



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EXPERIENCIA DEL SISMO DEL 19/S Y CALIDAD DEL VÍNCULO MATERNO-
INFANTIL EN MADRES EN MORELOS: ESTUDIO COMPARATIVO

Que

PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Presenta

MARIA FERNANDA BAUTISTA VELLO

DIRECTORA DE TESIS: DRA. BRUMA PALACIOS HERNÁNDEZ

COMITÉ REVISOR

Ma. de la Cruz Bernarda Téllez Alanís

Imke Hindrichs

Luis Pérez Álvarez

Berenice Pérez Amezcua

CUERNAVACA, MORELOS. 20/10/2020

Índice

1. Agradecimientos	V
2. Resumen	VI
3. Listado de acrónimos.....	VII
4. Listado de tablas	IX
5. Listado de Figuras	X
6. Introducción.....	1
7. Antecedentes.....	2
8. Marco teórico.....	8
8.1 Salud Mental Perinatal	8
8.1.1 Principales trastornos mentales perinatales.	8
Depresión perinatal	10
Ansiedad perinatal	14
Trastorno de Ansiedad Generalizada	18
Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) perinatal	19
Trastornos de conducta alimentaria en etapa perinatal	20
Anorexia nerviosa	22
Bulimia nerviosa	22
Trastorno por atracones.....	23
Trastorno de estrés post-traumático	24
Factores previos a la gestación	25
Factores relacionados con el embarazo.....	26
Factores durante el parto	26
Factores durante el Posparto	26
Psicosis durante embarazo y posparto	29
8.2 Vínculo materno-infantil.	32
8.2.1 Definición del vínculo materno-infantil y su alteración.	32
8.2.2. Alteraciones del Vínculo materno-infantil.....	34
8.2.3 Criterios diagnósticos de la alteración del vínculo temprano madre- bebé.	35
8.3. Diferencia entre vínculo y apego	38
8.4 Factores que alteran la calidad del vínculo materno-infantil.	41
8.5 Instrumentos para evaluar el vínculo materno-infantil y la salud mental materna.....	43

8.6 Efectos de salud mental derivados de experimentar desastres naturales.....	49
8. 6.1 Exposición a terremotos y sus efectos en salud mental perinatal.	52
9. Justificación y Planteamiento del problema	57
Preguntas de investigación	59
10. Objetivos.....	60
10.1 Objetivo General.	60
10.2 Objetivos específicos.	60
11. Método.....	61
11.1. Diseño.....	61
11.2. Participantes	61
Criterios de inclusión.....	62
Criterios de exclusión.....	63
11.3 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	63
Salud mental materna.	65
Sección de vínculo madre-bebé de la Entrevista Stafford de Salud Mental Perinatal.	66
Depresión posparto: EPDS.	66
Ansiedad Perinatal: PASS.....	67
Test de Vínculo en el posparto [PBQ] (Brockington et al., 2006c.).....	67
Escala de Apego Materno en el posparto (MPAS)	68
Escala de Vínculo Madre- Infante (MIBS).....	68
Efectos Psicológicos por el sismo.....	69
11.4. Análisis de datos.....	69
11.5. Procedimiento.....	74
11.6. Aspectos éticos	75
12. Resultados.....	78
13. Discusión	107
14. Conclusiones.....	119
15. Referencias	124
16. Anexos	137
Anexo 16.1: Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo [EPDS] (Adaptación mexicana de Alvarado-Esquivel, C. et al.2006).....	137
Anexo 16.2: Escala de Ansiedad Perinatal/Postnatal (Somerville et al, 2014)....	138

Anexo 16.3: Escala de Apego Materno en el posparto [Maternal Postpartum Attachment Scale: MPAS] (Condor and Corkindale 1998).	140
Anexo 16.4: Test de Vínculo en el posparto [PBQ] (Brockington et al., 2006c.)	144
Anexo 16.5: Escala de Vínculo Madre- Infante [Mother-to-infant Bonding Scale, MIBS] (Taylor et al, 2005).....	145
Anexo 16.6: Entrevista Stafford para salud mental materna (Brockington et al, 2016) 6.....	146
Anexo 16.7: PREGUNTAS SOBRE TERREMOTO 7	158
Anexo 16.8: Hoja Informativa para participantes	159
Anexo 16.9: Consentimiento informado por escrito del estudio para adulta y menor de edad emancipada	162
Anexo 16.10: Reporte de Evaluación de Salud Mental materna y Vínculo Materno-infantil	163

1. Agradecimientos

Mi infinito agradecimiento a las personas que contribuyeron al proceso de elaboración de este trabajo. En primer lugar quiero agradecer a la Dra. Bruma Palacios, directora de esta tesis, por su apoyo, profesionalismo y sobre todo paciencia, calidad humana, y pasión por la enseñanza, por ser una persona inspiradora, tienes mi respeto y admiración, gracias por permitirme formar parte del proyecto de investigación “*Salud mental materna y vínculo materno-infantil en una muestra de madres en el estado de Morelos, México*”. Agradezco al Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi-UAEM) y al Laboratorio de Salud Mental Perinatal adscrito al mismo por el apoyo recibido en todo momento, sobre todo gracias a mis co-evaluadores; Sarahí, Manuel, Isabella, Karewit, Mario, por su tiempo en cada una de las entrevistas realizadas, sin ustedes esto no hubiera sido posible. Gracias a las madres que decidieron formar parte de esta experiencia y por permitirme conocer y comprender más sobre este apasionante tema. Por su orientación sobre metodología cualitativa y resolver mis dudas más extrañas a la Dra. Imke Hindrichs.

Agradezco a mis padres Verónica y César por su amor, paciencia y por enseñarme el valor de cumplir las metas, por creer en mí siempre, a pesar de lo difícil que pudo haber sido este camino, sobre todo en la recta final. Gracias Jorge por ser mi compañero de aventuras, y derrotas, por motivarme a ser mejor cada día y por las palabras de aliento y ser luz siempre. A Cristina por ser mi persona desde que coincidimos en este camino llamado vida, y por la comprensión en todo momento. A Jordi por su orientación, apoyo y solidaridad en cualquier aspecto. A mis amigos por sus palabras de aliento y hacerme más amenas las diferentes etapas de este proyecto. A todos muchas gracias por la experiencia y enseñanza brindada en todo momento.

2. Resumen

Evidencia científica reporta que las catástrofes naturales y eventos altamente estresantes durante el embarazo pueden producir efectos psicológicos maternos en el periodo perinatal como sentimientos de miedo, ansiedad, tristeza, enojo, ira, negación, apatía y culpa, mismos que pueden incidir en la calidad del vínculo materno-infantil (VMI) durante el posparto. Se implementó un estudio retrospectivo comparativo mixto con enfoque CUALI-Cuantitativo con el objetivo de comparar la salud mental materna y la calidad del vínculo materno infantil (VMI) durante el primer año de posparto en 30 diadas madre-bebé que experimentaron un terremoto el 19 de Septiembre del 2017 con epicentro en Morelos, México antes y durante un embarazo. La muestra se integró por dos grupos; el primero (G1) incluyó 15 diadas que experimentaron el terremoto durante el embarazo y el segundo (G2) lo vivieron previo al embarazo. Las madres fueron evaluadas durante el primer año de posparto del embarazo y se comparó sintomatología de ansiedad posparto (APP), depresión posparto (DPP), secuelas psicológicas después del terremoto y la calidad del VMI, con autoreportes y una versión reducida de la entrevista Stafford de Salud Mental Materna. Se identificó en ambos grupos una prevalencia semejante de sintomatología de DPP (46.7%, n=7) y más casos de APP en el G1 (33.3%, n=5, $x=25.60$) que el G2 (26.7%, n=4, $x=20.53$) sin diferencias significativas en las medianas ($p=.161$) entre grupos. Se observaron clínicamente más dificultades vinculares en las madres que experimentaron el terremoto durante el embarazo y reportaron una menor calidad del VMI (G1: $\bar{x}=51.00$; G2: $\bar{x}=69.00$, $p=.003$) en comparación con aquellas que experimentaron el terremoto previo al embarazo. Las descripciones maternas revelaron que la culpa, preocupaciones por el cuidado del bebé y el nivel de exposición durante el terremoto fueron los factores de riesgo más frecuentes para afectar la salud mental materna durante el posparto, así mismo, se reportó que la pareja y familiares cercanos representan fuentes tanto de apoyo como de estrés. Experimentar un terremoto durante el embarazo puede contribuir a efectos emocionales e incremento de riesgo de DPP y APP, así como intensificar factores de riesgo adicionales que tengan un efecto acumulativo adverso en la calidad del Vínculo Materno-Infantil.

Palabras clave: vínculo materno-infantil, terremoto, depresión posparto, ansiedad posparto.

3. Listado de acrónimos

ADA	American Dietetic Association
AN	Anorexia Nerviosa
APP	Ansiedad Posparto
BED	Binge Eating Disorder
BN	Bulimia Nerviosa
CPMD	Trastornos Perinatales Comunes no Psicóticos
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª edición
DPP	Depresión Posparto
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales.
EIRD	Estrategia Interamericana de las Naciones Unidas para la evaluación de los desastres
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INCyTU	Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SD	Sintomatología Depresiva
TAG	Trastorno de Ansiedad Generalizada
TA	Trastorno de Ansiedad
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático
TCA	Trastorno de la Conducta Alimentaria

TOC	Trastorno Obsesivo Compulsivo
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VMI	Vínculo Materno-Infantil

4. Listado de tablas

Tabla 1. Criterios diagnósticos de Episodio depresivo mayor en el DSM-5 y CIE-10.....	13
Tabla 2. Criterios diagnósticos del Trastorno de estrés postraumático	28
Tabla 3. Criterios diagnósticos de trastorno psicótico breve con inicio en posparto	31
Tabla 4. Diagnósticos en los que se puede incluir características de una alteración del vínculo materno-infantil	36
Tabla 5. Criterios para diagnosticar un desorden en el vínculo materno-infantil.....	37
Tabla 6. Descripción de Inventario de Yale de pensamientos y acciones de los padres(YIPTA-R).	43
Tabla 7. Investigaciones que evalúan los efectos de haber presenciado terremotos en la salud mental materna en etapa perinatal.....	55
Tabla 8. Instrumentos y técnicas de recolección de datos.....	64
Tabla 9. Tipo de Análisis de datos	72
Tabla 10. Variables sociodemográficas y de salud perinatal del G1 y G2.....	80
Tabla 11. Variables de salud Mental Perinatal del G1 y G2.	81
Tabla 12. Comparación de medianas del puntaje Total de depresión entre el G1 y G2.....	82
Tabla 13. Frecuencia de Casos de Depresión posparto que rebasan el punto de corte en G1 y G2	83
Tabla 14. Tabla de contingencia de casos de Ansiedad posparto [PASS] que rebasan los puntos de corte original	87
Tabla 15. Tabla de contingencia de casos de Ansiedad posparto [PASS] que rebasan los puntos de corte [muestra mexicana]	88
Tabla 16. Comparación de medianas del Puntaje Total de Ansiedad posparto [PASS]	88
Tabla 17. Comparación de medianas del Puntaje Total del Test de Vínculo en el Posparto [PBQ], Escala de Apego Materno en el Posparto [MPAS], Escala de Vínculo Madre-Infante [MIBS] Y Escala de Secuelas Psicológicas [EDN] en el G1 y G2	91
Tabla 18. Correlaciones rho de Spearman entre variables de salud mental materna, secuelas emocionales después del terremoto y vínculo materno-infantil en el primer año de posparto	99
Tabla 19. Diagnósticos del Vínculo Materno-infantil en madres que vivieron el terremoto durante el embarazo del bebé evaluado (G1)	103
Tabla 20. Diagnósticos del Vínculo Materno-infantil en madres que vivieron el terremoto antes del embarazo y fueron evaluadas durante el posparto (G2)	104
Tabla 21. Tabla de concordancia y discordancia de los diagnósticos clínicos para detectar una alteración en el vínculo materno-infantil entre Evaluador 1 y Evaluador 2	105
Tabla 22. Confianza interevaluador con 5 posibilidades de diagnósticos clínicos de Alteración del Vínculo materno-infantil (índice Kappa de Cohen).....	106
Tabla 23. Confianza interevaluador con 28 posibilidades de diagnósticos clínicos de Alteración del Vínculo materno-infantil (índice Kappa de Cohen).....	106

5. Listado de Figuras

Figura 1. Expresión de la sintomatología depresiva del G1	85
Figura 2. Expresión de la sintomatología depresiva del G2	86
Figura 3. Afectación del estado emocional después del terremoto en madres que experimentaron el terremoto durante el embarazo (G1).....	96
Figura 4. Afectación del estado emocional después del terremoto en madres que experimentaron el terremoto antes del embarazo (G2)	96

6. Introducción

El presente trabajo de tesis tiene como objetivo analizar y comparar la calidad del vínculo materno-infantil y la salud mental materna durante el primer año de posparto en madres que experimentaron el terremoto del 19 de septiembre del 2017 con epicentro en Axochiapan, Morelos, México durante su embarazo y en madres que lo experimentaron antes de su embarazo, por medio de un estudio con diseño comparativo retrospectivo no experimental, con un enfoque mixto **CUALI**-cuantitativo. Se reclutó un total de 30 madres que fueron evaluadas durante el primer año del posparto y fueron organizadas en dos grupos. El grupo 1 (G1) fue integrado por madres que experimentaron el terremoto durante el periodo del embarazo y fueron evaluadas durante el posparto, y el grupo 2 (G2) incluyó a madres que lo vivieron entre uno y nueve meses antes del embarazo y fueron evaluadas durante el posparto. Las principales variables estudiadas fueron: ansiedad posparto, depresión posparto, secuelas psicológicas después del terremoto y la calidad del vínculo materno-infantil, a fin de explorar el estado emocional de forma retrospectiva desde la experiencia del terremoto y focalizada en el estado emocional durante la etapa del primer año de posparto y obtener un diagnóstico clínico de la presencia/ausencia de una alteración en la vinculación entre una madre y su bebé durante el posparto.

Se presenta una revisión de los antecedentes de estudios relacionados con los efectos de la salud mental en mujeres que han experimentado desastres durante la etapa perinatal, así como los principales trastornos psicológicos identificados alrededor del embarazo, el parto y el posparto, en especial una revisión teórica del estudio del vínculo materno-infantil y sus estrategias de evaluación. Posteriormente se describe el método y el proceso de recolección y análisis de los datos obtenidos para finalmente presentar los resultados, la discusión de

los principales hallazgos, así como un análisis de las limitaciones y fortalezas de la presente investigación, para finalizar con las principales conclusiones y recomendaciones para futuros estudios.

7. Antecedentes

Se ha mostrado en las últimas décadas un interés creciente por estudiar el efecto en la salud mental de poblaciones que han experimentado fenómenos y desastres naturales, cada vez más frecuentes y de alto nivel de afectación en todos los países. De estos, se derivan consecuencias que repercuten en la vida del ser humano ya sea observados en pérdidas materiales, cambios bruscos en las actividades, en la vivienda, y específicamente en la salud mental. Datos de la OMS reportan que en los últimos 20 años, 1.35 millones de personas han fallecido a consecuencia de la vulnerabilidad y contacto con las amenazas de la naturaleza, siendo las mujeres y niñas uno de los grupos más afectados, y en consecuencia alrededor de 400 millones de personas han cambiado de lugar de residencia o han salido lesionadas (Organización Mundial de la Salud, 2018). Los desastres naturales han tenido efectos en el bienestar de los grupos damnificados que conllevan a consecuencias negativas a mediano y largo plazo, tanto en el nivel social, económico, de salud y ambiental. Es por esto que el Día Internacional para la Reducción de Desastres se estableció el 8 de octubre del 2009 con el objetivo de concientizar a los gobiernos y personas a implementar medidas y minimizar riesgos, prevenir y moderar, así como iniciar actividades de preparación ante un probable desastre natural.

Bambarén (2011) reporta un análisis de ejemplos en países de Latinoamérica donde el efecto en la salud mental de las poblaciones derivado de terremotos ha sido identificado. Por ejemplo, en el Salvador en 2001, se registró un terremoto con una magnitud de 7.9 grados en escala de Richter, cuya afectación en la salud mental fue identificada en un 20% de la población a la que se le brindó algún tipo de apoyo psicológico debido a reacciones emocionales como tristeza, depresión, intento de suicidio, ansiedad, síndrome de estrés postraumático, desorganización personal y conductas violentas. Otro ejemplo se ubicó en Perú, en agosto del 2007 donde se registró un terremoto de 7,9 Mw siendo la ciudad de Chíncha una de las ciudades con mayor afectación, registrando que de las 423 personas atendidas por motivos de salud mental, un 48% fueron atendidas por ansiedad, 23% por trastornos depresivos y el 25% por cefalea tensional. Cabe resaltar que dentro de la población con mayor afectación psicológica se identificó al grupo de mujeres en un rango de edad de 20 a 49 años (Bambarén, 2011).

Uno de los más relevantes casos de países en la región con severas afectaciones por un desastre natural ocurrió en Haití, donde un intenso terremoto en enero del 2010 debilitó los servicios de salud en todo el país y se identificó un deterioro de las condiciones de salud mental en la población con un aumento del 2% al 3% de casos con un trastorno mental grave en la población, relacionados con el terremoto, a la par que los trastornos mentales moderados incrementaron en un 10%, relacionados con factores previos al terremoto (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) detectó que después del terremoto en Chile de 8,8 Mw de intensidad en febrero del 2010, hubo un incremento en las atenciones

relacionadas con trastornos de ansiedad mismos que incrementaron de forma leve después del terremoto (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

En México, el 19 de Septiembre del 2017 se vivió un terremoto de 7.1 Mw con epicentro a 12 Kilómetros del sureste de Axochiapan, Morelos, en los límites con el estado de Puebla, cuyos datos oficiales reportaron una cifra de 369 fallecidos (Guzmán, 2017) y afectaciones de 16 mil 630 inmuebles dañados (Roa, 2017). Hasta la fecha, no se han logrado identificar la magnitud precisa de las secuelas psicosociales en la población damnificada por este terremoto de 2017. Por lo anterior, queda claro que las emergencias humanitarias, los conflictos y desastres naturales aumentan la necesidad de ampliar el análisis sobre las consecuencias psicosociales y las opciones de intervención temprana para la población damnificada, para prevenir y reducir las consecuencias no sólo inmediatas sino con efectos psicosociales a mediano y largo plazo, a las cuales se deben enfrentar las personas afectadas.

Las situaciones de desastre y emergencias dan como resultado grupos damnificados que pueden presentar situaciones de crisis, pérdidas, así como traumas psicológicos (Cohen , 2008), lo cual afecta su salud mental. Aunque son variadas las formas en las que pueden reaccionar las personas que son sobrevivientes de una catástrofe natural, para Cohen (2008) se pueden detectar cambios biológico-psicológicos que se derivan de presenciar un evento altamente estresante.

Por lo anterior, la salud mental de cualquier persona ante los factores de riesgo y situaciones estresantes puede afectarse y constituir a los damnificados de desastres como un grupo vulnerable. Dentro de este grupo se pueden identificar subgrupos vulnerables, como lo son las mujeres en periodo perinatal. Esta etapa presenta sus propios factores de riesgo

que la rodean, sin embargo, si se suma un desastre/catástrofe natural, como lo es experimentar un terremoto de gran magnitud, se habla de una población con factores de riesgo ya existentes ya que enfrentan una serie de cambios biológicos además de estar expuestas a las consecuencias psicológicas, sociales, de infraestructura, económicas y los escenarios y factores de riesgo propios del periodo perinatal (Palacios-Hernández, 2016).

Para Bambarén (2011) los terremotos pueden ser catástrofes naturales que susciten considerables secuelas en la salud mental de la población afectada ya que después de la exposición a una situación traumática se pueden esperar determinadas reacciones psicológicas, mismas que pueden interferir con la percepción y desempeño de la persona, así mismo la falta de atención o tratamiento derivado de este tipo de eventos puede repercutir negativamente en la vida cotidiana de las personas afectadas. Si tomamos como punto de referencia un evento traumático y el interés por profundizar cómo puede repercutir de manera negativa en la calidad de vida de las personas, es importante preguntarnos ¿qué efectos ocasiona en los grupos más vulnerables? ¿Qué dificultades psicológicas pueden presentarse después de un terremoto en las mujeres que durante un terremoto se encontraban embarazadas?

Es en la etapa de posparto donde la mujer tiene que adaptarse a un nuevo rol maternal que abre camino a cambios en la dinámica familiar, la percepción de la maternidad, y se comienza la construcción del vínculo materno-infantil, que es un elemento esencial para el desarrollo e interacción del bebé en su futuro. Esta interacción del recién nacido con su madre es considerada un referente esencial para el desarrollo psicosocial del niño y su relación con el mundo (Brockington, 2011).

Para Vives, Lartigue y Cordova, (1994) el vínculo entre una madre y su bebé es la capacidad de la relación emocional estable con el otro, interviniendo en ella aspectos biológicos propios de la conducta del apego que se expresa además en el orden simbólico, diferenciándose del apego por ciertas características que tienen origen en la etapa temprana (Vives, Lartigue, & Córdoba, 1994). Desde esta perspectiva, se plantea la importancia y necesidad de las condiciones adecuadas y elementos para una buena vinculación de la madre con su bebé.

En una revisión sistemática realizada por Fisher, Cabral, Patel, Rahman, Tran y Holmes (2012) se evidenció que en países de ingresos altos alrededor de un 10% de mujeres en etapa gestacional y un 13% en el periodo de posparto experimentan algún tipo de trastorno mental, siendo la depresión y la ansiedad los trastornos sobresalientes. Referente a los países de ingresos bajos e ingresos medianos solo un 8% de los países cuenta con datos estadísticos sobre la prevalencia de los trastornos mentales perinatales (Fisher, y otros, 2012).

Según Fisher et al. (2012) los trastornos perinatales comunes no psicóticos (CPMD) por sus siglas en inglés, son predominantes en los países de bajo y mediano ingreso, especialmente en mujeres de bajos recursos y con antecedentes psiquiátricos. A nivel mundial y en México es la depresión, el trastorno mental considerado de mayor prevalencia.

(Organización Mundial de la Salud, 2018). Dentro de los factores de riesgo asociados a la depresión perinatal se encuentra la sintomatología propia de la tristeza materna conocido por su término en inglés también como “*Baby blues*”, que se describe como una alteración del estado de ánimo atribuida a cambios hormonales, psicológicos y sociales, apareciendo entre los dos y cuatro días posteriores al parto, la cual suele ser un predictor de la depresión

posparto (Medina, 2013). La sintomatología de la depresión posparto varía en cuanto a duración e intensidad (Carrillo Gómez & Romero Hidalgo, 2013), (Castro, Place, Villalobos, & Allen-Leigh, 2015) refieren que la presencia de sintomatología depresiva hace que las madres carezcan de energía para su propio cuidado y el del bebé. La sintomatología depresiva postnatal tiene repercusiones nocivas en la relación madre-hijo y en el desarrollo del vínculo (Navarro, Navarrete, & Lara, 2011). Lo anterior incrementa los aspectos negativos relacionados al comportamiento y el temperamento del bebé interfiriendo en la capacidad de la madre para interpretar y responder de manera adecuada a las necesidades del infante.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (Organización Mundial de la Salud, 2019) aconsejan mejorar la salud materno-infantil, ya que es de vital importancia que las madres cuenten con condiciones socio-emocionales y las herramientas adecuadas para la crianza y desarrollo del bebé, no solo a nivel de estabilidad económica sino también afectiva y mentalmente, ya que una madre con las herramientas necesarias podrá construir una experiencia de la maternidad en términos de bienestar y calidad para ella y su bebé.

Se tiene registro de evidencia científica que reporta que el grado de exposición a las catástrofes naturales en la etapa perinatal puede derivar en consecuencias en la salud mental materna (Harville, Xiong, & Buekens, 2010). Para Brummelte & Galea (2010) el grado de exposición está relacionado al cuidado maternal, por lo que apoya evidencia de mayor vulnerabilidad de las mujeres en la etapa perinatal a presentar algún tipo de trastorno psicológico después de una catástrofe natural ya que existe una desestabilización psicosocial que aumenta el estrés materno, además de las preocupaciones propias del

periodo. Estos elementos pueden incrementar el riesgo de trastornos del estado de ánimo en la población damnificada, aunado a la falta de apoyo social, políticas de salud y gubernamentales que den un seguimiento a las víctimas posterior a un desastre natural (Badakhsh, Harville, & Banerje, 2010).

8. Marco teórico

8.1 Salud Mental Perinatal

8.1.1 Principales trastornos mentales perinatales.

Desde una perspectiva biológica, el posparto o puerperio es el periodo fisiológico que va desde el parto hasta la recuperación del organismo de la mujer, mismo que incluye el carácter anatómico (Moreno et al., 2014) y tiene una duración aproximada de 6 semanas, dentro de las cuales existen tres momentos; puerperio inmediato (primeras 24 horas), Mediato (10 días aproximadamente) y tardío (42 días). La importancia de este periodo radica en el cambio en el que la madre y ahora su bebé inician una transición del embarazo hacia el posparto y una nueva dinámica donde ambos son seres separados, pero con una constante biológica similar al embarazo. Es en este periodo donde se da una nueva dinámica a nivel funcional y afectivo, donde la madre además de preocuparse por su recuperación también va construyendo el establecimiento del vínculo afectivo entre ella y su recién nacido (Díaz, 1997).

A pesar de la información que se tiene sobre este periodo, entre los especialistas involucrados y desde las diferentes perspectivas de abordaje, no se ha logrado la unificación y consenso sobre la duración del periodo de posparto. Para algunos el periodo

de posparto es referente a los primeros días, otros hacen alusión al tiempo en que la madre permanece en la institución donde haya nacido el bebé, el cual puede ser durante los primeros 7 días después del parto, o clasificarse dentro del posparto tardío (4 a 6 semanas). Es de imaginarse que, aunque desde la perspectiva biomédica no exista un acuerdo sobre el periodo de duración del posparto, las experiencias subjetivas de la madre y el recién nacido trascienden el periodo fisiológico de adaptación donde deben de considerarse no solo los aspectos biológicos en este periodo sino también aspectos psicosociales (Díaz, 1997).

Desde la perspectiva psicosocial este periodo conlleva cambios y una nueva adaptación a una dinámica donde la responsabilidad de un recién nacido implica demandas, sacrificios y entran en escena las expectativas sobre ser o no una buena madre. Aunado a lo anterior, la expectativa social sobre el desempeño del papel materno y los estilos de crianza comienzan a hacerse presentes en diferentes formas, donde las redes de apoyo familiares y sociales juegan un papel fundamental mismas que son importantes para llevar un posparto satisfactorio.

