	18.8%

Unión libre	73	38.4%	42	17.5%
Soltera	20	10.5%	143	59.6%
Divorciada	1	0.5%	10	4.2%
Escolaridad				
Licenciatura	120	63.2%	136	56.7%
Posgrado	37	19.5%	68	28.3%
Preparatoria	28	14.7%	25	10.4%
Secundaria	5	2.6%	11	4.6%
Ocupación				
Trabajadora	84	44.2%	112	46.7%
Ama de casa	72	37.9%	21	8.8%
Estudiante	23	12.1%	90	37.5%
Desempleada/ otra	11	5.8%	17	7.1%
Nacionalidad				
Mexicana	188	98.9%	235	97.9%
Extranjera	2	1.1%	5	2.1%
Lugar de residencia				
Morelos	81	42.6%	172	71.7%
Durango	16	8.4%	4	1.7%
CDMX	15	7.9%	21	8.8%
Estado de México	12	6.3%	10	4.2%
Otro	66	34.8%	33	13.6%
Grupo de riesgo				
Embarazo/ Posparto	169	88.9%	0	0%
Diabetes	5	2.6%	4	1.7%
Hipertensión	3	1.6%	7	2.9%
Cáncer	0	0%	0	0%
COVID-19	2	1.1%	5	2.1%
Discapacidad				
Sí	5	2.6%	10	4.2%
Padecimiento de tipo emocional/ psicológico				
Sí	33	17.4%	62	25.8%

3.3 Instrumentos y técnicas de recolección de datos.

Se utilizó una encuesta diseñada como técnica para la recolección y análisis de los datos relacionados con las variables de estudio mediante la elaboración de un cuestionario, a partir de una revisión teórica especializada, así como en los temas emergentes ante la pandemia.

El cuestionario fue sometido a una minuciosa revisión, para comprobar la comprensión, pertinencia y veracidad de los ítems a cargo de los investigadores responsables del Proyecto general (López-Aymes, et al, 2020). A partir de los diferentes factores a analizar, se integró un instrumento general de 153 preguntas, distribuidos en las siguientes 9 secciones:

- 1) Datos generales (se incluyen aspectos relacionados con las condiciones del participante antes de la pandemia y durante la pandemia por COVID-19)
- 2) Percepción del riesgo
- 3) Resiliencia
- 4) Estrés
- 5) Bienestar- malestar laboral
- 6) Salud mental y cognición
- 7) Salud mental perinatal
- 8) Estrategias educativas familiares
- 9) Consideraciones finales.

En este estudio, sólo se describen las características y resultados de los datos correspondientes a las variables: 1) datos generales, 4) estrés, los cuales fueron medidos únicamente a partir de la pandemia por COVID-19, así como las variables 6) salud mental general y cognición y 7) salud mental perinatal, medidos en dos tiempos: antes y a partir de la pandemia por COVID-19.

Como parte de la encuesta general, se utilizaron para el presente estudio los siguientes instrumentos.

- Salud Mental, Cognición y Sueño (*SAMCOSU*). Es un instrumento que mide alteraciones de salud mental general, cognición y sueño antes de la pandemia por COVID-19 (T1). Para realizar la comparación de estas dimensiones se utilizó la versión compuesta de 17 ítems obtenida del segundo análisis factorial exploratorio reportando adecuados índices psicométricos ($KMO \geq 0.70$ y valores de consistencia interna ≥ 0.70) que se reportan a detalle reportan en otro estudio (índice omega total de .90, salud mental .89, cognición .79, sueño .82)

3.3.1 Técnicas de recolección de datos para evaluar las variables del estudio.

1. **Estrés:** Incluye 1 ítem único diseñado por Elo, Leppänen & Jahkola (2003), el cual busca la exploración mediante autoreporte de la presencia de factor de riesgo de estrés emergentes como consecuencia de la pandemia por COVID-19 con opciones de respuesta: 1. Casi nada, 2. Poco, 3. A veces, 4. Casi siempre, 5. Siempre.

2. **Salud mental:** consta de 9 ítems para el T1 y 12 ítems para el T2, los cuales buscan la exploración de reacciones emocionales, perceptuales, cognitivas y conductuales autoreportadas en adultos de 18 años en adelante con sintomatología de riesgo, medidos en dos tiempos: antes y durante la pandemia por COVID-19, con opciones de respuesta: 0. Nunca, 1. Una vez, 2. Una vez a la semana, 3. Varias veces a la semana, 4. Diario. Estos ítems fueron diseñados por la Dra. Bruma Palacios Hernández, PITC del CITPsi, para el presente estudio.

3. **Cognición:** consta de 4 ítems para el T1 y 6 ítems para el T2, mismos que buscan la exploración por autoreporte de las alteraciones en la atención, memoria y concentración, medidos en dos tiempos: antes y a partir de la pandemia por COVID-19, con opciones de

respuesta: 0. Nunca, 1. Una vez, 2. Una vez a la semana, 3. Varias veces a la semana, 4. Diario; diseñados por la Dra. Ma. De la Cruz Bernarda Téllez Alanís y la Dra. Bruma Palacios Hernández, PITC del CITPsi, para el presente estudio.

4. **Sueño:** consta de 4 ítems, los cuales buscan la exploración por autoreporte de las alteraciones en el sueño, medidos en dos tiempos: antes y a partir de la pandemia por COVID-19, con opciones de respuesta: 0. Nunca, 1. Una vez, 2. Una vez a la semana, 3. Varias veces a la semana, 4. Diario; diseñados por la Dra. Ma. De la Cruz Bernarda Téllez Alanís y la Dra. Bruma Palacios Hernández, PITC del CITPsi, para el presente estudio.

5. **Salud mental perinatal:** consta de 7 ítems, los cuales buscan la exploración por autoreporte de las reacciones emocionales, perceptuales, conductuales y cognitivas por mujeres embarazadas y que cursen el primer año de posparto con sintomatología de riesgo, medidos en dos tiempos: antes y durante la pandemia por COVID-19, con opciones de respuesta: 0. Nunca, 1. Una vez, 2. Una vez a la semana, 3. Varias veces a la semana, 4. Diario, 5. No aplica, diseñados por la Dra. Bruma Palacios Hernández, PITC del CITPsi, para el presente estudio.

6. **Violencia:** consta de 6 ítems, los cuales buscan la exploración por autoreporte de la violencia medida en dos tiempos: antes y a partir de la pandemia por COVID-19, con opciones de respuesta: 1. No he experimentado violencia, 2. Física, 3. Verbal, 4. Económica, 5. Sexual, 6. Emocional, 7. Otra y 0. Nunca, 1. Una vez, 2. Una vez a la semana, 3. Varias veces a la semana, 4. Diario, diseñados por la Dra. Berenice Pérez Amezcua y la Dra. Bruma Palacios Hernández, ambas PITC del CITPsi, para el presente estudio.

3.4 Variables dependientes e independientes.

Variables independientes: En este apartado se presentan las variables independientes evaluadas en las participantes del presente estudio.

1. *Pandemia por COVID-19 (presencia o ausencia).*

2. Comparación entre las mujeres embarazadas y en posparto a partir de la pandemia por COVID-19 / específicamente en la *salud mental general, cognición y sueño* y su relación con la salud mental perinatal.

3. Comparación entre las mujeres mexicanas en etapa perinatal y mujeres en otro ciclo de vida a partir de la pandemia por COVID-19 en los apartados de *salud mental general, cognición, sueño, estrés y violencia.*

Variables dependientes: A continuación, se presentan las definiciones de las variables dependientes evaluadas en las participantes del presente estudio.

Estrés. Exploración de factores psicosociales de riesgo; resultado de la relación entre el individuo, el ambiente y la evaluación de la percepción individual de una amenaza emergente como efectos de la pandemia por COVID-19 y moderadores en el desarrollo del estrés y satisfacción (Brito-Ortiz, 2016).

Salud mental. Exploración de reacciones emocionales, perceptuales, cognitivas y conductuales en adultos de 18 años en adelante, que pueden ser sintomatología de riesgo presentes antes y durante la pandemia por COVID-19.

Cognición y sueño. Exploración de alteraciones en la capacidad para procesar información y los procesos cognitivos como la atención, percepción, memoria, orientación temporal, lenguaje y toma de decisiones, en relación con las alteraciones de sueño antes y a partir de la Pandemia por COVID-19 (Manrique, 2020).

Salud mental perinatal. Exploración de reacciones emocionales, perceptuales, cognitivas y conductuales autoreportadas en mujeres embarazadas y que cursen el primer año de posparto que pueden ser sintomatología de riesgo presentes antes y durante la pandemia del COVID-19.

Violencia. Exploración del tipo de violencia sufrida y ejercida y su frecuencia como resultado de la pandemia por COVID-19.

3.5 Recolección y almacenaje de datos.

La recolección de datos del proyecto general de investigación se realizó mediante la aplicación de una encuesta en línea en un formulario de Google docs que fue difundido en redes sociales que permitió el llenado electrónico de las respuestas en las participantes. Estas respuestas fueron integradas en un archivo de Excel generado a partir del formulario de Google docs y posteriormente trasladado a varios programas como Excel 2013, SSPS (versión 23.0.0.0), Statistica Soft (versión 10.0.228.8) y JASP (versión 0.14.0.0) para su tratamiento estadístico. Toda la información generada fue accesible sólo para el equipo de investigación del proyecto.

3.6 Consideraciones éticas.

La presente investigación fue desarrollada con base en los principios éticos de los Psicólogos estipulados en el Código de la American Psychological Association (APA, 2010). Se atendieron los principios éticos bajo las siguientes acciones:

Principio de beneficencia y no maleficencia, encaminado a buscar el bien y no dañar a las personas afectadas, considerando las posibles consecuencias se evitó realizar preguntas no significativas y que pudieran invadir el espacio personal.

El principio de Fidelidad y responsabilidad, asegura las responsabilidades profesionales y científicas que deben considerarse con población participe en las investigaciones, asimismo dirige o coopera interdisciplinariamente para atender a las necesidades de las personas con las que se trabaja. Por lo anterior, se solicitó de forma voluntaria incluir un correo electrónico para realizar la devolución de los resultados identificando el nivel de riesgo de las variables de salud mental general, salud mental perinatal, cognición, estrés, sueño y violencia, adicionalmente se compartió un cuadernillo informativo con sugerencias de estrategias de autocuidado del bienestar psicosocial y un directorio de servicios públicos para la búsqueda de apoyo profesional en caso de requerirlo (López-Aymes, et al., 2020).

Principio de la Integridad, orientado a promover la veracidad y la honestidad en los resultados obtenidos a partir de la aplicación del Cuestionario online, así mismo dicho principio se cumple al evitar asumir compromisos poco claros y no factibles (López-Aymes, et al., 2020).

Respeto por los derechos y la dignidad de las personas: verificado a través del cumplimiento del consentimiento informado, asumiendo que los participantes tendrán el derecho de participar o abandonar la investigación; considerando la autonomía y las características individuales, la privacidad, confidencialidad y autodeterminación.

El proyecto general fue sometido a evaluación del Comité de ética de investigación del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología, el cual fue aprobado en mayo de 2020 (CONBIOÉTICA-17-CEI-003-20190509).

Riesgos potenciales e incomodidades. La investigación presenta un riesgo mínimo al no existir exposición al daño físico y/o económico. Sin embargo, en caso de resultar durante el desarrollo de esta investigación, un peligro menor relacionado con la vulnerabilidad de los participantes debido a las condiciones actuales por la pandemia, como apoyo a dicha condición se ofreció retroalimentación sobre sus resultados e información sobre acciones de autocuidado y opciones de instancias que se encuentran brindando atención a la población durante el periodo de contingencia para todas las participantes que lo solicitaron.

3.7 Procedimiento.

El proceso de la investigación contó con cuatro etapas específicas de desarrollo:

Elaboración de protocolo de investigación y el cuestionario. Esta etapa comprende el periodo del 11 de abril al 13 de mayo de 2020 mismo en que se llevó a cabo la integración del protocolo y el cuestionario completo, sometidos a revisión por el Comité de Ética para su aprobación. Esta fase estuvo bajo la coordinación general de la Dra. Gabriela López Aymes y el grupo de investigadores colaboradores del proyecto general de investigación.

Distribución y aplicación del instrumento a la población objetivo. Una vez aprobado el proyecto, se inició la investigación con la difusión de la invitación, reclutamiento de participantes y llenado del cuestionario de manera virtual, entre la población de la UAEM: estudiantes, docentes, administrativos y personal de confianza, así como población general de diferentes sectores: salud, educación, laboral. Para obtener la muestra de la población en etapa perinatal, se promovió la difusión en grupos de redes sociales dirigidos a la población específica por redes institucionales, correos electrónicos y redes sociales de los integrantes del equipo de

investigación, además de la difusión en grupos sociales asociados con el tema de maternidad de población general.

3.8 Recolección y análisis de datos.

Cuando se alcanzó la población perinatal objetivo, se procedió al vaciado de información en una base de datos para su análisis general y por diversos factores (variables de estudio).

3.8.1 Análisis de datos.

- ✓ Para el análisis de las propiedades psicométricas del instrumento de tamizaje breve de salud mental perinatal (*TBSMP*) en contexto de pandemia por COVID-19, se calculó el tipo de distribución de los datos con el test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con un intervalo de confianza < 0.05 . Se realizó el test de normalidad Kolmogorov-Smirnov por ítem individual del *TBSMP* (ansiedad, depresión, indiferencia/rechazo, falta de apoyo social, violencia sufrida y violencia ejercida) y por escala total agrupando a todos los ítems en una sola variable (salud mental perinatal total).

Para identificar la estructura factorial final del *TBSMP*, se realizaron dos análisis factoriales exploratorios (AFE) con el método de mínimos cuadrados ponderados con rotación promax de las dimensiones principales en los dos tiempos: antes (T1) y a partir (T2) de la pandemia por COVID-19. Dada la distribución anormal de los datos de la muestra y los parámetros teóricos establecidos, se utilizó el método más recomendado para el análisis factorial exploratorio según Lloret et al. (2017). Se tomaron como valores de referencia, para las cargas factoriales de los ítems a incluir que fueran ≥ 0.40 , y para los índices aceptables del test KMO ≥ 0.70 , para los valores de consistencia interna: coeficientes de alfa de Cronbach estandarizados y Omega de McDonald ≥ 0.70 (Frías-

Navarro, 2020; Martell-Muñoz et al., 2018; De la Fuente, 2011 & Flores-Flores et al., 2017). Estos análisis se realizaron por medio del Software JASP (versión 0.15).

- ✓ Para la identificación de la sintomatología de salud mental perinatal, se calcularon los estadísticos descriptivos: mediana y desviación estándar de los 5 ítems obtenidos en la versión final del *TBSMP*, así como las frecuencias representadas en tablas de porcentaje del T1 y T2 las cuales se reportaron en gráficos para comparar los cambios registrados a partir de la pandemia (T2).

Para evaluar si existieron diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología de salud mental perinatal, se aplicaron pruebas de significancia no paramétricas debido a la distribución anormal de la muestra. Para medir las diferencias entre el T1 y T2, se realizó la prueba de Wilcoxon para cada ítem que compone el *TBSMP* y se calculó el índice r del tamaño del efecto. Para comparar los cambios entre mujeres embarazadas y en posparto, se calcularon estadísticos descriptivos (mediana y desviación estándar) y se realizó la prueba de Mann Whitney con el índice r del tamaño del efecto para estimar si las diferencias entre ambos grupos fueron estadísticamente significativas. Se usó como referencia un nivel de significancia $p \leq 0.05$.

Para ambas pruebas se tomaron en cuenta los parámetros establecidos por Domínguez-Lara (2017) para la toma de decisiones respecto a las magnitudes del tamaño del efecto (pequeño = $\leq 0.10 - 0.29$, mediano = 0.30 a 0.50 y grande = ≥ 0.50). Todas las pruebas se realizaron por medio de software Excel 2013 y SPSS (versión 23).

Estos análisis también se aplicaron a los ítems eliminados en el primer AFE, correspondientes a riesgo suicida y violencia sufrida debido al valor clínico que

representan en tiempos de crisis sanitarias o desastres naturales, sin embargo, no se incluyeron en el cálculo de la variable salud mental perinatal total.

- ✓ El análisis del nivel de riesgo en salud mental perinatal total en mujeres embarazadas y en periodo de posparto en el T1 y T2, se realizó con el cálculo de la variable “Salud mental perinatal total”, obtenida de la sumatoria de los 5 ítems que conforman el *TBSMP* en el segundo AFE. Se aplicaron pruebas de significancia no paramétricas como la prueba de Wilcoxon para determinar si las diferencias fueron estadísticamente significativas entre el T1 y T2, utilizando un nivel de significancia $p \leq 0.05$ y se calculó el índice r del tamaño del efecto.

Adicionalmente se calculó la prueba de U de Mann Whitney, dividiendo a la población perinatal en mujeres embarazadas y mujeres en posparto, para estimar las diferencias en salud mental total entre ambos grupos, se calculó el índice r del tamaño del efecto.

Respecto al tamaño del efecto, se tomaron en cuenta los referentes establecidos por Domínguez-Lara (2017).

Para utilizar la muestra perinatal de referencia en futuros estudios, se calcularon los percentiles en el T1 y T2. Se realizó el cálculo de percentiles para los dos grupos por separado: embarazo y posparto en el T1, debido a que las diferencias fueron significativas en la prueba de Mann Whitney. Mientras que para el T2 se calcularon los percentiles para la toda muestra perinatal, debido a que no existieron diferencias entre los grupos. Los análisis se realizaron por medio de los softwares Excel 2013 y SPSS (versión 23).

- ✓ Para la identificación y análisis de las alteraciones en salud mental general, cognición y sueño en mujeres embarazadas y en periodo de posparto, se construyeron las variables denominadas “Salud mental general”, “Cognición total” y “Sueño total”, obtenidas de la sumatoria de los ítems que conforman los tres factores del instrumento *SAMCOSU* en su versión de 17 ítems para medir las alteraciones en el T1 y en el T2.

Se calcularon estadísticos descriptivos: mediana y desviación estándar y se utilizó la prueba Wilcoxon con un nivel de significancia $p \leq 0.05$ para estimar si las diferencias fueron significativas entre el T1 y T2 y la r para medir el tamaño del efecto.

Se realizó un segundo análisis con el cálculo de la prueba U de Mann Whitney para evaluar las diferencias estadísticamente significativas entre mujeres embarazadas y mujeres en posparto, asimismo se calculó la r el tamaño del efecto.

Se utilizaron los parámetros establecidos por Domínguez-Lara (2017) para las magnitudes del tamaño del efecto.

Asimismo, se identificaron los percentiles por separado para los dos grupos: embarazo y posparto para la variable salud mental general T1, debido a que fue la única variable en que se reportaron diferencias significativas entre los dos grupos en el T1 en la prueba de Mann Whitney. Para salud mental general T2, cognición total (T1 y T2) y sueño total (T1 y T2) no se encontraron diferencias, por lo tanto, se calcularon los mismos percentiles para toda la muestra perinatal.

Los análisis se realizaron por medio de los softwares Excel 2013 y SPSS (versión 23).

- ✓ Para la identificación y análisis del nivel de estrés y violencia en mujeres embarazadas y en periodo posparto en el T1 y T2, se calcularon las frecuencias representadas en tablas

de porcentaje obtenidas por medio de los softwares Excel 2013 y SPSS (versión 23). Los análisis consistieron en la comparación del tipo de violencia ejercida hacia las mujeres embarazadas y en posparto en el T1 y T2, y comparación de la variable del estrés entre mujeres embarazadas y mujeres posparto sólo para el T2. Las prevalencias de violencia se calcularon con base a las mujeres que reportaron experimentar violencia, las mujeres que no reportaron sufrir algún tipo de violencia no se tomaron en cuenta.