Para Díaz (1997) el periodo de posparto es aquel tiempo que la madre requiere para restablecer la condición fisiológica, nutricional, endocrinológica y la independencia del niño respecto a la madre, siendo de duración cambiante según sea el caso, el periodo puede comprender una duración de meses hasta más de un año, en casos donde el tipo de lactancia influye. Recientemente, otros países han apostado a incrementar la temporalidad del periodo perinatal, donde por ejemplo el apoyo a las madres en esta etapa en Reino Unido ha sido aumentado a los primeros dos años del posparto, reconociendo una dimensión más larga de las condiciones de salud mental perinatal, con impulsos sobre reformas que amplíen el tiempo de acceso a una atención de calidad respecto a la salud mental perinatal,

esto basado en evidencia científica que respalda el motivo de la extensión de estos servicios ya que una de cada cuatro mujeres ha presentado dificultades relacionadas con su salud mental desde el embarazo y hasta los 24 meses después del parto (Consejo General de la Psicología de España, 2019).

Depresión perinatal

Fue Hipócrates quien comienza a realizar una descripción de la relación entre el periodo de posparto y las enfermedades mentales. Entre el siglo XI y XII Trotulia di Ruggiero habla de la alteración anímica en momentos determinados de la mujer en su “ciclo uterino” (Suárez-Varel, 2012). Es el médico francés Victor Louis Marcé en el año 1856 quien caracteriza la enfermedad mental durante el posparto, siendo pionero en proponer que los cambios fisiológicos en el puerperio influyen en el estado anímico materno. Para finales de la década de los sesenta, Pitt identificó una variable de depresión de tipo leve relacionado con el periodo de posparto (Oviedo & Mondragón, 2006). De acuerdo con la OMS (2018), la depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo que representa alrededor del 4% de la población, convirtiéndose en una de las principales causas mundiales de discapacidad y en episodios críticos que pueden llevar al suicidio. En México el índice de depresión ha reportado hallarse en un 10% de la población (INCYTU, 2018).

La depresión es considerada uno de los principales problemas de salud pública y se puede manifestar en cualquier etapa de la vida de la mujer incluyendo la etapa reproductiva, en especial el embarazo, posparto y la menopausia. La caracterización clínica de la depresión prenatal al igual que la depresión posparto, presenta síntomas correspondientes a un episodio depresivo mayor, semejantes a episodios de depresión presentes en cualquier otro periodo vital (Jadresic, 2010) donde existe el riesgo de que estos

síntomas pueden llegar a ser normalizados como síntomas comunes del embarazo. Por lo anterior es importante reconocer y diferenciar clínicamente los síntomas asociados a preocupaciones y temores normales propios del periodo gestacional y los que se corresponden a una psicopatología materna. Greenspan y Benderly señalan que la depresión materna puede desembocar en consecuencias negativas, no solo para la madre sino también para el bebé respecto al desarrollo y experiencias con su cuidador, en este caso la madre (Greenspan y Benderly, p. 250, 1988 citados por Olhaberry, Escobar, San Cristobal, Santelices y Farkas, 2013).

Reece (2010) señala que los síntomas relacionados con la depresión que no son parte del embarazo, engloban un estado anímico deprimido, incapacidad de experimentar placer, culpa, pensamientos suicidas y desasosiego. Cabe destacar que también existen alteraciones en el sueño y alimentación (Worley & Melville, 2010). El riesgo de no detectar la depresión en el periodo gestacional puede desembocar en conductas de alto riesgo para la madre y el feto, como la desatención en el control médico y seguimiento del embarazo, abuso de sustancias tóxicas (drogas, alcohol y tabaco), e incluso intentos de suicidio (Jadresic, 2010).

Es relevante diferenciar entre el cuadro clínico conocido como “Maternity blues” o “tristeza puerperal” y la depresión posparto, ya que después del parto existe un ajuste hormonal que da lugar a trastornos temporales del humor (Navas , 2013). Navas refiere que la tristeza puerperal es también conocida como disforia posparto y no suele durar más allá de los primeros 10 días; en caso de que los síntomas perduran durante más de cuatro o seis semanas ésta ya adquiere condiciones para ser considerada Depresión Posparto, lo cual exige una evaluación detallada de la sintomatología.

El Maternity Blues/Baby blues o Tristeza Puerperal es descrita como una alteración leve y transitoria de duración corta en el estado anímico (Oviedo, Mondragón, & Jordán, 2006) asociada a cambios hormonales como la disminución de los niveles de progesterona (Suárez-Varela, 2012) y cambios psicológicos y sociales (Medina, 2013). Mora (2016) revela una prevalencia que va del 30 al 75%, reportando un inicio en los primeros dos a cuatro días de posparto, teniendo una duración que va desde horas, días y no un máximo de dos semanas. La sintomatología es definida con las siguientes características; irritabilidad, llanto fácil, insomnio, fatiga pérdida del apetito, falta de concentración y dolor de cabeza (Navas , 2013).

Por otro lado, la Depresión Posparto se define como un Trastorno Depresivo Mayor, según el manual Diagnóstico y Estadístico para los trastornos mentales DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). Se caracteriza clínicamente como un episodio depresivo severo que puede tener inicio en el periparto (Suárez, Chacón, & Guijaro, 2019) o periodo del posparto (Medina, 2013), y que puede presentarse en la madre durante el primer año después del nacimiento del bebé (Navas , 2013).

Por su parte en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición, [CIE-10] (World Health Organization, 1994), la depresión posparto es clasificada en los apartados de Trastornos mentales y del comportamiento asociados al puerperio, no clasificados en otras categorías. Esta categoría hace énfasis al periodo en el que inicia el episodio depresivo que incluye de cuatro a seis semanas posterior al parto.

En la Tabla 1, se presenta un cuadro comparativo sobre el episodio depresivo mayor en los dos sistemas clasificatorios de los trastornos mentales más usados.

Tabla 1

Criterios diagnósticos de Episodio depresivo mayor en el DSM-5 y CIE-10

<i>DSM-5</i>	<i>CIE-10</i>
<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <p>1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva.</p> <p>2. Disminución importante del interés o del placer por casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.</p> <p>3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.</p> <p>4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> <p>5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).</p> <p>6. Fatiga pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.</p> <p>8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días</p> <p>9. Pensamientos de muerte recurrentes.</p> <p>10. ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</p>	<p>F53. Trastornos mentales y del comportamiento asociados al puerperio, no clasificados en otras categorías</p> <p>No cumple criterios para trastornos clasificados anteriormente en este capítulo, bien porque no existe información disponible sobre los mismos, o bien porque se dan síntomas que no hacen posible su clasificación en otra categoría.</p> <p>Comienzo en las 6 semanas posteriores al parto</p> <p>Depresión: Prenatal sin especificación/ Postnatal sin especificación</p> <p>Debe utilizarse un segundo código que está en el capítulo XV de la CIE-IO (099/099.3) que indican la asociación con el puerperio.</p> <p>099 Otra enfermedad materna clasificable en otro lugar pero que complica el embarazo, parto o puerperio</p> <p>099.3 Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo, parto o puerperio.</p>

Fuente: Criterios obtenidos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales- DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), y de la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE-10. (Organización Mundial de la Salud, 1994)

La depresión puerperal, posparto o postnatal es un trastorno mental que provoca alteraciones emocionales, cognitivas y conductuales (Navas , 2013), y presenta síntomas como, labilidad emocional, llanto, trastornos del sueño, falta de apetito, pérdida de

concentración y memoria, fatiga e irritabilidad, así como sentimientos de culpabilidad (Mora, 2016), y sentimientos de insuficiencia. Es importante recalcar que algunas autoras como Navas (2013) y Medina (2013) consideran, que los síntomas deben estar presentes por al menos dos semanas, y deben interferir con la vida diaria funcional de la madre.

Aproximadamente, la depresión postnatal se refleja en un 13% en países de ingresos elevados, mientras que en países con ingresos medios y bajos su prevalencia es de hasta un 20%, en los que se estima que las mujeres embarazadas o con hijos son tres veces más propensas a presentar depresión que en otra etapa de su vida (Fisher et al., 2012).

Según el Consejo General de la Psicología de España, la frecuencia de un trastorno psicológico es de uno de cada cinco mujeres en el periodo perinatal, siendo la depresión, ansiedad, psicosis posparto y el trastorno por estrés postraumático los más frecuentes (ABCBienestar, 2016).

En México se ha reportado que entre el 2 y 21 % de las mujeres presentan depresión en el embarazo, mientras que en el posparto la cifra se ubica entre un 10 y 15 %, presentándose en las primeras seis semanas hasta los seis meses de posparto, en el caso de las mujeres embarazadas adolescentes puede llegar hasta el 29 % (Arranz, et al., 2012) .

Ansiedad perinatal

Datos arrojados por la OMS en el año 2017 reportaron que alrededor de 264 millones de personas sufren trastornos de ansiedad en el mundo, cifra que se incrementó alrededor del 10 % en comparación a diez años atrás. Las cifras indican que se presenta más en mujeres (4.6%) que en hombres (2.6%). En la región de las Américas se tiene un estimado de un 7.7% de mujeres con ansiedad, de Latinoamérica, Brasil es el país con un mayor porcentaje

relacionado a desórdenes de ansiedad, seguido de Paraguay (7.6 %), Chile (6.5 %), mientras que México reporta un estimado del 3.6%. A nivel global, es la región del Sudeste Asiático la que presenta más casos de ansiedad con un 23 % seguida de las Américas con un 21 % de prevalencia, la región del Pacífico se estima con un 20%, Europa se encuentra con un 14%, el Mediterráneo Oriental con un 12% y por último África con el 10 % (World Health Organization, 2017).

En México, el INCYTU (2018) reporta que según la Encuesta Nacional de Comorbilidad de México de trastornos psiquiátricos (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara, & Berglund, 2007) realizada a personas entre un rango de edad de 18 a 65 años, un 18% de la población urbana en un rango de 15 a 64 años, padeció algún trastorno del estado de ánimo, ocupando el Trastorno de ansiedad generalizada el lugar 11 con una prevalencia de 0.9 % en un listado de 14 trastornos registrados.

Datos del INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2020) derivados de la Encuesta Nacional de los Hogares (ENH), reportan que en el 2014 un 65.3% de la población morelense se sintió preocupado o nervioso, en el 2015 se tuvo una disminución con un 62.7%, presentándose aún índices más bajos en el 2017 con un 57.9 %.

La ansiedad deriva del latín “anxietas” que significa “estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo” (Reyes, 2005, p. 10) aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro. Se caracteriza por presentar miedo y preocupaciones excesivas, por lo tanto se considera un estado emocional de incomodidad caracterizado por tensión, malestar y alarma (Clarck & Beck, 2012) cuya causa no es claramente reconocida por la persona (Reyes, 2010). Es importante diferenciar la ansiedad del miedo, ya que el miedo se describe como una respuesta adaptativa e inmediata cuando se está en una situación que implique

peligro o riesgo real (Clarck & Beck, 2012), mientras que la ansiedad puede ser considerada una respuesta habitual a diversas situaciones estresantes e incluso necesaria para el manejo de las demandas cotidianas. Cuando la ansiedad no es proporcionable a la situación o cuando no se puede identificar la causa se puede considerar patológica (Correira & Linhares, 2007) o si sobrepasa la capacidad de adaptación de la persona. Clarck & Beck (2012) señalan que la ansiedad es *“una respuesta subjetiva más estable frente a la activación del miedo, implicando un elaborado patrón de respuestas fisiológicas, afectivas, conductuales y cognitivas que se ponen en marcha cuando algunos hechos son interpretados como amenazantes para los intereses vitales”* (p.43).

La etapa de la espera ante la llegada de un hijo conlleva una serie de preocupaciones y temores relacionados a una nueva etapa, ajustes en la dinámica familiar y social, así como cambios que se avecinan, expectativas y deseos por cumplir, sin embargo, suelen confundirse las preocupaciones propias del periodo de gestación con las que rayan en la patología. Evidencia científica confirma datos sobre la presencia de trastornos de ansiedad en el periodo perinatal. En el 2004, en un estudio realizado en Reino Unido con 8,323 mujeres embarazadas reveló que el 13% de las mujeres que participaron, reportaron síntomas de ansiedad entre las 8 semanas y 8 meses de gestación (Heron, O'Conor, Evans, & Glover, 2004). Para Fairbrother, Janssen, Antony, Tucker y Young (2016), la prevalencia de este tipo de trastornos se encuentra entre el 9 -22%, mientras que en la posparto ronda entre el 11- 22%. Estas cifras lo colocan dentro de uno de los problemas con mayor gravedad en el embarazo (Lee, y otros, 2007). Para algunos autores la presencia de ansiedad en el embarazo se relaciona con temores específicos acerca del parto, preocupación por la apariencia y la preocupación por la presencia de alguna discapacidad

en el bebé (Huizink, Mulder, Robles de Medina , Visser, & Buitelaar, 2004). Estudios en México estiman una tasa de ansiedad en el embarazo que oscila entre 9 y 14.8% (Navarrete, Lara, Gómez, & Morales, 2012).

Varios estudios indican asociaciones entre ansiedad perinatal y efectos nocivos en la madre y el bebé que van desde sufrimiento materno, impedimentos psicosociales en la mujer, así como repercusiones en el plano de su relación con la pareja, familia, amigos y un efecto negativo en la relación madre-bebé (Lartigue, Maldonado, González, & Saucedo, 2008). También se ha encontrado asociación con abortos, bajo peso al nacer y puntuaciones bajas en la calificación Apgar (Meades & Ayers, 2011).

Para Quesada y López (2019) dentro de los factores de riesgo para padecer ansiedad en el embarazo se encuentra una edad que rebasa los 30 años, antecedentes previos de ansiedad o depresión, problemas en la relación de pareja o que en el embarazo haya existido alguna complicación (Quesada & López, 2019). Según Díaz, Amato, Chávez, Ramírez, Rangel, Rivera & López (2013) las mujeres embarazadas con ansiedad y depresión durante el embarazo suelen presentar mayor riesgo de la aparición de trastornos psiquiátricos en el posparto.

Para Wedel (2018), el embarazo, el parto y el periodo de lactancia se caracterizan por varios cambios de tipo hormonal y también de neurotransmisores, mismos que pueden tener efecto en los síntomas de ansiedad, aunque se ha reportado que en la ansiedad, al igual que en otras psicopatologías perinatales, existe una multicausalidad de factores, jugando un rol relevante el estrés psicosocial. Maldonado & Lartigue, (2008) y Wedel, (2018) mencionan que el estrés psicosocial influye en la sintomatología ansiosa incrementándola y produciendo ataques de pánico (Lartigue et al., 2008).

En la década de 1980, Leifer M. (Shibley, 1995) realizó un seguimiento a 19 mujeres embarazadas primerizas, que fueron evaluadas una vez por trimestre, a los 3 días de posparto y a las 6 y 8 semanas de posparto, identificando el embarazo como un periodo complicado y agitado lejos de la idealización de ser un periodo de tranquilidad y felicidad, con la presencia de sintomatología como cambios de humor y ansiedad. Durante el 1° trimestre de embarazo, Leifer encontró que la ansiedad estaba centrada en la posibilidad del aborto, el 2° trimestre lo describió como un periodo caracterizado por felicidad y orgullo respecto al embarazo, mientras que en el 3° trimestre identificó que la ansiedad se incrementó ante la idea del parto y posibles condiciones médicas negativas hacia el bebé. Leifer asoció los cambios durante el embarazo y después de éste, al apoyo emocional recibido, en especial de la pareja.

Dentro de los trastornos de ansiedad en la etapa perinatal, se incluyen el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y Trastorno de Pánico.

Trastorno de Ansiedad Generalizada

En una revisión sistemática realizada por Meades y Ayers (2011), se identificó que las tasas sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno Obsesivo Compulsivo son más elevadas en poblaciones perinatales que en la población general. El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por constante sensación de angustia y malestar emocional persistente, síntomas somáticos y la existencia de temores relacionados al embarazo, bienestar del bebé y el papel de la madre. Estos síntomas están relacionados con la familia, el trabajo, las relaciones sociales, la auto-imagen y se caracterizan por ser excesivos e incontrolables. Algunos de los síntomas somáticos que se pueden identificar y

que han reportado son: taquicardia, hiperventilación, parestesias, sensación de tener obstruida la garganta, inhalar escaso aire, dolor u opresión en el pecho, así como sudoración excesiva (Lartigue et al., 2008). Maldonado, Saucedo & Lartigue (2008) reportan que ante la presencia de un cuadro de ansiedad: “*La paciente casi nunca está tranquila y siente una angustia flotante de que algo está mal*” (p.106).

Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) perinatal

En 1990 se desarrollan estudios que dan pie al desarrollo de la detección y evaluación del trastorno obsesivo compulsivo (Frías et al., 2015) arrojando no solamente información relevante desde la perspectiva de la cuantificación del trastorno, sino también de la interacción y efecto en la vinculación entre una madre y su hijo (Brandes, Soares, & Cohen, 2004). El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se caracteriza por “*manifestaciones que se presentan en forma de pensamientos, sentimientos, imágenes o impulsos que provocan sensación de angustia y malestar*” (Lozano, 2017, pág. 35).

Para Jenike, Baer y Minichiello (2001) el TOC puede iniciar durante el embarazo y en el transcurso del posparto pueden presentarse pensamientos de tipo obsesivos, los cuales incluyen miedo de hacerle daño al feto o recién nacido como cortarlo con un cuchillo, ahorcarlo, tirarlo, ahogarlo, o no recordar haberlo dejado en una situación de peligro, (Lartigue et al., 2008) así como conductas desadaptativas y de fuerte sufrimiento para la madre al no poder comunicar estos pensamientos a alguien más por miedo y vergüenza. Las obsesiones en el periodo de posparto pueden llegar a intensificarse, es por eso que es necesaria una evaluación eficaz y la diferenciación adecuada en el control y evaluación psicológica del periodo gestacional en las consultas prenatales ya que el no detectar

adecuadamente la presencia de esta sintomatología ansiosa en el embarazo puede tener consecuencias negativas en la interacción y calidad de la relación madre-hijo.

Trastornos de conducta alimentaria en etapa perinatal

Los estereotipos culturales en la actualidad acerca del aspecto físico de las mujeres son un factor que puede llevar a la aparición de trastornos alimenticios, incluso durante el embarazo. Ante la coexistencia de un embarazo y un trastorno alimenticio se destacan algunas probables complicaciones como problemas obstétricos y ginecológicos, así como la comorbilidad con algún trastorno psicológico de ansiedad y depresión (Rodríguez, Sánchez, Menor, Sánchez, & Aguilar, 2018) y perdurar en el periodo de posparto (Kimmel, Ferguson, Zerwas, Bulik, & Meltzer-Brody, 2015), aunados a estos, también se pueden desarrollar problemas nutricionales en el feto o recién nacido, con escasa investigación sobre ellos en este periodo.

En México, a través del portal de la Secretaría de Gobierno, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reportó hasta mayo del 2018 que los trastornos de conducta alimentaria se identifican en un intervalo de edad de entre 12 y 25 años, especificando que, de cada 10 casos de anorexia y bulimia, 9 de estos son presentados por mujeres (SEGOB, 2018). En el caso de las mujeres embarazadas con trastornos en la conducta alimentaria, la falta de detección y atención temprana, puede generar consecuencias con efectos en el feto próximo a nacer en el crecimiento intrauterino, afectaciones a nivel neurocognitivo, bajo peso al nacer, defectos en el lenguaje y prematuridad (Koubaa, Hällström, Brismar, Hellström, & Lindén Hirschberg, 2015). Las mujeres con trastornos de conducta alimentaria se encuentran expuestas a mayores riesgos como abortos espontáneos,

hipertensión, parto prematuro, anemia, infecciones, partos difíciles, infertilidad, y desnutrición en el embarazo (Kimmel , Ferguson, Zerwas, Bulik , & Meltzer, 2015).

Bulik y otros (2007) reportan sobre los primeros estudios con evidencia de trastornos alimenticios durante el embarazo, que resalta el cuadro de anorexia nerviosa como uno de los primeros en observarse igual que la bulimia nerviosa. Rodríguez et al., (2018) confirman en una revisión sistemática que una de cada 20 mujeres puede llegar a experimentar alguna forma de trastorno de alimentación en el embarazo, identificando como principales trastornos la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno por atracones. Algunos de los síntomas en los trastornos de conducta alimentaria son: temor excesivo a la ganancia de peso que se da en este periodo, percepción de la imagen corporal deteriorada, conductas de restricción referentes a la alimentación, ejercicio excesivo, ingestas compulsivas seguidas de purgas y el uso de laxantes que alteren el equilibrio homeostático (Mathieu, 2009). Para la American Dietetic Association (ADA) por sus siglas en inglés, un aumento de peso adecuado es señal de un embarazo saludable, lo cual varía de mujer a mujer dependiendo del peso de cada una (Mathieu, 2009).

Para Astrachan-Fletcher, Veldhuis, Lively, Fowler y Marcks (2008) los estresores propios de la maternidad en conjunto con pensamientos intensos y excesivos acerca del aspecto físico por los cambios del embarazo, pueden ser factores de riesgo para presentar trastornos del estado de ánimo durante el periodo de posparto y estos generar sentimientos de culpa como resultado de estas conductas.

A continuación, se describen los cuadros de trastornos alimenticios más frecuentes durante el periodo perinatal.

Anorexia nerviosa

Dentro de los síntomas que pueden identificarse en una mujer embarazada con Anorexia Nerviosa (AN) se encuentra una inadecuada ganancia de peso durante la gestación, preocupación excesiva por el peso, implementación de dietas restrictivas y estrictas, así como una percepción alterada del peso y la silueta (Vargas, 2017).

Aunque es poco frecuente, en la etapa gestacional pueden identificarse casos, Knoph, et al., 2013 detectaron una prevalencia de 0.9% de AN en mujeres antes del embarazo, las cuales tuvieron una mejora de su conducta alimentaria entre los 18 y 36 meses. La aparición de un cuadro de Anorexia Nerviosa incrementa los riesgos de padecer algunas enfermedades como diabetes gestacional, preeclampsia, complicaciones durante el parto, bajo peso del recién nacido, muerte neonatal (Gómez, Herrera Gómez, Martínez Galiano, & Fernández Valero, 2011) y otras complicaciones que tengan un efecto en el desarrollo del bebé.

Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa se identifica por presentar episodios de ingesta de alimentos descontrolados y de forma extrema, aunado a este comportamiento se presentan pensamientos recurrentes de falta de control sobre su apetito (Chizawsky L.K. & Newton , 2006) que derivan en conductas con el propósito de expeler dicha ingesta a través de la provocación del vómito, dietas restrictivas, laxantes, así como ejercicio en exceso (Rava & Silber, 2004). Cifras en el año 2000 reportadas por Hoek & Van Hoeken en el 2003 (Chizawsky L.K. & Newton , 2006) indicaron que existía una prevalencia de Bulimia nerviosa entre la población de mujeres jóvenes de uno a cuatro por ciento y en la población

de mujeres embarazadas, se identificó que tres de cada 100 mujeres presentaron probables diagnósticos de algún trastorno alimenticio

En el ámbito psiquiátrico Rava & Silber (2004) reportaron comorbilidad de trastornos alimenticios con cuadros de depresión mayor, ideación suicida y alteración de la personalidad. Este trastorno puede presentarse en mujeres con cualquier peso corporal y pasar desapercibida a diferencia de la anorexia nerviosa que es físicamente más evidente (Chizawsky & Newton , 2006).

El efecto del embarazo en la mujer que padece un trastorno de conducta alimentaria varía, ya que va desde la eliminación de los síntomas de forma parcial hasta la remisión total, algunas mujeres pueden presentar remisión de forma permanente, (Blais et al., p.485, citados por Chizawsky & Newton , 2006), pero en otras mujeres la sintomatología del trastorno de conducta alimentaria pueden intensificarse después del nacimiento (Rodriguez et al., 2018).

Trastorno por atracones

El embarazo es considerado para algunos autores una ventana de riesgo para el inicio de este trastorno (Knoph , y otros, 2013) ya que después del parto es común que exista algún tipo de sobrepeso, presión social por recuperar la forma física que se tenía antes del embarazo y una nueva adaptación a los cambios que implica el periodo de posparto. La existencia del Trastorno por Atracón, conocido también como BED (Binge Eating Disorder) por sus siglas en inglés, ha causado opiniones sobre su existencia como entidad clínica y no como un síntoma de la bulimia nerviosa, recientemente añadido al DSM-5 y que ha logrado independencia como una entidad que se diferencia de la bulimia nerviosa. El trastorno por atracón se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta compulsiva de

comida sin que exista una regulación por parte del individuo (Astrachan, Veldhuis, Lively, & Fowelery, 2008). Puede manifestarse de dos formas; no tener control sobre la ingesta o una ingesta excesiva en poco tiempo, lo que llaman episodios discretos, a diferencia de la bulimia nerviosa no hay conductas compensatorias (García, 2014).

Trastorno de estrés post-traumático

El trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) puede desarrollarse, después de la exposición directa o presencia directa a un trauma muy intenso (Rojas, 2016); esta exposición puede ser repetida, o repulsiva ante detalles del suceso traumático presenciado. El TEPT tiene varias similitudes con otros cuadros producidos por eventos traumáticos para la persona, sin embargo, una gran diferencia con otros cuadros como el trastorno adaptativo o el estrés agudo, es la percepción de la experiencia, la cual es experimentada como insuperable, severa y sumamente angustiante desembocando en disfunciones e inhabilitando a la persona, afectando y deteriorando la esfera laboral, social y personal que pueden derivar en dificultades en las actividades diarias ya que la persona reacciona con elevado temor después de un acontecimiento traumático teniendo como consecuencia sufrimiento en la persona que lo presenta (Montoya & Palacios, 2007).

Son diferentes las situaciones que pueden provocar que una persona perciba una situación específica como un evento traumático, lo cual depende de los distintos factores y la intensidad de los mismos. Específicamente en las mujeres, el periodo perinatal es un momento de vulnerabilidad emocional que puede intensificar la reacción a un evento estresante. Según Olza (2010), en las últimas 2 décadas se ha reportado evidencia científica que señala al parto como un evento traumático para las madres, dependiendo de las circunstancias que lo rodean, sin embargo, la sintomatología suele confundirse o asociarse

con otras patologías específicas del periodo del posparto lo cual no permite un diagnóstico y tratamiento específico.