- ✓ Para realizar una comparación de las alteraciones en salud mental general, cognición y sueño entre mujeres perinatales y no perinatales con un rango de edad de 18 a 40 años, se utilizaron las variables previamente calculadas denominadas: “Salud mental general”, “Cognición total” y “Sueño total”, obtenidas a través de la sumatoria de los ítems que conforman el instrumento *SAMCOSU* en versión de 17 ítems para medir las alteraciones en el T1 y en el T2. Para evaluar las diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (perinatal y no perinatal) se utilizaron pruebas de significancia no paramétricas como la U de Mann-Whitney y se calculó la r el tamaño del efecto según los parámetros de Domínguez-Lara (2017). Se calcularon los percentiles de la muestra perinatal y no perinatal (18 a 40 años) por separado para las variables salud mental general T1 y cognición total T1 debido a que existieron diferencias estadísticamente significativas en el T1 en la prueba de Mann Whitney. Para las variables de salud mental general T2, cognición total T2 y sueño total T1 y T2, los percentiles se calcularon para toda la muestra de mujeres con un rango de edad de 18 a 40 años debido a que no existieron diferencias entre los grupos.

Finalmente, se comparó en mujeres en etapa perinatal y mujeres no perinatales con un rango de edad de 18 a 40 años el nivel de *violencia* en T1 y T2 y el de *estrés* sólo en T2 con el reporte de las frecuencias en tablas de porcentaje. Todos los análisis se realizaron por medio de los softwares Excel 2013 y SPSS (versión 23). Las prevalencias de violencia se calcularon con base en las mujeres que reportaron experimentar algún tipo de violencia, las mujeres que reportaron no haber sufrido violencia no se tomaron en cuenta.

Capítulo 4. Resultados

4.1 Objetivo 1. Análisis de las propiedades psicométricas del instrumento de tamizaje breve de salud mental perinatal (TBSMP).

El resultado del test Kolmogorov-Smirnov obtuvo un valor $p < 0.00$, lo cual indicó una distribución anormal de los datos de la muestra (Tabla 3) según los referentes teóricos por Ghasemi, A y Zahediasl, S., (2012).

Tabla 3. Prueba de normalidad para la muestra perinatal utilizando el test Kolmogorov-Smirnov.

Ítem / Escala	Kolmogrov-Smirnov ^a		
	Estadístico	Grado de libertad	Significancia
Ansiedad T1	.310	190	.000
Ansiedad T2	.211	190	.000
Depresión T1	.273	190	.000
Depresión T2	.172	190	.000
Indiferencia / rechazo T1	.505	190	.000
Indiferencia / rechazo T2	.435	190	.000
Riesgo suicida T1	.536	190	.000
Riesgo suicida T2	.512	190	.000
Apoyo social T1	.360	190	.000
Apoyo social T2	.243	190	.000
Violencia sufrida T1	.502	190	.000
Violencia sufrida T2	.451	190	.000
Violencia ejercida T1	.471	190	.000
Violencia ejercida T2	.310	190	.000
Salud Mental Perinatal T1	.186	190	.000
Salud Mental Perinatal T2	.124	190	.000

En el análisis de las propiedades psicométricas del *TBSMP*, el primer AFE incluyó los 7 ítems originales que reportan sintomatología de salud mental perinatal. Los resultados indicaron cargas factoriales menores a 0.40 en los ítems 4.6 y 4.8 en el T1 (Tabla 4) mismos que se recomienda eliminar debido a que no poseen condiciones psicométricas suficientes en el T1 para valorar la sintomatología de salud mental perinatal a pesar de que en el T2 obtuvieron cargas ≥ 0.40 , sin embargo, se decidieron tomar en cuenta para los análisis posteriores debido a su valor clínico.

Tabla 4. Cargas factoriales del *TBSMP* en la versión original (7 ítems) y en la versión final (5 ítems)

Variables	(7 ítems)		(5 ítems)	
	Antes (T1)	A partir (T2)	Antes (T1)	A partir (T2)
4.3 Ansiedad	0.60	0.73	0.62	0.75
4.4 Depresión	0.75	0.88	0.76	0.91
4.5 Indiferencia / rechazo	0.64	0.44	0.64	0.42
4.6 Riesgo suicida	0.29	0.40	<i>Se excluye</i>	<i>Se excluye</i>
4.7 Apoyo social	0.57	0.60	0.56	0.57
4.8 Violencia sufrida	0.27	0.40	<i>Se excluye</i>	<i>Se excluye</i>
4.9 Violencia ejercida	0.61	0.67	0.60	0.62

Notas: T1= tiempo 1 (antes de la Pandemia por COVID-19); T2= tiempo 2 (a partir de la Pandemia por COVID-19).

El test KMO en la versión original (7 ítems) de la escala, alcanzó valores >0.70 tanto en T1 como en T2. Los valores de consistencia interna obtenidos alfa de Cronbach y omega de McDonald fueron >0.70 en T1 y T2, con una correlación entre los ítems entre 0.27 (T1) y 0.36 (T2) reportados en la tabla 5.

Tabla 5. Test Kaiser-Meyer-Olkin del análisis factorial exploratorio y análisis de consistencia interna con valores Omega de McDonald y Alfa de Cronbach del *TBSMP* en la versión original (7 ítems) y en la versión final (5 ítems).

	(7 ítems)		(5 ítems)	
	Antes (T1)	A partir (T2)	Antes (T1)	A partir (T2)
Test Kaiser-Meyer-Olkin				
<i>MSA GENERAL</i>	0.80	0.79	0.81	0.77
Análisis de confiabilidad (IC 95%)				
Ω	0.77	0.82	0.77	0.82
A	0.72	0.80	0.77	0.80
Correlación entre los ítems	0.27	0.36	0.40	0.44

Notas: T1= tiempo 1 (antes de la Pandemia por COVID-19); T2= tiempo 2 (a partir de la Pandemia por COVID-19); *MSA GENERAL*= Análisis del sistema general; Ω = coeficiente Omega de Mc Donald; A= coeficiente Alfa de Cronbach; IC= índice de confiabilidad; LI= límite inferior; LS= límite superior.

A partir de la eliminación de los ítems con cargas menores <0.40 en el T1 en el primer AFE, se realizó un segundo análisis obteniendo un factor conformado por 5 ítems con cargas factoriales que oscilan entre 0.56 a 0.76 en el T1 y 0.42 a 0.91 en el T2, con un índice de test KMO >0.70 en T1 y T2. Los valores de confiabilidad reportan coeficientes de alfa de Cronbach y Omega >0.70 en T1 y T2, con una correlación entre los ítems entre 0.40 en T1 y 0.44 en T2 (Tabla 5).

Los resultados de los AFE muestran que los valores obtenidos en las cargas factoriales, test KMO, índices alfa de Cronbach y Omega y la correlación entre los ítems presentaron un ligero aumento en la versión final (Tabla 4 y 5) además de mantenerse dentro de los parámetros teóricos aceptables.

Los análisis realizados indican que el *TBSMP* cumple con los criterios de idoneidad y con los valores psicométricos aceptables de acuerdo a los modelos teóricos según De la Fuente (2011),

Martell-Muñoz et al. (2018) y Frías-Navarro (2020) para medir los cambios en la sintomatología de SMP en el T1 y T2.

4.2 Objetivo 2 y 3. Identificación de la sintomatología y el nivel de riesgo en salud mental perinatal en mujeres embarazadas y en posparto.

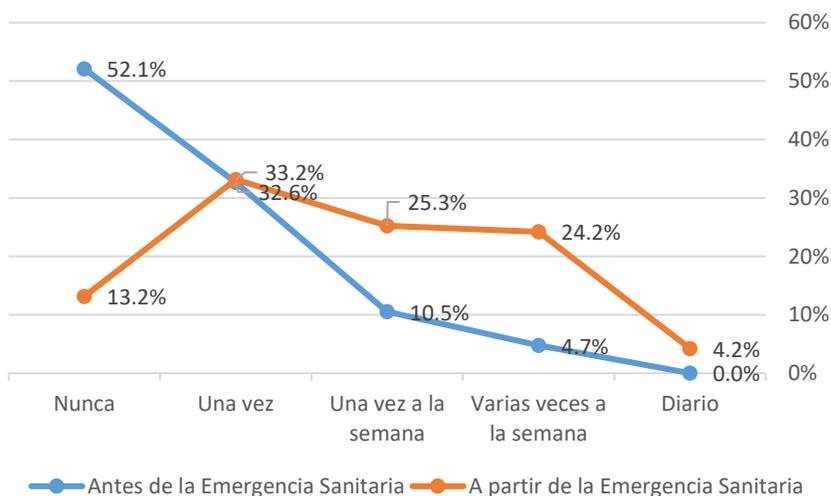
4.2.1 Frecuencias y prevalencias de sintomatología de salud mental perinatal en el T1 y T2

4.2.1.1 Ansiedad.

El ítem 1 de la Escala evaluó síntomas relacionados con la ansiedad: “*¿Ha presentado en las últimas cuatro semanas, ansiedad relacionada con su embarazo, el parto o el cuidado de su bebé (alerta, miedo intenso por el embarazo, parto o la crianza del bebé, sensación de que algo terrible pasará con usted o su bebé, síntomas físicos repentinos p.e. palpitaciones, sudoración, mareos, náuseas, etc.)?*”

En el reporte de las frecuencias, se observa que de las mujeres en etapa perinatal que reportan bajo su percepción en el T1, el 47.8% desarrolló sintomatología ansiosa (por lo menos una vez en las últimas cuatro semanas); mientras que en el T2 este porcentaje aumentó a un 86.9% por lo menos una vez en las últimas cuatro semanas (Gráfico 1).

Gráfico 1. Ítem 1. Presencia de síntomas de ansiedad antes de la pandemia por COVID-19 (T1) y a partir de la pandemia por COVID-19 (T2)

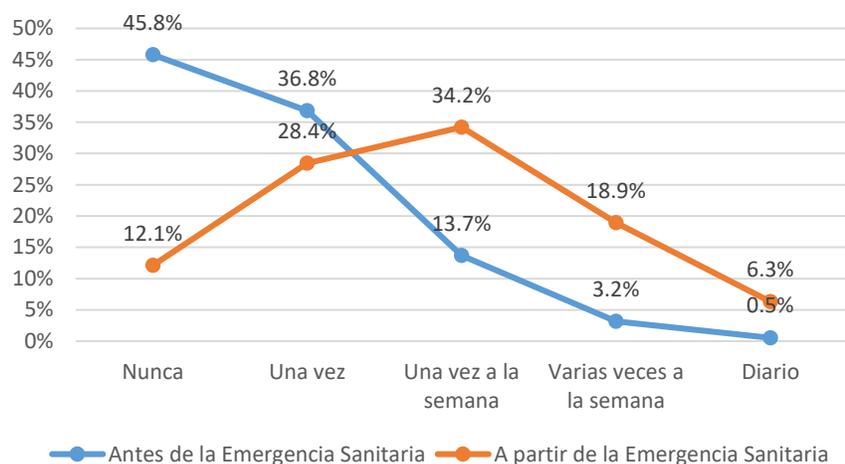


4.2.1.2 Depresión.

El ítem 2 de la Escala evaluó síntomas relacionados con la depresión: *¿Ha presentado en las últimas cuatro semanas, ánimo deprimido (tristeza frecuente, llanto, sensación de soledad, no disfruta hacer cosas que le gustaban o el momento que vive, etc.)?*

En los análisis de los síntomas de depresión, se observa que el porcentaje de la muestra perinatal que experimentó sintomatología depresiva por lo menos una vez durante las últimas cuatro semanas, aumentó de 54.2% en T1 a 87.8% en T2. (Gráfico 2).

Gráfico 2. Ítem 2. Síntomas depresivos en las últimas cuatro semanas en mujeres en periodo perinatal antes de la pandemia por COVID-19 (T1) y a partir de la pandemia por COVID-19 (T2).

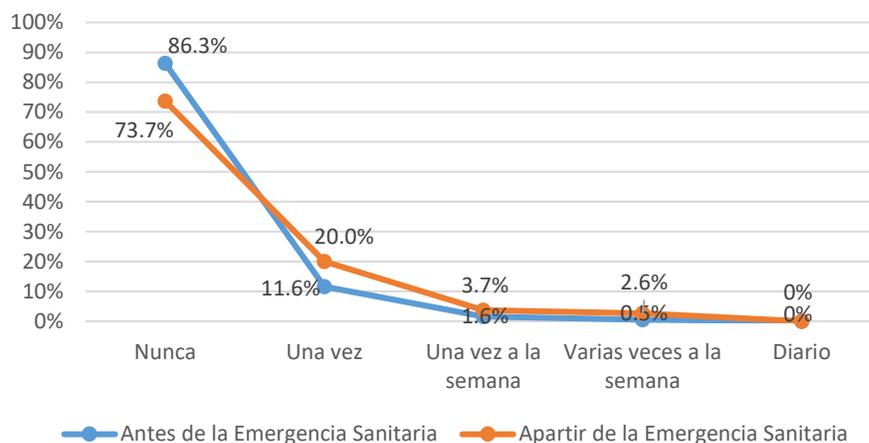


4.2.1.3 Indiferencia / rechazo hacia el bebé.

El ítem 3 evalúa la presencia de indiferencia o rechazo de parte de la mujer embarazada hacia el feto o en el posparto hacia el bebé bajo la siguiente pregunta: *¿Ha presentado en las últimas cuatro semanas, indiferencia o rechazo hacia su bebé (no sentir nada por él, sensación de que el bebé no es suyo, el bebé le genera enojo o molestia)?*

En los análisis de indiferencia/ rechazo hacia el feto o bebé, las frecuencias representadas en el Gráfico 3 muestran que en el T1 el 13.7% de las mujeres en etapa perinatal experimentó la presencia de indiferencia o rechazo hacia el feto o bebé por lo menos una vez durante las últimas cuatro semanas; mientras que, en el T2, se observa un incremento en este porcentaje a un 26.3% por lo menos una vez durante las últimas cuatro semanas.

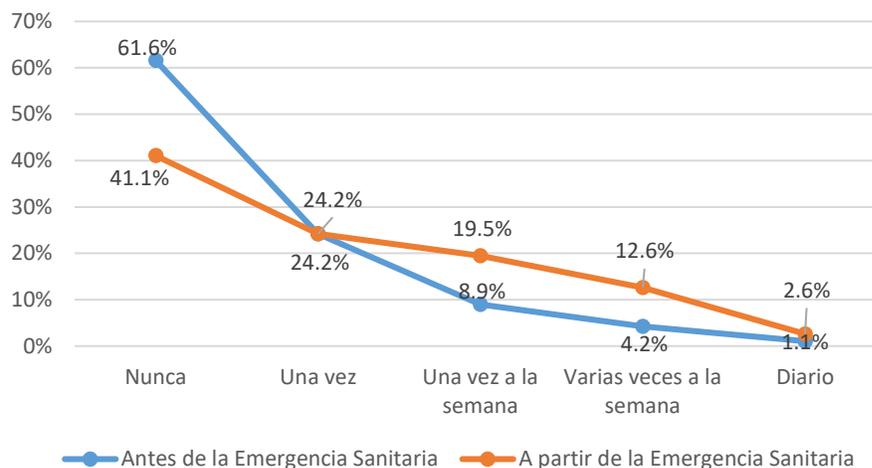
Gráfico 3. Ítem 3. Indiferencia o rechazo experimentado por la madre hacia el feto/bebé (T1 vs T2).



4.2.1.4 Falta de apoyo social.

En el ítem 4 de la Escala, se valora la falta de apoyo social recibido por la madre desde su percepción, con la pregunta: *¿Ha presentado en las últimas cuatro semanas, aislamiento y falta de apoyo social (ausencia de contacto y/o apoyo con la pareja, familiares, amistades)?* En los análisis de la falta de apoyo social, los datos en el Gráfico 4 muestran que el 38.4% de las mujeres en etapa perinatal percibió falta de apoyo social por lo menos una vez durante las últimas cuatro semanas en el T1; mientras que, en el T2, este porcentaje aumentó a un 58.9% de las mujeres que reportaron falta de apoyo social por lo menos una vez durante las últimas cuatro semanas.

Gráfico 4. Ítem 4. Falta de apoyo social percibido por las mujeres durante la etapa perinatal antes (T1) y a partir de la pandemia por COVID-19 (T2).

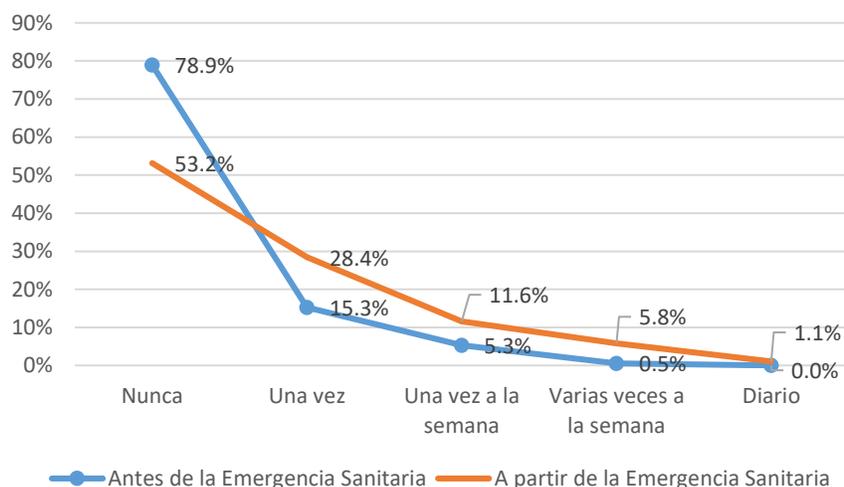


4.2.1.5 Violencia ejercida.

En el ítem 5 de la Escala, se valora la violencia ejercida por la madre hacia terceros por medio de la pregunta: *¿Ha presentado en las últimas cuatro semanas, agresividad hacia otros (excesiva irritabilidad hacia su bebé u otros, violencia física/psicológica hacia el bebé, la pareja, u otros)?*

En los análisis de la violencia ejercida, se observa que el 21.1% de las mujeres en etapa perinatal en el T1 se identifica con violencia ejercida a terceros (feto, bebé, pareja u otros) por lo menos una vez en las últimas cuatro semanas; mientras que a partir de la pandemia por COVID-19 (T2), el 46.9% de las mujeres percibió un aumento en los índices de violencia ejercida por lo menos una vez durante las últimas cuatro semanas (Gráfico 5).

Gráfico 5. Violencia ejercida hacia terceros reportada por las mujeres en etapa perinatal antes (T1) y a partir de la pandemia por COVID-19 (T2).



4.2.2 Cambios en la sintomatología de salud mental perinatal en el T1 y T2

Como se observa en la tabla 6, se identificó una diferencia significativa en todos los síntomas evaluados de salud mental perinatal con un incremento de los mismos a partir de la pandemia por COVID-19 (T2). Los mayores tamaños del efecto se encontraron en la sintomatología de depresión ($r=0.67$), ansiedad ($r=0.68$), y salud mental perinatal total ($r=0.75$).

Tabla 6. Comparación de la sintomatología de salud mental perinatal reportada por las mujeres en etapa perinatal entre el T1 y T2 (Prueba Wilcoxon).

	Ansiedad	Depresión	Indiferencia / rechazo	F.A.S.	V.E.	SMP total	*R.S	*V.S
Mediana								
T1	.00	1.00	.00	.00	.00	2.00	.00	.00
T2	2.00	2.00	.00	1.00	.00	5.00	.00	.00
DE								
T1	.85	.84	.45	.90	.58	2.63	.27	.44
T2	1.10	1.08	.68	1.16	.95	3.74	.52	.72
Z	-9.27	-9.40	-4.03	-7.02	-7.06	-10.39	-3.267 ^b	-4.788 ^b
Sig	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	.001	.000

T. E. 0.67 0.68 0.29 0.51 0.51 0.75 0.24 0.35

Notas: Sig= significancia; T.E.= tamaño del efecto; F.A.S= falta de apoyo social; V.E.= violencia ejercida; SMP= salud mental perinatal; *R.S= riesgo suicida; *V.S.= violencia sufrida. Los análisis de *Riesgo suicida y *Violencia sufrida se reportan adicionales.