Un desastre natural de gran magnitud vivido en la etapa perinatal, puede coadyuvar el desarrollo de un trastorno psicológico, en particular si la madre tiene antecedentes de factores de riesgo que incrementen el efecto de la vivencia del evento traumático. En una investigación realizada seis meses después del terremoto del 21 de septiembre de 1999 en Taiwán, Chang, Chang, Lin & Kuo (2002), hallaron que un porcentaje comprendido entre el 25 y el 50% de los afectados tenían probabilidades de presentar alguna alteración psicológica aguda y síntomas de trastorno de estrés postraumático crónico. Para Sánchez y Palacios en 2007, la prevalencia en México del Trastorno de Estrés Postraumático en el periodo del embarazo y el parto oscilaba entre el 2.3% y el 8.1% de mujeres en el embarazo, mientras que en las primeras 4 a 6 semanas de posparto se descubrieron cifras del 1.9% al 5.6%, las cuales descendieron a partir del sexto mes de posparto.

Los factores de riesgo asociados al TEPT se pueden diferenciar según el momento en el que sea diagnosticado. A continuación, se hace una breve clasificación de los diferentes factores de riesgo

Factores previos a la gestación

Relacionado a problemas psiquiátricos o de salud mental, previo al parto se encuentran sucesos vitales estresantes relacionados con el medio ambiente, historial de abuso de sustancias (Vélez & Jansson, 2010) enfermedades, abuso físico o sexual, historial de violencia y experiencias obstétrico-ginecológicas previas (Sánchez & Palacios, 2007) que se

han identificado como antecedentes de cuadros de estrés postraumáticos manifestados en la etapa perinatal.

Factores relacionados con el embarazo

Dentro de esta clasificación se encuentran factores asociados a estrés postraumático, como sentimientos como el miedo al parto, poca orientación acerca del embarazo, problemas psicológicos previos, y partos traumáticos previos (Söderquist, Wijma B., & Wijma K., 2004), problemas de salud mental (Cohen, Ansara, Schiel, Stuckless, & Stewart, 2004) estrés materno y antecedentes de violencia obstétrica (Olza, 2010).

Factores durante el parto

Alrededor del parto se presentan factores de riesgo para un TEPT, como lo son, el bajo control percibido en el parto (Czarnocka & Slade, 2000), complicaciones obstétricas, tipo de parto (natural o cesárea programada o de emergencia), la propia experiencia del parto (Söderquist, Wijma B., & Wijma K., 2006), percepción negativa del parto, parto idealizado, percepción de no tener el control durante el parto (Creedy, Shochet, & Horsfall, 2001), insatisfacción con los cuidados obstétricos, complicaciones obstétricas y violencia obstétrica (Olza, 2010). Los profesionales de la salud en contacto con la madre durante el parto tienen un alto nivel de influencia y colaboran en conformar la perspectiva de la madre acerca del parto y la forma en que recuerde este evento podrá tener un alto efecto en su salud mental posterior.

Factores durante el Posparto

Evidencia científica ha identificado secuelas del TEPT en las mujeres en etapa de posparto que pueden dificultar el desempeño en la función materna. Entre las principales

dificultades destacan problemas con la lactancia (Olza, 2010) ya que puede incrementar la sensación de frustración, acercamiento afectivo con el recién nacido por la asociación con un parto traumático, pérdida de apoyo familiar y social hasta el aislamiento materno.

McFarlane (Söderquist, Wijma B., & Wijma K., 2006) propone que los factores que inciden en el riesgo de desarrollar un TEPT tienen influencia en la trayectoria longitudinal, y suele presentarse como un trastorno único comórbido con cuadros depresivos y ansiosos (Czarnocka & Slade, 2000; Söderquist, Wijma B., & Wijma K., 2004).

La Tabla 2 detalla los criterios diagnósticos de un TEPT en el DSM-5 y el CIE-10.

Tabla 2

Criterios diagnósticos del Trastorno de estrés postraumático

<i>DSM-5</i>	<i>CIE-10 F43.1 Trastorno de estrés post-traumático</i>	
<p>-Exposición a muerte, lesión grave o violencia sexual (presencia directa o conocimiento de que el suceso ha ocurrido a otros, familiares o amigos).</p> <p>- Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso</p> <p>- Presencia de uno o más de los síntomas siguientes asociados al suceso</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos 2. Sueños angustiosos recurrentes 3. Reacciones disociativas 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores que simbolizan un aspecto del suceso 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores de un aspecto del suceso <p>- Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evitación o esfuerzo para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s). 	<p>- Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Incapacidad de recordar un aspecto importante 2.Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso 3.Estado emocional negativo persistente 4.Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas 5.Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás 6.Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas <p>-Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo. 3. Hipervigilancia 4. Respuesta de sobresalto exagerada 5. Problemas de concentración 6. Alteración del sueño <p>- Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso</p>	<p>-El paciente tiene que haber estado expuesto a un acontecimiento o situación estresantes de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica.</p> <p>-Debe haber recuerdos persistentes de “revivir” el acontecimiento o situación estresantes en forma de reviviscencias, recuerdos vívidos o sueños recurrentes, o una sensación de malestar al exponerse a circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento o situación estresantes.</p> <p>- El paciente debe mostrar una evitación real o preferente de circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento o situación estresantes, no presentes antes de la exposición al mismo.</p> <p>-Presencia de alguno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incapacidad para recordar, parcial o completa, algunos aspectos importantes del período de exposición al acontecimiento o situación estresantes. 2. Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación (ausentes antes de la exposición), que se manifiestan por dos cualesquiera de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño b) Irritabilidad o arrebatos de ira c) Dificultad para concentrarse d) Hipervigilancia e) Reacción de sobresalto exagerada <p>Deben cumplirse los criterios B, C y D dentro de los 6 meses del acontecimiento o del fin de un periodo de estrés</p>

Nota: Criterios obtenidos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), y de la Clasificación Internacional de Enfermedades- CIE-10. (Organización Mundial de la Salud, 1994)

Psicosis durante embarazo y posparto

La psicosis orgánica es un trastorno mental provocado por una alteración por factores bioquímicos, cerebrales y físicos (Tizón, 2013), como por ejemplo una inflamación del tejido cerebral (Morán, 2004) que comúnmente requieren de hospitalización/internamiento psiquiátrico. La psicosis no tiene exclusivamente un carácter endócrino ya que pueden influir factores de origen psicológico. La prevalencia de la psicosis en el periodo del embarazo se estima alrededor del 7.1 por cada 1000,000 casos al año (Nurberg, 1989). Se ha identificado que si previamente se ha tenido un episodio psicótico es probable que un 35% de las madres sean susceptibles a presentar otro episodio (Robertson, Jones, Haque, Holder, & Craddock, 2005) en la etapa perinatal.

Dentro de las características que se identifican en un cuadro psicótico se encuentran los delirios y las alucinaciones, pensamientos extraños y comportamientos desorganizados. (Hobbins, 2007). Los delirios y alucinaciones de carácter auditivo pueden derivar en maltrato al neonato *in utero* (en el útero); algunas mujeres han reportado casos en donde escuchan voces que les ordenan abusar de sus bebés sexualmente *in utero*, o se golpean el vientre como castigo a los movimientos fetales que resultan incómodos para ellas (Hassam & Brockington, 1999; Maldonado, Saucedo, & Lartigue, 2008).

Es fundamental la atención y la canalización adecuada cuando se tenga sospecha o se identifique claramente, ya que existe el riesgo para la vida de la mujer y en el caso de que el episodio psicótico sea en el posparto representa un riesgo para la vida del bebé llegando a consecuencias como el maltrato, infanticidio y en algunas situaciones derivar en suicidio posteriormente por parte de la madre. Evidencia científica indica que en un nueve por ciento de las mujeres embarazadas el episodio psicótico se puede presentar dentro de los primeros

dos trimestres del embarazo (Robertson et al., 2005) repitiendo el 56% un episodio nuevamente en el posparto.

Para algunos autores que la madre presente antecedentes de algún trastorno psiquiátrico es el mayor riesgo relacionado con la presencia de la psicosis posparto (Ramos et al., 2005), un porcentaje que oscila entre 15 y 20% han presentado previamente episodios psicóticos (Carro, Sierra, Hernández, Ladrón, & Antolín, 2000), como trastorno bipolar, Esquizofrenia o Trastorno Equizoafectivo, entre otros factores de riesgo se encuentran que sea primípara, y se tenga registro de complicaciones en el posparto, (García & Otín, 2007; Ramos et al., 2005).

La prevalencia de la psicosis posparto oscila alrededor de uno a tres casos de cada 1,000 partos, (Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz, & Uribe, 2008; Ramos, et al., 2005). La sintomatología se caracteriza por agitación grave, desorientación confusión, incapacidad para dormir, delirio, despersonalización, manía, (Gómez et al., 2008) labilidad del humor, pensamiento desorganizado y alucinaciones que involucren al bebé, estas alucinaciones pueden ser visuales, olfativas y hápticas (Orejarena, 2004) así como ideas de agredir al bebé, también se identifican alteraciones en el lenguaje puede presentarse verborrea o mutismo, euforia y animo depresivo (García & Otín, 2007). Se puede comenzar a sospechar de este cuadro cuando el profesional de la salud que se encuentre en contacto con la madre detecte cambios en la consciencia y episodios combinados entre desorientación y sentido de realidad.

Para algunos autores (Bustos & Jiménez, 2013) la sintomatología puede empezar a manifestarse entre el tercer y noveno día del posparto o antes de los seis meses. Sin embargo, es fundamental poder diferenciarlo de cuadros como la tristeza puerperal o Maternity Blues que difieren en el tiempo de duración e intensidad de la sintomatología, esto con la finalidad de brindar el tratamiento adecuado.

Respecto a una clasificación que reconozca esta entidad, el DSM-5 lo engloba dentro del Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: 298.8 (F23) Trastorno psicótico breve con inicio en posparto. La Tabla 3 muestra los criterios del trastorno psicótico breve en los sistemas de clasificación DSM-5 y CIE-10.

Tabla 3

Criterios diagnósticos de trastorno psicótico breve con inicio en posparto

DSM-5	CIE-10
298.8 (F23) Trastorno psicótico breve con inicio posparto.	F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios
<p>A. Presencia de uno o (más) de los síntomas siguientes. Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Delirios 2. Alucinaciones 3. Discurso desorganizado (p.ej., disgregación o incoherencia frecuente) 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico <p>Nota: No incluir un síntoma si es una respuesta aprobada culturalmente</p> <p>B. La duración de un episodio del trastorno es al menos de un día, pero menos de un mes, con retorno final total al grado de funcionamiento previo a la enfermedad</p> <p>C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo mayor o bipolar con características psicóticas u otro trastorno psicótico como esquizofrenia o catatonía, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a otra afección médica</p> <p>Con inicio Posparto: si comienza durante el embarazo o en las primeras 4 semanas después del parto.</p>	<p>G1. Inicio agudo de ideas delirantes, alucinaciones, discurso incomprensible o incoherente, o de cualquier combinación de éstos. El intervalo de tiempo entre la manifestación de algún síntoma psicótico y la presentación del trastorno, completamente desarrollado, no debe exceder las dos semanas</p> <p>G2. Si se presenta estados transitorios de perplejidad, falso reconocimiento o déficit de atención o concentración, dichos estados no cumplen criterios de cuadro confusional de causa orgánica</p> <p>G3. El trastorno no cumple criterios de episodio maniaco (F30.-), episodio depresivo (F32.-) o trastorno depresivo recurrente (F33.-)</p> <p>G4. No hay pruebas suficientes de consumo reciente de sustancias psicoactivas para satisfacer los criterios de intoxicación, o consumo perjudicial, síndrome de dependencia, o síndromes de abstinencia.</p> <p>G5. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Ausencia de un trastorno mental orgánico o de una alteración metabólica grave que afecte al sistema nervioso central (no se incluye el parto)</p> <p>Debe utilizarse un quinto carácter para identificar si el inicio agudo del trastorno se asocia con estrés agudo (que se produce dos o menos semanas antes de que haya pruebas de los primeros síntomas psicóticos):</p> <p>F23.x0 Sin estrés agudo asociado</p> <p>F23.x1 Con estrés agudo asociado</p>

Nota: Criterios obtenidos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), y de la Clasificación Internacional de Enfermedades- CIE-10. (Organización Mundial de la Salud, 1994)

8.2 Vínculo materno-infantil.

8.2.1 Definición del vínculo materno-infantil y su alteración.

La crianza de un bebé requiere de la interacción y ajuste de diferentes elementos y situaciones que tienen lugar desde el nacimiento del bebé y a lo largo del desarrollo del mismo. La respuesta emocional que se da de la madre hacia el recién nacido puede verse influenciada por diferentes factores y escenarios, que van desde la salud mental de la madre hasta factores psicosociales, lo cual puede derivar en una respuesta positiva o negativa por parte de la madre. El trabajo y la observación hacia la interacción de la diada materno-infantil han arrojado avances sobre el desarrollo en la etapa temprana (Vives , Lartigue, & Córdova, 1994).

Para Rendón & Rodríguez, el vínculo materno-filial puede ser reflejado en conductas y cuidados, propios de cada especie en determinado periodo de tiempo, a partir del nacimiento, estas conductas y cuidados proporcionan la base para un desarrollo neurocomportamental del infante (Quintero & Rodríguez, 2016). Sin embargo, las respuestas fisiológicas y biológicas maternas, aunque son facilitadoras, no determinan la calidad de la vinculación entre la madre y el infante, lo anterior nos permite explorar los factores que interactúan en la formación del vínculo.

De acuerdo con Bicking & Hupcey (2014), el vínculo materno-infantil ha sido objeto de estudio en las últimas 5 décadas y el interés principal inicial se observó desde la enfermería obstétrica, neonatal y pediátrica. Es en la década de 1960 cuando se introdujo el concepto de vínculo con la aportación de Reva Rubin, y en 1970 Klaus y Kennell hablaron de la

constitución de un fuerte vínculo entre la madre y su bebé mismo que puede incidir en resultados positivos en el desarrollo del infante (Bicking & Hupcey, 2014), mientras que las alteraciones del proceso de constitución del vínculo y sus efectos a largo plazo con influencia en el desarrollo del bebé fue destacado posteriormente por Ian Brockington (Brockington, 2011).

El ser humano al nacer, tiene como característica principal la vulnerabilidad a la que se encuentra expuesto, al no poder estar permanentemente cerca del cuerpo de la madre, donde su cercanía se basa en la mirada, sonrisa y rasgos de interacción social que son promovidos por la madre (Lartigue et al., 2008). Según Vives, Lartigue y Córdova (1994) el vínculo es “*la capacidad de relación emocional estable con el otro*” (p. 6). Para estos autores en el vínculo entre una madre y su bebé, el orden biológico es rebasado y logra manifestarse en lo simbólico.

En una revisión teórica acerca del concepto del vínculo materno-infantil realizada por Bicking & Hupcey en 2014, determinaron que, dentro de las características del concepto, los autores describen que en el proceso de vinculación se resalta la vinculación emocional de la madre hacia su bebé, desde la primera semana y el primer año de vida, teniendo como características a tomar en cuenta las manifestaciones en el comportamiento de la madre, siendo la reacción y comportamiento de la madre un factor clave para la construcción del vínculo. Esta relación es fundamental dentro del puerperio (Brockington, 2011).

Para fines de esta investigación se define la vinculación materno- infantil como la respuesta emocional materna hacia él bebe en la relación temprana (Bicking & Hupcey, 2014; Palacios-Hernández, 2016).

Diferentes estudios han arrojado que una alteración en el vínculo materno-infantil puede observarse de diferentes formas y en diferentes grados, así como asociarse a otros trastornos psicológicos maternos que pueden agravar o no, una alteración vincular. Para Klier (2006) los trastornos de la relación materno-infantil temprana pueden estar caracterizados por una sensación de angustia respecto a la maternidad, irritabilidad, sentimientos hostiles, impulsos de tipo agresivo, y rechazo hacia el bebé. Sumado a estas características pueden llegar a aparecer niveles de odio y/o rabia hacia el bebé así como ambivalencia en los sentimientos experimentados hacia éste (Brockington, 2011), que pueden terminar en escenarios fatales como el filicidio. Por lo tanto, *una alteración en el vínculo materno-infantil se refiere a la ausencia o retraso de una respuesta afectiva positiva de la madre hacia el infante, durante la interacción temprana que comprende el primer año de vida* (Bicking & Hupcey, 2014; Brockington et al., 2001, Palacios-Hernández, 2016).

8.2.2 Alteraciones del Vínculo materno-infantil.

La salud mental de una madre es un aspecto prioritario durante la etapa perinatal al ser una de las fases vitales de mayor cambio y necesidad de adaptación. Este periodo exige de una madre el desarrollo de herramientas adecuadas, que le permitan atender no sólo sus necesidades, sino también las de la construcción de una buena relación madre-hijo que favorezcan la supervivencia del bebé. Algunos factores influyen en la constitución de la vinculación temprana entre una madre y su recién nacido, atribuible a diferentes orígenes, siendo esenciales los antecedentes personales de la madre.

Una alteración en el vínculo materno-infantil hace referencia a una reacción emocional distinta a la respuesta positiva de la madre hacia su bebé que puede incluir desde ausencia de

emociones, indiferencia, ambivalencia, odio o el rechazo hacia el bebé durante el periodo de posparto (Brockington, 2011). Esta respuesta emocional materna implica una configuración que rebasa el orden de la dinámica entre la madre y su bebé y puede agravarse sin la atención profesional hasta aparecer sentimientos de odio hacia el bebé por parte de la madre, exponiendo al bebé a escenarios de alto riesgo que se traduzcan en actos de negligencia, maltrato, lesiones, hasta el infanticidio y en ocasiones en consecuencias para la madre como el suicidio.

Brockington (2011) calcula que la prevalencia en población general de alteraciones del vínculo materno-infantil es de aproximadamente el uno por ciento. Esta cifra oscila alrededor del primer año de vida y se ha detectado que en caso de no atenderse este tipo de alteraciones existe una alta probabilidad de que se mantenga a lo largo de la vida.

Un trastorno de vinculación temprana madre-hijo, actualmente carece de un reconocimiento y clasificación como una entidad clínica patológica en los sistemas de clasificación de trastornos mentales a nivel internacional, además de que se ha generado un uso conceptual entre vínculo y apego usados como sinónimos, lo cual ha hecho difícil la labor de discriminación teórica y ha causado confusión a la hora de emplear y discernir el término adecuado y finalmente poder consensuar las características diagnósticas de una alteración vincular. Sin embargo, a pesar de que aún no está delimitada la diferencia conceptual, algunos autores han usado diferentes términos para referirse a una alteración vincular.

8.2.3 Criterios diagnósticos de la alteración del vínculo temprano madre- bebé.

Se han podido identificar parcialmente características de esta entidad clínica en algunos sistemas internacionales clasificatorios. En el DSM-5 (American Psychiatric Association,

2014), se describe dentro del apartado de objetos de atención clínica, como una *afectación en la calidad de la relación padres e hijos* que podría ser un antecedente. Su clasificación homóloga en el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1994) es incluida como un código Z, colocándolo dentro del rubro de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud denominado “*otras anormalidades en la calidad de la crianza*” (Ver Tabla 4).

Tabla 4

Diagnósticos en los que se puede incluir por su descripción características una alteración del vínculo materno-infantil

<i>DSM-5</i>	<i>CIE-10</i>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Otros objetos que pueden ser objeto de atención clínica <ul style="list-style-type: none"> - Problemas de relación - Problemas relacionados con la educación familiar 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Otras anormalidades en la calidad de la crianza
V61.20 (z62.820) Problema de relación entre padres e hijos.	Z688. Otros problemas especificados y relacionados con la crianza del niño.

Nota: Criterios obtenidos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), y de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10. (Organización Mundial de la Salud, 1994)

Si bien existe una discrepancia y confusión teórica acerca del concepto entre vínculo y apego, lo cual no ha permitido esclarecer los criterios consensuados para definir una alteración vincular y los sistemas clasificatorios internacionales pueden llegar a ser ambiguos o dejar vacíos conceptuales, existen investigaciones orientadas a estudiar las alteraciones vinculares tempranas. Para Brockington (2011) existen características principales que distinguen una alteración vincular identificadas desde la respuesta emocional materna: retraso en la aparición de emociones positivas, indiferencia, ambivalencia afectiva (tanto irritabilidad

así como cariño), odio o resentimiento hacia el niño, deseo de renunciar al niño y deseo de que el bebé desaparezca. Brockington, Aucamp, & Fraser, (2006) establecen dos tipos de desorden que varían en nivel de gravedad; desorden leve y desorden severo cuyos criterios se reportan en la Tabla 5.

Tabla 5

Criterios para diagnosticar un desorden en el vínculo materno—infantil

<i>Tipo</i>	<i>Descripción</i>	<i>Criterios</i>
Desorden leve	Estas madres experimentan un retraso en el desarrollo, ambivalencia o pérdida de la respuesta afectiva maternal hacia su bebé	*Los criterios A hasta el D deben ser positivos a. La madre expresa decepción sobre su respuesta emocional (p.e. no tiene ninguna emoción hacia su bebé o se siente extraña o distante de su bebé b. Los criterios para amenaza de rechazo o rechazo establecido no se cumplen c. El desorden ha durado por lo menos una semana d. Las emociones son percibidas por la madre como causas de estrés y han ocasionado que busque ayuda de su familia o de profesionales
Desorden severo (Rechazo del bebé)	Estas madres carecen de una respuesta emocional positiva hacia su bebé, además de que han desarrollado un deseo por renunciar o deshacerse del mismo. Dos tipos: Amenaza de Rechazo o Rechazo establecido cuya principal diferencia es la permanencia del deseo de deshacerse del bebé	I. Amenaza de Rechazo a. El bebé no es deseado por la madre en el momento de la evaluación y el deseo materno se orienta hacia una transferencia de su cuidado. b. Las madres carecen de una significativa aversión hacia el bebé y No han experimentado un deseo para que el bebé “desaparezca” II. Rechazo establecido Los criterios A, B o C son necesarios para el diagnóstico: a. La madre expresa desagrado, resentimiento u odio por su bebé. A veces es manifestado en expresiones como: “Deseo que hubiese nacido muerto” o “Este bebé me ha arruinado mi vida” b. La madre expresa su deseo por deshacerse del cuidado de su bebé de forma permanente c. La madre ha experimentado un deseo de que su bebé desaparezca p.e. deseo de que el bebé sea robado, o que sea víctima del síndrome de muerte súbita.
Diagnósticos adicionales		III. Ira patológica: 3 niveles leve, moderado y severa a. Leve:

Además de los diagnósticos previos de desorden leve y amenaza de rechazo o rechazo establecido, pueden hacerse diagnósticos complementarios de: Ansiedad centrada en el infante y/o ira patológica

-La madre ha perdido su autocontrol verbal en el menos dos ocasiones (gritado o insultado al bebé)

-La madre no ha expresado su ira en otra forma.

Nota: la ira experimentada internamente y controlada con dificultad, no califica. Una madre que pierde el control de forma verbal en una ocasión es considerada un comportamiento normal

b. Ira moderada: Además de calificar para criterios de ira patológica leve:

-La madre experimenta impulsos de hacerle daño al bebé (p.e. asfixiarlo, tirarlo o golpearle).

-O han existido episodios de abuso, como sacudir violentamente la cuna del bebé

Nota: debe discriminarse entre impulsos agresivos maternos y aquellos que madres con un *Trastorno Obsesivo Compulsivo* experimenten como parte del desorden.

C. Ira Severa:

-Además de la pérdida de control verbal materno, o de los impulsos de hacerle daño al bebé

(Criterios a+ b), al menos debe existir un episodio de claro abuso infantil.

Fuente: Palacios-Hernández, 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. Salud, 48(2):164-176.

Cabe resaltar que para identificar estos criterios es necesario una rigurosa obtención de información desde los antecedentes del embarazo en la madre, así como observación clínica para detectar alguna alteración en el vínculo, y el apoyo complementario de auto reportes que ayuden en la identificación correcta de sintomatología específica para un adecuado tratamiento y/o canalización para la madre.

8.3. Diferencia entre vínculo y apego

La diferencia entre el concepto de apego y vínculo materno-infantil es importante delimitarla y diferenciar ambos procesos para tener claro su relación y correcta utilización teórica.

Los primeros trabajos sobre el apego datan de 1935 con el médico Rene Spitz y sus trabajos con niños que fueron abandonados por sus madres. Para John Bowlby, uno de los principales teóricos del concepto de apego, la conducta del apego efectúa una función de tipo biológico, comienza a construirse alrededor de los primeros 6 meses, y es resultado de una interacción con el ambiente de tipo evolutivo y de interacción con la madre (Bowlby, 1998). Para Bowlby el apego es de carácter biológico, es una necesidad y hace referencia al contacto, y proximidad con la figura que le brindará seguridad (Mantini, 2015). El apego se centra en la respuesta del bebé hacia su cuidador primario e implica una disponibilidad permanente que no es únicamente desde lo físico, sino una interiorización de la figura principal que tenga la capacidad de responder emocionalmente así contribuir a un apego seguro (Buruchaga, Golano, Pérez, & Bailus, 2018). Desde la Teoría del Apego iniciada por Bowlby, el ser humano desarrolla lazos afectivos con otros seres humanos; estos lazos cuando se ven frente a una probable ruptura o amenaza dan como resultado una reacción emocional (Guerrero, 2005). Para Schore (1977) citado por (Lecannelier, 2006) las relaciones tempranas de apego son fundamentales para una adecuada estructuración cerebral ya que, durante los primeros años, las áreas que se encargan de la regulación de estrés y sincronía biológica se van consolidando a la par, lo cual tienen una relación con las estrategias para afrontar y regular el estrés durante los primeros años de vida. Según Bowlby (1989) es importante que durante los primeros años se identifique una figura externa que pueda brindarle al infante una respuesta que identifique como atenta y receptiva y que pueda responder de acuerdo al comportamiento y a las necesidades del infante y que aseguren la supervivencia del mismo (Buruchaga et al., 2018).

Las primeras relaciones tempranas que tenga el niño o la niña, le ayudarán a identificar un patrón que le servirá y le ayudará a anticipar qué comportamiento esperar de su figura de apego y cómo responder a ella, estas representaciones y experiencias previas se vuelven parte de las expectativas del niño y tienen por consecuencia efectos en el comportamiento y en la forma de relacionarse del niño a futuro.

Con estos antecedentes se debe recalcar que el apego hace referencia al comportamiento y a las habilidades del sujeto en su día a día que pueden ayudarlo a mantener la relación con otro sujeto que posea habilidades más satisfactorias que él. Por lo tanto, el apego es visto como una necesidad frente a la vulnerabilidad y necesidades primarias del bebé, y asegura la disponibilidad física y emocional de la figura principal (Buruchaga et al., 2018; Vives, Lartigue, & Córdova, 1994) dicho conjunto de habilidades que forman parte del apego se dan posterior a las reacciones del bebé (Palacios-Hernández, 2016) y se van construyendo, finalmente se reproducen constantemente a lo largo de la vida en diferentes momentos y no es necesario que la figura principal de apego se encuentre presente.

El concepto de vínculo abarca las relaciones y los comportamientos que se manifiestan en la relación con el bebé, en el caso específico de la relación de la madre y el bebé que es determinado por la reacción y sentimientos de la madre hacia el recién nacido a partir del nacimiento, y tiene elementos biológicos que se hacen presentes antes del primer contacto con su bebé mismos que pueden ir construyendo desde el embarazo, y que sirven como referente en el futuro vínculo materno-infantil.

En el vínculo materno-infantil es la parte afectiva del cuidador primario el componente principal, donde las interacciones que tengan los padres con el bebé, irán moldeando la relación afectiva con éste, por ejemplo, la forma de acariciarlos y mirarlos propiciará una

relación afectiva y determinará en gran parte las condiciones del desarrollo de las relaciones del bebé. Por lo tanto, el vínculo se caracteriza por la relación temprana y las respuestas emocionales parentales dadas a partir de esta relación. El concepto de apego no es un concepto que pueda sustituir el concepto de vínculo, aunque se encadenan a lo largo de los primeros años de vida ya que existe una diferencia entre el momento en que se da cada proceso y la finalidad de cada uno.

8.4 Factores que alteran la calidad del vínculo materno-infantil.

Los factores de riesgo para una alteración del vínculo materno-infantil pueden interactuar de forma directa e indirectamente e incluyen desde características propias del bebé, variables del contexto y las experiencias de la madre, la percepción de la madre sobre estas experiencias previas, el apoyo recibido por los demás y la presencia de psicopatología de la madre.

La alteración en el vínculo materno infantil se ha asociado a diferentes variables que se pueden identificar a lo largo de la etapa perinatal. Dentro de los factores que se han identificado en investigaciones se encuentran a la depresión materna, específicamente durante los últimos dos trimestres del embarazo y en el posparto (Domenech & Cuxart, 1998; Nakano et al., 2019; Rossen et al., 2016), así como niveles de ansiedad materna (Kokubu, Okano, & Sugyyama, 2012) el tipo de apego materno durante el embarazo (Dubber, Reck, Müller, & Gawilk, 2015), primiparidad, apoyo familiar, violencia (Domenech & Cuxart, 1998), relación deteriorada con la pareja (Kerstis et al., 2016; Rossen et al., 2016), embarazo no deseado, tipo de parto, sexo del bebé, experiencia previa

de la madre de abuso infantil, consumo y abuso de sustancias (Conejo & Rojas, 2012), que pueden derivar en conductas de rechazo a causa de alguna condición incapacitante en el bebé o riesgo social, (Conejo & Rojas, 2012).

Se ha encontrado también factores que se atribuyen como propios del bebé como la calidad del sueño del bebé y el temperamento del bebé, Grossman, Grossman, Spangler, Suess y Unzner (1985) y Rutter (1995) señalan asociación entre un temperamento de tipo ansioso por parte del bebé con dificultades en la construcción del vínculo (Domènech & Cuxart, 1998). El sueño y el temperamento que percibe la madre con relación al bebé son esenciales en el desarrollo del vínculo materno-infantil de forma positiva o de forma negativa, ya que la madre puede construir una percepción sobre la crianza de su hijo calificándolo de fácil o difícil de controlar y/o calmar, y de esta percepción predisponer y permear a la madre en su respuesta afectiva.

Existen además factores propios de la madre que afectan de manera indirecta el vínculo, pero que tiene un efecto en el bienestar emocional de la madre y logran afectar la construcción del vínculo materno-infantil entre la madre y el bebé, por ejemplo, que la madre tenga o no una buena autoestima la cual se relaciona con el tipo de relación de la que es capaz de formar la madre con sus hijos. Para Armijo y Bolaños la relación madre-hijo se puede ver permeada por las experiencias de la madre durante el embarazo, características de la personalidad de la madre, y sus redes de apoyo ya sean familiares y/o sociales y el ajuste a la nueva dinámica familiar (p. 91 2000, citado por Conejo y Rojas 2012) .

Antolin (p. 92 2005, citado por Conejo & Rojas, 2012) menciona que la lactancia es un factor que coadyuva en el vínculo materno-infantil y es que la percepción de una lactancia

complicada puede provocar en la madre sentimientos de culpa, inseguridad o de ser una madre insuficiente.

8.5 Instrumentos para evaluar el vínculo materno-infantil y la salud mental materna.

Derivados de necesidades clínicas y de investigación, se han generado instrumentos que permiten la evaluación de la calidad del vínculo materno-infantil y la salud mental materna.

Algunos de los más usados se describen a continuación.

- Inventario de Yale de pensamientos y acciones de los padres - Revisado (YIPTA-R) (Leckman, J., Mayes, L., Feldman, R., Evans, D., King, R., Cohen, D. 1999).

Es una entrevista semiestructurada que tiene objetivos de evaluación clínica, construida para ser usada por médicos con experiencia, con el objetivo de identificar características específicas sobre los pensamientos y comportamientos de los padres relacionados con la crianza. Cuenta con 6 dominios descritos en la Tabla 6.

Tabla 6.

Descripción de Inventario de Yale de pensamientos y acciones de los padres - Revisado (YIPTA-R).

Dominio	Descripción
1.- Cuidado	Pensamientos y acciones de cuidado sobre el bebé,
2.- Relación	Pensamientos asociados a la construcción del desarrollo y relación con el bebé
3.-Preocupación	Preocupaciones, pensamientos y conductas de los padres en el bebé
4.- Pinacephp (Aithab)	Pensamientos intrusivos ansiosos y conductas de evitación perjudiciales hechas por los padres.
5.-Padre positivo	Percepción de la experiencia positiva con la paternidad (suma de los adjetivos positivos o negativos que describe de la experiencia de ser padre).

6.- Bebé positivo Suma de los adjetivos positivos o negativos que describen la percepción de la experiencia positiva con el bebé.

Fuente: Leckman et al., (1999). Early parental preoccupations and behaviors and their possible relationship to the symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100:1-26.

Respecto a los rubros de cuidado, relación, preocupación y Aithab, se califica a través de una escala de 5 puntos; ausente (0), rara (1), ocasional (2), frecuente (3) y muy frecuente (4), en otras variables solo se describe si hay ausencia o presencia a través de 2 puntos; ausente (0) y presente (1). Finalmente, en los apartados de padre positivo y bebé positivo se les pide a los padres que elijan de una lista con adjetivos negativos y positivos previamente elaborada que ya tiene establecido puntajes negativos y positivos, los que consideren que, mejor describen su experiencia, para así obtener la sumatoria de ambas puntuaciones (Kim et al., 2015; Leckman, et al., 1999; Palacios-Hernández, 2016).

- CARE-Index (Mckinsey, 2005)

Este método se utiliza con el objetivo de evaluar la calidad de la interacción entre la madre/cuidador y bebé (Mckinsey, 2005), aunque también puede utilizarse con otros adultos. La edad de evaluación del bebé es a partir del mes 0 hasta los dos primeros años. Se evalúa a través de una interacción grabada con una duración de 3 minutos, misma que puede ser en el hogar, escenario clínico, o un laboratorio de investigación, específicamente en condiciones controladas. Se evalúan 3 escalas en la madre: 1) sensibilidad, 2) control y 3) falta de respuesta. En el bebé son 4 las dimensiones evaluadas: 1) cooperatividad, 2) compulsividad, 3) dificultad y 4) pasividad. La sensibilidad que tiene la madre hacia su bebé se identifica a través del juego y conductas hacia el bebé, evaluando así la relación entre ambos. Las dimensiones de cada uno (madre y bebé) se evalúan independientemente,

posteriormente se realiza una sumatoria de los puntajes, con el fin de obtener siete puntajes y se obtiene el perfil de cada escala.

- Entrevista de Evaluación contextual de la experiencia de maternidad (CAME)

El objetivo de la entrevista CAME es identificar el contexto psicosocial para la experiencia de la maternidad e indagar sobre la vida de las mujeres en esta etapa. La entrevista identifica los principales factores de riesgo de trastornos emocionales en mujeres en el embarazo y posparto. Evalúa 3 dimensiones 1) adversidades o estresores recientes de la vida, 2) calidad del apoyo social y las relaciones clave, incluye la relación de pareja, 3) sentimientos maternos hacia el embarazo, maternidad y el bebé (Bernazzani, y otros, 2005).

- Entrevista Birmingham de Salud Mental Materna.

En 1993 inician los trabajos sobre la entrevista Birmingham en la unidad Queen Elizabeth Mother and Baby en Birmingham, Reino Unido y su versión se reporta en 1996 como resultado de la colaboración de un grupo de especialistas y un estudio con 100 entrevistas de madres que publican el texto *Motherhood and Mental Health* (Brockington & Guedeney, 2008; Brockington et al., 2017). Derivado de este trabajo creció el interés por las primeras traducciones a diferentes idiomas, entre ellas el español y con esto nuevas ediciones. En 1998 se desarrolló la cuarta edición, mientras que la quinta edición contó con 120 ítems y 175 calificaciones, en 2006 la quinta edición fue publicada con el nombre de la Entrevista de Birmingham para la salud mental materna (Brockington et al., 2006). Esta entrevista consta de 120 ítems obligatorios y 175 clasificaciones, dicha entrevista contó con la traducción a 9 idiomas y se utilizó en diferentes investigaciones de diferentes países. En

2014 se reunieron expertos de varias naciones para producir una versión con mejoras lo que dio como resultado la Entrevista Stafford de Salud Mental Materna. (Brockington et al., 2017).

- Entrevista Stafford de Salud Mental Materna.

Corresponde a la sexta edición de la Entrevista Birmingham actualizada en 2014, que cambió de nombre a Entrevista Stafford de Salud Mental Materna, 6ta Edición, (Brockington et al., 2017). Tiene el objetivo de explorar el estado emocional durante el embarazo, parto y posparto y obtener un diagnóstico clínico sobre la presencia/ausencia de una alteración en la vinculación entre una madre y su bebé durante el posparto temprano. Esta entrevista indaga sobre los factores sociales, psicológicos y psiquiátricos de un solo embarazo y la relación madre-hijo hasta un año de puerperio y puede ser usada con madres de diversas culturas. La entrevista puede ser implementada por personal formado y que esté inmerso en el ámbito de la salud mental perinatal ya sea en la práctica clínica, docencia o investigación.

La entrevista puede ser administrada hasta el primer año de posparto de forma completa o en secciones o apartados dependiendo del momento en que sea entrevistada la madre. Puede ser aplicada en una sola sesión, sin embargo, se sugiere que sea administrada hasta en 3 sesiones con duraciones aproximadamente de 2 horas por sesión debido a lo extenso de la misma. Puede ser aplicada en el ámbito clínico o comunitario, la entrevista permite al entrevistador flexibilidad ya que al ser utilizada en diferentes culturas el entrevistador puede omitir temas específicos que pueden ser rechazados por ciertas culturas.

El entrevistador registra la información de la madre/paciente lo más exacto posible a la narrativa de la entrevistada, aunque también se pueden hacer uso de audio y video. La finalidad de una buena transcripción de las respuestas de la entrevistada es que sea lo más exacta posible, de forma que otros evaluadores puedan identificar la sintomatología y gravedad presentes y determinar si existe o no una alteración en el vínculo materno-infantil.

El contenido de la entrevista se puede dividir en 2 secciones:

1.-Sección pre-parto; consta de 4 apartados

1.1 Introducción: Se abordan de manera general el motivo de la derivación de la madre, así como los eventos más significativos en la vida de la madre y se indaga sobre trastornos psiquiátricos antes del parto.

1.2 Antecedentes sociales, psicológicos y obstétricos: explora sobre las condiciones que rodean el embarazo, salud física y reacción al embarazo, así como la respuesta emocional a la apariencia física, relación con la pareja, esposo, padre del bebé, familia, hijos amigos y redes de apoyo emocional y prácticos con los que cuente la madre. Por último, se indaga sobre los sacrificios realizados en el estilo de vida y eventos adversos y dificultades en el embarazo.

1.3 El niño por nacer: Indaga sobre las preocupaciones existentes en torno al aspecto social y médico, se explora además la interacción por parte de la madre y otros miembros con el feto.

1.4 Cambios emocionales y trastornos psiquiátricos antes del parto: explora la salud mental, así como las preocupaciones de la madre en ésta etapa, así como una

identificación de sintomatología de ansiedad, depresión, síntomas obsesivos/compulsivos y demás trastornos psiquiátricos, como la psicosis posparto.

2.- Sección posparto: consta de 5 apartados

2.1 Parto: identifica los eventos obstétricos, así como el estado mental de la madre antes y después del parto, así como la salud del recién nacido.

2.2 Antecedentes hasta el puerperio: explora la reacción del padre, del bebé, de otros miembros de la familia, la reacción afectiva de la madre al recién nacido, así como eventos importantes en la adaptación al mismo (p.e. horas de sueño, lactancia)

2.3. Trastornos psiquiátricos en el posparto: se examina la presencia de sintomatología que indique ansiedad, depresión posparto, psicosis posparto, etc.

2.4 Relación madre-bebé: hace referencia al temperamento del bebé, la adaptación e involucramiento de la madre con el cuidado del recién nacido, la respuesta emocional de la madre hacia su bebé y la identificación de ira y abuso hacia él bebé por parte de la madre. Esta sección puede utilizarse de manera autónoma o bien junto con el PBQ (Brockington et al, 2006c.), como fue utilizada en esta investigación.

2.5 Diagnóstico y plan de tratamiento: en este apartado hace referencia a las características a resaltar de la entrevista, donde se registran las observaciones acerca del curso de la entrevista y aspectos a tomar en cuenta acerca del diagnóstico, satisfacción del tratamiento psiquiátrico, así como la emisión de un diagnóstico clínico por parte del entrevistador.

8.6 Efectos de salud mental derivados de experimentar desastres naturales.

Existen diferentes manifestaciones de la naturaleza, sin embargo depende de la intensidad, frecuencia y condiciones de vulnerabilidad de un lugar lo que puede llevar a convertir estas manifestaciones en desastre natural. Son consideradas desastres cuando tienen afectaciones nocivas en las personas y comunidades y efectos que representan un riesgo potencial que amenaza la salud de la población (Organización Panamericana de la Salud, 2000) y sectores productivos, provocando daños y pérdidas en los servicios, infraestructura y vidas humanas, (Espinoza, 1900) empeorando las condiciones de vida afectando en distintos grados, condiciones de salud, económicas, sanitarias y sociales, alterando la actividad cotidiana, representando un peligro y escenario de vulnerabilidad en poblaciones específicas ante los efectos de estos fenómenos. La OPS (2000) describe algunos problemas sanitarios comunes derivados de los desastres naturales como, reacciones sociales, incremento de enfermedades transmisibles, desplazamiento de la población, problemas en la alimentación y nutrición, abastecimiento de agua y servicios de saneamiento, problemas en la salud mental de la población afectada y daños a la infraestructura sanitaria. Los desastres naturales son el resultado de la combinación de los fenómenos naturales y el grado de vulnerabilidad social, económica y ambiental de una comunidad.

De acuerdo a la Estrategia Internacional de las Naciones Unidas para la Reducción de Desastres (EIRD) en el 2009, los desastres naturales se pueden agrupar en cuatro categorías; 1) dinámicos internos de la tierra: sismos, maremotos, erupciones volcánicas, estos tipos de fenómenos no se pueden predecir o evitar 2) dinámicos externos de la tierra:

deslizamientos de tierra, derrumbes, aluviones, estos fenómenos van asociados a alteraciones causadas por el hombre³) meteorológicos e hidrológicos: relacionados con variaciones en la temperatura de la atmósfera y los océanos y son responsables de fenómenos meteorológicos como huracanes, tornados, precipitaciones, inundaciones y fenómenos hidrológicos y 4) origen biológico: causados por la reproducción de bacterias virus y toxinas que pueden ocasionar la muerte.

La movilización, urbanización y crecimiento poblacional han provocado el desplazamiento de habitantes hacia ubicaciones geográficas de frecuente actividad sísmica alrededor del planeta, resultando en un incremento en la vulnerabilidad de la población, ante un desastre natural y las consecuencias como muertes, lesionados, daño a las estructuras, interrupción de la vida cotidiana y efectos psicológicos a corto, mediano y largo plazo.

Cuando sucede un desastre natural se ponen en marcha diferentes protocolos que van desde la evacuación y movilidad hasta la atención de la salud. Es importante que los gobiernos cuenten con acciones específicas en caso de que se presente alguna catástrofe, desde preparar programas de evacuación, hasta planear y agilizar los servicios de salud que atenderán a las probables víctimas. Sin embargo las estrategias de atención no se reducen únicamente a acciones durante la duración de la catástrofe sino que es necesario implementar acciones orientadas hacia la prevención de probables cuadros psicológicos y enfermedades, también criterios que permitan identificar a las personas que necesitan de intervenciones especializadas en cualquier ámbito (Alvarez & Bucay, 2018), así como el seguimiento de la población afectada.

Datos arrojan que en el 2013 se identificó que entre 1980 y 2009 alrededor de 372,634 personas murieron, y alrededor de un millón tuvieron lesiones, y un aproximado de 16

millones de personas se quedaron sin hogar debido a los terremotos en este intervalo en todo el mundo, (Doocy, Daniels, Packer, Dick, & Kirsch, 2013). Estos resultados nos indican que esta población podrá presentar factores de riesgo que los vuelve vulnerables a padecer algún trastorno en la salud, física y mental posterior a la exposición a un desastre natural, teniendo como consecuencias alteraciones en su calidad de vida, provocando diferentes trastornos de carácter psicológico (Ren, Chiang, Jiang, Liu, & Pang, 2014).

Evidencia científica reporta la prevalencia de algunos trastornos mentales después de un terremoto en algunos grupos estudiados, como el caso del TEPT el cual tiene una prevalencia que varía entre el 19.5% y 28.8%, a su vez los cuadros depresivos como el Trastorno depresivo mayor y trastorno distímico, presentan una prevalencia del 11.1% (Chang, et al., 2012). Cuadros ansiosos, como fobias específicas arrojan un porcentaje del 30.2%, agorafobia el 17.5% y el trastorno de ansiedad social presentan una prevalencia de 11.1% (Hussain, Weisaeth, & Heredero, 2011). Por su parte Wenjie et al., (2016) reportan una influencia en la tasa de intentos de suicidio en las víctimas de terremotos (Nishio et al., 2009)

Confirmando estos resultados, Norris en 2013 (Alvarez & Bucay, 2018), identificó en poblaciones damnificadas la presencia de un aproximado de 10 al 15% de personas que desarrollaron TEPT a un mes después de desastres naturales. La aparición de cuadros específicos y su relación con trastornos psicológicos a largo plazo, como resultado de la exposición a un desastre natural, ha sido confirmada en varios estudios (Basoglu, Klilic, Salcioglu & Livanou, 2004; Chang et al., 2012; Salcioglu, Basoglu & Livanou, 2007) reportan que la depresión y el TEPT son los dos trastornos psiquiátricos más usuales en población damnificada e identificaron una comorbilidad entre ambos.

Sin embargo, aún son limitados los estudios que abordan la magnitud de los síntomas psicológicos después de un desastre natural, además de existir una infinidad de variables que pueden influir en la formación de un trastorno psicológico, escenarios que van desde el tipo de población, contexto sociocultural y variables sociodemográficas (Chang, et al., 2012; Harville, Xiong, & Buekens, 2010).

Estudios han identificado a las mujeres como un grupo vulnerable posterior a eventos donde se exponen a altos niveles de estrés, afectando las posibilidades de crear estrategias que les permitan afrontar un escenario de dicha dimensión (Wenjie et al., 2016). El grupo de mujeres en etapa perinatal se convierte en un grupo doblemente vulnerable a desarrollar alteraciones psicológicas frente a desastres naturales, que dan indicios de probables dificultades que pueden presentarse en las madres en el periodo de posparto, mismas que pueden incrementar a partir de la vivencia de experiencias traumáticas (Pierce et al., 2020). El efecto de desastres naturales en la salud mental materna dependerá de las estrategias, recursos y apoyo que tenga la madre para adaptarse al periodo perinatal posterior a eventos altamente estresantes.

8. 6.1 Exposición a terremotos y sus efectos en salud mental perinatal.

México se encuentra ubicado en una de las zonas con alta actividad sísmica del planeta debido a su ubicación dentro del cinturón de Fuego del Pacífico (Salazar -Arbelaez, 2018) donde se reporta que el 81% de los terremotos más intensos en toda la historia han ocurrido en esta región (Doocy et al., 2013).

Algunos de los factores de riesgo reportados por estudios previos, asociados a la formación de trastornos psicológicos después de un terremoto son: ser de género femenino,

edad avanzada, bajo nivel educativo, antecedentes de trastornos mentales, grado de exposición al evento catastrófico, pérdidas materiales, interrupción de sus actividades cotidianas, presenciar la muerte repentina de un ser querido y sensación de intenso miedo (Chang et al., 2012).

Evidencia científica identifica que las mujeres embarazadas y en posparto que presencian algún desastre natural o eventos traumáticos ambientales como atentados u otro tipo de ataques, son en especial vulnerables. El estrés ocasionado derivado de experimentar alguna situación relacionada con un desastre natural puede tener influencia en el bienestar materno y de los hijos, incluso más que otros estresores que pudieran presentarse en este grupo específico (Harville, Xiong, & Buekens, 2010).

La depresión y el estrés postraumático son los cuadros psicológicos más descritos en los estudios que relacionan los desastres naturales a alteraciones de la salud mental perinatal. Para Brummelte & Galea (2010) la depresión está relacionada con niveles altos de glucocorticoides, una alta cantidad de estos receptores en el sistema nervioso central que se relaciona con la aparición de insomnio, ansiedad, inestabilidad emocional, irritabilidad, alteraciones de memoria y depresión y en ocasiones producen brotes psicóticos (López & Durán, 2009).

Algunos estudios reportan que el grado de exposición al que se encuentra una madre durante el desastre natural, es uno de los principales factores de riesgo, así como el tipo de experiencia que haya tenido durante el desastre. (Brock et al., 2015; Saulnier & Brolin, 2015) identificaron que la ansiedad es significativamente alta como reacción psicológica a un desastre, en especial un terremoto y la presencia de sintomatología negativa, lo cual puede tener efectos en el periodo del embarazo y el posparto, incluso más que la depresión.

También se identifican variables como el apoyo familiar, social y de la pareja recibido después del desastre natural que funcionan como factores de protección y que sirven para proveerla a la madre, de una sensación de seguridad y apoyarle en configurar estrategias exitosas de afrontamiento frente al trauma y el estrés de la etapa perinatal (Badakhsh, Harville, & Banerjee, 2010; Brock et al., 2015).

Lo anterior sugiere una relación entre el efecto de experimentar un terremoto con intensidad elevada en la etapa perinatal y las consecuencias en la salud física y mental de la mujer y su bebé que pueden provocar un desequilibrio generado por la experiencia de presenciar un terremoto con alteración tanto a corto como a largo plazo (Xu, Herman, Bentley, Tsutsumii, & Fisher, 2014).

Algunos de los principales resultados arrojados por estudios previos que valoraron los efectos de terremotos en la salud mental perinatal se detallan en la Tabla 7.

Tabla 7

Investigaciones que evalúan los efectos de haber presenciado terremotos en la salud mental materna en etapa perinatal

Autores y país	Objetivo	Características	Variables estudiadas	Resultados
(Oyarzo, y otros, 2012) Chile	Identificar si el terremoto del 27 de Febrero está asociado con resultados perinatales adversos en mujeres Chilenas.	Mujeres que vivieran el terremoto en cualquier trimestre del embarazo.	-Depresión -TEPT	Los terremotos en la etapa perinatal conllevan riesgos de trastornos psicológicos en la mujer los cuales dependen del trimestre en el que se haya vivenciado.
(Xu et al., 2014) Japón	Evaluar si el perder un hijo en un terremoto tiene repercusiones en hijos posteriores.	Mujeres que perdieron un hijo durante un terremoto y que volvieron a embarazarse y mujeres que no volvieron a embarazarse.	-Depresión -TEPT -Ansiedad	Se identifica que madres con recién nacidos después del terremoto son vulnerables a presentar síntomas psicológicos, relacionados con ansiedad, depresión, y TEPT.
(Hibino, Takaki, Kambayashi, Hitomi, & Sakai, 2009) Japón	Evaluar el impacto de un terremoto en la salud y el estrés de mujeres que durante el embarazo y el posparto vivieron un terremoto.	99 mujeres que participaron durante el embarazo y el posparto temprano.	-Depresión -Edad -Estado civil -Edad gestacional -Días de posparto	-La variable ansiedad fue significativamente alta, indicando que es probable que un terremoto conlleve a síntomas psicológicos negativos. -Las mujeres primerizas son vulnerables a sintomatología depresiva por falta de experiencia durante el embarazo.
(Harville, Xiong, & Buekens, 2010) E.U.A.	Examinar la evidencia existente sobre el efecto de desastres naturales sobre la salud perinatal.	Revisión sistemática sobre desastres naturales en el embarazo.	-Ataques terroristas -desastres ambientales/químicos/ y desastres naturales como huracanes y terremotos	La gravedad de la exposición es el principal predictor de problemas de salud mental entre mujeres embarazadas y posparto. -Mujeres con antecedentes de ansiedad son vulnerables a cuadros de depresión perinatales.

El jueves 19 de septiembre de 1985 se registró un terremoto con una magnitud de 8.1 en la escala Richter con epicentro en las costas de Michoacán y Guerrero, México (Centro de instrumentación y registro sísmico a.c., s.f.) dejando un estimado de 20 mil muertos y pérdidas alrededor de 8000 millones de dólares (Ledezma, 2017). En una encuesta realizada a 532 mexicanos después del terremoto del 19 de septiembre de 1985 entre los meses de octubre y noviembre del mismo año, se detectó una prevalencia del 32 % de síntomas de TEPT (Tapia et al., 1987). A 32 años después de esta catástrofe se vivió nuevamente un terremoto, ahora de 7.1Mw, en el centro de México, con epicentro en Axochiapan, Morelos. Datos obtenidos en un estudio retrospectivo después del terremoto del 19 de septiembre del 2017 reportaron que las consultas de emergencias psiquiátricas aumentaron, siendo las mujeres quienes solicitaron mayormente esta atención con un 67.1%. Dentro de las reacciones que se registraron después del terremoto, se identificaron estrés agudo, trastornos de adaptación y estrés severo como las principales reacciones donde nuevamente las mujeres representaron la mayoría de estas consultas en un 82% (Fresán et al., 2019).