4.2.3 Diferencias en la sintomatología de salud mental perinatal entre las mujeres

embarazadas y en posparto

En el análisis de ambos grupos de la muestra perinatal, se observa que en el T1 las mujeres en posparto experimentaron una mayor sintomatología de depresión, falta de apoyo social, violencia ejercida y salud mental perinatal total con tamaños del efecto pequeños (de $r=0.07$ a $r=0.28$) en comparación con las mujeres embarazadas. Mientras que a partir del T2, la única diferencia estadísticamente significativa se reporta en violencia ejercida con mayor presencia en las mujeres en posparto en comparación con las mujeres embarazadas (Tabla 7).

Tabla 7. Comparación de síntomas de salud mental perinatal en mujeres durante el embarazo y posparto (Prueba de Mann Whitney) antes (T1) y a partir de la pandemia por COVID-19 (T2).

	Embarazo N= 89		Posparto N= 101		Z	Significancia (p)	T.E.
	Mediana	DE	Mediana	DE			
Ansiedad T1	.00	.67	1.00	.95	-1.774	.076	.13
Ansiedad T2	2.00	.99	2.00	1.18	-.056	.955	.00
Depresión T1	.00	.76	1.00	.88	-2.756	.006	.07
Depresión T2	2.00	1.00	2.00	1.14	-1.019	.308	.07
Indiferencia/ rechazo T1	.00	.38	.00	.49	-.126	.899	.01
Indiferencia/ rechazo T2	.00	.59	.00	.73	-1.734	.083	.12
Falta de apoyo social T1	.00	.69	.00	1.00	-3.441	.001	.25
Falta de apoyo social T2	1.00	1.12	1.00	1.17	-1.911	.056	.14
Violencia ejercida T1	.00	.49	.00	.63	-2.005	.045	.14
Violencia ejercida T2	.00	.73	1.00	1.04	-3.849	.000	.28
SMP total T1	1.00	2.03	2.00	2.95	-3.261	.001	.24

SMP total T2	4.00	3.24	6.00	4.06	-1.902	.057	.14
*Riesgo suicida T1	.00	.23	.00	.29	-1.246	.213	.09
*Riesgo suicida T2	.00	.42	.00	.58	-1.052	.293	.08
*Violencia sufrida T1	.00	.33	.00	.50	-2.084	.037	.15
*Violencia sufrida T2	.00	.60	.00	.80	-1.274	.203	.09

Notas: Las diferencias fueron no significativas en Ansiedad, Depresión T2, Indiferencia/rechazo, Falta de apoyo social T2 y salud mental perinatal T2, sin embargo, se reporta el tamaño del efecto. Los análisis de *Riesgo suicida y *Violencia sufrida se reportan adicionales.

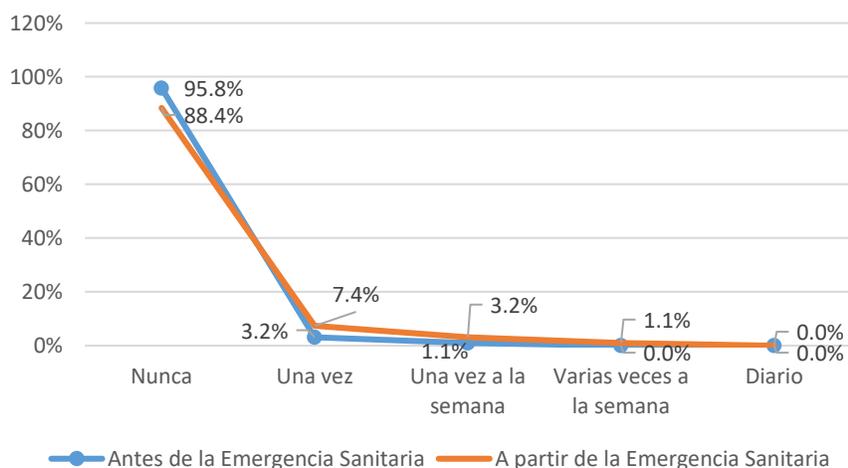
Ítems adicionales

4.2.4 Riesgo suicida*.

El ítem 6 de la Escala, evaluó el riesgo suicida por medio de la pregunta: “¿Ha presentado en las últimas cuatro semanas, ideas o intentos de lastimarse a usted o a su bebé?”.

En el análisis del riesgo suicida en mujeres en etapa perinatal, se observa un aumento del 4.2% (n=8) en T1 hasta un 11.7% (n=22) en T2 por lo menos una vez durante las últimas cuatro semanas (Gráfico 7).

Gráfico 7. Ítem 6. Riesgo suicida percibido por las mujeres durante el embarazo y posparto antes (T1) y a partir de la pandemia por COVID-19 (T2).



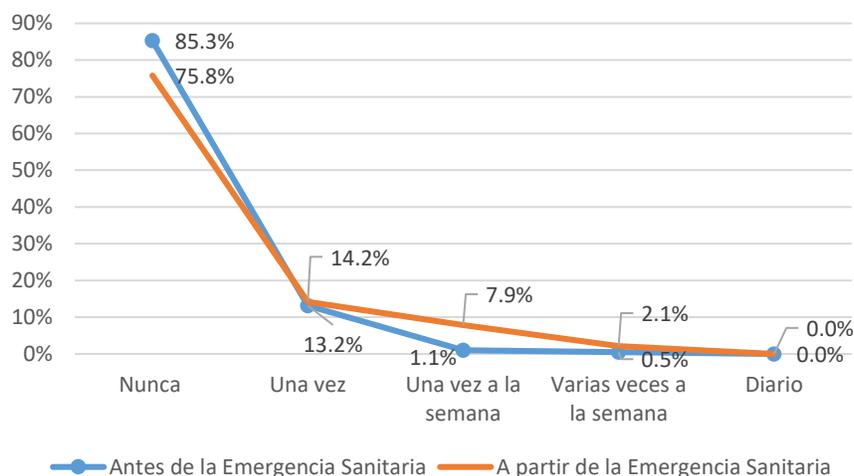
Asimismo, se identificó una diferencia significativa entre T1 y T2 en la presencia de riesgo suicida con un tamaño del efecto pequeño ($r=0.24$) reportado en la Tabla 6. Los resultados de la prueba de Mann Whitney (Tabla 7) indican que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los dos subgrupos de la muestra perinatal. Siendo así, las mujeres embarazadas y las de posparto experimentaron ideas o intentos de lastimarse a sí mismas o a su bebé en la misma intensidad tanto en T1 como en T2.

4.2.5 Violencia sufrida*.

En el ítem 8 de la Escala, se valora la presencia de violencia ejercida hacia las mujeres embarazadas o en posparto por medio de la pregunta: *¿Ha presentado en las últimas cuatro semanas, agresividad sufrida de parte de su pareja o de alguien con quien convive diariamente (física, emocional, económica, sexual)?*

Para el análisis de la violencia sufrida se observa que el 14.7% de las mujeres en etapa perinatal reportó haber experimentado violencia sufrida por lo menos una vez durante las últimas cuatro semanas en el T1; mientras que a partir de la pandemia por COVID-19 (T2), se percibió un aumento en los índices al 24.2% (Gráfico 8).

Gráfico 8. Ítem 8. Violencia sufrida por las mujeres durante el embarazo y posparto antes (T1) y a partir de la pandemia (T2).



Los resultados de las diferencias entre T1 y T2 indican que las mujeres en etapa perinatal experimentaron un aumento significativo en la violencia sufrida a partir de la pandemia por COVID-19 (Tabla 6). Los resultados de la prueba de Mann Whitney indican que en T1 las mujeres en posparto presentaron mayor violencia sufrida que las embarazadas, sin embargo, esta diferencia desaparece a partir de la pandemia por COVID-19 y tanto las mujeres embarazadas como las mujeres en posparto experimentaron violencia sufrida en la misma intensidad (Tabla 7).

Los análisis anteriores muestran que en general, la sintomatología de salud mental perinatal incrementó a partir de la pandemia por COVID-19. En T1, las mujeres en posparto reportaron mayor frecuencia de sintomatología de salud mental perinatal que las de embarazo. Sin embargo, a partir del T2 estas diferencias se equilibraron, indicando que la sintomatología propia de la etapa perinatal incrementó en ambos grupos (embarazo y posparto), a excepción de la violencia ejercida que continuó presentándose en mayor medida en las mujeres en posparto.

Percentiles para la muestra de mujeres embarazadas y en posparto

Se calcularon los percentiles para estimar el riesgo en sintomatología de salud mental perinatal total para utilizar esta muestra de referencia para futuros estudios (Tabla 8). El riesgo en salud mental perinatal total se considera a partir del percentil 60.

Tabla 8. Percentiles y puntos de corte para la variable “Salud mental perinatal total” para la muestra perinatal.

		SMP total T1	SMP total T1		
		Embarazo	Posparto	SMP total T2	
N		89	101	190	
Mediana		1.00	2.00	5.0000	
Mínimo		.00	.00	.00	
Máximo		8.00	16.00	18.00	Nivel de Riesgo
Percentiles	20	0	1	2.0000	Nulo
	40	1	2	4.0000	
	60	2	3	6.0000	Riesgo
	80	3	5	9.0000	
	100	8	16	18.0000	

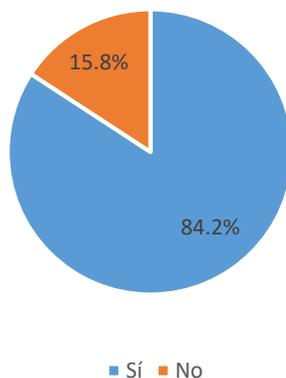
*Notas:*SMP= salud mental perinatal total; N= total de la muestra; T1= antes de la pandemia por COVID-19; T2= a partir de la pandemia por COVID-19. Se calcularon percentiles diferentes para embarazo y posparto debido a que en SMP total en T1 hubo diferencias estadísticamente significativas en la prueba Wilcoxon, para T2 desaparecieron las diferencias por eso se utilizaron los percentiles de la muestra perinatal general (n=190). El riesgo en SMP total se toma a partir del percentil 60.

4.3 Objetivo 4. Identificación y análisis de los cambios en la sintomatología de salud mental general y alteraciones en cognición y sueño en mujeres embarazadas y en posparto

Para el cuarto objetivo en la variable alteración de sueño, debido a las características del cuestionario, la exploración de las alteraciones del sueño sólo se realizó en las participantes que respondieron de forma afirmativa a la pregunta: “¿Ha presentado alteraciones de sueño?”. El número de participantes que reportó la presencia de alteraciones de sueño integró un total de 160

(84.2%) mujeres de las cuales 79 estaban en etapa de embarazo y 81 en periodo posparto (Gráfico 9).

Gráfico 9. Porcentaje de participantes de la muestra perinatal que reportaron alteraciones de sueño.



4.3.1 Cambios en la sintomatología de salud mental general y alteraciones cognición y sueño en el T1 y T2

Para el análisis de las diferencias entre T1 y T2, los resultados de la prueba Wilcoxon mostraron diferencias significativas con tamaños del efecto grande ($r > 0.50$) en las tres dimensiones, es decir, las mujeres en etapa perinatal experimentaron mayor sintomatología en salud mental general y alteraciones en cognición y sueño a partir de la pandemia por COVID-19 (Tabla 9).

Tabla 9. Comparación de los cambios en la sintomatología de salud mental general, cognición y sueño entre el T1 y T2 reportado por las mujeres en etapa perinatal (Prueba Wilcoxon).

	Sintomatología de salud mental general T1 y T2	Alteración en cognición T1 y T2	Alteración en sueño T1 y T2
Z	-10.574 ^b	-8.857 ^b	-10.190 ^b
Sig. Asintótica (bilateral)	.000	.000	.000
T.E.	0.76	0.64	0.80

Notas: Sig= significancia; T.E.= tamaño del efecto

4.3.2 Diferencias en los cambios en la sintomatología de salud mental general y alteraciones en cognición y sueño entre las mujeres embarazadas y en posparto.

Los resultados de la prueba U de Mann Whitney indican que antes de la pandemia, las mujeres en posparto presentaron sintomatología más elevada en salud mental general que las mujeres embarazadas. Para salud mental general T2, cognición T1 y T2 y sueño T1 y T2, las diferencias desaparecieron entre ambos grupos de la muestra perinatal (Tabla 10).

Tabla 10. Comparación de la sintomatología de salud mental general, alteración en cognición y sueño en las mujeres durante la etapa de embarazo y posparto en ambos tiempos (T1 y T2) (Prueba de Mann Whitney).

	Embarazo N= 89		Posparto N= 101		Z	Significancia (p valor)	T.E.
	Mediana	DE	Mediana	DE			
Salud mental general T1	2.00	5.30	5.00	5.13	-2.994	.003	.22
Salud mental general T2	13.00	8.74	14.00	9.68	-.905	.366	.06
Cognición T1	2.00	2.87	2.00	3.03	-1.394	.163	.10
Cognición T2	5.00	4.94	6.00	5.53	-1.089	.276	.79
Sueño T1	5.00	3.17	5.00	3.54	-1.923	.055	.15
Sueño T2	11.00	2.93	11.00	3.53	-.278	.781	.02

Notas: T.E.= tamaño del efecto; T1= antes de la pandemia por COVID-19; T2= a partir de la pandemia por COVID-19.

Percentiles para la muestra de mujeres embarazadas y en posparto.

Los percentiles calculados para estimar los puntos de corte y detectar el riesgo en la sintomatología de salud mental y alteraciones en cognición y sueño que presentan las mujeres perinatales se reportan en la Tabla 11, para utilizar esta muestra perinatal de referencia en futuros estudios. Para las dimensiones de salud mental general el riesgo se considera a partir del percentil 60, mientras que para cognición total y sueño total el riesgo se considera a partir del percentil 80.

Tabla 11. Percentiles y puntos de corte para las variables “Salud mental general”, “Cognición total” y “Sueño total” para la muestra perinatal.

		T1 (17 ítems)	T2 (17 ítems)		
Salud mental general					
N		89	101	190	
Mediana		2.00	5.00	11.00	
Mínimo		0	0	0	
Máximo		29	23	35	
Percentiles	20	0	1	5	Nulo
	40	1	4	8	
	60	4	7	13	Riesgo
	80	8	10	18	
	100	29	23	35	
Cognición total					
N		190	190		
Mediana		2.00	4.00		
Mínimo		0	0		
Máximo		12	16	Nivel de Riesgo	
Percentiles	20	0	1	Nulo	
	40	1	3		
	60	3	5		
	80	4.8	8	Riesgo	
	100	12	16		
Sueño total					
N		160	160		
Mediana		5.00	11.00		
Mínimo		0	2		
Máximo		16	16	Nivel de Riesgo	
Percentiles	20	3	8	Nulo	
	40	4	11		
	60	6	12		

80	8	13	Riesgo
100	16	16	

Notas: T1= antes de la pandemia por COVID-19; T2= a partir de la pandemia por COVID-19; N= muestra perinatal. En SMG T1, no hubo diferencias entre embarazo y posparto en la prueba Mann-Whitney por eso se tomaron como muestras separadas: 89embarazo y 101 posparto. En las demás variables (Cognición T1 y T2 y Sueño T1 y T2) fue una sola muestra (190) ya que no hubieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. El riesgo en SMG se toma a partir del percentil 60. El riesgo en Cognición y Sueño se toma a partir del percentil 80.

4.4 Objetivo 5. Identificación y análisis de los niveles de estrés y violencia en mujeres embarazadas y en posparto.

Los ítems de presencia de violencia y estrés autoreportados por las mujeres embarazadas y en posparto se evaluaron mediante las siguientes preguntas del cuestionario general:

Violencia de pareja, familiar, laboral (incluyó 1 ítem para cada tipo de violencia):

1. Violencia de pareja: “*¿Ha sufrido alguna forma de violencia por parte de su pareja?*”
2. Violencia familiar: “*¿Ha sufrido alguna forma de violencia por parte de su familia?*”
3. Violencia laboral: “*¿Ha sufrido alguna forma de violencia laboral (acoso, agresión, presión excesiva, humillación de jefes o compañeros, etc?)*”

Estrés: “*Estrés significa una situación en que una persona se siente tensa, inquieta, nerviosa o ansiosa, que tiene problemas para dormir debido a que su mente está preocupada todo el tiempo, ¿Usted se siente así en estos días?*”

En los gráficos 10-12, se muestra el porcentaje de mujeres embarazadas y en posparto que experimentaron algún tipo de violencia de pareja, familiar y laboral.

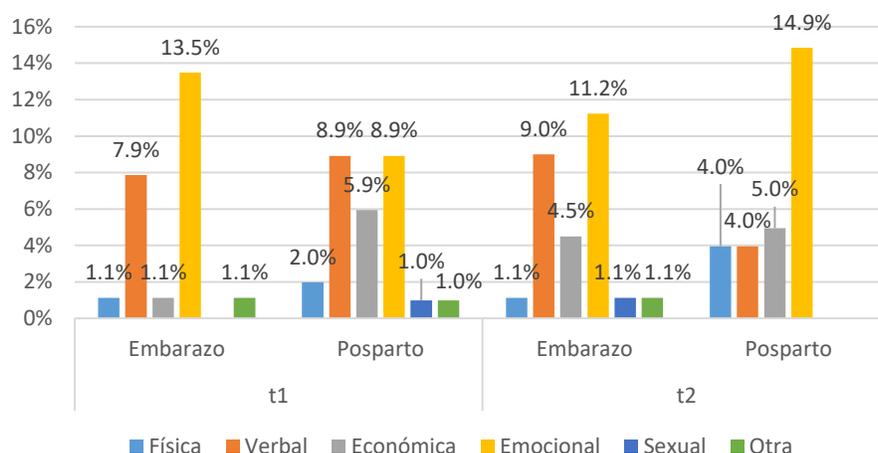
4.4.1 Comparación de los tipos de violencia sufrida en mujeres embarazadas y en posparto en el T1 y T2 y estrés en T2.

Violencia de pareja. En las frecuencias de violencia de pareja sufrida por las mujeres embarazadas y en posparto (Gráfico 10), se observa que en el T1 las mujeres en posparto (27.7%) reportaron mayor violencia de pareja que las mujeres embarazadas (24.7%). A partir de la pandemia (T2), las mujeres embarazadas (28%) experimentaron ligeramente mayor violencia de pareja que las mujeres en periodo de posparto (27.9%). Estos porcentajes muestran que la violencia de pareja aumentó a partir del T2 en la muestra perinatal.

Las mujeres que reportaron no tener pareja o no haber experimentado violencia de pareja en el T1 corresponde al 75.2% de las mujeres embarazadas y al 72.2% de las mujeres en posparto.

Para el T2, las mujeres que reportaron estas condiciones fueron el 71.9% del grupo de embarazo y el 72.2% del grupo de posparto.

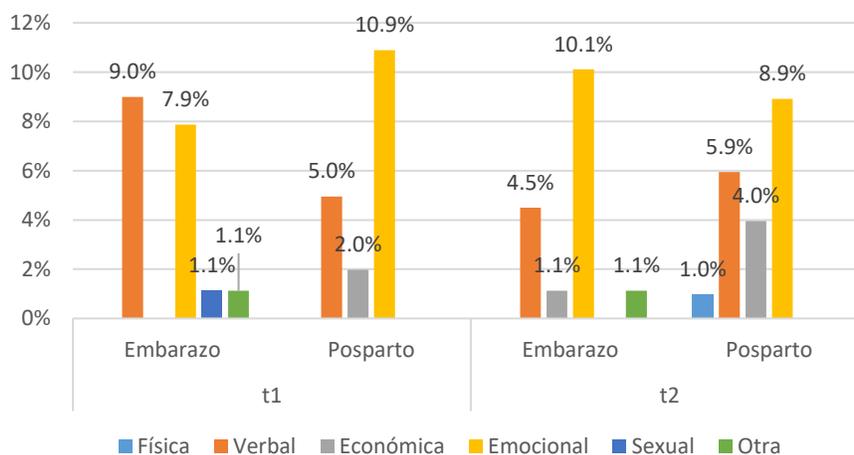
Gráfico 10. Comparación de la presencia de los tipos de violencia de pareja sufrida en las mujeres embarazadas y en posparto en el T1 y T2.