Si el efecto de un terremoto puede tener resultados negativos sobre la calidad de vida, salud y efectos psicológicos en las personas, es importante estudiar su influencia cuando éste sucede en el periodo perinatal particularmente para identificar factores de riesgo, efectos psicológicos y las estrategias de afrontamiento y así poder comprender la relación entre los terremotos y el efecto en la salud mental en el periodo perinatal con el fin de brindar las intervenciones adecuadas para estos grupos de población.

9. Justificación y Planteamiento del problema

El lazo afectivo entre una madre y su bebé es esencial a partir del nacimiento para la supervivencia del bebé, sin embargo, durante el embarazo, parto y el posparto, se pueden experimentar eventos adversos además de los constantes cambios, bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que pueden repercutir en la mujer, como situaciones externas que provoquen un alto estrés o preocupación en la madre, haciéndola propensa a una situación de mayor vulnerabilidad ante trastornos psicológicos (Medina, 2013). Estos factores de riesgo pueden tener una afectación emocional en la madre (Palacios-Hernández, 2016) que coadyuven en la aparición de un desorden en el vínculo materno-infantil y por consecuencia efectos en la relación con el bebé.

Por esta razón es importante estudiar los escenarios donde además de estar presentes los factores estresantes propios del periodo gestacional se sumen los relacionados con el entorno; factores de riesgo propios del medio ambiente, como puede ser presenciar un terremoto de gran magnitud. Existe evidencia científica que indica que las catástrofes naturales como los terremotos, se relacionan con resultados perinatales nocivos que afectan de forma perjudicial el embarazo, así como el cuidado de la salud materno-infantil. En las últimas dos décadas se han reportado que entre 20 y 50% de las víctimas que presencian un terremoto pueden presentar alguna disfunción o alteración psicológica aguda o trastorno relacionado con el estrés (Hseuh-ling, Ting-Chang, Tzou-Yien, & Shian-Shu, 2002) y estudios realizados en otros países, con mujeres que presenciaron un terremoto durante el embarazo indican que existen repercusiones psicológicas en las madres después de presenciar un terremoto/terremoto intenso. En algunos casos como el de Chile (Oyarzo et

al., 2012) identificó que mujeres que se encontraron expuestas durante su embarazo a un terremoto intenso (n=69) presentaron sintomatología de depresión moderada. A su vez Zhiyong reporta en una investigación realizada en China que de una n= 317, el 29% de las mujeres estudiadas presentaron síntomas depresivos, identificando que el 14.2 % cumplían criterios de depresión moderada o depresión grave dentro de la primera semana de posparto (Zhiyong, et al., 2012). Hasta la fecha no se detectan estudios sobre los efectos en la salud mental en mujeres en etapa perinatal en México, que hayan experimentado desastres naturales.

Ante los desastres o catástrofes naturales la atención de la salud mental es una necesidad prioritaria ya que dentro de las respuestas de las personas en escenarios de este tipo se pueden experimentar sentimientos que van desde la angustia hasta el trastorno de estrés postraumático pasando por cuadros como la ansiedad, consumo de sustancias depresión (Villamil, 2014) o suicidio (Nishio et al., 2009) que en algunos casos suelen empeorar sin atención.

Presenciar un terremoto podría desencadenar efectos psicológicos negativos en la salud mental materna y con esto incidir en efectos adversos en el desarrollo psicosocial de los bebés. Por lo anterior la salud mental frente a situaciones de desastres naturales es de suma importancia de ser evaluada y atendida como parte de las acciones de reconstrucción social y requiere no solo de la reconstrucción de viviendas sino también de la implementación de evaluaciones que incorporen aspectos y realidades de todos los sectores y grupos en los que exista un abordaje desde la salud mental perinatal.

En México, se cuenta con escasa evidencia científica que analice los efectos de salud mental derivados de la exposición a desastres naturales durante el periodo perinatal, por lo

anterior y derivado de la presencia cada día más frecuente a terremotos, inundaciones y eventos sociales que exponen a la población en nuestro país a altos niveles de estrés, la presente investigación busca responder si el momento de la exposición a un sismo durante o antes del embarazo influye en la calidad de la vinculación materno-infantil a través de las siguientes preguntas:

9.1 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las repercusiones en la salud mental materna perinatal de experimentar un terremoto intenso durante el embarazo a diferencia de aquellas que lo experimentan en una etapa previa?
- ¿Cómo afecta a una mujer la exposición a un terremoto intenso durante el periodo del embarazo y cuál es la diferencia, en comparación a su experimentación antes del embarazo en la calidad de la vinculación materno-infantil en el posparto temprano ?

10. Objetivos

10.1 Objetivo General.

Analizar y comparar la calidad del vínculo materno-infantil y la salud mental materna durante el primer año de posparto en madres que experimentaron el terremoto del 19 de septiembre del 2017 con epicentro en Morelos, México durante su embarazo y en madres que lo experimentaron antes de su embarazo.

10.2 Objetivos específicos.

- Explorar retrospectivamente la salud mental materna durante la etapa perinatal (embarazo, parto y posparto) así como factores asociados (calidad de la relación de pareja, percepción de apoyo social, salud perinatal) en madres que experimentaron el terremoto del 19 de septiembre del 2017 durante y antes de un embarazo.
- Evaluar y comparar la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad durante el primer año de posparto, en madres que experimentaron el terremoto del 19 de Septiembre del 2017 durante el embarazo y aquellas que lo hicieron antes del embarazo.
- Explorar retrospectivamente la reacción psicológica de la madre durante y después del terremoto del 19 de Septiembre del 2017 y su asociación con la calidad del vínculo materno-infantil durante el primer año de posparto.
- Diagnosticar la presencia o ausencia de una alteración del vínculo materno infantil durante los primeros doce meses de posparto en madres que experimentaron el terremoto del 19 de septiembre del 2017 antes y durante su embarazo.

11. Método

Este estudio forma parte de un proyecto de investigación titulado “**Salud mental materna y vínculo materno-infantil en una muestra de madres en el estado de Morelos, México**” conducido por investigadores del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México.

11.1. Diseño

El presente estudio se realizó mediante un diseño comparativo retrospectivo no experimental ya que se analizaron las variables entre dos grupos independientes. Es retrospectivo debido a que se examinó un evento que ha tenido lugar con anterioridad, (la experimentación del terremoto del 19 de Septiembre del 2017) con análisis e interpretación posterior (Ato & Vallejo, 2015) sin manipulación de las variables (Hurtado & Toro, 2007).

El enfoque de la investigación es mixto, **CUALI**-cuantitativo, mediante el uso de la estrategia de triangulación, con la intención de obtener los resultados mediante dos métodos, reforzando o no la validez de los resultados (Bericat, 1998). Se privilegiará el análisis de datos de forma cualitativa mediante el uso de la técnica de la entrevista semiestructurada, con análisis del contenido mediante la técnica *template analysis* o *análisis con plantillas* que permita un análisis de los datos textuales por medio de la identificación de temáticas y comparación del discurso (Hindrichs, 2020), e integración de diagnósticos clínicos, y de forma simultánea se recolectarán datos cuantitativos con escalas y cuestionarios para analizar las variables relacionadas entre sí.

11.2. Participantes

El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional puesto que se seleccionó a las participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión (Martínez, 2006) y

con la estrategia de bola de nieve al considerarse la población de difícil reclutamiento (Icart, Fuentelsaz, & Pulpón, 2006), por las condiciones que implica el periodo de posparto y los criterios de inclusión de la muestra. Se identificaron e invitaron a participantes clave, mismas que guiaron hacia más participantes con las mismas características, (madres en el primer año de posparto) interesadas en participar, hasta obtener el número de participantes deseadas. Se reclutó un total de 30 madres que fueron organizadas en dos grupos;

- **Grupo 1:** 15 madres que tengan un bebé de 1 a 12 meses de vida y que hayan experimentado el terremoto del 19 de septiembre del 2017 durante el embarazo y fueron evaluadas durante el posparto.
- **Grupo 2:** 15 madres que tengan un bebé de 1 a 12 meses de vida y que hayan experimentado el terremoto del 19 de septiembre del 2017 antes del embarazo y fueron evaluadas durante el posparto.

Criterios de inclusión

Grupo 1

Los criterios de inclusión para esta investigación fueron:

- Madres que hayan experimentado el terremoto durante la etapa gestacional sin importar el trimestre.
- Ser residentes en el estado de Morelos.
- Hallarse dentro del periodo perinatal de 1 a 12 meses de posparto,
- Saber leer y escribir en español.

-Aceptar participar en una evaluación de hora y media junto al bebé de forma voluntaria haber expresado su consentimiento por escrito.

Grupo 2

-Haber experimentado el terremoto antes de la etapa gestacional.

-Ser residentes en el estado de Morelos.

-Hallarse dentro del periodo perinatal de 1 a 12 meses de posparto.

-Saber leer y escribir en español.

-Aceptar participar en la evaluación de hora y media junto al bebé de forma voluntaria y haber expresado su consentimiento por escrito.

Criterios de exclusión

Se excluirá a las mujeres en ambos grupos que cumplan las siguientes características

- Haber experimentado el terremoto después de la etapa gestacional.
- No residir en el estado de Morelos en el momento de evaluación.
- Tener más de 12 meses de posparto.
- No saber leer y escribir en español.
- Aceptar participar en el estudio de forma no voluntaria o por cualquier tipo de presión familiar o social.
- No haber expresado su consentimiento por escrito.
- No completar el protocolo de evaluación.

11.3 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Para la obtención de los datos sociodemográficos y de salud reproductiva materna /perinatal se utilizó un cuestionario diseñado Ad hoc. (Palacios-Hernández, 2017)

La recolección de los datos adicionales del estudio fueron obtenidos con los instrumentos y técnicas descritos en la Tabla 8.

Tabla 8

<i>Instrumentos y Técnicas de recolección de datos</i>		
<i>Variable</i>	<i>Instrumento Cuantitativo</i>	<i>Técnica de Recolección Cualitativa</i>
Salud Mental Materna Depresión	Posparto <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo [EPDS] (adaptación mexicana de Alvarado - Esquivel, C. et al. 2006) (posparto) 	Entrevista Stafford de Salud Mental Materna, 6ta Edición, (Brockington et al, 2017) Depresión Prenatal y Posparto: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Stafford de Salud Mental Materna, 6ta edición (Brockington I. , y otros, 2017)
Ansiedad	Posparto <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Ansiedad Perinatal/Postnatal [PASS] (Somerville et al, 2014) 	Prenatal y Posparto: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Stafford de Salud Mental Materna, 6ta edición, (Brockington I. , y otros, 2017)
Vínculo materno-infantil	Posparto <ul style="list-style-type: none"> • Test de Vínculo en el posparto [PBQ] (Brockington et al., 2006c.) • Escala de Apego Materno en el posparto [Maternal Postpartum Attachment Scale: MPAS] (Condor and Corkindale 1998) • Escala de Vínculo Madre- Infante [Mother-to-infant Bonding Scale, MIBS] (Taylor et al, 2005) 	Sección de Vínculo-Materno infantil <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Stafford de Salud Mental Materna, 6ta edición, (Brockington I. , y otros, 2017)
Secuelas psicológicas del terremoto	<ul style="list-style-type: none"> • Versión adaptada del EDN • Versión larga del EDN 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 preguntas adicionales aplicadas durante la entrevista.

Salud mental materna.

Se realizó, una evaluación clínica por medio de la aplicación de una versión reducida de la Entrevista Stafford de Salud Mental Materna, 6ta Edición, (Brockington et al, 2017), ,(Ver Ápendice 6) con la finalidad de explorar el estado emocional durante el embarazo, parto y posparto y obtener un diagnóstico de la presencia/ausencia de una alteración en la vinculación entre una madre y su bebé durante el posparto temprano.

Esta entrevista es semiestructurada que tiene objetivos de evaluación clínica, indaga sobre los factores sociales, psicológicos y psiquiátricos de un solo embarazo y la relación madre-hijo hasta un año de puerperio, puede ser usada con madres de diversas culturas.

Para fines de esta investigación se realizó una selección de preguntas que se identificaron como aquellas que sondean información específica. La versión reducida integró preguntas que recolectan información centrada en la experiencia desde la planeación y durante el embarazo, el bebé por nacer, en la interacción con el feto, preocupaciones médicas y sociales, factores sociales, psicológicos y psiquiátricos, posteriormente la experiencia del parto y el posparto, incluyendo la sección completa que evalúa la relación madre-hijo, la cual aborda características infantiles y afectación de la madre en el cuidado, respuesta afectiva de la madre a su bebé, ira y abuso hacia el bebé.

Las preguntas que sondeaban la información general y los antecedentes fueron tomadas de 3 secciones, mismas que se enlistan a continuación:

1.- Sección titulada “antecedentes sociales, psicológicos y obstétricos” y de las subsecciones que comprenden lo siguiente:

- las circunstancias de la madre en el momento de la concepción, planificación del embarazo, la respuesta y respuesta de otros
- Relaciones con el esposo o pareja y el apoyo emocional y práctico disponible
- Cambios realizados en el estilo de vida, sacrificios realizados, eventos adversos y dificultades, realizando una evaluación general de los factores favorables y adversos.

2.- De la sección sobre trastornos psiquiátricos se incluyeron las preguntas que exploran salud mental de la madre preocupaciones de la madre, ansiedad, síntomas obsesivos/compulsivos, depresión irritabilidad, así como síntomas psiquiátricos.

3.- Referente a la sección de posparto se tomaron en cuenta preguntas relacionadas a los trastornos psiquiátricos en el posparto.

Sección de vínculo madre-bebé de la Entrevista Stafford de Salud Mental Perinatal.

Esta sección contiene 20 ítems que, pueden utilizarse de manera autónoma o bien junto con el PBQ (Brockington et al., 2006c.). Dentro de la sección mencionada se abordan tres rubros; características infantiles y afectación materna en la atención, la respuesta emocional de la madre hacia su bebé, y la ira y abuso que pudieran presentarse hacia el bebé.

Depresión posparto: EPDS.

Para evaluar la sintomatología de depresión en el posparto se utilizó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo [EPDS] en su versión adaptada y validada para población mexicana (Alvarado-Esquivel et al., 2010).

Consta de 10 ítems en escala tipo Likert, con una confiabilidad moderada reportada por un coeficiente Alfa de Conbrach de 0.818. El propósito del instrumento es detectar depresión

en el periodo del embarazo y posparto. Tiene como punto de corte 12 o más puntos para sospecha de depresión durante la semana 0-3 de posparto y 8 o más, a partir de la semana 4 de posparto en adelante.

Ansiedad Perinatal: PASS.

Respecto a la ansiedad postnatal se aplicó una versión adaptada a población mexicana de la Escala de Ansiedad Perinatal/Postnatal [PASS] (Palacios-Hernández et al., 2019; Somerville et al., 2014), esta escala consta de 31 ítems en escala tipo Likert, el propósito es identificar a las mujeres en riesgo de ansiedad problemática en el periodo perinatal, en la etapa prenatal desde las 28 semanas de gestación y en el periodo de Posparto hasta el primer año. Evalúa cuatro factores; Ansiedad aguda y ajuste(1), preocupación excesiva y miedos específicos (2) , perfeccionismo, control y traumatismo(3) y ansiedad social(4).

Referente a la evaluación de la calidad del Vínculo materno-infantil, adicional a la sección de vínculo madre-bebé de la Entrevista Stafford de Salud Mental Perinatal, se aplicaron versiones adaptadas a la población mexicana de tres cuestionarios.

Test de Vínculo en el posparto [PBQ] (Brockington et al., 2006c.).

El objetivo es detectar trastornos en el vínculo materno infantil, consta de 25 ítems agrupados en 4 subescalas; vínculo dañado, rechazo e ira, ansiedad por cuidado y riesgo de abuso. El puntaje se obtiene con la suma total de la respuesta de cada ítem que varía de 0 a 5 puntos, indicando que a mayor puntaje, se observa mayores dificultades en la vinculación afectiva de la madre hacia su bebé. La versión original reportó una confiabilidad de

coeficiente de alfa de Conbrach de 0.86. Para el presente estudio se usó una versión adaptada a la población mexicana (Palacios-Hernández, et al., 2019).

Escala de Apego Materno en el posparto (MPAS)

La Escala de Apego Materno en el posparto o Maternal Postpartum Attachment Scale: MPAS de Condon y Corkindale (1998), tiene como propósito evaluar el aspecto afectivo de la unión madre-hijo, durante el primer año de vida del niño. Evalúa tres factores; calidad de apego, ausencia de hostilidad y placer en la interacción con el bebé. Consta de 19 ítems con respuestas en escala tipo Likert, y en su versión original reporta un índice de confiabilidad por el coeficiente de alfa de Conbrach de 0.78. El puntaje total se obtiene mediante una sumatoria de las respuestas de cada ítem y donde un mayor puntaje representa una mejor calidad del vínculo materno-infantil. Para el presente estudio, se utilizó una versión adaptada a la población mexicana (Palacios-Hernández et al.,2019).

Escala de Vínculo Madre- Infante (MIBS)

La Escala de Vínculo Madre- Infante [Mother-to-infant Bonding Scale, MIBS] (Taylor et al., 2005), tiene como propósito evaluar las emociones maternas hacia el recién nacido, consta de 8 ítems planteados en adjetivos/sentimientos (amorosa, resentida, indiferente, alegre, desagrado, protectora, decepcionada y agresiva), con respuestas que evalúan la frecuencia de su aparición mediante escala tipo Likert. El total del puntaje se obtiene sumando las respuestas de los ítems y donde un mayor puntaje indican la presencia de sentimientos negativos que reportan una peor calidad de la respuesta emocional de la madre hacia el bebé. La confiabilidad reporta por los autores originales indican un coeficiente de

Alfa de Conbrach de 0.71. En el presente estudio se usó una versión adaptada a la población mexicana (Palacios-Hernández et al.,2019).

Efectos Psicológicos por el sismo

Con relación a la evaluación de las secuelas psicológicas después del terremoto, se aplicó una versión adaptada y reducida de la Escala de las secuelas psicológicas de las inundaciones [EDN] (Ortega y Cols., 2008) La versión reducida consistió en 5 ítems abiertos para obtener la frecuencia de algunos síntomas e información cualitativa que exploró las experiencias durante el terremoto, sentimientos experimentados y el grado de afectación del terremoto sobre el estado emocional. Adicionalmente como parte de la entrevista se agregaron 3 preguntas específicas, para ahondar con mayor detalle de forma cualitativa el efecto que tuvo el sismo en el desarrollo del embarazo, estado emocional y las actividades.

11.4. Análisis de datos

Se llevaron a cabo análisis cuantitativos y cualitativos de los datos obtenidos. Para el análisis de datos cuantitativos, se construyó una base de datos que fue analizada con el Software estadístico IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) en su versión 23. Para el análisis de datos cualitativo se construyó una base en Microsoft Excel 2016 que permitió la comparación de las respuestas de las participantes organizadas por las categorías predeterminadas de la Entrevista Stafford de Salud Mental Materna, 6ta Edición, (Brockington et al., 2017).

Análisis Cuantitativo: Se utilizó el Software estadístico IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 23, y se llevaron a cabo análisis estadísticos no

paramétricos debido al tamaño de los grupos de la muestra ($n < 15$) (Tomas, kern, Hughes, & Chen, 2018) para identificar las relaciones entre las variables. En primer lugar, se generaron análisis estadísticos descriptivos que incluyó el cálculo de frecuencias, porcentajes, medias, medianas y desviación estándar de los puntajes totales de los instrumentos: EPDS, PASS, PBQ, MIBS Y MPAS y para identificar la frecuencia de sintomatología, frecuencia de las participantes que rebasaron puntos de corte de dichos instrumentos (EPDS y PASS), para detectar los casos con presencia de riesgo de cuadros patológicos en ambos grupos mediante tablas de contingencia. Se comparó la diferencia de medianas para analizar si existían diferencias significativas entre los puntajes de los instrumentos antes mencionados en ambos grupos G1 (madres que vivieron el terremoto antes del embarazo) y G2 (madres que vivieron el terremoto antes del bebé evaluado) mediante la Prueba U Mann de Whitney.

Se calcularon también, los estadísticos descriptivos de los resultados de la versión adaptada de la Escala de los efectos Psicológicos de Desastres Naturales (Ortega, Griffens, Romero, & Esparza, 2008) con identificación de las frecuencias, medias, medianas, porcentajes y desviación estándar del G1 y G2.

Análisis Cualitativo: Se utilizaron las respuestas de las participantes recolectadas mediante una versión reducida de la Entrevista Stafford de Salud Mental Materna, 6ta Edición, (Brockington et al., 2017). La versión reducida integró preguntas que recolectan información centrada en la experiencia desde la planeación y durante el embarazo, el bebé por nacer, en la interacción con el feto, preocupaciones médicas y sociales, factores sociales, psicológicos y psiquiátricos, posteriormente la experiencia del parto y el posparto, incluyendo la sección completa que evalúa la relación madre-hijo, la cual aborda

características infantiles y afectación de la madre en el cuidado, respuesta afectiva de la madre a su bebé, ira y abuso hacia el bebé. Se realizaron anotaciones literales de las respuestas de las madres por dos entrevistadores de forma independiente, con la finalidad de tener las respuestas de las madres evaluadas, lo más exacto posible, para poder dar pauta a que cualquier otro evaluador independiente con la transcripción de la entrevista pudiera emitir su diagnóstico y llegar a un consenso. Respecto a la calificación el protocolo de la Entrevista Stafford (Brockington et al., 2017) cuenta con un sistema de codificación y calificación aplicado a las diferentes respuestas probables de la madre, mismas que el entrevistador va aplicando conforme a la respuesta obtenida.

Para la clasificación de un desorden en el vínculo materno-infantil se usaron los criterios diagnósticos propuestos por Brockington et al., 2006 (Palacios-Hernández, 2016). Se hizo uso de dos entrevistadores independientes en cada entrevista con el objetivo de obtener un diagnóstico independiente para posteriormente obtener un diagnóstico consensuado. En caso de no existir consenso, se convocó a la evaluación de la entrevista por un tercer evaluador. Con los resultados de cada entrevistador, se calculó la confianza interevaluador mediante la obtención del coeficiente de Kappa de Cohen.

Posteriormente, se realizó un análisis cualitativo del contenido de los discursos de cada una de las madres recopilados en la entrevista Stafford, a través de la técnica de análisis por plantillas (Hindrichs, 2020), permitiendo realizar una categorización de las respuestas referentes a sintomatología: depresiva, ansiosa, calidad del vínculo materno-infantil, y la experiencia del terremoto para posteriormente compararlos y analizarlos.

Adicionalmente se realizó un análisis inmediato de textos en línea usando la herramienta digital *Voyant Tols* (Sinclair y Rockwell, 2016), para obtener ilustraciones en forma de nubes de palabras, e identificar las más frecuentes en el discurso de las madres.

En la tabla 9 se presenta un resumen comparativo con las diferentes técnicas utilizadas dependiendo del tipo de análisis y el objetivo propuesto.

Tabla 9

Tipo de Análisis de Datos

Objetivo Específico	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo
<ul style="list-style-type: none"> Explorar retrospectivamente la salud mental materna durante la etapa perinatal (embarazo, parto y posparto) así como factores asociados (calidad de la relación de pareja, percepción de apoyo social, salud perinatal) en madres que experimentaron el terremoto del 19 de septiembre del 2017 antes y durante su embarazo. 	<p>Análisis del contenido del discurso de la madre, identificación de las categorías preestablecidas e identificación de nuevas categorías.</p> <ul style="list-style-type: none"> Entrevista Stafford de Salud Mental Materna, 6ta Edición, (Brockington et al, 2017). 	<p>Identificar si existen trastornos en el vínculo materno-infantil</p> <ul style="list-style-type: none"> Test de Vínculo en el posparto [PBQ] (Brockington et al., 2006c.) <p>Evaluar la respuesta afectiva y el tipo de interacción entre la madre hacia su bebé durante el primer año de posparto</p> <ul style="list-style-type: none"> Escala de Apego Materno en el posparto [Maternal Postpartum Attachment Scale: MPAS] (Condor and Corkindale 1998) <p>Identificar las emociones que siente la madre hacia su recién nacido.</p> <ul style="list-style-type: none"> La Escala de Vínculo Madre- Infante [Mother-to-infant Bonding Scale, MIBS] (Taylor et al., 2005)
<ul style="list-style-type: none"> Evaluar y comparar la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad durante los primeros 12 meses de posparto, en madres que experimentaron el terremoto durante el embarazo y aquellas que lo hicieron antes del embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> Análisis de contenido de las preguntas relacionadas con depresión y ansiedad perinatal en las entrevistas. Comparación de las respuestas para identificar categorías preestablecidas. 	<p>Se realizaron análisis no paramétricos de los puntajes totales de los instrumentos debido a la distribución de la muestra (n<15) (Tomas, kern, Hughes, & Chen, 2018).</p> <p>Se comparó la diferencia de medias y medianas en el G1 (madres que vivieron el terremoto durante el embarazo) y G2 (madres que vivieron el terremoto</p>

- Identificación y agrupación de información en nuevas categorías.
 - Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo [EPDS] (adaptación mexicana de Alvarado - Esquivel, C. et al. 2006) (posparto)
 - Escala de Ansiedad Perinatal/Postnatal [PASS] (Somerville et al, 2014)

- Explorar retrospectivamente la reacción psicológica de la madre durante y después del terremoto y su asociación con la calidad del vínculo materno-infantil durante los primeros seis meses de posparto.
 - Organización del discurso de las entrevistadas con relación a su experiencia con el terremoto y las reacciones psicológicas derivadas de éste y la relación con la calidad de la vinculación materno-infantil.
 - Análisis del contenido de las respuestas de las 3 preguntas planteadas en la entrevista.
 - Realización de categorías de las respuestas obtenidas en las 3 preguntas exploratorias.

- Diagnosticar la presencia o ausencia de una alteración del vínculo materno infantil durante los primeros seis meses de posparto en madres que experimentaron el terremoto del 19 de septiembre del 2017 antes y durante su embarazo.
 - Diagnóstico clínico sobre si existe o no alguna alteración en el vínculo materno-infantil de acuerdo a los criterios propuestos por Brockington, 2006.
 - Comparación de medianas de ambos grupos a través de la prueba U de Mann Whitney
 - Versión adaptada de la Escala de Secuelas psicológicas de las inundaciones (EDN) (Ortega, Griffens, Romero, & Esparza, 2008)
 - Comparación de medianas en ambos grupos G1 y G2 con el objetivo de identificar los casos más severos en relación a posibles alteraciones en el vínculo materno-infantil con la prueba U de Mann Whitney.
 - Escala de Vínculo Madre- Infante [Mother-to-infant Bonding Scale, MIBS] (Taylor et al, 2005)
 - Test de Vínculo en el posparto [PBQ] (Brockington et al., 2006c.)
 - Escala de Apego Materno en el posparto [Maternal Postpartum Attachment Scale: MPAS] (Condor and Corkindale 1998)

Cálculo de la confianza interevaluador sobre los diagnósticos clínicos para estimar la concordancia entre los diagnósticos de presencia de alteración del vínculo materno-infantil entre dos evaluadores por medio del cálculo del Coeficiente de Kappa de Cohen.

11.5. Procedimiento

- a. Integración del Marco Teórico: Una vez realizado el planteamiento del problema, delimitación del tema, y la elección de las pruebas que conformarían el protocolo de investigación, se inició con el compendio del marco teórico de las variables estudiadas.
- b. Reclutamiento y evaluación de la Muestra: se comenzó con la recolección de la muestra, invitando a participar a las madres que cumplieran con los criterios de inclusión a través de redes sociales, radio y carteles. Subsiguientemente se agendó con las respectivas participantes a una sesión de entrevista con duración de una hora y media hasta 2 horas aproximadamente, en compañía de sus bebés. Las entrevistas con las madres y sus bebés se realizaron bajo las siguientes tres modalidades determinadas por la elección y disponibilidad de las participantes: presenciales en instalaciones del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, presenciales en los domicilios de las madres o en formato virtual usando videoconferencias mediante la plataforma de Meet Google.
- c. Una vez agendada la cita se procedió a la entrevista y aplicación del protocolo de pruebas, con la presencia de 2 evaluadores capacitados previamente al inicio de la investigación. Seguido a esto, se calificaron los instrumentos y se determinó de forma independiente si existía o no una alteración en el vínculo materno-infantil en la diada

evaluada. En caso de existir discrepancias entre los diagnósticos determinados por cada evaluador de forma independiente se solicitó la intervención de un tercer evaluador teniendo acceso a las transcripciones de las entrevistas de ambos evaluadores con la finalidad de la obtención de un tercer diagnóstico. En los casos requeridos se emitió el tercer diagnóstico, para llegar a un consenso respecto a la presencia o ausencia de una alteración vincular.

d. Finalmente se procedió a realizar el respectivo reporte de la evaluación realizada. Este reporte contó con los datos generales de la díada evaluada y 4 rubros, de los cuales 3 fueron de salud mental materna (estado emocional, depresión y ansiedad) y el último a bordo de manera general la calidad del vínculo materno-infantil. Posteriormente se enviaron los resultados a la madre evaluada a través de correo electrónico.

e. Se integraron las bases de datos en SPSS y Excel para proceder al análisis cualitativos y cuantitativos de los datos obtenidos. Se procedió a realizar el análisis de los datos y su interpretación para la integración de resultados y la discusión.

11.6. Aspectos éticos

Con relación a los aspectos éticos para esta tesis se siguieron los criterios del proyecto general de investigación que lleva por título “*Salud mental materna y vínculo materno-infantil en una muestra de madres en el estado de Morelos, México*” en el cual se inserta el presente estudio y que fue avalado por el Comité de ética de investigación, del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi) adscrito a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM).

Se usaron como referencia los principios éticos internacionales y nacionales para la investigación en seres humanos, incluidos en la Declaración de Helsinki de la AMM (Asociación Médica Mundial) la cual hace referencia a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, a su vez nacionalmente a los Aspectos éticos para la investigación social en el ámbito de la salud mental (Asociación Medica Mundial, 2019).

Previo al inicio de la investigación se capacitó a un equipo de investigación conformado por estudiantes de la licenciatura en Psicología de la UAEM en la batería de pruebas utilizada, así como en la utilizada. Se garantizó que todos los aplicadores tuvieran una formación homogénea y fueron coordinados por la investigadora principal del presente estudio.

Todas las participantes fueron informadas del procedimiento a través de un consentimiento informado en el que se explica de manera detallada el procedimiento que se llevó a cabo durante la investigación, así como los derechos a los que tienen acceso por formar parte de la misma. Dicho consentimiento establece el principio de confidencialidad de las participantes referente a los datos, así como la anonimización de sus datos personales. El anonimato se garantizó a través del resguardo de las entrevistas a las que sólo tenía acceso el equipo de investigación y la asignación de un código alfanumérico para cada participante para la identificación de cada participante (Ver Apéndice 8).

La autorización fue aceptada por parte de las participantes en términos de estado consciente y de forma voluntaria. Se les entregó una hoja informativa exclusivamente para las participantes que incluyen los contactos dónde puedan comunicarse respecto a las probables dudas que puedan surgir en el transcurso de la investigación. Al inicio de cada

evaluación se dejó claro a cada participante que podían detener la evaluación y retirarse en el momento que ellas quisieran de forma libre y sin represalias (Ver Apéndice 9).

Respecto a los riesgos, no se registró riesgo alguno para las participantes ni para sus bebés. Como parte de los beneficios para las participantes se les apoyó con viáticos para gastos de traslado en caso de que las evaluaciones fueran realizadas de forma presencial en el CITPsi y recibieron de forma electrónica en un lapso de 1 a 2 semanas un reporte que incluyó de manera general los resultados de la evaluación de salud mental perinatal en la que participaron. En los casos que fuera necesario, se les sugirió espacios donde pudieran atender las diversas problemáticas.

12. Resultados

La muestra fue conformada por 30 diadas madre-bebé organizadas en dos grupos. El grupo 1 (G1) estuvo integrado por 15 madres que vivieron el terremoto durante el embarazo y el grupo 2 (G2) fue integrado por 15 madres que vieron el terremoto antes del embarazo y fueron evaluadas durante el posparto, incluyendo en este grupo a una mamá con embarazo gemelar.

El análisis estadístico descriptivo (frecuencias, medianas y desviaciones estándar) de la muestra, identificó a detalle elementos de salud perinatal (Tabla 10) y antecedentes de salud mental de ambos grupos (Tabla 11). Se encuentran similitudes en ambos grupos en los rubros de edad, situación sentimental, escolaridad, ocupación, situación laboral y en el número de hijos. Las diferencias de los grupos se identifican en el tipo de parto, donde las madres del G1 con parto natural representan un 53.3% (n=8) siendo mayor que el G2 con un porcentaje del 40% (n=6). Respecto a la planeación del embarazo, en el G1 un 60% (n=9) refiere que fue un embarazo planeado y bien recibido por parte de la madre, y para el padre un 64.35% (n=9), mientras que para el G2 las madres que planearon el embarazo y fue bien recibido reportan un mayor porcentaje con un 80% (n=12) y el padre un porcentaje más alto que el G1 con un 78.6% (n= 11). Sobre el porcentaje de prematuridad es el G2 el más elevado con un 33.3% (n=5), mientras que el G1 reportó sólo un 20% (n=3). Sobre el tipo de lactancia, el G1 reportó un mayor porcentaje de lactancia exclusiva materna con un 80% (n=12) mientras que el G2 reportó la mitad 40% (n=6) a la par de lactancia mixta 40% (n=6). Sobre las semanas de posparto en que fueron evaluadas la mediana del G1 fue de 11.42, mientras que en el G2 la mediana en semanas de posparto al momento de la evaluación fue de 14.14.

Referente a las variables de salud mental perinatal, las diferencias de ambos grupos se identifican en los problemas emocionales en pospartos anteriores siendo más alto el porcentaje en el G1 con un 26.7% (n=4) mientras que el G2 reportó tan sólo un 6.7% (n=1), con respecto a problemas emocionales en el posparto actual, el G1 reportó un 40% (n=6) mayor que el G2 con un 13.3 % (n=1). Sobre antecedentes de Salud Mental en la familia en el G1 se identifica un 33.3% (n=5) mientras que el G2 arrojó sólo un 6.7% (n=1).

Tabla 10.
Variables sociodemográficas y de salud perinatal del G1 y G2

Variable	G1 (madres que vivieron el terremoto durante el embarazo y fueron evaluadas durante el posparto)	G2 (madres que vieron el terremoto antes del embarazo y fueron evaluadas durante el posparto)	
Edad	Rango: 23 -37 (mediana=32.28, DE= 4.31)	Rango: 17-39 (mediana=29.80, DE= 5.95)	
Semanas de posparto al momento de la evaluación	Mediana= 11.42, DE=5.73	Mediana=14.14, DE=6.09	
Situación sentimental	93.3% (n=14)	Con pareja	100%(n=15)
	6.7 % (n=1)	Sin pareja	0
Escolaridad	33.3% (n=5)	Estudios universitarios completos	26.7% (n=4)
Situación laboral	33.3% (n=5)	Ama de casa	46.7% (n=7)
	13.3% (n=2)	Estudiante	0
	53.3% (n=8)	Trabajadora	53.3% (n=8)
N° de hijos	53.3% (n=8)	Primípara	56.3% (n=8)
	26.7% (n=3)	Secundípara	38.5% (n=5)
	20% (n=3)	Multípara	15.4% (n=2)
Tipo de parto	53.3% (n=8)	Natural	40%(n=6)
	20% (n=3)	Cesárea/urgencia	26.7% (n=4)
	26.7% (n=4)	Cesárea/ Programada	33.3 % (n=5)
Planeación del embarazo	60% (n=9)	Planeado y bien recibido Madre	80% (n=12)
	64.3% (n=9)	Planeado y bien recibido Padre	78.6% (n=11)
Prematuridad	20% (n=3)	(≤37 SGD)	33.3% (n=5)
Tipo de lactancia	80% (n=12)	Exclusiva materna	40% (n=6)
	20% (n=3)	Lactancia mixta	40% (n=6)
	0%	Artificial	20% (n=3)

Tabla 11.
Variables de salud Mental Perinatal del G1 y G2

Variable	G1	G2
Atención médica/psicológica por problemas emocionales	53.3% (n=8)	46.7% (n=7)
Atención Psicológica	100% (n=8)	100% (n=7)
Problemas emocionales en pospartos anteriores	26.7% (n=4)	6.7% (n=1)
Problemas emocionales en el posparto actual	40% (n=6)	13.3% (n=2)
Ha consultado a un médico/ psicólogo	37.5% (n=3)	33.3% (n=1)
Antecedentes de salud mental en la familia	33.3% (n=5)	6.7 % (n=1)
Tratamiento psiquiátrico o psicológico	6.7% (n=1)	13.3%(n=2)

Se realizó un análisis cuantitativo no paramétrico para identificar medianas y desviación estándar, de los puntajes totales de los instrumentos: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo [EPDS], escala de Ansiedad Perinatal [PASS], Escala de Apego Materno en el Posparto [MPAS], Escala de Vínculo Madre-Infante [MIBS], Test de Vínculo en el Posparto [PBQ] y Escala de Secuelas Psicológicas [EDN], y la frecuencia, prevalencia y medias de las madres que rebasaron los puntos de corte de los instrumentos antes mencionados. Así mismo se realizaron correlaciones no paramétricas entre las variables en ambos grupos.

Sintomatología depresiva

En la tabla 12 se identifica una mayor mediana de sintomatología depresiva en el posparto en las madres del G2, lo cual muestra mayor presencia de síntomas depresivos en estas madres, que se debe al hecho de que en el G2 se identifican más casos severos respecto a la sintomatología depresiva. Sin embargo, al hacer la comparación de medianas mediante la prueba U de Mann Whitney entre ambos grupos, no se identifican diferencias significativas.

Al calcular la prevalencia de madres con puntajes por encima de los puntos de corte del EPDS (≥ 8) aplicable para mujeres después de las 4 semanas del posparto, se identificó la misma prevalencia del 46.7% (n=7) de casos con probable caso de depresión posparto en ambos grupos (Tabla 13).

Tabla 12.

Comparación de medianas del Puntaje Total de depresión [EPDS] entre el grupo 1 Madres que vivieron el terremoto durante el embarazo y fueron evaluadas durante el posparto (G1) y grupo 2 Madres que vivieron el terremoto antes del embarazo y fueron evaluadas durante el posparto (G2).

	G.1 (n=15)	G.2 (n=15)	U Mann Whitney P
Media	7.4667	8.20000	
Mediana	7.0000	8.0000	.838
Desviación estándar	4.01545	6.02613	
Rangos Mínimos-Máximos	1.00 – 17.00	.00-24.00	

Nota. Nivel de significancia 0.05

Tabla 13

Frecuencia de Casos de Depresión posparto [EPDS] que rebasan el punto de corte en grupo 1 y grupo 2 (G2).

		Depresión posparto EPDS		
		G.1 n (%)	G.2 n (%)	Total
Casos sin síntomas de Depresión Posparto (EPDS \leq 7)	Frecuencia	8 (53.3%)	8 (53.3%)	16
Casos con síntomas de Depresión Posparto (EPDS \geq 8)	Frecuencia	7 (46.7%)	7 (46.7%)	14
	Total	15 100.0%	15 100.0%	30 100.0%

Aunque no se detectan diferencias significativas en los análisis cuantitativos, en el análisis cualitativo sí se observan diferencias en cuanto al ánimo deprimido entre los grupos. Las madres del G1 describen la presencia de sintomatología de depresión posparto más frecuente en sus discursos a diferencia del G2. En el G1 las madres reportan síntomas que se presentan en las primeras semanas de posparto y se mantuvieron más tiempo, y se observó que las madres multíparas reportan mayor facilidad de identificar y expresar sus síntomas ya que algunas refieren haber tenido sospecha de haber padecido depresión posparto en pospartos previos, o no haber sido diagnosticadas adecuadamente por algún profesional de la salud.

“Considero que estuve deprimida, duró 1 mes sólo era llanto, me afectó mucho que el papá se viniera a Cuernavaca, lloraba mucho” (G1, 32, Caso11).

“Empezó como a la 6ta semana y me duró hasta la 9ª, sentí mucho miedo, era horrible. Fue una crisis con él (el bebé), le hablé a la pediatra, me dio mucha tristeza porque yo iba muy relajada y me fui para abajo, me dio tristeza y coraje, porque me sentí como con la primera bebé, con ella tuve un baby blues en la primera semana. Estuve a nada de soltar la lactancia y darle fórmula y me fui un día a la vez y llegué a los 3 meses” (G1, 34, Caso 9).

Las madres del G2 refieren que esta sintomatología se presentó en los primeros días de posparto y se intensificó con las preocupaciones del cuidado del bebé y la falta de apoyo de la pareja. Estos resultados la atribuyen a la dificultad de hablar sobre cómo se sienten y una presión por normalizar emociones en este periodo.

“Creo que en el 7º mes tuve depresión, pensaba, estaba preocupada y lloraba constantemente. Estuve de malas, cualquier cosa no me parecía, sentía que mi esposo no se levantaba para nada, tenía pensamientos de que yo los tenía que cuidar, porque él traía el dinero a casa, teníamos conflictos, pero no lo considero que haya tenido depresión por que leí que era el rechazo y no, yo quería estar con ellos, sólo que estaba muy sentimental” (G2, 24 años, Caso 6).

“Estuve triste, quería estar sola, estaba muy alejada de los demás. Era muy frecuentemente, quería estar acostada, tuve insomnio, se me dificultaba, estaba irritable. Tenía llanto en ocasiones, cuando lloraba me enojaba me sentía irritable” (G2, 24 años, Caso 14).

En las Figuras 1 y 2 se muestran nubes de palabras que indican las palabras más frecuentes dichas por las madres al evaluar sintomatología depresiva, donde las palabras guardan relación entre tamaño y frecuencia. En ambos grupos sobresale la palabra “no” como la más frecuente ante el cuestionamiento de sintomatología depresiva, sin embargo en el G1 se observan palabras como depresión, y triste, así mismo la palabra “nada” resaltó en el discurso materno, menos frecuente se identificaron palabras como “agobiada”, “estresada”, “ansiedad”, “deprimida”, “lactancia” y “espantada”. En el G2 seguido de la palabra “no” se identificó “sentimiento”, “irritable”, “lloraba”, “posparto” y con menor frecuencia “conflictos”, “dificultad” y “diferencia”.



Figura 1. Expresión de la sintomatología depresiva del G1. Fuente: Sinclair, S. & G. Rockwell. (2020). Cirrus. Voyant Tools. Retrieved July 21, 2020, from <https://voyant-tools.org/?corpus=bb5d66c60d02ff089eb3450a63b47cd9&view=Cirrus>



Figura 2. Expresión de la sintomatología depresiva del G2. Fuente: Sinclair, S. & G. Rockwell. (2020). Cirrus. Voyant Tools. Retrieved July 21, 2020, from <https://voyant-tools.org/?corpus=f67bc03be62081d035ebcb5d3d6f3c76&view=Cirrus>

Sintomatología Ansiosa

En la tabla 14 se observa que referente a la sintomatología ansiosa, se usó como referencia el punto de corte propuesto por los autores originales del PASS que indica un puntaje ≥ 26 (Somerville, y otros) para diferenciar la presencia de un trastorno de ansiedad o no. Los datos arrojan que es el G1 el que presenta mayor prevalencia de sintomatología ansiosa en el posparto con un 33.3% (n=5) de casos, mientras que el G2 reporta un 26.7% (n=4). Es importante resaltar que el punto de corte utilizado no está validado en población mexicana y sólo fue usado como referencia de contraste. Se recalculó la prevalencia de casos con cuadros de sospecha de alta sintomatología ansiosa (Tabla 15) utilizando un punto de corte de 23

puntos, obtenido de un trabajo preliminar de validación del PASS en una muestra mexicana (Palacios-Hernández, SF). Con este segundo punto de corte, los datos reportan un incremento, duplicándose la prevalencia de casos con sospecha de sintomatología ansiosa en el G1 en un 53.3.77% (n=8) de casos, mientras que el G2 se mantiene en un 26.7% (n=4).

En la tabla 16 se observa mediante una comparación de las medianas de ambos grupos, que el G1(23.00) presenta más síntomas de ansiedad que el G2 (19.00), mostrando que los casos más severos de ansiedad se encuentran en el G1. Sin embargo, los resultados entre las diferencias de las medianas, no reportan que las diferencias sean significativas ($p = .161$).

Tabla 14

Tabla de contingencia de casos de Ansiedad posparto [PASS] que rebasan los puntos de corte propuestos por los autores originales ≥ 26 del grupo 1 (G1) y grupo 2 (G2)

		Ansiedad Postnatal		Total
		G1	G2	
Casos sin sospecha de Trastorno de Ansiedad Perinatal (PASS ≤ 25)	Frecuencia (%)	10 (66.7%)	11 (73.3%)	21
Casos que rebasan el punto de corte para sospecha de Trastorno de Ansiedad Perinatal (PASS ≥ 26)	Frecuencia (%)	5 (33.3%)	4 (26.7%)	9
	Total	15%	15	30
		100%	100	100%

Nota: Se utilizaron los puntos de corte propuestos por los autores originales, = o > 26 puntos.

Tabla 15

Tabla de contingencia de casos de Ansiedad posparto [PASS] que rebasan los puntos de corte ≥ 23 puntos del grupo 1 (G1) y grupo 2 (G2)

		Ansiedad Postnatal		Total
		G1	G2	
Casos sin sospecha de Trastorno de Ansiedad Perinatal (PASS ≤ 22)	Frecuencia (%)	7 (46.7%)	11 (73.3%)	18
Casos que rebasan el punto de corte de Ansiedad Perinatal (PASS ≥ 23)	Frecuencia (%)	8 (53.3%)	4 (26.7%)	12
	Total	15%	15	30
		100%	100	100%

Nota: Se utilizaron los puntos de corte propuestos por Palacios-Hernández et al., 2020 en una muestra mexicana, ≥ 23 puntos.

Tabla 16

Comparación de medianas del Puntaje Total de ansiedad posparto con la escala PASS en el grupo 1 Madres que vivieron el sismo durante el embarazo (G1) y grupo 2 Madres que vieron el sismo antes del bebé evaluado (G2).

	G.1 (n=15)	G.2 (n=15)	U Mann Whitney
Media	25.6000	20.5333	
Mediana	23.0000	19.0000	.161
Desviación estándar	13.03183	13.41037	
Rangos Mínimos-Máximos	7.00-52.00	3.00-47.00	

En los discursos maternos, se identifica que las madres del G1 que vivieron el terremoto durante el embarazo describen una mayor sintomatología ansiosa centrada en el cuidado del bebé, que las del G2 que lo experimentaron previo al embarazo. En el G1 se reportan constantes visitas al pediatra, preocupación porque alguien maltrate al bebé físicamente, preocupación por la alimentación y por situaciones que tuvieron lugar en el embarazo que pudieran influir actualmente y miedo a no detectar las necesidades del bebé.

“No, de hecho, antes de que naciera sí estaba preocupada, ya que tuve una fractura de brazo y me daba miedo porque fue cuando tenía un mes de embarazo y como no sabía me daba miedo que fuera a nacer con alguna mal formación” (G1, 25 años, Caso 12).

“Me pongo mal cuando llora y no sé qué tiene y que no lo esté detectando, trato de tranquilizarla, pero se priva y se echa para atrás. Le canto, la trato de apapachar, me cuesta mucho trabajo verla llorar y no llorar con ella y estar segura de cuidarla” (G1, 36 años, Caso 8).

En el G2, se observó que un poco más de la tercera parte describen preocupaciones mínimas sobre la seguridad del bebé y posibles enfermedades.

“Lo ando cuidando, por ejemplo, no le dejo el bebé a las muchachas que me ayudan, no me da confianza por algún accidente. En la tarde una psicóloga lo cuida, los estudios influyen. Me da miedo lo de la vacuna BCG (tuberculosis), porque mi esposo dice que se la ponga, cuando había dicho que no, él ya

perdió credibilidad ante mí en el tema de las vacunas. La vez que pensé en eso sí estuve muy tensa y al otro día como sin nada” (G2, 39 años, Caso 24,).

“Preocupación por mi enfermedad (enfermedad infecciosa) y que yo esté alejada de él” (G2, 29 años, Caso 40,).

En ambos grupos se identifica preocupación en las madres por una muerte súbita por parte del bebé. En el G1 las preocupaciones giran principalmente alrededor de que el bebé se pueda ahogar y en ambos grupos describen preocupación porque el bebé deje de respirar. Las madres del G1 describen mayores sentimientos de miedo que las del G2, así como alteraciones de sueño debido a la verificación constante del bienestar del bebé durante la noche.

Calidad del vínculo materno-infantil y secuelas emocionales tras el terremoto

En la tabla 17 se presentan estadísticos descriptivos del grupo 1 (G1) y 2 (G2) que incluyen comparación de medianas, medias y desviaciones estándar del Puntaje Total del Test de Vínculo en el Posparto [PBQ], Escala de Apego Materno en el Posparto [MPAS], Escala de Vínculo Madre-Infante [MIBS] y Escala de Secuelas Psicológicas [EDN] para identificar diferencias significativas.

Cabe recalcar que, aunque los instrumentos PBQ, MPAS, y MIBS evalúan vínculo, cada uno se enfoca en diferentes aspectos del vínculo materno-infantil. Es el MPAS, el que evalúa la calidad de la vinculación afectiva de la madre hacia el bebé, con un mayor puntaje representando mejor calidad de vinculación de la madre hacia su bebé, donde se observan diferencias significativas entre el G1 y G2 ($p=.003$), con un coeficiente de comparación de

medianas de U Mann Whitney, donde se identifica que el G1 ($\bar{X}=51.0000$) muestra una menor mediana que indica menor calidad de vinculación afectiva en comparación al G2 ($\bar{X}=69.0000$), lo cual se observa también en los rangos de puntajes totales obtenidos, reportando menores puntajes. Los demás instrumentos, aunque reportan mayores medianas en el G1, lo cual significa mayores dificultades vinculares y en las secuelas emocionales tras el terremoto, no reportan diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla 17

Comparación de medianas del *Puntaje Total del Test de Vínculo en el Posparto [PBQ]*, *Escala de Apego Materno en el Posparto [MPAS]*, *Escala de Vínculo Madre-Infante [MIBS]* Y *Escala de Secuelas Psicológicas [EDN]* en el grupo 1 Madres que vivieron el terremoto durante el embarazo (G1) y grupo 2 Madres que vieron el terremoto antes del bebé evaluado (G2).

Instrumento	PBQ		MPAS		MIBS		EDN	
	G.1	G.2	G.1	G.2	G.1	G.2	G.1	G.2
Media	8.13	6.50	56.27	68.50	1.67	1.63	3.80	1.93
Mediana	6.00	5.50	51.00	69.00	1.00	1.00	4.00	.00
Desviación estándar	6.567	4.575	10.299	5.020	2.059	1.586	3.321	3.195
Rangos Mínimos-Máximos	1.00-22.00	.00-13.00	46.00-75.00	56.00-76.00	.00-8.00	.00-5.00	.00-9.00	.00-9.00
U Mann Whitney	.654		.003		.892		.137	
<i>p</i>								

Nota: Significación exacta $p=0.05$

Aunque los análisis cuantitativos no reportan diferencias significativas entre grupos de madres, las descripciones maternas reportadas en la escala de secuelas psicológicas por Desastres Naturales (EDN) en su versión adaptada, reflejan la presencia de síntomas depresivos en ambos grupos después del terremoto y en general, una mayor presencia de secuelas emocionales posteriores al terremoto en las madres que lo experimentaron durante su embarazo (G1) en contraste con las que lo vivieron previo al embarazo (G2). El G1 reportó

ligeramente mayor sintomatología depresiva después del terremoto que el G2, con un 20 % (n=3) y 13.3% (n=2) respectivamente. Sobre las dificultades para dormir o mantenerse dormida o, al contrario, dormir demasiado después del terremoto, el G1 presenta mayor dificultad con un 36.7% (n=4), mientras que del G2 solo el 20% (n=3) tuvo dificultades hasta antes de la evaluación. El G1 reporta dificultad en controlar la preocupación de que vuelva a temblar, casi el doble que el G2, con un 60% (n=9); de las madres del G1, el 40% (n= 6) reportó que estas preocupaciones estuvieron presentes hasta el momento de la evaluación. El G2 reporta que el 33.3% (n= 5) refiere estas dificultades y únicamente el 13.3 % (n=3) reportó que seguía presente a la fecha de la evaluación. Referente a los recuerdos repentinos sobre el terremoto que las obligan a interrumpir sus labores u otros pensamientos, se encuentra mayor frecuencia de madres en el G1, que reportó un 23.3% (n=5) con la presencia de estos pensamientos, de las cuales el 20%(n=3) reportan que estos síntomas siguieron presentes hasta el momento de la evaluación, mientras que madres del G2 sólo un 20% (n=3) reportó la presencia de estos pensamientos, de estas madres únicamente el 6.7% (n=1) presentó esta sintomatología hasta la fecha de la evaluación.