Violencia familiar. En las frecuencias reportadas por las mujeres perinatales se observa que en el T1 las mujeres embarazadas (19.1%) reportaron mayor violencia familiar que las mujeres en posparto (17.9%) Para el T2, las mujeres en posparto (19.8%) experimentaron mayor violencia familiar que las mujeres en embarazadas (16.8%) (Gráfico 11). Estos porcentajes muestran que la violencia familiar se presentó una ligera disminución a partir del T2 en la muestra perinatal.

Para el T1, el porcentaje de mujeres que reportó vivir sola o no haber experimentado violencia familiar corresponde al 80.9% de las mujeres en embarazadas y al 82.2% de las mujeres en posparto. En el T2, las mujeres que reportaron vivir solas o no haber experimentado violencia familiar reportan porcentajes del 83.1% en embarazo y 80.2% en posparto.

Gráfico 11. Comparación de los tipos de violencia familiar sufrida en las mujeres embarazadas y en posparto en el T1 y T2.



Violencia laboral. En las frecuencias reportadas en el Gráfico 12 se observa que en T1 las mujeres embarazadas reportaron ligeramente mayor violencia laboral a partir de “una vez” a

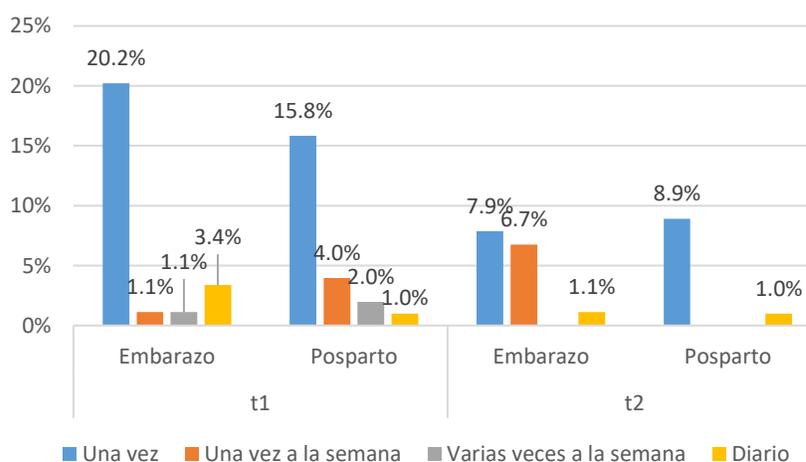
“*diario*” con un 25.8% en comparación con las mujeres en posparto (22.8%). Para el T2 las mujeres embarazadas continuaron experimentando mayor violencia laboral a partir de “*una vez*” a “*diario*” con un 15.7% en comparación con las mujeres en posparto (9.9%).

Estos porcentajes muestran que la violencia laboral disminuyó a partir de la pandemia por COVID-19 en la muestra perinatal.

El porcentaje de la muestra que no reportó violencia laboral en el T1 corresponde al 47.5% de las mujeres en posparto y al 52.8% del grupo de embarazo. A su vez los porcentajes de las mujeres que no trabajaron en el T1 corresponde al 29.7% de las mujeres en posparto y al 21.3% de las mujeres embarazadas.

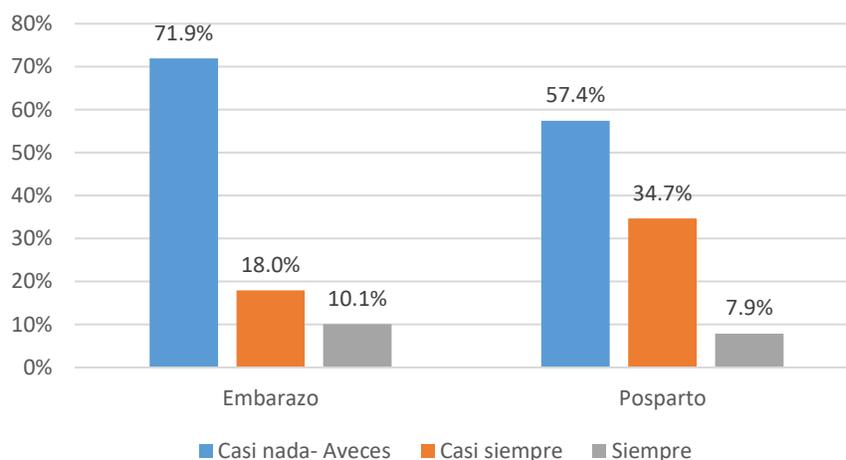
Para el T2, las mujeres que no reportaron violencia laboral fueron el 43.6% de las mujeres en posparto y el 42.7 % de las mujeres embarazadas. Mientras que las mujeres que no trabajaron fueron el 46.5% de posparto y el 41.6% de embarazo.

Gráfico 12. Comparación del incremento en la frecuencia de la violencia laboral sufrida en las mujeres embarazadas y en posparto a partir de la pandemia por COVID-19.



Estrés. En el Gráfico 13 se observa un mayor incremento en las frecuencias de estrés reportadas por las mujeres en posparto (*casi siempre* y *siempre*= 42.6%) a partir de la pandemia por COVID-19 en comparación con las mujeres embarazadas (*casi siempre* y *siempre*= 28.1%).

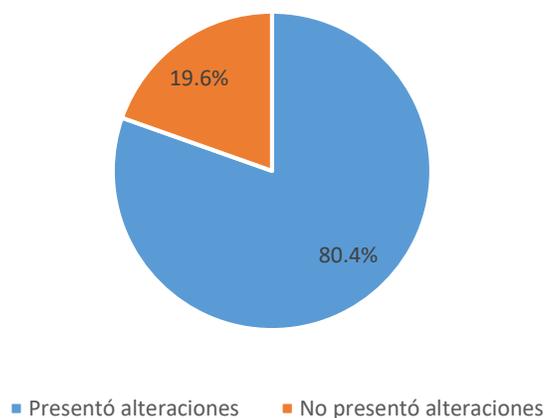
Gráfico 13. Comparación del incremento en la frecuencia de estrés en las mujeres embarazadas y en posparto a partir de la pandemia por COVID-19.



4.5 Objetivo 6. Comparación de la sintomatología en salud mental general y alteraciones en cognición y sueño reportadas por mujeres perinatales y mujeres no perinatales con un rango de edad de 18 a 40 años.

Para el objetivo 6, se comparó la muestra de mujeres en etapa perinatal con otro grupo de mujeres no perinatales con un rango de edad de 18 a 40 años (similar al rango de edad de la muestra perinatal), con un total de 240 mujeres, quienes fueron evaluados en el mismo momento. En la variable que reporta alteración de sueño, las mujeres no perinatales que reportaron la presencia de alteraciones de sueño bajo la siguiente pregunta: “¿Ha presentado alteraciones de sueño?” integró un total de 193 participantes (80.4%).

Gráfico 14. Porcentaje de participantes de la muestra perinatal y no perinatal que reportaron alteraciones de sueño



4.5.1 Diferencias en sintomatología de salud mental general y alteraciones en cognición y sueño entre mujeres perinatales y mujeres no perinatales con un rango de edad de 18 a 40 años

Los resultados de la prueba U de Mann Whitney indican que las mujeres no perinatales presentaron mayor sintomatología en salud mental general y alteración en cognición antes de la pandemia por COVID-19 (T1) en comparación con las mujeres perinatales, mientras que a partir del T2 desaparecieron las diferencias y tanto las mujeres perinatales como las no perinatales presentaron síntomas de salud mental y alteraciones en cognición y sueño en la misma intensidad (Tabla 12).

Tabla 12. Comparación de la sintomatología en salud mental general y alteraciones en cognición y sueño en las mujeres perinatales y no perinatales en ambos tiempos (T1 y T2) (Prueba de Mann Whitney).

	Perinatal N= 190		No perinatal N= 240		Z	Significancia (p valor)	T.E.
	Mediana	DE	Mediana	DE			
Salud mental general T1	4.0	5.3	7.0	6.3	-4.78	.000	.23
Salud mental general T2	11.0	7.5	12.0	9.11	-.960	.337	.04
Cognición T1	2.0	3.0	3.0	2.6	-2.33	.020	.11
Cognición T2	4.0	3.9	4.0	3.9	-.068	.946	.00
Sueño T1	5.0	3.4	5.0	3.4	-.224	.823	.01
Sueño T2	11.0	3.2	11.0	3.5	-1.56	.119	.07

Notas: Sig= significancia; T.E.= tamaño del efecto; T1= antes de la pandemia; T2= a partir de la pandemia

Percentiles para la muestra perinatal y no perinatal con un rango de edad de 18 a 40 años.

Los percentiles calculados para detectar el riesgo en la sintomatología de salud mental y alteraciones en cognición y sueño que presentan las mujeres perinatales y no perinatales con un rango de edad de 18 a 40 años se reportan en la Tabla 18, para utilizar esta muestra de referencia en futuros estudios. El riesgo para las variables de salud mental general se considera a partir del percentil 60, mientras que para las variables de cognición total y sueño total se considera a partir del percentil 80.

Tabla 13. Percentiles y rango de riesgo para las variables “Salud mental general”, “Cognición total” y “Sueño total” para la muestra no perinatal en un rango de edad de 18 a 40 años.

		T1 (17 ítems)		T2 (17 ítems)	
Salud mental general		No perinatales	Perinatales		
N		240	190	430	
Mediana		7.00	4.00	11.00	
Mínimo		0	0	0	
Máximo		33	29	35	Nivel de Riesgo
Percentiles	20	2	1	5	Nulo
	40	5	2	9	
	60	8	5	14	Riesgo
	80	12	10	20	
	100	33	29	35	
Cognición total		No perinatales	Perinatales		
N		240	190	430	
Mediana		3.00	2.00	2.50	
Mínimo		0	0	0	
Máximo		13	12	13	Nivel de Riesgo
Percentiles	20	1	0	0	Nulo
	40	2	1	2	
	60	4	3	3	
	80	5	4.8	5	Riesgo
	100	13	12	13	
Sueño total					
N		353	353		
Mediana		5.00	11.00		
Mínimo		0	0		
Máximo		16	16		Nivel de Riesgo
Percentiles	20	3	8		Nulo
	40	4	10		
	60	6	12		
	80	8	13		Riesgo
	100	16	16		

Notas: T1= antes de la pandemia por COVID-19; T2= a partir de la pandemia por COVID-19; N= total de participantes. Se tomaron percentiles diferentes para el grupo perinatal y no perinatal en las variables SMG T1 y Cognición T1 debido a que hubo diferencias estadísticamente significativas en la prueba de Mann-Whitney. Para las variables SMG T2, Cognición T2 y Sueño T1 y T2 se tomaron los percentiles de la muestra general de mujeres de 18 a 40 años debido a que no hubo diferencias estadísticamente significativas (n=430 y 353). El riesgo en SMG se toma a partir del percentil 60. El riesgo en Cognición y Sueño se toma a partir del percentil 80.

4.5.2 Comparación de la salud mental, cognición y sueño en las mujeres perinatales antes (T1) y a partir (T2) de la pandemia (Prueba Wilcoxon).

Las mujeres no perinatales reportaron un aumento de la sintomatología de salud mental, cognición y problemas de sueño a partir de la pandemia con tamaños del efecto grandes ($r > 0.50$) como se muestra en la Tabla 14. Lo que parece indicar que el efecto que la pandemia tuvo no fue exclusivo en población perinatal.

Tabla 14. Comparación de los cambios en la sintomatología de salud mental general, cognición y sueño entre el T1 y T2 reportado por las mujeres no perinatales (Prueba Wilcoxon).

		No perinatal N= 240			Significancia (p valor)	T.E.
		Mediana	DE	Z		
Salud mental general	T1	7.0	6.3			
	T2	12.0	9.11	-10.414	.000	0.67
Cognición	T1	3.0	2.6			
	T2	4.0	3.9	-8.652	.000	0.55
Sueño	T1	5.0	3.4			
	T2	11.0	3.5	-11.098	.000	0.71

Nota: Sig= significancia; T.E.= tamaño del efecto

4.5.3 Comparación de las frecuencias de estrés y violencia de las mujeres perinatales con mujeres no perinatales con un rango de edad de 18 a 40 años.

Los ítems de presencia de violencia y estrés en las mujeres perinatales y no perinatales se evaluaron por medio de las siguientes preguntas del cuestionario general:

Violencia de pareja, familiar, laboral (incluyó 1 ítem para cada tipo de violencia):

“¿Ha sufrido alguna forma de violencia por parte de su pareja, de su familia o violencia laboral (acoso, agresión, presión excesiva, humillación de jefes o compañeros, etc.)?”

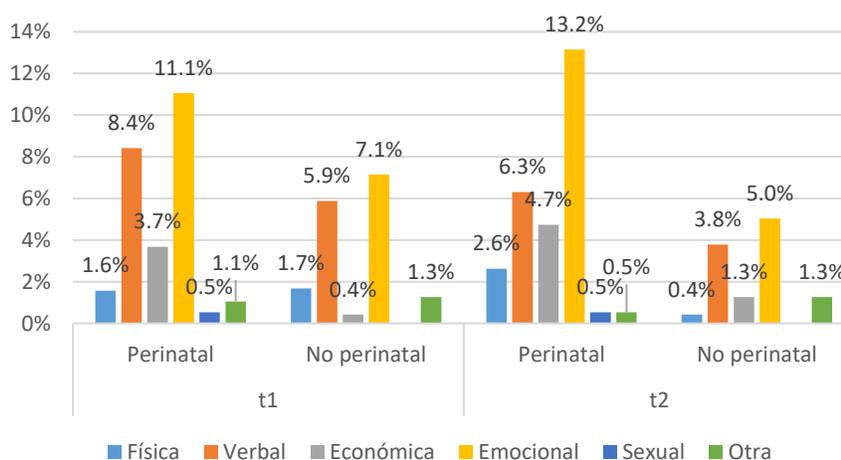
Estrés: “Estrés significa una situación en que una persona se sienta tensa, inquieta, nerviosa o ansiosa, que tiene problemas para dormir debido a que su mente está preocupada todo el tiempo, ¿Usted se siente así en estos días?”

En los gráficos 15-18 se muestra el porcentaje de mujeres perinatales y mujeres no perinatales que experimentaron algún tipo de violencia de pareja, familiar o laboral.

Violencia de pareja. En las frecuencias del Gráfico 15 se observa que las mujeres perinatales reportaron mayor violencia de pareja (T1=26.4% y T2=27.8%) en comparación con las mujeres no perinatales tanto en el T1 como en el T2 (T1=16.4% y T2= 11.8%).

En el T1, las mujeres que no tuvieron pareja o no experimentaron violencia de pareja fue el 73.7% del grupo perinatal y el 82.9% del grupo no perinatal. Mientras que, para el T2, el porcentaje de mujeres con estas condiciones corresponde al 72.1% de las mujeres perinatales y al 87.5% de las mujeres no perinatales.

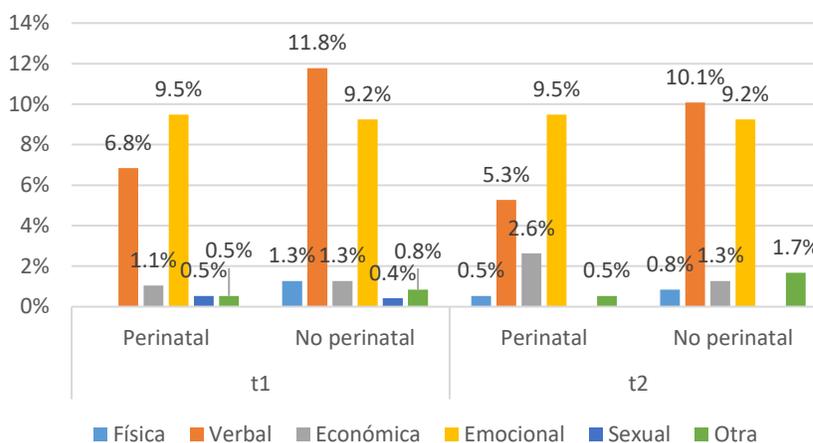
Gráfico 15. Comparación de los niveles de violencia de pareja sufrida por las mujeres perinatales y no perinatales con un rango de edad de 18 a 40 años en el T1 y T2.



Violencia familiar. En las frecuencias reportadas en el Gráfico 16 se observa que tanto en el T1 como en el T2 las mujeres no perinatales (T1=24.8% y T2= 23.1%) reportaron mayor violencia familiar que las mujeres perinatales (T1= 18.4% y T2= 18.4%).

En el T1, las mujeres que reportaron vivir solas o no haber experimentado violencia familiar fueron el 81.6% de las mujeres perinatales y el 74.6% de las mujeres no perinatales. Para el T2, las mujeres reportaron estas condiciones fueron el 81.6% del grupo perinatal y el 76.8% del grupo no perinatal.

Gráfico 16. Comparación de los niveles de violencia familiar sufrida por las mujeres perinatales y no perinatales con un rango de edad de 18 a 40 años en el T1 y T2.

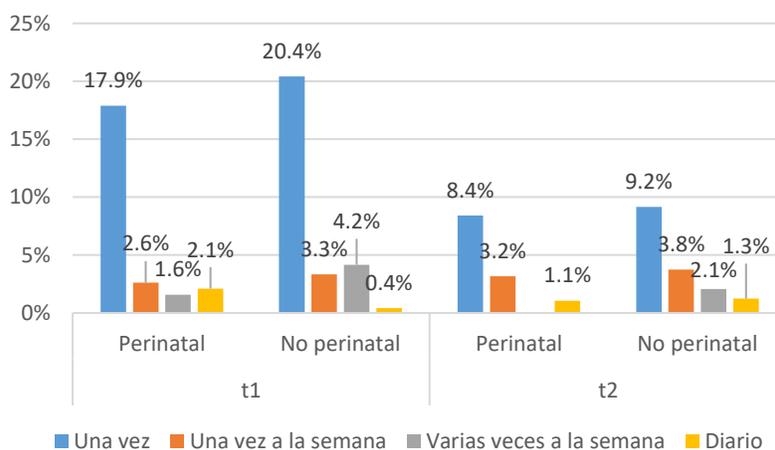


Violencia laboral. En las frecuencias reportadas en el Gráfico 17 se observa que las mujeres no perinatales (T1= 28.3% y T2= 16.4%) reportan mayor violencia laboral en los niveles de frecuencia de “una vez” a “diario”, en comparación con las perinatales (T1=24.2% y T2=12.7%) tanto en T1 como en T2.

En el T1, el porcentaje de las mujeres perinatales que no reportó haber experimentado violencia laboral corresponde al 50%, mientras que el 25.8% refirió no trabajar. A su vez, las mujeres no perinatales que reportaron no haber experimentado violencia laboral fueron el 47.9% y el 23.8% no trabajaron.

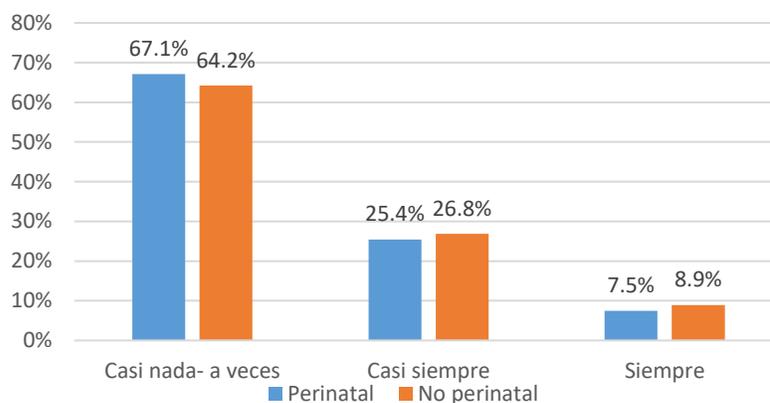
Para el T2, las mujeres perinatales que no experimentaron violencia laboral fueron el 43.2% y el 44.2% no trabajaron. Mientras que el porcentaje de mujeres no perinatales que no experimentaron violencia laboral correspondió al 51.3% y el 32.5% refirió no trabajar.