Estos resultados son confirmados en las descripciones maternas registradas durante las entrevistas y analizadas de forma cualitativa, donde la mayoría de las madres del G1 refieren mayor afectación emocional que se incrementó al ver la magnitud de los daños y dificultades derivadas del terremoto que en las madres del G2. Dentro de estas afectaciones las madres del G1 que experimentaron el terremoto durante el embarazo, reportan como principales preocupaciones: angustia por su familia y algunas madres refieren que el haber experimentado réplicas las hizo revivir síntomas parecidos a los experimentados inmediatamente después del terremoto. Además, las madres del G1 narraron preocupación

por el bienestar de sus hijos y bienestar fetal, así como el temor presente de que vuelva a temblar; también puntualizaron sufrir miedo a que el parto se adelantará derivado del terremoto y se presentaran efectos negativos en la salud del bebé. Estas madres describen la experiencia del terremoto como una situación aterradora y fuente de preocupación y estrés, señalándolo como un evento adverso que causó preocupación durante su embarazo, y relacionando que después del terremoto experimentaron constante intranquilidad por el bienestar del bebé, aunado a problemas de salud de familiares o pareja y problemas financieros que se desencadenaron.

“Me tocó lo del temblor en el primer trimestre, mi marido tuvo un problema de salud, muy bajas las plaquetas, y me estresó mucho” (G1, 34 años, Caso 10).

“Con lo del terremoto también empecé con contracciones, le hablé a la ginecóloga, me dijo que me esperara y que si eran cada 5 minutos que me fuera al hospital, pero se detuvieron”. (G1, 32 años, Caso 11).

Por otro lado, en el grupo de madres que experimentaron el terremoto antes del embarazo (G2), más de la mitad de las madres relata que las afectaciones por el evento fueron momentáneas, o no causaron mayor preocupación ya que pocas asociaron repercusiones negativas durante el embarazo o posterior a él. Las madres que reportaron afectaciones de este grupo detallan que sus afectaciones se centraron en el aspecto de su vivienda y los cambios que derivaron, como no poder tener acceso al domicilio o cambio del mismo, tristeza por las afectaciones en su comunidad, así como estrés posterior en el proceso de reconstrucción y en pocos casos alteraciones de sueño. A diferencia de las madres del G1,

las madres del G2 refieren que el terremoto fue una experiencia que les dejó el aprendizaje de ser precavidas y organizadas.

“Me asusté en el momento, conforme ha pasado el tiempo muy poco, pero me acuerdo” (G2, 30 años, Caso 21)

“Pues solo un poco, solo no podía dormir como por una semana” (G2, 17 años, Caso 25)

En ambos grupos las madres describen haber experimentado un cambio en su estado de ánimo después del terremoto. En el G1, las madres relataron episodios de estrés y angustia por sus hijos, sensación de caos, pánico, así como constante preocupación por el embarazo y la condición del feto. Mientras que en el G2 describe un cambio en su estado de ánimo como miedo, tristeza, sensación de estar alerta, tristeza, y estrés.

Las madres del G1 relatan una afectación clara respecto a la forma de vivir su embarazo en términos emocionales y subrayan miedo por el desarrollo del bebé, específicamente la existencia de efectos negativos para el bebé en cuestiones de desarrollo y afectivamente, una madre reporta un cambio de domicilio (mudanza de estado) a raíz del terremoto para procurar la seguridad de su bebé, describiendo que este cambio provocó dificultades en la relación afectiva con su bebé y percepción de soledad al estar lejos de sus redes de apoyo.

“No podía dormir, tenía miedo a que se adelantará el parto y que no alcanzará a desarrollarse, porque tuve contracciones y me mandaron reposo de una semana, de hecho, por el terremoto es que me fui al norte del país” (G1, 32 años, Caso 11).

Aunque en el G2 las madres detallan que el terremoto afectó la forma de vivir su embarazo, relatan que este efecto fue positivo, ya que describen que se volvieron más organizadas y precavidas, también describen situaciones afectivas como la presencia ocasional de tristeza al pensar que existía la posibilidad de no estar con sus hijos mayores, y preocupación intensa sobre la idea de que vuelva a temblar.

En las figuras 1 y 2 se presentan nubes con las palabras más frecuentes dichas por las madres en las entrevistas, sobre la afectación en el estado emocional derivada del terremoto. Las palabras guardan relación entre tamaño y frecuencia. Destaca que del G1 las palabras “miedo”, “terremoto” e “hijos” son las más frecuentes. En el grupo de madres del G2 las palabras “No”, “casa”, y “afectó” fueron las más frecuentes entre las madres.

En la figura 3 y 4 se observa la relación entre frecuencia en el discurso y tamaño de las palabras del G1 y G2. En el G1 las palabras más frecuentes relacionadas con la afectación emocional después del terremoto fueron “miedo”, “sismo”, “hijo”, “temor” y “afectó”, con menor frecuencia se encuentra “angustié”, “afectadas”. En el G2 las palabras más frecuentes relacionadas con la afectación emocional después del terremoto fueron “No”, “casa”, “miedo”, “pendiente”, “tristeza”, “mamá” y “afectó” con menor frecuencia se identifica “bebé”, “acceso” y “desgaste”.



Figura 3. Afectación del estado emocional después del terremoto en madres que experimentaron el terremoto durante el embarazo (G1). Fuente: Sinclair, S. & G. Rockwell. (2020). Cirrus. Voyant Tools. Retrieved March 3, 2020, from <https://voyant-tools.org/?corpus=c26efe549568413f744f288669069889&view=Cirrus>



Figura 4. Afectación del estado emocional después del terremoto en madres que experimentaron el terremoto antes del embarazo (G2). Fuente: Sinclair, S. & G. Rockwell. (2020). Cirrus. Voyant Tools. Retrieved July 21, 2020, from <https://voyant-tools.org/?corpus=c1ac1e944ebd92e29d9d2ea76b4618f4&view=Cirrus>

Grado de exposición al terremoto

Referente al grado de exposición, sólo se identificó a menos de una tercera parte de madres en ambos grupos que se encontraban más cercanas al epicentro durante el terremoto, de las cuales sólo una madre reportó sintomatología ansiosa con sospecha de trastorno ansioso. Se identifica que las madres que reportaron dificultades vinculares no vivieron el terremoto en un grado de exposición cercano ya que se encontraban a 102 k.m. del epicentro, mientras que las madres que estuvieron más cerca del epicentro y con mayores dificultades de desplazamiento no reportaron dificultades vinculares.

Asociación entre salud mental materna y calidad del vínculo materno-infantil

Se realizó con la muestra total (n=30), un análisis de correlaciones no paramétricas entre los puntajes totales de los instrumentos que evalúan la salud mental materna (depresión, ansiedad postparto y secuelas psicológicas después del terremoto) y los tres instrumentos que evalúan aspectos diferentes de la calidad de la vinculación materno-filial (MPAS, PBQ y MIBS) donde se mostraron asociaciones significativas entre las variables.

Entre las correlaciones más significativas, destacan las siguientes. Se identificó como la correlación más alta, la reportada entre la presencia de ansiedad en el posparto (PASS) y dificultades en la vinculación materno-infantil (PBQ), obteniendo un coeficiente de correlación no paramétrica alta de rho .707 (p=.000). También se identificó un nivel moderado-alto entre la presencia de ansiedad en el posparto (PASS) y la calidad de la vinculación materno-infantil (MPAS) con un coeficiente de rho-.622 (p=.000) indicando

que la presencia de ansiedad en el posparto se asocia a una peor calidad de la vinculación madre-bebé.

Se registró una asociación significativa entre la sintomatología depresiva en el posparto [EPDS] y la presencia de ansiedad perinatal [PASS], obteniendo un coeficiente de correlación no paramétrica alto de rho .686 ($p=.000$) (Cabrera, 2009). Así mismo, la sintomatología depresiva (EPDS) arrojó una correlación positiva moderada fuerte con la presencia de dificultades en la vinculación materno-infantil (PBQ), con un coeficiente de rho.663 ($p=.000$). Se identificaron correlaciones negativas moderadas-bajas entre la sintomatología depresiva (EPDS) y una buena calidad de la vinculación materno-infantil (MPAS) con un coeficiente de rho.-.384 ($p=.036$), indicando que una menor presencia de sintomatología depresiva se asocia a una mejor calidad de la vinculación madre-bebé.

Alteración en las emociones maternas hacia el bebé (MIBS) reportó una correlación moderada baja con las secuelas psicológicas derivadas del terremoto, con un coeficiente de rho .396 ($p=.031$), es decir que las secuelas psicológicas después del terremoto se asocian con emociones negativas experimentadas de la madre hacia su bebé durante el primer año de posparto.

Respecto a la asociación entre las secuelas psicológicas después del terremoto (EDN/AD) y dificultades de la vinculación materno-infantil (PBQ) se registró una correlación con un coeficiente de rho .439 ($p=.015$) mostrando asociación significativa moderada entre efectos psicológicos después del terremoto y la presencia de dificultades en la vinculación materno-infantil. Asociaciones semejantes fueron reportadas entre secuelas psicológicas después del terremoto (EDN/AD) y presencia de sintomatología ansiosa (PASS) con un coeficiente de rho.449 ($p=.013$).

Tabla 18

Correlaciones rho de Spearman entre variables de salud mental materna, secuelas emocionales después del terremoto y vínculo materno-infantil en el primer año de posparto (n=30)

		MIBS PT	MPAS PT	PBQ PT	PASS PT	EPDS PT	EDN/AD PT	
Rho de Spearman	MIBS							
	PT							
		Coefficiente de correlación	*	-.305	.343	.305	.268	.396*
		P	.	.096	.059	.102	.151	.031
	MPAS							
	PT							
		Coefficiente de correlación		*	-.573**	-.622**	-.384*	-.311
		P		.	.001	.000	.036	.095
	PBQ							
	PT							
	Coefficiente de correlación			*	.707**	.663**	.439*	
	P				.000	.000	.015	
PASS								
PT								
	Coefficiente de correlación				*	.686**	.449*	
	P				.	.000	.013	
EPDS								
PT								
	Coefficiente de correlación					*	.257	
	P						.171	

Nota: **Significancia al nivel $p \leq 0.00$; * Significancia al nivel $p \leq 0.05$.

Clave: MIBS: Mother-to-infant Bonding Scale (Taylor et al, 2005), MPAS: Maternal Postpartum Attachment Scale (Condor and Corkindale, 19989), PBQ: Test de Vínculo en el posparto (Brockington et al, 2006c.), PASS: Escala de ansiedad Perinatal/postnatal (Somerville et al, 2014) EPDS: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (Alvarado Esquivel, C. et al 2006), EDN: Escala de Secuelas Psicológicas del terremoto versión adaptada (Ortega, Griffens, Romero & Esparza, 2008).

Diagnósticos clínicos de Alteración del vínculo materno-infantil

En las tablas 19 y 20 se muestran los diagnósticos finales de la calidad del vínculo materno-infantil obtenidos con la Entrevista Stafford de Salud Mental Materna. Los diagnósticos finales fueron resultado del consenso entre dos evaluadores clínicos (con la inclusión de un tercer diagnóstico si había diferencias entre ambos) con sus respectivos diagnósticos adicionales de acuerdo a los criterios propuestos por Brockington, Aucamp, & Fraser (2006) y Brockington, (2011), en ambos grupos. Del G1 se identificaron dos casos

de alteración vincular, el caso 3 con características de un desorden leve e ira patológica severa y el caso 8 con características de un desorden leve e ira patológica leve.

Adicionalmente, se identificó la existencia de 3 casos de madres que vivieron el terremoto durante el embarazo (G1) sin alteración en la calidad del vínculo materno-infantil pero con presencia de ansiedad leve centrada en el infante y 2 casos con diagnóstico de ira patológica. A continuación, se muestran algunos ejemplos de las descripciones maternas con este tipo de alteraciones emocionales.

“En algún momento, en el 1° mes de nacida pensaba; no puedo, no quiero, llegué a pensar ¿por qué no se muere?, me da miedo, no es que lo deseé, pero tengo ese miedo y preocupación constante, además de haber incrementado el temor de que alguien les haga daño a mis hijos por situaciones que veo en la secundaria cerca de donde trabajo” (G1, 32 años, Caso 3).

“Que sea tan chillona, de repente digo: ¿qué hice? ¿por qué me tocó una que es tan chillona?, me da miedo salir sola con ella por eso. Veo que con mi mamá sí se calma y conmigo no, creo que mi hija no me quiere (G1, 36 años, Caso 8).

En el G2 no se identifica ningún caso de una madre con diagnóstico de ansiedad centrada en el infante, únicamente se identificó un caso de alteración vincular con características de un desorden severo e ira patológica severa.

“Cuando lo estaba bañando pensaba en dejarlo ahí, en la tina como él todavía no se sienta, que ahí se quede, lo pensé varias veces, pero hay días en los que sí me desespera. Lo peor que hice fue pegarle muy fuerte, (nalguearlo), después tuve un arrepentimiento por haberle pegado y lo abracé. Hace mucho tuve la

sensación de querer morderlo, como un impulso, estaba más cerca de hacerlo que de no hacerlo, lo agitaba mucho cuando lloraba” (G2, 25 años, Caso 37).

En general, se identificó clínicamente mayor patología vincular en el G1, sobresaliendo la presencia de ansiedad e ira patológica hacia el bebé.

De acuerdo al discurso de las madres en ambos grupos, se identifica que la aparición de sentimientos positivos hacia el bebé inicia en su mayoría a partir del parto cuando las madres ven por primera vez a su bebé, reportando antecedentes del inicio de estos sentimientos entre el 2° y 3° trimestre del embarazo del bebé. Las madres relatan que la noticia del *sexo del bebé* puede contribuir a que estos sentimientos se intensifiquen o por el contrario provoquen miedo y estrés en la madre; esto se observó asociado al tipo de respuesta afectiva que tenga su pareja y familia sobre el sexo del bebé, donde si el sexo no era el esperado por la pareja o familia, se incrementaba la presencia de emociones negativas. Las madres que presentaron dificultades vinculares refieren que los sentimientos positivos se retrasan y comienzan a identificarlos por primera vez alrededor de un mes después del parto y se van incrementando a partir de la convivencia e interacción que tienen con su bebé.

La mayoría de las madres que experimentaron el terremoto durante el embarazo (G1) describieron a sus bebés con temperamentos tranquilos, mientras que una de las madres con dificultades vinculares reportó que su bebé es de un temperamento difícil lo que provocó el arrepentimiento de haberlo tenido. En el G2, las madres que experimentaron el terremoto previo a su embarazo, refirieron a sus bebés como tranquilos sin mayores complicaciones, sólo una madre reportó tener un bebé difícil sin presentar dificultades vinculares. Se identifica que las madres que refirieron un arrepentimiento por haber tenido al bebé, lo

experimentaron durante la primera semana de posparto; dentro de los pensamientos que acompañaron este arrepentimiento son miedo a perder la relación con el esposo y añoranza/nostalgia por la vida previa al nacimiento del bebé.

En ambos grupos más de la mitad de las madres describen una experiencia positiva, agradable y satisfactoria frente al cuidado del bebé. En las madres restantes del G1 relatan la percepción de un cambio significativo de la transición al ser madres, mientras que las madres restantes del G2, describen dificultades y reportan que el cansancio influyó en la aparición de algunos sentimientos de frustración e irritación, identificando que carecían de estrategias de afrontamiento frente al llanto de su bebé, al no identificar la razón o no saber cómo calmarlo, aunado a que más de la mitad (56.3%) son madres primerizas.

Las madres que refirieron dificultades en la adaptación al rol materno especificaron que éstas se asocian a dificultades en las dinámicas familiares en casa, una menor calidad del sueño y actividades cotidianas. Las mayores dificultades se caracterizaron por el sentimiento de estar abrumadas, volviendo a destacar en las descripciones, sentimientos de nostalgia por la vida previa al bebé. Estas madres subrayaron el poco apoyo que perciben de su red social cercana, derivando en dudas sobre su capacidad para ser madres. Las madres que no reportaron sentirse abrumadas refieren haberse preparado para el cambio desde el embarazo a través de cursos, lecturas de libros y procesos terapéuticos en pareja o individuales.

Tabla 19

Diagnósticos del Vínculo Materno-infantil en madres que vivieron el terremoto durante el embarazo y fueron evaluadas durante el posparto (G1)

Grupo	VMI Alterado o Sí/No	Desorden Leve (Sí / No)	Desorden severo: a) Amenaza de rechazo b) Rechazo establecido	Ansiedad centrada en el infante		Ira Patológica a) Leve b) Moderada c) Severa	Semanas de posparto al momento de la evaluación
				a) b)	Leve Severa		
	1	No	N/A	N/A	No	No	11.4
	2	No	N/A	N/A	No	No	4.1
	3	Sí	Sí	N/A	No	Severa	12.9
	4	No	N/A	N/A	No	No	7.1
	5	No	N/A	N/A	No	No	11.9
	6	No	N/A	N/A	No	No	11.4
	7	No	N/A	N/A	Leve	No	9.0
	8	Sí	Sí	N/A	No	Leve	13.1
	9	No	N/A	N/A	No	No	12.9
G1	1	No	N/A	N/A	No	No	4.7
	0						
	1	No	N/A	N/A	Leve	No	18.9
	1	No	N/A	N/A	No	No	10.7
	2						
	1	No	N/A	N/A	No	No	9.0
	3						
	1	No	N/A	N/A	No	Leve	16.7
	4						
	1	No	N/A	N/A	Leve	No	27.1
	5						

Tabla 20

Diagnósticos del Vínculo Materno-infantil en madres que vivieron el terremoto antes del embarazo y fueron evaluadas durante el posparto (G2)

Grupo	VMI Alterado o Sí/No	Desorden Leve (Sí / No)	Desorden severo: a) Amenaza de rechazo b) Rechazo establecido	Ansiedad centrada en el infante c) Leve d) Severa	Ira Patológica d) Leve e) Moderada f) Severa	Semanas de posparto al momento de la evaluación
1	No	N/A	N/A	No	No	11.5
2	No	N/A	N/A	No	No	14.7
3	No	N/A	N/A	No	No	9.9
4	No	N/A	N/A	No	No	5.0
5 (1)	No	N/A	N/A	No	No	10.0
5 (2)	No	N/A	N/A	No	No	10.0
6	No	N/A	N/A	No	No	14.1
7	No	N/A	N/A	No	No	6.0
G2 8	No	N/A	N/A	No	No	25.4
9	No	N/A	N/A	No	No	15.0
10	No	N/A	N/A	No	No	12.5
11	No	N/A	N/A	No	No	18.5
12	No	N/A	N/A	No	No	24.1
13	No	N/A	N/A	No	No	22.0
14	Sí	No	Sí	No	Severa	10.2
15	No	N/A	N/A	No	No	15.0

Nota: 5 (1) y 5 (2) corresponden a evaluación de la madre con gemelos ya que la evaluación de los diagnósticos del vínculo se realizó por bebé.

Confianza interevaluador

La tabla 21 muestra que existió una discordancia mínima equivalente al 3.2% (n=1) en los diagnósticos clínicos realizados con la sección de Vínculo Madre-Infante de la Entrevista Stafford de Salud Mental Materna, entre el evaluador 1 y 2, al optar por 3 opciones de diagnósticos clínicos relacionados con la presencia/ausencia de una alteración vincular.

Tabla 21

Tabla de concordancia y discordancia de los diagnósticos clínicos para detectar una alteración en el vínculo materno infantil entre Evaluador 1 y Evaluador 2.

	Ev1	Ev2	Discordancia
Sin alteración vincular	90.3% (n=28)	87.1% (n=27)	3.2% (n=1)
Vínculo alterado desorden leve	6.5% (n=2)	9.7% (n=3)	3.2% (n=1)
Vínculo alterado desorden severo	3.2%(n=1)	3.2%(n=1)	0%
Total	31	31	

Nivel de significancia: 5%. Se reportan 31 casos debido a la evaluación de madre con gemelos (G2).

Posteriormente, se calculó el índice de Kappa de Cohen para identificar la confianza interevaluador bajo dos modalidades de opciones de criterios diagnósticos. Los resultados tuvieron como referencia el valor del índice de Kappa de Cohen que oscila entre 0.00 y 1.00, donde mientras más cercano a 1.00 indica una mayor concordancia y confiabilidad entre los evaluadores clínicos. Es necesario considerar que el evaluador 1 siempre fue el mismo y el evaluador 2 fue itinerante durante las evaluaciones realizadas, con lo cual agrega una variable que puede afectar el nivel de confiabilidad.

La primera modalidad incluyó 4 posibilidades de diagnósticos clínicos sobre la calidad de vinculación materno-infantil los cuales fueron : 1.-sin vínculo alterado, 2.-vínculo alterado (desorden leve), 3.- vínculo alterado (desorden severo) con amenaza de rechazo y 4.- vínculo alterado (desorden severo) con rechazo establecido, arrojando un coeficiente correspondiente a

p=.843, lo que cual nos indica que el índice arrojado se encuentra ubicado en un nivel de muy buena concordancia (Landis & Koch, 1977).

Tabla 22

Confianza Interevaluador con 5 posibilidades de Diagnósticos clínicos de Alteración del vínculo materno-infantil (Índice Kappa de Cohen)

	P	Significación aproximada
Kappa	.843	.000

p=<.005

Posteriormente, se calculó la confianza interevaluador de una segunda modalidad que incluye 28 posibilidades de diagnósticos clínicos que refiere a una mayor especificidad de la presencia de alteración del vínculo materno-infantil y la combinación de todas las posibilidades de diagnósticos incluyendo la presencia de ansiedad asociada al cuidado del bebé y de ira patológica hacia el bebé, siguiendo los criterios diagnósticos establecidos por Brockington et al (2006). Con esta segunda modalidad de listado de diagnósticos, el coeficiente obtenido fue de **p=.396**, lo cual indica un nivel de concordancia mínima aceptable cuando se refiere a generar el diagnóstico exacto y específico entre ambos evaluadores (Landis & Koch, 1977). (Tabla 23)

Tabla 23

Confianza Interevaluador con 28 posibilidades de Diagnósticos clínicos de Alteración del vínculo materno-infantil (Índice Kappa de Cohen)

	P	Significación aproximada
Kappa	.396	.000

p=<.005

13. Discusión

El periodo perinatal ha sido foco de estudio en los últimos años para los profesionales de la salud mental, debido a las implicaciones propias de este periodo, sin embargo factores de riesgo ambientales asociados a experiencias altamente estresantes como un terremoto, pueden favorecer la formación de patologías o síntomas psicológicos negativos maternos. En esta investigación se exploró y comparó la calidad del vínculo materno-infantil y la salud mental materna de 30 diadas madre bebé, durante el primer año de posparto en madres que experimentaron el terremoto del 19 de septiembre del 2017 con epicentro en Morelos, México durante su embarazo y en madres que lo experimentaron antes de su embarazo.

Al respecto se identifica sintomatología de salud mental materna durante la etapa perinatal, en particular la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en el periodo de posparto en ambos grupos de madres evaluadas. La prevalencia de depresión posparto en ambos grupos no presentó diferencias significativas (46.7%), sin embargo es mayor a lo esperado con base a estudios previos que han reportado porcentajes que oscilan entre el 10 y 15% en población general mexicana, evaluadas desde las primeras seis semanas hasta los primeros seis meses de posparto (Arranz, y otros, 2012). Aunque el G2, formado por las madres que experimentaron el terremoto antes del embarazo y fueron evaluadas durante el posparto, presenta una pequeña diferencia de mayor puntajes de síntomas depresivos en el momento de la evaluación, esto se puede atribuir a que en este grupo se identificaron casos más severos de depresión. En contraste, las descripciones maternas revelan que es el G1 el grupo que reporta la presencia de mayor sintomatología depresiva después del terremoto y una descripción más clara y detallada de dichos síntomas en comparación al G2, en donde las madres relatan menor presencia de dicha sintomatología. Estos resultados pueden atribuirse a dos razones; la primera es que las madres del G1 fueron evaluadas con un mayor tiempo de cercanía posterior al evento del sismo

dato que éste fue experimentado durante el embarazo, mientras que las madres del G2, fueron entrevistadas en un periodo de mayor lejanía al evento sísmico al ser experimentado antes del embarazo evaluado en comparación al G1, lo cual podría tener efecto en la intensidad de la presencia de síntomas asociados al desastre natural. La segunda razón podría asociarse con la presencia de “maternity blues” o normalización y minimización del aspecto emocional por parte de las madres después del parto, ya que consideran que estos sentimientos van implicados en este periodo (Navas , 2013; Oviedo, Mondragón, & Jordán, 2006). Una mayor presencia de sintomatología depresiva se confirma nuevamente en el G1, en comparación a lo reportado por el G2, con los resultados de la escala adaptada de secuelas psicológicas después del sismo[EDN] (Ortega & Cols, 2008) en la que se observa una diferencia sobre la manifestación de sintomatología depresiva después del terremoto, donde es nuevamente el G1 el que reporta una mediana de 4 en comparación con una mediana de 0 reportada por el G2, que indica mayores síntomas depresivos que siguieron al evento sísmico aunque no existieron diferencias significativas reportadas con la prueba U Mann Whitney. Se identifican antecedentes de que a mayor apoyo social es menor el estrés materno y sentimientos depresivos (Badakhsh, Harville, & Banerjee., 2010), esta variable pudo ser un factor que influyera en la percepción de la vivencia del terremoto y la sintomatología depresiva. La presencia elevada de sintomatología depresiva podría asociarse a la experimentación del terremoto como una de las variables de riesgo, adicional a la identificación de otros factores de riesgo asociados a sintomatología depresiva en el posparto, como lo son falta de apoyo de parte de la pareja (Rossen , y otros, 2016; Kerstis et al., 2016), situaciones económicas, ambientales (Organización Panamericana de la Salud, 2000; Olza, 2010), falta de apoyo familiar y social (Domenech & Cuxart, 1998) que rodearon a las madres durante el embarazo, parto y posparto y que podrían explicar las altas prevalencias obtenidas en esta muestra.