Gráfico 17. Comparación de los niveles de violencia laboral sufrida por las mujeres perinatales y no perinatales con un rango de edad de 18 a 40 años en el T1 y T2.



Estrés. En las frecuencias de estrés reportadas por ambos grupos de mujeres, se observa un incremento en los niveles de frecuencia “*casi siempre- siempre*” en el grupo no perinatal con un 35.7% en comparación con las mujeres perinatales (32.9%) (Gráfico 18).

Gráfico 18. Comparación del incremento en el nivel de estrés entre las mujeres perinatales y las mujeres no perinatales con un rango de edad de 18 a 40 años a partir de la pandemia por COVID-19.



Como se observa en los resultados, antes de la pandemia por COVID-19 las mujeres no perinatales presentaron síntomas más elevados de salud mental general y cognición. A partir de la pandemia, se equilibró la sintomatología de salud mental general y alteraciones en cognición y sueño entre mujeres perinatales y no perinatales.

Las mujeres perinatales presentaron mayor nivel de violencia de pareja en ambos tiempos. Sin embargo, el grupo no perinatal reportó niveles más elevados de violencia familiar, violencia laboral y estrés a partir de la pandemia por COVID-19.

Capítulo 5. Discusión

En este apartado se mencionarán los principales hallazgos encontrados a partir de la realización de los análisis, mismos que serán reportados por objetivos.

1. Análisis de las propiedades psicométricas del instrumento de tamizaje breve de salud mental perinatal (TBSMP).

A partir de la pandemia por COVID-19, se han publicado escasos estudios sobre las afectaciones en la salud mental perinatal en México. De la bibliografía revisada para la presente investigación se identificó que hubo pocos instrumentos diseñados a partir de la pandemia por COVID-19, los cuales únicamente se centraron en variables sociodemográficas y preguntas relacionadas con ansiedad y depresión (Berthelot et al., (2020; Castañeda et al., 2020; Tiktin y Segura, 2020; Lebel et al., 2020; Loret de Mola et al., 2021). La mayoría de los instrumentos utilizados para investigaciones a partir de la pandemia por COVID-19 habían sido previamente validados y aplicados en diferentes estudios con contextos no pandémicos. Por lo que uno de los principales aportes del presente estudio es el diseño y la validación del *TBSMP*.

Los resultados del análisis psicométrico realizado para la *TBSMP* diseñada para este estudio, mostró una conformación final de 1 factor con 5 ítems, con índices de consistencia interna >0.70 (De la Fuente (2011), Martell-Muñoz et al. (2018) y Frías-Navarro (2020)), cuyos valores obtenidos muestran la idoneidad de la escala para medir los cambios en la sintomatología de salud mental perinatal antes y a partir de la pandemia por COVID-19.

El *TBSMP* es una escala corta (consta de 5 ítems), para aplicación en línea y requiere poco tiempo para su aplicación principalmente en situaciones de riesgo o desastres naturales, además permite evaluar sintomatología de SMP en dos tiempos y comparar los cambios. A diferencia de

otros instrumentos, esta escala fue diseñada para evaluar varios componentes de la SMP además de ansiedad y depresión, como aislamiento y apoyo social, indiferencia o rechazo hacia el bebé, violencia ejercida de la madre hacia terceros y riesgo suicida.

La escala evalúa sintomatología de SMP con un ítem para cada dimensión y se reporta bajo la percepción de las participantes por lo que existe la posibilidad de implicar sesgos de memoria.

Es importante resaltar que el *TBSMP* brindar una evaluación más completa con ayuda de preguntas o cuestionarios sociodemográficos, asimismo es indispensable incluir los ítems de riesgo suicida y violencia sufrida durante situaciones de emergencia. Se recomienda validar este instrumento en diferentes contextos con población perinatal con mayores factores de riesgo.

2, 3. Identificación de la sintomatología y el nivel de riesgo de salud mental perinatal en mujeres embarazadas y en posparto antes y a partir de la pandemia por COVID-19.

En el presente estudio, se observa que antes de la pandemia por COVID-19, las mujeres mexicanas en etapa de posparto reportaron sintomatología más elevada en depresión, seguido de falta de apoyo social, violencia ejercida, violencia sufrida y salud mental perinatal total que las mujeres embarazadas, coincidiendo con estudios previos a la pandemia (Xiaoqin, 2021; Romero et al, 2017; Valencia y Cacho, 2016).

Los resultados a partir de la pandemia por COVID-19 indican que la sintomatología de salud mental perinatal en las mujeres incrementó, es decir, las diferencias entre mujeres embarazadas y en posparto se equilibraron y éstas comenzaron a experimentar sintomatología de salud mental perinatal en la misma intensidad lo cual confirma lo reportado en diversos países (Wu, 2020; Davenport, 2020; Loret de Mola, 2020; Tiktin y Segura, 2021).

Es importante señalar que gran parte de la muestra perinatal que participó en este estudio cuenta con factores sociodemográficos de protección como edad >25 años, estado civil casada o unión libre, escolaridad licenciatura o posgrado, ocupación trabajadora o ama de casa (Ramírez, 2020 citada en El País, 2020; Osma, 2019; Wu, 2020; Berthelot, 2020; Gómez, 2020) lo cual hace considerar a esta muestra como una con diversos factores protectores que son necesarios para valorar los resultados.

Las prevalencias de ansiedad y depresión se encuentran entre los síntomas más elevados del *TBSMP* y coinciden con diversos estudios en que la comorbilidad más frecuentemente presente asociada a la depresión perinatal es la ansiedad, confirmando lo que se ha reportado en otras muestras internacionales durante la pandemia por COVID-19 destacando estos como los síntomas de salud mental más prevalentes (Olza, 2020; Wu, 2020; Davenport, 2020).

Sin embargo, a pesar de que esta muestra se considera con factores protectores, se observa que la prevalencia de depresión obtuvo una frecuencia mayor a la reportada por varios estudios internacionales (25.3% a 37%) en países como China, Bélgica, Turquía y Canadá (Apesteuguía, 2020; Wu, 2020; Davenport, 2020 y Lebel, 2020). Además, la sintomatología de depresión reportada por las mujeres perinatales a partir de la pandemia por COVID-19, alcanzó una frecuencia ligeramente mayor (87.8%) en comparación con la ansiedad (86.9%), contrario a la información reportada en varios estudios que afirman que la prevalencia de ansiedad (72%) fue mayor que la de depresión (41%) (Apesteuguía, 2020) y Davenport, 2020) durante los primeros meses de esta crisis sanitaria.

Se presenta un aumento en el riesgo suicida que puede estar asociado con síntomas de depresión, ansiedad y violencia de pareja y familiar que se reportan en la mayoría de las muestras estudiadas durante la pandemia por COVID-19 (Ramírez, 2020 citada en El País, 2020;

INEGI, 2020 citado en García 2021; Ng, 2020), sin embargo es importante considerar que hay poca evidencia en México acerca de la ideación suicida en muestras perinatales por lo que este estudio permite un primer acercamiento.

Confirmado lo anterior, la violencia ejercida por las mujeres en etapa perinatal registra un aumento a partir de la pandemia principalmente en las mujeres en posparto. Varios autores consideran este tipo de violencia como un comportamiento de protección hacia los bebés y adaptación a la maternidad (Williams y Cymerblit-Sabba, 2017; Brockington, 2008; Barbosa y Ángelo, 2016). En el contexto de la pandemia por COVID-19 podría también asociarse con la preocupación del contagio del bebé debido a que las madres reportaron niveles altos de ansiedad y estrés relacionados con el contagio de sí mismas, sin embargo, faltan estudios que comprueben esta relación.

Entre las posibles causas del incremento del malestar afectivo a partir de la pandemia, se identificó que las mujeres embarazadas se encontraban preocupadas y con temor al contagio en las revisiones de salud perinatales rutinarias y el plan de parto, y las mujeres en posparto se vieron afectadas por preocupaciones relacionadas con el cuidado del bebé, la falta de apoyo social y el contacto limitado con grupos de apoyo como ha sido identificado en otros estudios, así como la sobrecarga de roles- tareas profesionales y del hogar (Jiménez, 2020; Olza, 2020; Tiktin y Segura, 2020).

4. Análisis de los cambios en la salud mental general y alteraciones en cognición y sueño en mujeres embarazadas y en posparto a partir de la pandemia por COVID-19.

El estudio permitió realizar un análisis sobre los cambios en la sintomatología de salud mental general y alteraciones en cognición y sueño en las mujeres perinatales, abonando a incrementar el conocimiento que ha sido escaso, principalmente de sus afectaciones cognitivas y de sueño, en

los estudios previos en las mujeres en etapa perinatal en el contexto de la pandemia por COVID-19.

Se observa que la muestra perinatal percibió un incremento en la sintomatología de salud mental general a partir de la pandemia por COVID-19 asociado a factores de riesgo como las prácticas de género tradicionales que incrementaron una carga de responsabilidades en el cuidado de otros, exposición a la pandemia que ha representado un periodo de alto estrés materno, muerte de familiares y el estar embarazada durante una crisis sanitaria (Neria, 2008; Ramos-Lira, 2014; Caparros-González, 2021).

Se sabe que el periodo perinatal representa cambios cognitivos como pérdida de memoria espacial, a corto plazo y reestructuración en las áreas implicadas en la interacción, pensamientos y necesidades del otro, que a su vez se asocian a alteraciones de sueño. En el presente estudio, al evaluar los cambios antes y a partir de la pandemia, permitió observar que estas dimensiones presentaron un incremento a partir de la pandemia por COVID-19 asociados probablemente con el cambio de hábitos, adaptación a la rutina y periodos de alto estrés materno como ha sido identificado en otros contextos y muestras (Carrizo et al, 2020; Labos et al, 2020; Miranda et al, 2021; Morin y Carrier, 2020; Aguilar-Cordero, 2020).

Respecto al porcentaje de la muestra perinatal que no presentó alteraciones de sueño en ninguno de los dos tiempos se considera que podrían influir factores de protección como la ocupación (ser ama de casa o no tener que salir a trabajar), tener pareja y encontrarse en el primer trimestre de embarazo (Ayala-Moreno et al., 2019).

Asimismo, es importante señalar que gran parte de la muestra perinatal también cuenta con algunos factores de riesgo como lo son una edad cercana a 30 años y estar en etapa de posparto,

que podrían estar impactando negativamente en las alteraciones de sueño y alteraciones cognitivas como la dificultad de concentración y pérdida de memoria, así como en la interacción que la sintomatología depresiva, ideación suicida y la violencia ejercida tiene en la calidad del sueño materno (Valeza et al., 2010; Gay, 2016; Gelaye, 2017).

5. Identificación y análisis de los niveles de estrés y violencia en mujeres embarazadas y en posparto a partir de la pandemia por COVID-19.

Las mujeres en etapa perinatal también se identificaron vulnerables a sufrir algún tipo de violencia e incrementar sus niveles de estrés ante la presencia de la crisis sanitaria.

A partir de la pandemia, las mujeres embarazadas presenciaron ligeramente mayor violencia de pareja que las mujeres en posparto lo cual podría asociarse a que éste fue un grupo al que se le exigió mayor confinamiento en sus hogares por ser reconocida como una de las poblaciones vulnerables y con ello incidió en una mayor convivencia con agresores durante el confinamiento (ONU Mujeres, 2020). Estos hallazgos coinciden con estudios que reportan altas prevalencias en México de violencia de pareja en mujeres embarazadas y que indican que este tipo de violencia empieza o empeora durante el embarazo y es cada vez más frecuente (Castro, 2004; Cuevas et al, 2006) tendiendo como consecuencia el incremento en los niveles de estrés, depresión y riesgo suicida que se reportan (Castañeda, 2020).

Por su parte, las mujeres en posparto reportaron mayor violencia familiar que las mujeres embarazadas a partir de la pandemia, sin embargo, este índice disminuyó ligeramente en comparación con el de antes de la pandemia. Esta disminución en la violencia familiar puede asociarse a varios factores de protección en la muestra perinatal como una edad >25 años con pareja, mayor nivel de escolaridad y ocupación y el contacto reducido con familiares a partir del confinamiento (Correa, 2019; Zeballos et al., 2020; Martínez y Delgado, 2020).

A diferencia de varios estudios que reportan un aumento en la violencia laboral a partir de la pandemia por COVID-19, para la muestra perinatal de este estudio los índices de violencia laboral presentaron una disminución notable asociada en gran medida al confinamiento ante el cual se redujo la exposición directa a sus ambientes laborales y se transitó a un trabajo en línea (Undurraga y López-Hornickel, 2020; Ponce y Villavicencio, 2020). Adicionalmente, destaca que esta reducción pudo asociarse a un registro de aumento en el porcentaje de mujeres perinatales desempleadas a partir de la pandemia el cual confirma lo reportado por informes internacionales donde se destacó la precarización laboral en las mujeres ante la pandemia (ONU Mujeres, 2020).

El estudio reportó una elevada presencia de niveles de estrés a partir de la pandemia por COVID-19 contrario a lo que se reporta en el estudio de Boekhorst et al. (2021). Las mujeres en posparto reportaron mayor presencia de estrés que las mujeres embarazadas, lo cual podría relacionarse con factores de riesgo como la violencia sufrida, ocupación y falta de apoyo social ante el incremento de tareas de cuidado y crianza del recién nacido y retos particulares del primer año de posparto (Lebel, 2020; Loret de Mola, 2021; ONU, 2021). Aunque los resultados fueron obtenidos como autoreporte y existe el riesgo de sesgo en los mismos, se ha sugerido que una elevada percepción de niveles de estrés a su vez puede tener efectos en la sintomatología de salud mental perinatal como la violencia ejercida y alteración del vínculo con el bebé acompañada de ansiedad, depresión y riesgo suicida (Caparros-González, 2021; Afonso, 2018).

6. Comparación de la sintomatología en salud mental general y alteraciones en cognición y sueño reportadas por mujeres perinatales y no perinatales.

El presente estudio permitió realizar una comparación de las dimensiones de salud mental general, cognición y sueño entre mujeres en etapa perinatal y aquellas en el mismo rango de edad (18 a 40 años) que no cursaban la perinatalidad. Este análisis permitió identificar las diferencias en el nivel de afectación antes y a partir de la pandemia en madres cuya diferencia es su ciclo de vida.

A partir de la pandemia tanto las mujeres perinatales como las no perinatales, reportaron sintomatología de salud mental general en la misma intensidad. Estos hallazgos coinciden con varios reportes que han evidenciado que la exposición a sucesos inesperados de afectación colectiva aumentan el riesgo de desarrollar trastornos mentales principalmente en mujeres (OEA, 2020; Álvarez-Icaza, 2018; OPS, 2010).

A diferencia de lo que se reporta en el estudio de Carrizo et al. (2020), en este estudio tanto las mujeres perinatales como las no perinatales se vieron afectadas respecto a las alteraciones en cognición a partir de la pandemia por COVID-19. Este hallazgo puede relacionarse con factores protectores de la muestra perinatal como la escolaridad: licenciatura-posgrado, nivel sociocultural y no pertenecer a grupo de riesgo como diabetes o hipertensión (Rojas et al., 2021) que contribuyeron a que las mujeres perinatales no experimentaran alteraciones cognitivas en mayor medida que la muestra no perinatal.

A su vez, se observó que la violencia de pareja se presentó en mayor medida en las mujeres perinatales a partir de la pandemia, asociado a factores de riesgo de la muestra perinatal como el tener un estado civil casada- unión libre, debido a que en el contexto de la pandemia el

confinamiento generó mayor tensión en los hogares, y en las relaciones de pareja con mayor riesgo a presentar violencia doméstica (ONU Mujeres, 2020; CNDH, 2020).

Las mujeres no perinatales experimentaron mayor nivel de violencia familiar que las mujeres perinatales. A pesar de que este índice fue más elevado en la muestra no perinatal, se identificó una ligera disminución de la violencia familiar en ambas muestras de mujeres a partir de la pandemia, contrario a los reportes de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2020) y que podrían sugerir que el confinamiento redujo la interacción con redes familiares que se convirtió en factor protector, sobre todo en los casos donde anteriormente existían tensiones y violencia familiar previa.

En este sentido, se considera que la mayor parte de la muestra perinatal cuenta con factores de protección contra la violencia familiar como estado civil casada- unión libre y contacto y convivencia limitados con otros familiares a partir del confinamiento (González-Carillo, 2021 citada en Zárate, 2021).

A diferencia de los reportes de la CNDH, 2020 y ONU Mujeres, 2020, en este estudio se observó que la violencia laboral disminuyó a partir de la pandemia por COVID-19 tanto en mujeres perinatales como en mujeres no perinatales, debido a factores de protección en la muestra general de mujeres entre 18 y 40 años, como la escolaridad licenciatura- posgrado y la ocupación trabajadora, y en particular derivado del confinamiento en los casos donde ya se reportaban ambientes de violencia laboral. Por otra parte, se observó que las mujeres no perinatales reportaron un nivel de estrés más elevado que las mujeres embarazadas y en posparto. Esto se debe a que las mujeres perinatales contaban con nivel socioeconómico más alto y la ocupación trabajadora- ama de casa (Caparros-González, 2021), que actuaron como factores protectores contra el estrés, a diferencia de la muestra no perinatal que contaba con factores

sociodemográficos considerados de riesgo para el desarrollo del estrés como estado civil soltera, tener algún tipo de discapacidad y padecimiento emocional o psicológico previo (Scholten, 2015).

Como se puede observar, a pesar de que las mujeres perinatales se consideraban un grupo vulnerable ante la infección por COVID-19 y el desarrollo de sintomatología de salud mental perinatal, en este estudio los índices más elevados en violencia sufrida y estrés a partir de la pandemia se presentaron en las mujeres no perinatales. Este hallazgo se asocia a los factores sociodemográficos protectores descritos anteriormente con los que contaban las mujeres embarazadas y en periodo de posparto.

Conclusiones

El *TBSMP* es una escala con propiedades psicométricas adecuadas para reportar los cambios en la sintomatología de salud mental perinatal en mujeres embarazadas y en periodo de posparto mexicanas. La escala se podría complementar incluyendo preguntas puntuales sobre otro tipo de sintomatología de mayor riesgo sobre todo, en situaciones de crisis.

Las mayores prevalencias de sintomatología de salud mental perinatal en mujeres embarazadas y en posparto se encontraron en depresión y ansiedad. Además, se identificó que el confinamiento incrementó los factores de riesgo que afectan la salud mental de las mujeres perinatales como las preocupaciones relacionadas con el contagio y/o el plan de parto, sobrecarga de tareas y roles, desempleo, dificultades económicas, pérdida de autonomía, contacto limitado con grupos de apoyo o familiares, aunque en algunos casos, el confinamiento también redujo la exposición a ambientes que eran adversos antes de la pandemia.

Como se ha visto, la pandemia por COVID-19 no sólo ha tenido consecuencias en la salud mental de las mujeres en etapa perinatal, la cual se vio comprometida, también se identificaron afectaciones en la cognición y el sueño durante el periodo perinatal, estrés y adaptación a la nueva forma de vida que requirió el confinamiento.

En la muestra perinatal que participó en este estudio los índices de violencia de pareja y familiar incrementaron a partir de la pandemia por COVID-19, lo cual sugiere una evaluación detallada de las consecuencias de la violencia ejercida contra las mujeres en etapa perinatal.

Es importante resaltar que, aunque la muestra perinatal cuenta con factores de protección que podrían atenuar el impacto de la pandemia en la salud mental como una edad mayor 25 años, estabilidad económica al tener como ocupación trabajadora o ama de casa, con pareja y con un

nivel educativo de licenciatura o posgrado, la pandemia por COVID-19 representó un periodo de alto impacto que niveló los riesgos en la salud mental de las mujeres tanto perinatales como no perinatales, reduciendo el efecto de los factores protectores de la muestra perinatal. Esto llama la atención a la necesidad de evaluar muestras perinatales con factores de riesgo como los que se observan en sectores poblacionales de baja escolaridad y nivel socioeconómico, violencia, antecedentes de trastornos de salud mental, altos niveles de marginación y con muy bajo apoyo social, como grupos indígenas, madres solteras, desempleadas, etc.

Aunque diversos estudios han sugerido que la perinatalidad es un factor de protección contra la sintomatología de salud mental general, los resultados del presente estudio indican que reportan iguales condiciones de riesgo o incluso en algunos casos levemente mayores en algunos factores que las mujeres no perinatales en México, indicadores que requieren mayor exploración. Es por ello, que resulta necesario profundizar en futuros estudios en población mexicana con muestras con diferentes determinantes socioeconómicas, psicológicas y culturales que ahonden en estas relaciones.

Fortalezas y limitaciones del estudio

El *TBSMP* es una escala corta y que permite realizar evaluaciones en poco tiempo, además está diseñada para contestarse en línea, lo que permitirá su distribución, aplicación y alcance a mayor población perinatal de manera más práctica. Esta escala se diseñó para aplicarse en situaciones de emergencia, sin embargo, su practicidad y conformación permiten su aplicación de forma virtual o presencial con aportaciones clínicas y de investigación.

A diferencia de otros estudios realizados con población perinatal mexicana cuyas evaluaciones se enfocaron en el efecto de la pandemia por COVID-19, este estudio permitió evaluar y comparar el estado emocional y las principales afectaciones en cognición, sueño, violencia y estrés antes y a partir de la pandemia por COVID-19. Asimismo, fue posible estimar el impacto de la pandemia en mujeres perinatales al realizar la comparación con mujeres que no se encontraron en etapa perinatal.

Dentro de las limitaciones, destacan que a diferencia de otros estudios que reportan sintomatología de depresión o ansiedad utilizando instrumentos completos, para el presente estudio la prevalencia se midió con un solo ítem para cada dimensión de la escala *TBSMP*. Esto sugiere tomar con cautela los resultados sobre las prevalencias de la presencia de sintomatología ya que podría estar incrementando la misma al reducir la evaluación a un solo ítem. Por ello, los resultados sólo pueden referir la presencia de malestar asociado a los trastornos mentales y requerir evaluaciones más detalladas para la realización de diagnósticos con fines clínicos.

Debido al diseño transversal del estudio, la aplicación de los cuestionarios fue realizada en un mismo momento, es decir, no hubo un tiempo entre la información del antes y el a partir, por lo tanto esta puede ser una razón por la que las mismas participantes que dicen no presentar

alteraciones de sueño en el T1 tampoco presentan en el T2. Al ser información retrospectiva la que se reporta, ésta depende de la calidad de la percepción y discriminación de la propia participante lo cual puede conllevar a un sesgo de memoria que afecten la calidad del reporte.

El momento de evaluación registra la experiencia durante los primeros seis meses de inicio de la pandemia en México. Esto permite considerar que el reporte del bienestar psicosocial de las mujeres sólo puede representar ese periodo específico. La evolución de la pandemia, su duración y sus diferentes fases de intensidad, podrían sugerir que la sintomatología de salud mental general se ha modificado tanto en las mujeres perinatales como en las no perinatales meses posteriores a la aplicación del cuestionario debido a la presencia de factores diferenciados de estrés o de adaptación, con riesgo a mayor afectación como el experimentar estrés postraumático, conductas de riesgo suicida e inhabilidad para trabajar o mejora del estado emocional ante el aprendizaje de herramientas de afrontamiento y adaptación de la crisis. Esto lleva a sugerir que el uso de los instrumentos deba favorecer seguimientos longitudinales de las muestras evaluadas.

Recomendaciones para futuros estudios

El diseño y la validación de una escala de tamizaje breve de salud mental perinatal (*TBSMP*), permite reportar y comparar la sintomatología de salud mental en mujeres embarazadas y en el primer año de posparto antes y durante la pandemia por COVID-19 y se recomienda su uso en grupos amplios de población perinatal. Se recomienda evaluar el riesgo suicida perinatal en el *TBSMP* en situaciones de crisis sanitarias o desastres naturales- sociales. Para fines de investigación resulta necesario recolectar junto a la escala datos que reporten factores de riesgo y protección como la edad, nivel educativo, apoyo de pareja, ocupación, paridad, pertenencia a grupos de riesgo adicional.

Se recomienda continuar con el uso del instrumento y análisis psicométricos en muestras con factores diversos para su enriquecimiento y validación en otros contextos.

La pandemia por COVID-19 tuvo un efecto nivelador equilibrando el riesgo en la sintomatología de salud mental, alteraciones de cognición y sueño entre las mujeres embarazadas y en posparto. Dado que la pandemia aún se mantiene activa, resulta indispensable aplicar evaluaciones de seguimiento durante el embarazo y el primer año de posparto para detectar los efectos del estrés prolongado en diferentes fases de la pandemia y niveles de eficacia de intervenciones.

Se plantea la necesidad de realizar evaluaciones integrales a los sectores más vulnerables y numerosos en el contexto mexicano como mujeres perinatales con diferente nivel socioeconómico y con mayores factores de riesgo. También es importante realizar evaluaciones tempranas y diferenciales a mujeres durante el embarazo y el posparto.

La evaluación de las variables de salud mental perinatal y general, cognición y calidad de sueño permiten en el presente estudio confirmar la importancia de una evaluación integral del bienestar psicosocial en el periodo perinatal que se recomienda incluir en las evaluaciones rutinarias de salud perinatal. Destaca la necesidad de llevar a cabo acciones de apoyo social, seguimiento de salud e intervenciones preventivas y de concientización tanto para las mujeres perinatales como para familiares y personal de salud.

Referencias

- Afonso, M. (2018). *Factores de riesgo y de protección psicosociales durante el embarazo. Una revisión sistemática*. [Trabajo de fin de grado, Universidad de Granada].
https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/55422/AFONSO_ALVAREZ_MARI%cc%81A%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Aguilar-Cordero MJ., Fajardo-Gaitán M., Pérez-Castillo IM., Rojas-Carvajal AM., Latorre García J., & Núñez-Negrillo AM. (2020). Alteraciones y efectos del sueño durante el embarazo. *JONNPR*, 5(12):1558-74. [file:///C:/Users/hp/Downloads/PDF3979%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/hp/Downloads/PDF3979%20(1).pdf)
- Álvarez-Icaza, D. y Medina-Mora, M. (2018). Impacto de los sismos de septiembre de 2017 en la salud mental de la población y acciones recomendadas. *Salud Pública de México*; 60.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342018000700052#B15
- Álvarez-Nacarino, S., Quesada-Gutiérrez, L., Fernández-García, B., Prendes-González, E., Torres-Escandón, K. y Ríos-Nacarino, P. (2018). *El papel del personal de enfermería en la depresión posparto* [Diapositiva de Power Point].
[https://psiquiatria.com/congresos/pdf/3-3-2018-4-pos11\[1\].pdf](https://psiquiatria.com/congresos/pdf/3-3-2018-4-pos11[1].pdf)
- American Psychological Association. (2010). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta*.
http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf
- Anrango, A. y Reinoso, L. (2020). *Niveles de ansiedad y depresión en madres adolescentes atendidas en el servicio de psicología del Hospital San Luis de Otavalo, Provincia de Imbabura, en el Periodo 2019-2020*. [Trabajo de fin de grado, Universidad Técnica del

Norte, Ecuador].

<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/10439/2/05%20FECYT%203650%20TRABAJO%20GRADO.pdf>

Ansoleaga, E., Gómez-Rubio, C. y Mauro, A. (2015). Workplace violence in Latin America: A review of the scientific evidence. *Rev. Arg. de Psiquiat; XXVI*: 444-452.

https://www.researchgate.net/profile/Elisa-Ansoleaga/publication/301533077_Workplace_violence_in_Latin_America_A_review_of_the_scientific_evidence/links/5822156408aeb45b5882428c/Workplace-violence-in-Latin-America-A-review-of-the-scientific-evidence.pdf

Apesteuguía, I. (2020). *Programa de salud para la detección precoz y prevención de la depresión posparto en atención primaria*. [Trabajo de fin de grado, Universidad de Zaragoza].

<https://zaguan.unizar.es/record/94814/files/TAZ-TFG-2020-546.pdf?version=1>

Ayala-Moreno, M., Velázquez-Martínez, R., Melgarejo-Gutiérrez, M., González-Méndez, C., Estrada-Ramírez, E. Vergara-Castañeda, A. (2019). Papel de las alteraciones del sueño durante la gestación en la programación del feto para el desarrollo de obesidad y enfermedades crónicas degenerativas. *Gaceta Médica de México*; 155 (4).

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88966>

Bambarén, C. (2011). Salud mental en desastres naturales. *Rev Psico Hered*. 6 (1-2).

<file:///C:/Users/hp/Downloads/2066-Texto%20del%20art%C3%ADculo-4071-1-10-20141104.pdf>

Barba- Müller, E. (2017). A modo de reseña sobre: El embarazo conduce a cambios duraderos en la estructura del cerebro humano. *Temas de psicoanálisis*; 14.

<https://www.temasdepsicoanalisis.org/2017/07/31/a-modo-de-resena-sobre-el-embarazo-conduce-a-cambios-duraderos-en-la-estructura-del-cerebro-humano/>

Barbosa, M. y Angelo, M. (2016). Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia. *Enferm. glob; 15* (42): 232-255.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412016000200009

Belblidia, N. (2020). Depression and anxiety rise among new moms amidst the COVID – 19 pandemic. *Science and Research News, Frontiers*.

<https://blog.frontiersin.org/2020/06/19/depression-and-anxiety-rise-among-new-moms-amidst-the-covid-19-pandemic/>

Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Drouin-Maziade, C., Martel, E y Maziade, M. (2020). Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica; 99* (1). <https://doi.org/10.1111/aogs.13925>

Blakemore, S. (2012). Imaging brain development: the adolescent brain. *NeuroImage; 61* (2): 397-406.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1053811911013620?via%3Dihub>

Bravo, M. y Tarreros, P. (2006). Salud mental y crisis sanitarias. *Administración sanitaria, 4*(3), 449–455. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-salud-mental-crisis-sanitarias-13094675>

Bridge, R. (2014). Neuroendocrine regulation of maternal behavior. *Front Neuroendocrinol; 0*: 178-196. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4342279/>

Brito-Ortiz, J., Juárez-García, A. y Brito-Nava, E. (2016). Estrés percibido y desempeño laboral en enfermeras: un análisis estructural. *Rev Mex Sal Trab: 7-8* (17-18): 10-17.

https://www.researchgate.net/profile/Arturo-Juarez-Garcia/publication/309354295_Estres_percibido_y_desempeno_laboral_en_enfermeras_un_analisis_estructural/links/582cc97f08aef19cb8104158/Estres-percibido-y-desempleo-laboral-en-enfermeras-un-analisis-estructural.pdf

Brockington, I. (2008). Problemas de conducta adicionales de la salud perinatal: alcoholismo, adicciones, trastornos de la alimentación y pérdidas perinatales. *Perinatol Reprod Hum*; 22: 132-144. <https://inper.mx/descargas/pdf/Problemasdeconductaadicionales.pdf>

Boekhorst, M., Muskens, L., Hulsbosh, L., Van Deun, K., Bergink, V., Pop, V., & Van den Heuvel, M. (2021). The COVID-19 outbreak increases maternal stress during pregnancy, but not the risk for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 24(6), 1037–1043. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01104-9>

Bonatto, F., Priotto, J. y Steinmann, A. (2019). Agresive behavior of pregnant females of *Akodon azarae*: A strategy to reduce infanticide risk of their youngs next to be born?. *Mastozoología Neotropical*; 26 (2): 255-262. <https://www.redalyc.org/journal/457/45763089007/movil/>

Brown, A., Gyllenberg, D., Malm, H., McKeague, I., Hinka-Yli-Salomäki, S., Artama, M., Gissler, M., Cheslack-Postava, K., Weissman, M., Gringrich, J. y Scurander, A. (2016). Association of Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Exposure During Pregnancy With Speech, Scholastic, and Motor Disorders in Offspring. *JAMA Psychiatry*; 73 (11): 1163. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2566206>

- Calcagni-Coo, C., Mira-Olivos, A., García-Valdés, M. y Zamudio-Berrocal, P. (2021). Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes Pediatrica*; 95 (5).
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/andesped/v92n5/2452-6053-andesped-andespediatr-v92i5-3519.pdf>
- Cancino, M., y Rehbein, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Terapia psicológica*, 34(3), 183-189.
<https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v34n3/art02.pdf>
- Caparros-González, R. (2021). El estrés en el embarazo sale caro. *The Conversation*.
<https://theconversation.com/el-estres-en-el-embarazo-sale-caro-156145>
- Caparros-Gonzalez, R., Romero-Gonzalez, B. y Peralta-Ramirez, M. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Rev Panam Salud Pública*; 42 (97).
<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e97/es>
- Carrasco, M. y González, M. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica*; 4 (2): 7-38.
<https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030758001.pdf>
- Carrillo-Mora, P., Barajas-Martínez, K., Sánchez-Vázquez, I. y Rangel-Caballero, M. (2018). Trastornos del sueño: ¿Qué son y cuáles son sus consecuencias?. *Rev Fac Med*; 61 (1).
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000100006
- Carrizo, E., Domini, J., Quezada, R., Serra, S., Soria, E., & Miranda, A. (2020). Variations of the cognitive status in the puerperium and their determinants: a narrativa review. *Scielo* 25 (8). <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n8/3321-3334/>

- Carvajal, A. (2011). Embarazadas en situación de emergencia, incluyendo los desastres naturales. *Redes de sociedades científicas médicas de Venezuela*, 29.
file:///C:/Users/hp/Downloads/noticias_epidemiologica29embarazadasdesastres.pdf
- Castañeda, P. (2020). *Violencia y variables familiares como factores de riesgo para el embarazo en adolescentes*. [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo].
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/45721>
- Castro, R., Agustín, G., Arenas, M., Juárez, S. y Barrios, N. (2002). Violencia contra mujeres embarazadas entre las usuarias del Instituto Mexicano del Seguro Social: un estudio sobre determinantes, prevalencia y severidad. *Pap. Poblac*; 8 (3).
<http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v8n31/v8n31a11.pdf>
- Ceulemans, M., Hompes, T. y Foulon, V. (2020). Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic: a call for action. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.13295>
- Chaves, C., Marchena, C., Palacios, B., Salgado, A. y Duque, A. (2022). Efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental perinatal en España: resultados positivos y negativos. *Elsevier*; 35(3): 254-261.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187151922100007X>
- Cruz, A. (2021). Segunda ola causa la mitad de muertes maternas por COVID-19. *La Jornada*.
<https://www.jornada.com.mx/notas/2021/04/26/politica/segunda-ola-causa-la-mitad-de-muertes-maternas-por-covid/>
- Cruz-Arroyo, V. B. y Casique-Rodríguez, I. (2019). Violencia laboral. Análisis de los factores de riesgo y consecuencias en la vida de las mujeres trabajadoras en la Ciudad de

México. *Papeles de población*, 25(102), 51–79.

<https://doi.org/10.22185/24487147.2019.102.32>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2021). La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad. *Informe Especial COVID-19, No. 9. Naciones*

Unidas. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46633/5/S2000740_es.pdf

Comisión Interamericana de Mujeres. (2021). *COVID-19 en la vida de las mujeres: razones para reconocer los impacto diferenciados*. Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos (SG/OEA).

<http://www.oas.org/es/cim/docs/ArgumentarioCOVID19-ES.pdf>

Correa, M. (2019). Complicaciones maternas asociadas a la violencia física, psicológica y sexual durante el embarazo en el Hospital de Vitarte, Lima- Perú. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal, Lima, Perú; 4 (4): 11-18*.

<http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/140/154>

Cotarelo, A., Reynoso, J., Solano, C., Hernández, M. y Ruvalcaba, J. (2020). Impacto del COVID-19 en las emociones de mujeres embarazadas con diabetes gestacional.

JONNPR; 5(8): 891- 904. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3765>

Cuadros-Espinosa, J. (2019). *Nivel de estrés en prenatal en pacientes hospitalizadas con preeclampsia en un instituto materno- Lima, 2018* [Tesis, Universidad Peruana de los Andes].

<http://www.repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1392/TESIS%20FIN>

[AL%20%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1392/TESIS%20FIN)

- Cuevas, S., Blanco, J., Juárez, C., Palma, O. y Valdez-Santiago, R. (2006). Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. *Salud Pública*; 6: 239-249. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v48s2/31380.pdf>
- Custodio, N. y Lira, D. (2018). Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81 (1), 20-28.
<https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v81i1.3270>
- Davenport, M., Meyer, S., Meah, V., Strynadka, C. y Khurana, R. (2020). Moms are not ok: COVID-19 and maternal mental health. *Frontiers Global Womens Health*; 1:1.
<https://doi.org/10.3389/fgwh.2020.00001>
- De Graaff, L., Honig, A., Van-Pampus, M., y Stramrood, C. (2018). Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 97: 648– 656.
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.13291>
- De la Fuente, S. (2011). *Componentes principales*. Universidad Autonoma de Madrid.
<https://www.fuenterrebollo.com/Economicas/ECONOMETRIA/MULTIVARIANTE/ACP/ACP.pdf>
- Díaz, R., Aguilar, V. y Santillán, R. (1999). Estrés y embarazo. *Revista ADM*; LVI (1).
<https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-1999/od991f.pdf>
- Domínguez-Lara, S. (2017). Magnitud del efecto: una guía rápida. *Educ Med*.
<https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-magnitud-del-efecto-una-guia-S1575181317301390>

Durankus, H. y Asku, E. (2020). Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med*; 1-7.

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2020.1763946>

Elo, A.-L., Leppänen, A. & Jahkola, A. (2003). Validity of a single-item measure of stress symptoms. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 29(6), 444-451.

<https://doi.org/10.5271/sjweh.752>

El País. (24 de octubre de 2020). *Esther Ramírez: “Los clásicos 40 días son claramente insuficientes para que una mujer abandone el puerperio”*. <https://elpais.com/mamas-papas/2020-10-24/esther-ramirez-los-clasicos-40-dias-son-claramente-insuficientes-para-que-una-mujer-abandone-el-puerperio.html>

El parto prematuro (2006). El Estrés Durante el Embarazo. *March of dimes*. Recuperado el 23 marzo 2022, de http://www.policlinicarampa.sld.cu/publico/estress_embarazo.pdf

Elia, A. (2017). *El estrés gestacional y sus consecuencias*. [Trabajo de fin de grado, Universidad de Salamanca].

https://gedos.usal.es/bitstream/handle/10366/133218/TG_Elia_MariaFontana_Estresgestacional.pdf;jsessionid=1B95D69A5AEFC3DFC2AA49ABA8A3678C?sequence=1

Eriksson, L., Mazerolle, P., Wortley, R. y Johnson, H. (2014). Maternal and parental filicide: case studies from the Australian Homicide Project. *Wiley Online Library*; 25 (1): 17-30.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/car.2358>

Eunice Kennedy Shriver National Institute. (28 de junio de 2019). *¿El estrés durante el embarazo afectará a mi bebé?*.

<https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/preconceptioncare/informacion/afecta#:~:text=>

Su%20cuerpo%20atraviesa%20muchos%20cambios,y%20su%20beb%C3%A9%20en%20desarrollo.

Fantauzzi, L. (2020). Pandemias, epidemias y salud mental: recorrido histórico, mirando hacia el futuro. *Psicología (s)*; 4.

<https://revistas.upr.edu/index.php/psicologias/article/view/18476/15897>

Frías, S. (2011). Hostigamiento, acoso sexual y discriminación laboral por embarazo en México.

Rev. Mex. Sociol; 73(2): 329-365. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v73n2/v73n2a5.pdf>

Frías-Navarro, D. (2020). *Apuntes de consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento*

de medida. Universidad de Valencia. <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>

Flores-Flores, O., Lajo-Aurazo, Y., Zevallos-Morales, A., Rondán, PL., Lizaraso-Soto, F. y

Jorquiera, T. (2017.) Análisis psicométrico de un cuestionario para medir el ambiente educativo en una muestra de estudiantes de medicina en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*; 34 (2):255-60.

<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2642/2735>

Flores, S. (2022). *Depresión postparto en puerperio durante la pandemia de SARSCOV-2 en un hospital de tercer nivel*. [Tesis de Especialidad, Universidad Autónoma de Nuevo León].

<http://eprints.uanl.mx/22503/7/22503.pdf>

Forbes. (2020). *Pandemia incrementaría hasta 20% el suicidio en México, estiman analistas*.

Recuperado el 18 marzo 2022, de <https://www.forbes.com.mx/mundo-pandemia-incrementaria-20-suicidio-en-mexico-analistas/>

Gallegos, A. (2021). *El suicidio y el COVID-19: faltan evidencias, incremento de los factores de riesgo*. ITESO, Universidad Jesuita de Guadalajara.

https://iteso.mx/web/general/detalle?group_id=27100989

Galvis-Pulido, S. (2021). *Caracterización de factores asociados al intento de suicidio antes y durante el primer año de la pandemia por el COVID-19 en el departamento de Boyacá-Colombia, en el periodo 2019-2020* [Tesis de Fin de Grado, Universidad del Bosque].

https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/6770/Galvis_Pulido_Sandra_Lorena_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

García, A. (2021) *El año de la pandemia también fue el año con más suicidios en 10 años*. El economista. Recuperado el 15 agosto 2021, de

<https://www.economista.com.mx/politica/El-ano-de-la-pandemia-tambien-fue-el-ano-con-mas-suicidios-en-10-anos-20210815-0004.html>

García-Navarro, C., Gordillo-León, F., y Pérez-Nieto, M. Á. (2020). Análisis de las consecuencias cognitivas y afectivas de la violencia de género en relación con el tipo de maltrato. *Ansiedad y estrés*, 26(1), 39–45. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.01.003>

Gay, CL., Richoux, S., Beebe, K., Lee, K. (2017). Sleep disruption and duration in late pregnancy is associated with excessive gestational weight gain among overweight and obese women. *Birth; 00*: 1- 8. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12277>

Gelaye, B., Addae, G., Neway, B., Larrabure-Torrealva, G., Qiu, C., Stoner, L., Luque, M., Sanchez, S. y Williams, M. (2017). Poor sleep quality, antepartum depression and suicidal ideation among pregnant women. *J Affect Disord.*; 209:195- 200.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27930912/>

- Ghasemi, A. y Zahediasl, S. (2012) Normality tests for statistical analysis: a guide for non statisticians. *International Journal of Endocrinology Metabolism*; 10 (2): 486-489.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23843808/>
- Gissler, M., Karalis, E., Ulander, V. (2015). Decreased suicide rate after induced abortion, after the Current Care Guidelines in Finland 1987-2012. *Scand J Public Health*; 43(1): 99-101.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25420710/>
- Gold, K., Singh, V., Marcus, S., Palladino, C. (2012). Mental health, substance use and intimate partner problems among pregnant and postpartum suicide victims in the National Violent Death Reporting System. *Gen Hosp Psychiatry*; 34 (2):139-45.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275697/>
- Gómez-García, A. y Rivera-Rivera, L. (2021). Violencia de pareja y consumo de sustancias adictivas [Diapositiva de Power Point]. <https://fb.watch/dnRdBLrt2w/>
- Gómez-Reyna, R. y Valdivieso-López, I. (2022). Identificación de trastornos mentales presentes en mujeres embarazadas en la ciudad de Rocafuerte. *Gestar*; 5 (9).
<http://www.journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/63/112>
- Hansen, N. y Gammie, S. (2010). Trpc2 gene impacts on maternal aggression, accessory olfactory bulb anatomy, and brain activity. *Genes brain behav*; 8 (7): 639-649.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2758541/>
- Herrera-Covarrubias, D., Coria-Ávila, G., Muñoz-Zavaleta, D., Graillet-Mora, O., Aranda-Abreu, G., Rojas-Durán, F., Hernández María, E. y Nafissa I. (2017). Impacto del estrés psicosocial en la salud. *E-Neurobiología*.
<https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2017/17/Herrera/HTML.html>

- Herring, S.J., Foster, G., Pien, G., Massa, K., Nelson, D., Gehrman, P. y Davey, A. (2013). Do pregnant women accurately report sleep time. *National Institute of health; 17*(4).
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11325-013-0835-2>
- Hillner, K. M., Jacobs, V., Fischer, T. y Aigner, L. (2014). The maternal brain: an organ with peripartur plasticity. *Neural Plasticity*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24883213/>
- Hoekzema, E., Barba-Müller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., García-García, D., Silva, J., Tobeña, A., Desco, M., Crone, E., Ballesteros, A., Carmona, S. y Vilarroya, O. (2017). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nat Neurosci; 20*(2): 287-296. <https://www.nature.com/articles/nn.4458>
- Insana, S., Williams, K. y Montgomery, E. (2013). Sleep disturbance and neurobehavioral performance among postpartum women. *Sleep; 36* (1): 73-81.
<https://doi.org/10.5665/sleep.2304>
- Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. (27 de febrero de 2020). *Estrés postraumático como consecuencia del parto*. <https://saludmentalperinatal.es/2020/02/27/stres-postraumatico-como-consecuencia-del-parto/>
- Jiménez, A. (2020). *Eficacia del programa de psicoprofilaxis del parto en niveles de ansiedad de mujeres embarazadas*. [Tesis de licenciatura, Universidad central del Ecuador].
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/20842/1/T-UCE-0007-CPS-247.pdf>
- Juárez, J., Lara-Cinisomo, S., Navarrete, L. y Lara, M. (2020). Perinatal anxiety symptoms: rates and risk factors in mexican women. *International Journal of Environmental Research and Public Health; 18*(1): 82. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/1/82/htm>

- Jurado-García, E. y Baena-Antequera, F. (2021) Perspectiva sobre impacto de la COVID-19 en la salud mental perinatal. *Revista electrónica de portales médicos: 16(2)*.
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/perspectiva-sobre-impacto-de-la-covid-19-en-la-salud-mental-perinatal/>
- Kamara, S., Walder, A., Duncan, J., Kabbedijk, A., Hughes, P. y Muana, A. (2017). Mental health care during the Ebola virus disease outbreak in Sierra Leone. *Bull World Health Organ*; 95 (12), 842-847. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29200525/>
- Katherine L. y Ramírez L. (2020). *Lactancia Materna Exclusiva como factor asociado a la depresión posparto*. [Tesis de licenciatura, Universidad Privada Antenor Orrego].
https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6027/1/REP_MEHU_KATHERINE.LOYOLA_LACTANCIA.MATERNA.EXCLUSIVA.FACTOR.ASOCIADO.DEPRESION.POSPARTO.pdf
- Knight, M., Bunch, K., Vousden, N., Morris, E., Simpson, N., Gale, C., O'Brien, P., Quigley, M., Brocklehurst, P., Kurinczuk, J. (2020). Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study. *British Medical Journal*: 369.
<https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m2107.full.pdf>
- Kotlar, B., Gerson, E., Petrillo, S., Langer, A. y Tiemeier, H. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reproductive Health* 18, 10. <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-021-01070-6>

Krauskopf, V. y Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes, Chile*; 31(2):139-149.

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864020300183?token=0E07816DBD083734F976C568A5CF67F28B99069E8A973F0C341BABBA122E4AF5995AA61E778FACB49ED118105390F4A5&originRegion=us-east-1&originCreation=20220601210937>

Labos, E., Zabala, K., Renato, A., Trojanowski, S., Rio, M. D., Fustinoni, O., y Vázquez, N. (2020). Restricción cognitiva durante la cuarentena por covid-19. *Medicinabuenosaires*, 1669-9106 https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol81-21/destacado/original_7500.pdf

Lara, M., Patiño, P., Navarrete, L. y Nieto, L. (s.f.). *Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280078/2-depresionpostparto.pdf>

Lartigue, T., Maldonado-Durán, J., González-Pacheco, I. y Saucedo-García, J. (2008). Depresión en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*; 22: 111-131. <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip082d.pdf>

Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshawe, M., Tomfohr-Madsen, L., Giesbrecht, G. (2020). Elevated depression and anxiety among pregnant during the COVID-19 pandemic. *Children's Hospital Alberta*. <https://psyarxiv.com/gdhkt/>

Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A., y Tomás, I. (2017). El análisis factorial exploratorio de los ítems: análisis guiado según los datos empíricos y el software. *Anales de psicología*;

33 (2): 417-432.

<https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.33.2.270211/211081>

López-Aymes, G., Delahanty-Matuk, G., Palacios-Hernández, B., Téllez-Alanis, B., Avilés-Reyes, R., Alonso-Carrillo, I., Ortiz-Duque, U., Aragón-Carrillo, C., Álvarez-Rubio, I., Hindrichs, I., Juárez-García, A., López-Vázquez, E., Poblete-Trujillo, E., Suárez-Ramos, V., Ávila-Guerrero, M., Pérez-Amezcuca, B., Castellanos, D., Galván, G. Lara, L., ... Martínez-Pedraza, J. (2020). *Exploración de factores psicosociales, salud mental, cognición y estrategias educativas y familiares derivadas de la contingencia sanitaria por COVID-19* [Archivo PDF].

López-Morales, H., Del Valle, V., Canet-Juric, L., Andrés, M., Galli, J., Poó, F. y Urquijo, S. (2021). Mental health of pregnant women during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study. *Psychiatry Research*; 295.

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0165178120332285?token=CD3F838F7680EE93C0E86CEA554F8366C6B4918DC5754D436DF7C85A6E4D44B6E3FBCB4BA16277D3C418104435679AF7&originRegion=us-east-1&originCreation=20220601211157>

Loret de Mola, C., Martins-Silva, T., Carpena, M., Del-Ponte, B., Blumenberg, C., Martins, R., Dias, I., Terribele, F., Avila, A., Marmitt, L., Meucci, R. y Cesar, J. (2021). Maternal mental health before and during the COVID-19 pandemic in the 2019 Rio Grande birth cohort. *Brazilian Journal of Psychiatry*.

<https://www.scielo.br/j/rbp/a/XxwPJFckwHvn5CKcSLVfwjF/?lang=en>

- Lugones, M. y Sarduy, M. (2019) Amnesia en el embarazo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*; 45 (1): 137-146. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v45n1/1561-3062-gin-45-01-137.pdf>
- Luna, Y., Robles, Y. y Agüero, Y. (2015) Validación del Índice de calidad de sueño de Pittsburgh en una muestra peruana. *Anales de Salud Mental*; 31(2): 23-30. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v45n1/1561-3062-gin-45-01-137.pdf>
- Maldonado-Durán, J. (2011). Salud mental perinatal. *Organización Panamericana de la Salud*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Manzano-Sánchez, D., Valero, A. y Hortigüela-Alcalá, D. (2021). Sistema educativo y actuación ante la pandemia de la COVID-19: opinión y perspectivas de mejora según los docentes. *Revista Española de Educación Comparada*; (3): 112-128. <https://revistas.uned.es/index.php/REEC/article/view/28771/23111>
- Manrique, S. (2020). Tipología de procesos cognitivos. Una herramienta para el análisis de situaciones de enseñanza. *Educación*; 29 (57). <http://www.scielo.org.pe/pdf/educ/v29n57/2304-4322-educ-29-57-163.pdf>
- Martell-Muñoz, J., García-Cadena, C., Daniel-González, L., Sánchez, M. y Mendoza, A. (2018). Estructura factorial de la escala de satisfacción con la vida y validez convergente con la escala de calidad de vida en preparatorianos mexicanos. *Revista de psicología y ciencias del comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*; 9 (2). <file:///C:/Users/hp/Downloads/Dialnet-EstructuraFactorialDeLaEscalaDeSatisfaccionConLaVi-7054031.pdf>

Martínez-García, M., Paternina-Die, M., Desco, M., Vilarroya, O. y Carmona, S. (2021).

Characterizing the Brain Structural Adaptations Across the Motherhood Transition.

Front. Glob. Womens Health 2:742775.

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fgwh.2021.742775/full>

Martínez, J. y Delgado, M. (2020). Violencia en mujeres embarazadas por parte de su pareja

íntima: factores predisponentes. *Revista Española de Salud Pública*; 94: 11.

https://www.researchgate.net/publication/342097601_VIOLENCIA_EN_MUJERES_EMBARAZADAS_POR_PARTE_DE_SU_PAREJA_INTIMA_FACTORES_PREDISPONENTES

Martínez, K. (2018). *Niveles de estrés asociados a los factores de riesgo psicosocial del área administrativa de la empresa Magna Construcciones LTDA*. [Trabajo de fin de grado, Universidad Externado de Colombia].

<https://bdigital.uexternado.edu.co/bitstream/handle/001/667/DNA-spa-2018->

[Nivel de estres asociado a los factores de riesgo psicosocial en trabajadores del area administrativa.pdf;jsessionid=0528C923CB1C49722E0F5B51FEE40D12?sequence=1](https://bdigital.uexternado.edu.co/bitstream/handle/001/667/DNA-spa-2018-Nivel_de_estres_asociado_a_los_factores_de_riesgo_psicosocial_en_trabajadores_del_area_administrativa.pdf;jsessionid=0528C923CB1C49722E0F5B51FEE40D12?sequence=1)

Matos, M. (2019). El nacimiento de la madre en el contexto de la perinatalidad. *Clínica e*

Investigación Relacional, revista electrónica de Psicoterapia; 23(1).

https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V13N1_2019/05es_Matos_El-nacimiento-de-la-madre_CeIR_V13N1.pdf

Medina-Jiménez, V., Bermúdez-Rojas, ML., Murillo-Bargas, H., Rivera-Camarillo, AC.,

Muñoz-Acosta, J., Ramírez-Abarca, TG., Esparza-Valencia, DM., Ángeles-Torres, AC.,

- Lara-Ávila, L., Hernández-Muñoz, VA., Madrigal-Tejeda, FJ., Estudillo-Jiménez, GE., Jacobo-Enciso, LM., Torres-Torres, J., Espino, S., Baltazar-Martínez, M., Villanueva-Calleja, J., Nava-Sánchez, AE., Mendoza-Carrera, CE., ... Martínez-Portilla, RJ. (2020). El impacto de la pandemia por COVID-19 en los niveles de depresión y estrés en mujeres embarazadas: una encuesta nacional durante la pandemia COVID-19 en México. *J Matern Fetal Neonatal Med.*
- https://femecog.org.mx/docs/El_impacto_de_la_pandemia_por_COVID-19.pdf
- Medina-Ortiz, O., Araque-Castellanos, F., Ruiz-Domínguez, L., Riaño-Garzón, M., y Bermudez, V. (2020). Trastornos del sueño a consecuencia de la pandemia por COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 37(4), 755-761.
- <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.374.6360>
- Melo, G. (2019). El vínculo afectivo en la formación psíquica del bebé, y el uso del yoga como dispositivo clínico de las gestantes en la patología del desvalimiento. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos. Argentina*; 23 (2).
- http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/4867/Melo-Carletto_El_vinculo_afectivo.pdf?sequence=1
- Meyer, R., Salzman, C., Youngstrom, E., Clayton, P., Goodwin, F., Mann, J., Alphas, L., Broich, K., Goodman, W., Greden, J., Meltzer, H., Normand, S., Posner, K., Shaffer, D., Oquendo, M., Stanley, B., Trivedi, M., Turecki, G., Beasley, C., ... Sheehan, D. (2010). Suicidality and risk of suicide--definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a brief report. *J Clin Psychiatry*; 71 (8): 1040-1046.
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20797373/>

- Miranda, A. R., Scotta, A. V., Cortez, M. V., & Soria, E. A. (2021). Triggering of postpartum depression and insomnia with cognitive impairment in Argentinian women during the pandemic COVID-19 social isolation in relation to reproductive and health factors. *Midwifery*, 102(103072), 103072. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103072>
- Mojica, M., Parra, Y. y Osma, S. (2019). Tamización de síntomas de depresión, ansiedad prenatal y factores de riesgo psicosocial asociados en usuarias del servicio de control prenatal. Reflexiones en torno a la construcción del protocolo. *MedUnab*; 22 (3): 341-355. <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2867/3151>
- Mondragón, E. (2021). *Validación de la versión en español del cuestionario W-DEQ (Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire) en mujeres mexicanas que reciben la atención del nacimiento en una institución pública de segundo nivel en el estado de Nuevo León, México* [Tesis, Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey]. <https://repositorio.tec.mx/bitstream/handle/11285/648354/Protocolo%20FINAL%20de%20tesis%20Elena%20Mondragon.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Monzón-Pineda, M., Velásquez-Cerritos, O. y Paniagua-Aguilar, P. (2018). *Prevalencia de estrés y complicaciones obstétricas en primigestas adolescentes* [Tesis, Universidad de San Carlos de Guatemala]. <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2018/082.pdf>
- Motrico, E., Mateus, V., Bina, R., Felice, E., Bramante, A., Kalcev, G., Mauri, M., Martins, S., Mesquita, A. (2020). Good practices in perinatal mental health during the COVID-19 Pandemic: A report from Task-Force RISEUP-PPD COVID-19. *Clínica y salud*; 31 (3): 155-160. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/clysa2020a26>

Morin, C. M., y Carrier, J. (2021). The acute effects of the COVID-19 pandemic on insomnia and psychological symptoms. *Sleep Medicine*, 77, 346–347.

<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.06.005>

Naciones Unidas. (25 de noviembre de 2021). *El efecto devastador del COVID-19 en la salud mental*. <https://news.un.org/es/story/2021/11/1500512>

Naciones Unidas. (22 de septiembre de 2022). *Más de 60.000 mujeres embarazadas en las Américas se han contagiado de COVID-19*.

<https://news.un.org/es/story/2020/09/1480922>

Nanjundaswamy, H., Siva, L., Desai, G., Ganjekar, S., Kishore, T., Ram, U., Satyanarayana, V.,

Thippeswamy, H., Chandra, P. (2020.) COVID-19-related anxiety and concerns expressed by pregnant and postpartum women- a survey among obstetricians. *Women´s Mental Health*; 23: 787- 790. [https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-020-](https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-020-01060-w)

[01060-w](https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-020-01060-w)

Nasreen, H., Kabir, Z., Forsell, Y. y Edhborg, M. (2011). Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: A population based study in rural Bangladesh. *BMC Women´s Health*; 11 (22).

<https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-11-22>

Nasreen, H., Rahman, J., Rus, R., Kartiwi, M., Sutan, R. y Edhborg, M. (2018). Prevalence and determinants of antepartum depressive and anxiety symptoms in expectant mothers and fathers: results from a perinatal psychiatric morbidity cohort study in the east and west coasts of Malaysia. *BMC Psychiatry*; 18 (195).

<https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-018-1781-0>

- Neria, Y. y Galea, A. (2008). Post- traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychol Med*; 38 (4): 467-480. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17803838/>
- Ng'oma, M., Bitew, T., Kaiyo, M., Hanlon, C., Honikman, S., Stewart, R. (2020). Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in Africa. *Thematic Paper*; 3 (17). <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-international/article/perinatal-mental-health-around-the-world-priorities-for-research-and-service-development-in-africa/8F596CB136741A318B9522959F0BBE5C>
- Nunton, J., Alvarado, V. y Pérez, A. (2020). Impacto Psicológico de la pandemia del COVID-19, en gestantes de un establecimiento de salud nivel III-2, Lima-2020. *Revista de Investigación Científica*; 2: 94-100. <https://www.revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/123/110>
- Olza, I. (2020) *Parir y nacer en tiempos de pandemia*. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. <https://saludmentalperinatal.es/2020/04/14/pandemia/>
- Olza, I. (s.f.) La teoría de la programación fetal y el efecto de la ansiedad materna durante el embarazo en el neurodesarrollo infantil. *Hospital Puerta de Hierro Majadahonda Madrid*. <https://www.msrebs.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/programacionFetal.pdf>
- Ontiveros-Pérez, M. y López-España, J. (2010). Adaptación psicosocial y niveles de ansiedad en embarazadas primigestas de bajo riesgo obstétrico. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*; 27 (2):92-98. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=29792>

- Organización Mundial de la Salud. (11 de marzo de 2020). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- ONU Mujeres. (2010). *Causas, factores de riesgo y de protección*. Recuperado el 10 de Febrero 2022, de <https://www.endvawnow.org/es/articles/300-causas-factores-de-riesgo-y-de-proteccion.html>
- Organización Panamericana de la Salud. (22 de septiembre de 2020). *La OPS informa más de 60.000 casos confirmados de COVID-19 en embarazadas, con 458 muertes en las Américas*. <https://www.paho.org/es/noticias/22-9-2020-ops-informa-mas-60000-casos-confirmados-covid-19-embarazadas-con-458-muertes>
- Osma-Zambrano, S., Lozano-Osma, M., Mojica-Perilla, M., Redonde-Rodríguez, S. (2019). Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia). *MedUNAB*; 22(2): 171-185. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1022097/3586-prevalencia-depresion-ansiedad-10-20190926.pdf>
- Palacios, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*; 48(2): 164-176. <https://www.redalyc.org/pdf/3438/343845607003.pdf>
- Palladino, C., Singh, V., Campbell, J., Flynn, H., Gold, K. (2011). Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstet Gynecol.*; 118 (5): 1056-1063. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22015873/>

Palomares, E. y Campos, P. (2018). Impacto de los terremotos en la salud mental. *Ciencia*; 69 (3).

https://www.amc.edu.mx/revistaciencia/images/revista/69_3/PDF/impactoSaludMental.pdf

Parra-Saavedra, M., Villa-Villa, I., Pérez-Olivo, J., Guzmán-Polania, L., Galvis-Centurion, P., Cumplido-Romero, A., Santacruz-Vargas, D., Rivera-Moreno, E., Molino-Giraldo, S., Guillen-Burgos, H., Navarro, E., Flórez-Lozano, K., Barrero-Ortega, A., Sanz-Cortes, M. y Miranda, J. (2020). Attitudes and colateral psychological effects of COVID-19 in pregnant women in Colombia. *Int J Gynaecol Obstet*; 151 (2): 203-208.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32799318/>

Preis, H., Mahaffey, B., Heinselman, C. y Lobel M. (2020). Pandemic-related pregnancy stress and anxiety among women pregnant during the coronavirus disease 2019 pandemic.

Research letter; 2 (3). [https://www.ajogmf.com/article/S2589-9333\(20\)30099-9/fulltext](https://www.ajogmf.com/article/S2589-9333(20)30099-9/fulltext)

Prensa UVM. (2021) *Suicidio en México, una problemática que se agudizó con la pandemia*.

Recuperado el 18 marzo 2022, de <https://laureate-comunicacion.com/prensa/suicidio-en-mexico-una-problematika-que-se-agudizo-con-la-pandemia/#.YjTLlerMLIU>

Ponce, D. y Villavicencio, C. (2020). *La mujer en tiempos de COVID-19: La doble presencia en su desempeño laboral. Un estudio a las colaboradoras del área administrativa de una empresa acuícola en el cantón Durán durante el primer semestre del año 2020*. [Trabajo de titulación, Universidad católica de Santiago de Guayaquil].

<http://201.159.223.180/bitstream/3317/15206/1/T-UCSG-PRE-FIL-CPO-278.pdf>

Puente- Martínez, A., Ubillos-Landa, S., Echeburúa, E., y Páez-Rovira, D. (2016). Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anales de Psicología*, 32(1), 295.

<https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.189161>

Ramos-Lira, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental?. *Salud Mental*; 20: 275-281.

<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n4/v37n4a1.pdf>

Ramos-Zúñiga, B., Bautista-Valdivia, J., Ranauro-García, M. y Florentino-González, S. (2019).

Prevalencia de depresión en mujeres gestantes de una institución de salud de la región huasteca sur de San Luis Potosí. *Tlatemoani*; 10 (30):270-290.

<file:///C:/Users/hp/Downloads/Dialnet->

<PrevalenciaDeDepresionEnMujeresGestantesDeUnaInsti-7340401.pdf>

Ravaldi, C., Wilson, A., Ricca, V., Homer, C., y Vannacci, A. (2021). Pregnant women voice their concerns and birth expectations during the COVID-19 pandemic in Italy. *Women and birth*; 34 (4): 335–343.

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1871519220302808?token=171D78C2781C26AC51A58A0A3B6EA3250684EFA562BC916E79DE0122717617E9C42D38E49CA45571F055D6C83D443DEE&originRegion=us-east-1&originCreation=20220602160337>

Reyes, R. (2016). *Factores psicosociales y el riesgo suicida en embarazadas y madres adolescentes en el municipio de la Palma, Departamento de Chalatenahgo* [Tesis, Universidad Dr. José Matías Delgado].

<http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/2864/1/0002296-ADTESRF.pdf>

- Riley, L., Beigi, R., Jamieson, D., Hughes, B., Swamy, G., Eckert, L., Turrentine, M., Carroll, S. (2021). Vaccinating Pregnant and Lacting Patients Against COVID-19. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2020/12/vaccinating-pregnant-and-lactating-patients-against-covid-19>
- Rodríguez, J. (2007). *La reforma de servicios de salud mental: 15 años después de la declaración de caracas*. Biblioteca sede OPS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/2803/La%20Reforma%20de%20los%20Servicios%20de%20Salud%20Mental.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rojas, C., López, M., Cabezas, B., Castillo, J., Márquez, M., Toro, S. y Vera, M. (2021). Factores de riesgo sociodemográficos y mórbidos asociados a deterioro cognitivo leve en adultos mayores. *Cuadernos de neuropsicología*; 15 (2): 43-56. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8167944>
- Romero, D., Orozco, L., Ybarra, J. & Gracia, B. (2017). Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *Rev. chil. obstet. ginecol*; 8(2). https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262017000200009&script=sci_arttext&tlng=e
- Roncillo, C., Sánchez de Miguel, M., Arranz-Freijo, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología*; 8 (2): 14-23. <https://scielo.isciii.es/pdf/ep/v8n2/revision2.pdf>

Rondon, M. (2020). Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in South America. *Thematic Paper; 4*, (17).

<https://doi.org/10.1192/bji.2020.9>

Ruiz, I., Valenza, M., Molina, C., Torres, I., Cabrera, I., González-Jiménez, E. (2015).

Prevalencia de alteraciones del sueño y diabetes gestacional en el último trimestre del embarazo. *Nutrición Hospitalaria; 32* (3): 1139- 1144.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015000900024

Sainz-Aceves, K., Chávez-Ureña, B., Díaz-Contreras, M., Sandoval-Magaña, M. y Robles-

Romero, M. (2013). Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. *Science Direct; 20*

(1): 25-27. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300827>

Salais-López, H., Lanuza, E., Agustín-Pavón, C. y Martínez-Gacría, F. (2017). Turning the brain

for motherhood: prolactin-like central signalling in virgin, pregnant, and lactating female mice. *Brain Structure and Function; 222* (2).

https://www.researchgate.net/publication/304495947_Tuning_the_brain_for_motherhood_prolactin-like_central_signalling_in_virgin_pregnant_and_lactating_female_mice

Sánchez, A., Bustamante, A., Guzmán, O. & Andrade, L. (2021) *Crece en México el suicidio*

entre menores por efecto de la pandemia. Corriente alterna, Cultura UNAM. Recuperado

el 18 marzo 2022, de <https://corrientealterna.unam.mx/derechos-humanos/prevencion-del-suicidio-infantil-juvenil-en-mexico-pandemia/>

Sánchez, J. y Palacios, G. (2007). Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y

posparto. *Matronas Prof; 8* (1): 12-19. [https://www.federacion-matronas.org/wp-](https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol8n1pag12-19.pdf)

[content/uploads/2018/01/vol8n1pag12-19.pdf](https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol8n1pag12-19.pdf)

- Sánchez-Tapia, F., Ostolaza-Vite, A., Peña-López, E., Ruíz-Grosso, P. y Vega-Dienstmaier, J. (2017). Frecuencia de tendencias suicidas (suicidalidad) y factores asociados en mujeres durante el primer año posparto. *Rev Neuropsiquiatr*; 80 (3): 172-180.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v80n3/a04v80n3.pdf>
- Sanmartín, J. (2007). ¿Qué es violencia? Una aproximación al concepto y a la clasificación de la violencia. *Revista de Filosofía*; 42: 9- 21.
<https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v32n3/24originalsindromemetabolico06.pdf>
- Scholten, A. (2015). *Factores de riesgo para la depresión*. Western New York. Recuperado el 29 de mayo 2022 de <https://www.wnyurology.com/content.aspx?chunkid=122936#>
- Secretaria de salud. (2022). *Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna* (Semana epidemiológica 11 de 2022).
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/710889/MM_2022_SE11.pdf
- Serrano-Mata, L. (2019). *Ansiedad, calidad de sueño, ingesta alimentaria de madres primigestas y despertares nocturnos de sus hijos lactantes* [Tesis, Universidad Veracruzana].
https://www.uv.mx/dp/files/2022/03/Tesis_SerranoMLL.pdf
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Rev Mal-estar e Subjetividade*; 3 (1): 10-59.
<https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Stanton, J., Simpson, A. y Wouldes, T. (2000). A qualitative study of filicide by mentally ill mothers. *Elsevier*; 24 (11):1451-1460.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213400001988>

Steube, A. (2020). Should infants be separated from mothers with covid-19? First, do no harm.

Breastfeeding medicine; 15(5).

<https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/bfm.2020.29153.ams>

Solís, C. (2014). *Sueño, hambre, antojos por alimentos, somnolencia y ganancia de peso en mujeres en el primer año posparto*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma de

Nuevo León] <http://eprints.uanl.mx/4260/1/1080253780.pdf>

Sun, G., Wang, F., Cheng, Y. (2020). Perinatal depression during the COVID-19 epidemic in

Wuhan, China. *SSRN Electron. J.*

<https://deliverypdf.ssrn.com/delivery.php?ID=283125078096103099091096102127124067057005033082061059074032057052062060005012048005121022039089019031037087051042025069050008037061075026073006116031089116102005093068060034043118018087090086118104119071004086007093069079114094096068096096071093020017101&EXT=pdf&INDEX=TRUE>

Tenorio, M. (2014). *Alteración de los procesos cognitivos de las mujeres víctimas de violencia de pareja desde un modelo enfermero*. [Trabajo de fin de grado, Universidad

Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/29002/1/T35880.pdf>

Tiktin, O. y Segura, X. (2020). *Diferencias emocionales y expectativas en el embarazo y*

posparto antes y durante la pandemia. [Diapositiva de PowerPoint]

http://psicologia.iberro.mx/wp-content/uploads/2020/11/Diferencias-emocionales-y-expectativas-en-el-embarazo-y-posparto-antes-y-durante-la-pandemia_compressed.pdf

Torres, A., Navarro, P., Acaso, C., Imaz, M. y García-Esteve, L. (2014). Trabajo, estrés laboral y

psicopatología perinatal. *Revista Iberoamericana de Psicopatología; (109).*

<file:///C:/Users/hp/Downloads/Documat-TrabajoEstresLaboralYPsicopatologiaPerinatal-4678839.pdf>

Torres-Cisneros, E., Barba-Valdez, L. y Terrones-Saldívar, M. (2013). Prevalencia de depresión postparto en pacientes del Hospital de la Mujer de Aguascalientes. *Lux Médica*; 8 (23).
<https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica/article/view/881/854>

Shao-Yu, T., Pei-Lin, L., Jou-Wei, L. y Chien-Nan, L. (2016). Cross-sectional and longitudinal associations between sleep and health-related quality of life in pregnant women: A prospective observational study, *International Journal of Nursing Studies*; 56: 45-53.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002074891600002X>

Undurraga, R. y López-Hornickel, N. (2020). Trayectorias laborales de mujeres y violencia en el trabajo: una cuestión de género. *PSYKHE*; 29(2): 1-14.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/psykhe/v29n2/0718-2228-psykhe-29-02-00105.pdf>

Usall, J. (2020). *La pandemia de la COVID-19 y la salud mental de las mujeres*. Salud Mental 360. <https://www.som360.org/es/monografico/investigacion-covid-19/articulo/pandemia-covid-19-salud-mental-mujeres>

Valadez, B. (2021). *Pandemia por COVID-19 eleva cifras de muerte materna en México*. Milenio. Recuperado el 9 mayo 2021, de
<https://www.milenio.com/politica/comunidad/covid-19-mexico-aumenta-cifras-muerte-materna>

Valencia, S. y Cacho, R. (2016). *La depresión posparto*. Universidad Pública de Navarra; 1- 18.
<https://academica->

e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/23448/depresion_posparto_saioavalencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Walloch, J., Klauwer, C., Brockington, I. y Kornhuber, J. (2007). Delusional denial of pregnancy as a special form of Cotard's Syndrome. *Psychopatology*; 40: 61-64.

<https://www.karger.com/Article/Abstract/96685>

Wu, Y., Zhang, C., Liu, H., Chen, W., Cindy-Lee, D., He-feng, H. (2020). Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*; 223 (2): 240.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32437665/>

Xiaoqin, Z., Li, W., Sun, H., Luo, X., Garg, S., Lui, T., Zhang, J., Zhang, Y. (2020). Mental Health Outcomes in Perinatal Women During the Remission Phase of COVID-19 in China. *Frontiers in Psychiatry*; 11: 571876. doi: 10.3389/fpsyt.2020.571876

Zambrano-García, G. (2003). *Comparación de prevalencia y magnitud de niveles de estrés entre mujeres embarazadas adultas y adolescentes que acuden a la consulta externa prenatal de la maternidad Isidro Ayora de la ciudad de Quito* [Tesis de Master, Universidad San Francisco de Quito]. <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/474/1/80861.pdf>

Zárate, L. 2020. *Preocupa aumento de violencia intrafamiliar en Celaya*. Periódico correo.

Recuperado el 22 marzo 2022, de <https://periodicocorreo.com.mx/preocupa-aumento-de-violencia-intrafamiliar-por-la-pandemia-en-celaya/>

Zárate-Moroyoqui, J., González-Rangel, F., Montes-Casillas, Y. y Fimbres-García, G. (2021). COVID-19 y embarazo: reporte de 15 años. *Ginecol obstet mex*; 89 (10): 753-759.

<http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v89n10/0300-9041-gom-89-10-753.pdf>

Zeballos, E., Arias, W., Muñoz del Capiro, Á., Rivera, R., Luna, M. (2020). Depresión postparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Arequipa, Perú. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*; 46 (1).

<http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/502/508>



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Jefatura de Licenciatura

Cuernavaca, Mor., 12 de octubre de 2022.
OFICIO: 1626/10/2022 FPSIC-DIC

MTRA. ERMILA LUNA VARA
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DE LA U.A.E.M.
P R E S E N T E

Por este medio, le informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la Tesis titulada: "SALUD MENTAL EN MUJERES EN ETAPA PERINATAL A PARTIR DE LA PANDEMIA POR EL COVID-19 EN MÉXICO" trabajo que presenta la egresada C. FRIDA MICHELLE BENÍTEZ DOMÍNGUEZ, para obtener el grado de Lic. en Psicología ya que reúne los requisitos solicitados.

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites correspondientes para la presentación de su examen de grado.

ATENTAMENTE:

VOTOS APROBATORIOS	
COMISIÓN REVISORA	APROBADO
DRA. BRUMA PALACIOS HERNÁNDEZ	
DRA. MA. DE LA CRUZ BERNARDA TÉLLEZ ALANÍS	
DR. ARTURO JUÁREZ GARCÍA	
DRA. BERENICE PÉREZ AMEZCUA	
DRA. GABRIELA LÓPEZ AYMES	

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.

C.J.p. Achilo

Av. Universidad 1001 Col. Chamitpa, Cuernavaca Morelos, México, 62209
Tel. (777) 329 70 48, 329 70 00. Ext. 7 049 / psicologia.uaresecretaria@uaem.mx





Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRONICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

GABRIELA LOPEZ AYMES | Fecha:2022-10-12 16:58:36 | Firmante

Cpms258j6k7uelTnDQYmLoW8a7jrGwWc2jhs58m8lcmWdp45Hw6m6x9Qxevt8HPFL1j8p2d07H4Lb1A8cLmab6uat4m0QZLHAqhtTTRnu2zqkZ4v053C05paeFfgUrb5w2Sqa0U080N+KXTgFuappNDH8XAV8ggNwRRAu11YQ05C20ka0FvXq3zGompA83Nm7HLSQ2cc8gYUBhGoBLw0YeNoKogEhYw5v8W8QVvarIENL23ma0aPKa7wUCM3NKA MQaYndKqAy48UGPtozFb2DKCaTIT74HzVGBY3ompghm4k2DLA0ehKaqenYcgp5kA**

MA DE LA CRUZ BERNARDA TELLEZ ALANIS | Fecha:2022-10-12 18:53:48 | Firmante

GQWZ58gX4U5IFQV8VGPu2hb3HQLBWNMAHbX0HhNkub7cz57TtLUS8484Igar0400MR93duL2X2c23KRTOgJABuUuF0E8V6Dc2uhj03U5Yaf855Uv6bDe1W6Vmm6hlyk0aDeAQ+7+IMEz0u8aBpDe4Xy0DT7a05YQW0D4xALIZ95d7mh4QX42e158a2xXoTIBUBKE1n84Ampe1Jmhap82hvZYUq75myH2PNGAmlaDeNw0ZHEE7h7e6bcP6pJJCdH6uMoaJEIvYXn84eMDN+hR808e6ndEUNJC2aQwQQh+hF5876w+eMSAcba62K7YU038FV1072d5yQ**

BERENICE PEREZ AMEZCUA | Fecha:2022-10-12 21:52:34 | Firmante

Zopq48llb6f2h9wq7N11H4LwGgNdy398cbM7FvDnVITeyKGR3WU80je25MyTQx2vH4WZ4Z9G0E50VNElcGD50TQPhyil7h54G0L2d0X0uUMQETSMBq22kml7Yn428a5vF858pY5eE75R15GMRHLaoCPooD74eb5NaeYEMVvJGocMopH80Mqjzpw7wLND0aeH6hLzAKT451D7Gokac7nr3K1Aa2aB CqAvqAtpQz3ytrVwU0HG3auF0L8kd8TjvHre0cY0a6MYnKLiTVWGLU63T+P5PdCT2pE03hu0h+7vGTh00kRhu0bro6VXKM8w81EJng**

BRUMA PALACIOS HERNANDEZ | Fecha:2022-10-14 12:38:22 | Firmante

F0SP6ZLem08U7C9HUCTV7yK2dn0ukmF9ytr0W486WbR0hpNAKjgGM8Kq3bHPf0gHm151PZ20oug98Tj0W0K+e075T+e0c0kq458gT5yCef1+eJgFX5Ea293k4HMS2ggZ7YQExBElzmulpGXAV5d00uVH85YKqAAhEISgmoWqLUYwW0n3QyNulR0XV7TBIGoQ86TTPmE+0afP1q2trU1HwZYSLm8wAc88yUhw9n7eS0Y7k0VR5b0hpCC0ohHUP+CHQAvlW024qmT45gIPF+00aMm1Av5wDTUcEwLFrzBA2Pe4dJ1EdayKwV628Ujgk0**

ARTURO JUAREZ GARCIA | Fecha:2022-10-14 13:58:33 | Firmante

IGm8BAkDH0C20mQo0d848dohv0nDyE23Yp8LuH0DQPY7q0a82dax0JyCROFLhtkgLqz5akr7D40Tuzq5nmCMhEMq0NV18M+CL1oKApv4Hbzd5k01PozQp6kYhDQpJmYpamShVn5Ud0h0SpopTyoTfPU0HD7T7ha0V8z41H830ukNaeCp4RHNMuJzOXUva0F48pbXUETPa8r0Fp+gMG+DugsdCu34Tf0ahp89Gz637hew0F8P6y08QUlpwXDCCKEY7nshLmPica1m0rG8EKe5eSCID+HW4b22vvcyMGMo05Mg088WJuzd5Ieme**

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



elV8GcLNS

<https://firma.uaem.mx/hellopudo/4X08FTx0k0e6VvM8pTEZ2D30L89>