Referente a la ansiedad posparto, se observa la misma tendencia de altas prevalencias en ambos grupos de madres que experimentaron el sismo, ya sea usando los puntos de corte del PASS de los autores originales (G1: 33.3%; G2:26.7%), o usando puntos de corte menores referidos en un estudio en población mexicana (G1:53.3%; G2: 26.7%) (Palacios-Hernández, et al, SF). La prevalencia de ansiedad en el posparto en ambos grupos del presente estudio rebasa las cifras reportadas en estudios previos internacionales que reportan prevalencias en etapa perinatal sin exposición a desastres naturales que van desde un 11 al 22% (Fairbrother, Janssen, Antony, Tucker, & Young, 2016) así como también los reportados en muestras mexicanas que han estimado una prevalencia entre el 9 y 14.8% (Navarrete et al., 2012).

Se observa con ello en el presente estudio, que la presencia de ansiedad en el posparto en la muestra evaluada reporta mayores prevalencias que las observadas en la población general de estudios previos. La alta prevalencia de síntomas ansiosos en ambos grupos de la muestra del estudio, puede asociarse a que todas las madres evaluadas experimentaron un intenso terremoto, lo cual apoya evidencia científica que ya ha descrito efectos emocionales adversos después de la experiencia de un terremoto y otros desastres naturales como huracanes e inundaciones (Hibino et al., 2009), por lo que en términos de experiencia se les podría considerar como “madres damnificadas”, con secuelas de ansiedad a consecuencia de la exposición al evento traumático como lo han comprobado estudios previos en estas poblaciones (Xu et al., 2014; Brummelte & Galea, 2010; Saulnier & Brolin, 2015; Brock, y otros, 2015). Sin embargo, no se descarta la posibilidad de que estuvieran presentes previamente en las madres evaluadas en este estudio, síntomas ansiosos que pudieran estar relacionados con factores de riesgo ya existentes en el entorno de la madre como, falta de apoyo, relación de pareja, estrés materno, relación con la familia, salud de la madre, situaciones ambientales, esfera laboral y/o social, (Quesada & López, 2019), y estrés psicosocial (Lartigue, et al., 2008) ya sea que estuvieran presentes desde antes

del terremoto o durante la etapa perinatal y que con la exposición al evento pudiera haber intensificado la sintomatología ansiosa.

La prevalencia de los trastornos del vínculo materno infantil durante el posparto fue de un 9.6% de la muestra total durante el primer año de vida del bebé. La prevalencia identificada en este estudio se encuentra en un punto intermedio en comparación a otros estudios de madres evaluadas en otros países que refieren una prevalencia en población general entre el 1% y 7.1% (Reck, y otros, 2006) y prevalencias hasta del 20% (Brockington, 2011) en madres con problemas de salud mental. La alta prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en los dos grupos del presente estudio asociados a la exposición al sismo, podría considerar la muestra de madres como población clínica.

Estudios sobre salud mental perinatal (Mora, 2016; Domenech & Cuxart, 1998; Nakano y otros, 2019; Rossen y otros, 2016), han mostrado que la sintomatología depresiva es uno de los factores principales en los últimos trimestres del embarazo y en el posparto que tienen una elevada influencia en dificultades en la vinculación materno-infantil, sin embargo, aunque en el presente estudio se reportaron correlaciones altas entre la depresión y la presencia de dificultades vinculares confirmado su asociación ya documentada en otros estudios, en esta muestra la ansiedad posparto y las secuelas psicológicas después del sismo son las variables que parecen tener un mayor efecto en las dificultades en la vinculación materno-filial y en la calidad de la misma, afectando a ambos grupos e influyendo en la generación de dificultades vinculares. Lo anterior podría explicar que en las madres del G1 se observó mayor prevalencia de dificultades vinculares, donde a pesar de que se identifican en la mayoría de las participantes descripciones maternas que refieren una experiencia positiva sobre la transición a la maternidad, los casos detectados con alteración vincular se caracterizan por la presencia de ansiedad leve centrada en el infante e ira patológica leve como denominador común, mientras que en el G2 se

observa solo un caso detectado que presenta ira patológica severa. Las madres de ambos grupos relatan experiencias relacionadas con sentimientos de frustración e irritabilidad, donde la presencia de estos sentimientos indican que existen factores de riesgo que pudiesen derivar en una alteración vincular (Klier, 2006). En ambos grupos las madres que presentan alteraciones vinculares describen a sus bebés con temperamentos difíciles confirmando resultados de estudios anteriores (Domenech & Cuxart, 1998) y manifiestan haber tenido un retraso en la respuesta afectiva hacia sus bebés, incrementando la presencia de sentimientos positivos a través de la convivencia con sus bebés en concordancia con lo descrito en estudios previos (Brockington et al., 2001, Palacios-Hernández, 2016, Bicking & Hupcey, 2014).

Referente al grado de exposición al terremoto, la evidencia científica sugiere que se hubiera esperado que las madres más cercanas al epicentro y con mayores afectaciones emocionales reportaran mayores dificultades vinculares que las que lo experimentaron en menor intensidad, esto debido a la correlación encontrada entre la presencia de secuelas psicológicas después del terremoto y la presencia de emociones negativas hacia el bebé de acuerdo a lo identificado por estudios anteriores. Sin embargo, en el presente estudio se identificaron mayores dificultades en madres que vivieron el sismo de forma más distante geográficamente al epicentro. Lo anterior, puede deberse a la diferencia sobre la percepción del evento traumático de cada una de las participantes y los factores de riesgo y protección presentes o ausentes en cada madre. Y aunque se ha reportado que el grado de exposición al terremoto puede relacionarse con la presencia de mayor sintomatología depresiva (Harville, Xiong, & Buekens, 2010), los resultados de este estudio sugieren la necesidad de también considerar el efecto adverso en la salud mental perinatal de la presencia de factores de riesgo adicionales a la exposición al terremoto durante el embarazo que incrementan la vulnerabilidad de las madres del G1 dando pie a alteraciones vinculares y una menor calidad de la relación entre la madre y el bebé.

En consecuencia, los hallazgos en las madres evaluadas en el presente estudio puede suponer, que a mayor presencia de ansiedad es menor la calidad del vínculo materno-infantil, confirmando lo que han reportado diversos estudios sobre la influencia de estas variables en la salud mental materna en situaciones de desastres ambientales (Harville, Xiong, & Buekens, 2010). Por lo anterior, podría indicar que la mayor presencia de ansiedad como consecuencia de la exposición al sismo alrededor de la etapa perinatal, se convierte en un factor de riesgo perinatal que tiene una influencia adversa con implicaciones en la calidad del vínculo materno-infantil posteriormente en el primer año de posparto.

La temporalidad de las evaluaciones de las participantes es una variable relevante a considerar en los resultados de este estudio, ya que se detectan diferencias entre aquellas que fueron evaluadas en el primer mes y doceavo de vida del bebé evaluado, existiendo rangos de hasta 11 meses entre algunas madres evaluadas y en el caso del G2, al periodo transcurrido posterior al sismo, se suma el tiempo que transcurrió en embarazarse después del terremoto. La heterogeneidad del tiempo del posparto puede generar diferencias significativas en la salud mental materna en las madres evaluadas y debe considerarse que ha transcurrido más tiempo después del terremoto en la evaluación de las madres del G2 que en las del G1. Es así que la variable de temporalidad en el periodo perinatal se constituye como una variable que repercute en la presencia de la intensidad de la sintomatología de salud mental evaluada asociado a diferencias en tiempos para el proceso de adaptación y reactivación de los recursos psicosociales de cada madre que inciden de forma diferenciada en su recuperación psicológica como ha referido previamente por Deza (2013). Esto haría suponer que las madres del G1 del estudio, han tenido menos tiempo para una reactivación y recuperación psicosocial del evento sísmico y se enfrentaron en el periodo de posparto y de la vinculación con sus bebés a un menor tiempo de recuperación psicosocial posterior al evento traumático lo cual puede explicar la identificación

de más casos de alteración vincular en el G1 en donde hay un menor tiempo entre la experiencia del terremoto y la evaluación que en las madres del G2.

En consecuencia a lo discutido anteriormente, en general se identificaron mayores repercusiones en la salud mental perinatal en las madres que vivieron el terremoto durante su embarazo. Se identificó que las madres que experimentaron el terremoto durante su embarazo (G1) reportaron mayores afectaciones de ansiedad, alteración vincular y secuelas psicológicas asociadas al sismo en la etapa perinatal, a diferencia del G2, que incluyó madres que vivieron el sismo antes del embarazo. Estas afectaciones estuvieron presentes hasta el momento de la evaluación, y se observó que, en combinación con otros factores de riesgo, derivaron en una menor presencia de estrategias de afrontamiento eficaces ante el cuidado y crianza del bebé. Las madres describen situaciones que rodean al parto y el posparto, generadoras de estrés, como diferencias con la pareja y abuelas maternas o paternas en temas relacionados a la crianza y cuidado del bebé que generan angustia materna, así como factores que funcionan como protectores del bienestar psicosocial materno, coincidiendo con la evidencia científica hallada sobre asociaciones entre estas variables y síntomas psicológicos en el posparto (Kokubu, Okano, & Sugiyama, 2012). Estos hallazgos coinciden con lo señalado en estudios previos que han evaluado a poblaciones que vivieron un terremoto con efectos relacionados con mayores traumas y estrés (Ren et al., 2014), mostrando así que el momento perinatal de la exposición a un desastre natural puede tener efectos mayores y producir mayor vulnerabilidad a una aparición e incremento en los trastornos mentales a posteriori que haberlos presenciado en otro momento del ciclo vital. Los resultados del estudio confirman la vulnerabilidad a padecer algún trastorno de carácter psicológico después de un desastre natural en poblaciones damnificadas, especialmente si se experimenta en el periodo perinatal, como se ha reportado en otros países (Chang, y otros, 2012; Xu et al., 2014).

A pesar de que en ambos grupos las prevalencias de dificultades en la salud mental perinatal son altas, las madres que experimentaron el sismo durante su embarazo (G1), conformadas como el grupo en el que se identifican mayores afectaciones emocionales derivadas del sismo, nos indica que la dificultad emocional más elevada fue la ansiedad posparto como la secuela psicológica más frecuente después del terremoto con asociación a posteriores dificultades en la calidad de la vinculación materno-filial. Si bien esta relación no puede confirmarse de forma directa, el diseño retrospectivo del estudio permite sugerir por medio del análisis de las descripciones maternas, una trayectoria de desarrollo desde el embarazo y el primer año de posparto que puede suponer un efecto potenciador adverso de la exposición al sismo en los factores de riesgo adicionales presentes en algunas de las madres con menor calidad en su vinculación materno-infantil que difieren en comparación con aquellas madres con mayores factores protectores.

Los resultados del presente estudio incrementan el conocimiento del rol de la ansiedad en el posparto en la calidad de la vinculación materno-infantil, lo cual ha sido menos estudiado y confirman lo reportado por algunos estudios (Kokubu, Okano, & Sugyyama, 2012; Badakhsh, Harville, & Banerjee., 2010). Con ello, se confirma que las mujeres que experimentan un sismo intenso alrededor de un periodo perinatal, pueden mostrar mayor vulnerabilidad de desarrollar o incrementar sintomatología ansiosa en comorbilidad con síntomas depresivos, como se observó en este estudio. Esta vulnerabilidad eleva el riesgo de desarrollar otros síntomas psicológicos negativos e impedimentos psicosociales maternos que pudieran llevar a mayor dificultad postnatal en un periodo futuro (Lartigue et al., 2008) con problemas de salud tanto para la madre como para el bebé (Meades & Ayers, 2011).

Entre los factores estresantes adicionales a los de la experiencia traumática de un terremoto, se identificaron en la muestra estudiada, situaciones relacionadas con *negligencia médica* y *violencia obstétrica*, con madres que describiendo experiencias traumáticas durante el parto como factores adversos que influyeron en una percepción negativa de la maternidad durante el posparto. Estos resultados muestran la necesidad de generar investigaciones futuras que analicen en población mexicana, donde se cuenta con poca evidencia al respecto, la relación de forma clara y directa de las afectaciones de experiencias traumáticas en el parto en la calidad de la vinculación materno-filial y que ya ha sido reportada en otros contextos (Söderquist, J., Wijma, & Wijma, 2006). Las descripciones maternas de este estudio reflejan que estas variables tienen un efecto, el cual en algunos casos puede considerarse directo y en otros acumulativo para influir en la calidad de la vinculación de la madre con su bebé. Aunado a estos, se encontraron en las madres evaluadas en el presente estudio, factores de riesgo ya reportados previamente en otras muestras como lo son: bajo nivel educativo, grado de exposición al evento (Chang, y otros, 2012), así como el tipo de experiencia en el mismo (Brock, y otros, 2015; Saulnier & Brolin, 2015), problemas de salud de la madre (Harville, Xiong, & Buekens, 2010) y del padre, problemas financieros y familiares (Domenech & Cuxart, 1998), pérdidas significativas (Xu et al., 2014), y preocupaciones por la condición de salud del bebé (Conejo & Rojas, 2012), que influyen en la calidad de la relación entre la madre y su bebé, adicional a la experiencia traumática del terremoto. Es importante destacar, que los resultados del presente estudio también identifican factores protectores en las madres que generan condiciones para un buen vínculo materno-infantil, como lo son redes de apoyo familiares y sociales y preparación mental y emocional frente al parto y posparto, así como un alto nivel de estudios confirmando lo hallado en estudios previos (Badakhsh, Harville, & Banerjee., 2010; Brock, y otros, 2015).

Se identifican algunas fortalezas y debilidades del presente estudio que podrían orientar futuras investigaciones sobre este tema. La evaluación de dos grupos de madres permitió la comparación entre distintos momentos de exposición a un evento traumático como lo es un terremoto, lo cual permite analizar con mayor detalle el efecto de la diferencia del momento perinatal en que se experimenta un desastre natural en la salud mental materna. Las mediciones de estas variables se realizaron en un único momento y en algunas de ellas de forma retrospectiva. Esto brindó información relevante sobre todo el periodo perinatal y sugiere la importancia de generar estudios longitudinales, que permita realizar un seguimiento de la salud mental materna y que aportaría mayor conocimiento de la trayectoria más clara de la presencia, incremento o disminución de sintomatología. El presente estudio podría haberse enriquecido si se hubiera evaluado a un tercer grupo de madres evaluadas en el mismo periodo perinatal sin haber estado expuestas a ningún desastre natural, aportando un grupo de comparación que permitiera identificar en términos más claros la presencia y repercusiones del terremoto en dicha sintomatología.

Adicionalmente, la modalidad de dos evaluadores en la entrevista Stafford permitió generar información confiable y permitir el uso de diagnósticos consensuados, con el fin de tener una mayor confianza interevaluador. Sin embargo, se recomienda que en todo estudio de salud mental perinatal que use entrevistas clínicas se incluya en el análisis de los resultados factores como la experiencia del evaluador, formación, habilidad, y subjetividad del mismo y homogenizar estas variables para incrementar el grado de confiabilidad de los diagnósticos obtenidos. Respecto al índice de Kappa de Cohen es necesario resaltar que el segundo evaluador fue itinerante a lo largo de las evaluaciones lo cual pudo tener un efecto en estas, sobre todo en los diagnósticos que requieren mayor especificidad. Se obtuvieron dos coeficientes de Kappa, el primero con cuatro posibilidades de diagnóstico sobre la presencia o ausencia de una alteración

vincular, lo cual indica un coeficiente de confiabilidad alto (.843), mientras que el segundo con 28 posibilidades y una mayor especificidad en cuanto a los diagnósticos reporta un coeficiente mínimo aceptable (.396) debido a las diferentes modalidades de manifestación de una alteración vincular. Si bien la realización de los diagnósticos con cuatro posibilidades sobre la presencia o alteración vincular nos da un coeficiente alto de confiabilidad, puede excluir algunas combinaciones de sintomatología esenciales que juegan un papel fundamental en la aparición clínica de un trastorno vincular. El emplear las 28 posibilidades nos permite identificar con mayor especificidad sintomatología previa a una alteración vincular y que pueda servir de foco de atención para poder priorizar áreas en donde se pueda intervenir con la intención de prevenir, aunque debe considerarse que representará una mayor dificultad para obtener altos índices de confianza interevaluador cuando se obtengan diagnósticos por dos evaluadores independientes para fines de investigación.

El uso de una metodología mixta se considera una fortaleza del estudio, ya que permitió evaluar las mismas variables de forma cualitativa y cuantitativa, haciendo posible identificar de forma más detallada, las afectaciones de salud mental perinatal específicas en cada grupo de madres e identificar y contextualizar sus diferencias y factores individuales de riesgo y protección que compartían.

El muestreo no fue aleatorio por lo que la muestra evaluada puede representar un sesgo negativo ya que es posible que acudieran a la evaluación madres con sospechas propias de sintomatología ansiosa, depresiva o de dificultades en la relación con su bebé, lo que podría representar un grado de conciencia de enfermedad que puede influir en las prevalencias de las sintomatologías depresivas y ansiosas observadas.

Los resultados del estudio destacan la relevancia de detectar la sintomatología de salud mental en poblaciones vulnerables como es el caso de mujeres en etapa perinatal y permite tener un acercamiento a la sintomatología específica que puede surgir en este periodo después de un terremoto ya que es poca la información aún sobre los efectos en la salud mental materna después de un desastre o catástrofe natural. Por lo anterior se considera que los resultados de esta investigación permiten incrementar el conocimiento y brindar herramientas de detección y seguimiento adecuado para la implementación de recomendaciones y/o estrategias eficaces en las madres que hallan experimentado un sismo alrededor de la etapa perinatal y orientar sobre estrategias tempranas para facilitar la experiencia de crianza de un recién nacido así como promover el bienestar de la diada madre-bebé y con ello evitar el incremento de la sintomatología de salud mental y poder reducir efectos adversos a largo plazo para ambos.

14. Conclusiones

Los resultados del presente estudio, confirman la asociación entre la experiencia de un terremoto y sintomatología de salud mental materna en el periodo de posparto en las madres que experimentaron el terremoto del 19 de septiembre, 2017, en Morelos, con una menor calidad en la vinculación materno-infantil en aquellas que lo vivieron durante su embarazo. Por lo anterior, se considera que presenciar un terremoto podría desencadenar efectos psicológicos con consecuencias negativas potenciales en la salud mental materna y en la vinculación materno-infantil, con mayor presencia de sintomatología de riesgo en aquellas que lo experimentaron durante su embarazo.

La sintomatología detectada con mayor presencia en las madres evaluadas durante el posparto, es la ansiosa, con una comorbilidad elevada con síntomas depresivos y dificultades vinculares en la relación madre-bebé asociados a la presencia de secuelas psicológicas derivadas del sismo ocurrido en Morelos en Septiembre del 2017. Esta sintomatología fue mayor en el grupo de madres que vivieron el terremoto durante el embarazo del bebé evaluado y muestran permanencia a lo largo del primer año de posparto. Es importante resaltar que la asociación entre las secuelas psicológicas derivadas de la exposición al sismo como evento traumático y dificultades en la calidad del vínculo materno-infantil aunque es significativa, sin embargo, su influencia directa no se reporta suficiente para que por sí sola produzca alteraciones en el vínculo de la madre con su bebé. Lo anterior, pone el énfasis en suponer que el presenciar un terremoto puede incrementar el efecto acumulativo de los factores de riesgo como la presencia de sintomatología de salud mental materna, que en conjunto con factores como el poco o nulo apoyo familiar, de pareja, social, y condiciones relacionadas a eventos durante el parto

percibidos por la madre como traumáticos, pueden incrementar el riesgo de la presencia de una alteración vincular.

No se reportaron diferencias significativas en la prevalencia respecto a la depresión en ambos grupos, pero sí se identifican en las madres del estudio, una prevalencia mayor a las reportadas en muestras de mujeres en etapa perinatal no expuestas a desastres naturales, lo cual confirma que existe mayor presencia de sintomatología de salud mental materna en madres damnificadas. Estas madres evidenciaron la presencia de mayor riesgo a presentar ansiedad y depresión en el posparto, en ambos grupos, independientemente del momento perinatal de la exposición al terremoto, lo cual indica que un terremoto, puede generar mayor vulnerabilidad a desarrollar síntomas psicológicos negativos durante el periodo posnatal.

Las madres que experimentaron el terremoto durante su embarazo (G1) reportaron mayores afectaciones de ansiedad, describiendo preocupaciones relacionadas al bienestar fetal, preocupación por hijos previos y preocupación por su familia, y también mayor prevalencia de alteración vincular en el G1, prevalencia que fue incluso mayor que las esperadas por estudios previos. Aunque se confirma comorbilidad entre la presencia de sintomatología depresiva y alteraciones vinculares, ya reportado en otras investigaciones, fue la ansiedad posparto y las secuelas psicológicas después del terremoto las que muestran una mayor asociación con la alteración del vínculo materno-infantil en el grupo estudiado. Adicionalmente, las secuelas psicológicas asociadas al sismo en la etapa perinatal resultaron mayores en las madres que vivieron el desastre durante su embarazo. Las descripciones maternas del G1 reportaron mayor afectación emocional derivada de la experiencia de haber presenciado el terremoto durante el embarazo, misma que se mantuvo desde el terremoto hasta el posparto y estuvo presente en el momento de la evaluación. Entre las principales preocupaciones maternas en el G1 destacan el miedo por el bienestar de sus hijos mayores, por el bienestar fetal, temor presente de que vuelva

a temblar, miedo a un parto prematuro derivado de la experiencia del terremoto y afectaciones de las viviendas, preocupaciones que repercutieron desde su perspectiva en el bienestar emocional durante el embarazo y se mantuvieron en periodo de posparto. La comparación de los diferentes momentos de exposición permitió un panorama sobre los efectos de la exposición a un evento traumático y el alcance de los mismos.

Estos resultados sugieren que una mayor cercanía de temporalidad al evento del sismo, representa mayor riesgo de que se mantenga la sintomatología de salud mental perinatal desde el embarazo hasta el posparto, con una mayor vulnerabilidad de desarrollar dificultades en la calidad de vinculación afectiva de las madres con sus bebés durante el posparto si no existe una identificación y atención temprana. Estas alteraciones podrían influir en el desarrollo del vínculo materno-infantil provocando una interferencia en la capacidad de la madre para interpretar y responder de manera adecuada a las necesidades del infante dada una mayor probabilidad de sintomatología ansioso-depresiva. Esto representa considerar a las mujeres embarazadas expuestas a un sismo como un grupo de mayor vulnerabilidad a riesgos de salud mental durante el posparto que requerirán un seguimiento y apoyo profesional más detallado. Por lo anterior, se recomienda que en futuras investigaciones se pueda hacer una medición de la sintomatología de salud mental materna en diferentes momentos a lo largo del posparto temprano en madres con recientes exposiciones a desastres naturales, para poder identificar los casos que representen un riesgo así como identificar los factores que pueden incrementar o disminuir sintomatología detectada y ofrecer un seguimiento completo de la evolución de los síntomas. También es importante contar con opciones de canalización que puedan dar un seguimiento adecuado a las participantes que resulten con cuadros psicológicos que requieran de un apoyo profesional y familiar adicional.

Este estudio brinda información relevante sobre este grupo de mujeres en etapa perinatal que ha sido poco estudiado en México y permite identificar efectos a mediano y largo plazo de desastres naturales que requieren intervenciones especializadas y orientadas a la prevención de la intensificación de estas dificultades y factores de riesgo con estrategias tempranas de atención durante los primeros años del posparto. Adicionalmente, los resultados permiten generar recomendaciones para futuros estudios en el tema, que promuevan iniciar seguimientos longitudinales de los efectos a mediano y largo plazo en la salud mental de la madre así como en el desarrollo emocional, social y cognitivo de los bebés.

La exploración de la sintomatología de salud mental materna y de la experiencia del terremoto permitió además de explorar los objetivos principales, identificar factores de riesgo y de protección descritos por las madres relacionados a las condiciones del parto, al apoyo social y variables sociodemográficas y perinatales, que describieron como detonantes sobre la percepción de su experiencia en la maternidad y el posparto. Esta identificación permitirá diseñar estrategias de evaluación y de intervención que pueden implementarse de forma temprana posterior a desastres naturales como acciones preventivas que disminuyan los factores de riesgo, incrementen los que puedan ser protectores y promuevan una mejor salud mental perinatal.

Los resultados del estudio muestran que el presenciar un terremoto puede desencadenar efectos psicológicos a corto y largo plazo que tengan consecuencias negativas potenciales en la salud mental materna y efectos adversos en el desarrollo psicosocial de sus bebés en las mujeres que experimentaron el terremoto del 19 de Septiembre en el Estado de Morelos. Por lo anterior, es recomendable que se considere un grupo afectado y altamente vulnerable, dada la alta prevalencia de sintomatología postraumática que se ha experimentado en la población, con

riesgo de interferencia en la capacidad de la madre para interpretar y responder de manera adecuada a las necesidades del bebé.

Como conclusión, el presente estudio reporta información que sugiere que las mujeres en etapa perinatal son vulnerables a presentar afectaciones psicológicas duraderas más allá de la exposición de un terremoto, con riesgo de mantenimiento de la sintomatología durante el primer año de posparto y consecuencias probables posteriores en la salud mental de la madre y de su bebé. Por lo anterior, se recomienda ampliamente que después de un desastre natural se implementen evaluaciones tempranas de salud mental perinatal en este grupo poblacional e intervenciones y la implementación de políticas que incluyan además de la reconstrucción de comunidades damnificadas, asistencia no solo a nivel de salud física, sino también de salud mental perinatal, que incluyan un enfoque preventivo de alteraciones psicopatológicas perinatales, lo cual requiere una aproximación multidisciplinar en las acciones de salud pública que incorporen un abordaje de la salud mental perinatal.

15. Referencias

- ABCBienestar. (2016). Obtenido de https://www.abc.es/familia/vida-sana/abci-cada-cinco-madres-presenta-algun-trastorno-mental-durante-embarazo-o-posparto-201605052151_noticia.html.
- Alvarado-Esquivel, C., SifuentesÁlvarez, A., Estrada-Martínez, S., Salas-Martínez, C., Hernández-Alvarado, A., Ortiz-Rocha, S., Sandoval-Herrera, F. (2010). Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales público de Durango, México. *Gaceta Médica de México*, 46(1), 1-9.
- Alvarez, M., Bucay, L. (2018). Modelo de tamizaje, atención y monitoreo de la salud mental para adultos en casos de desastre. *Salud Publica de México*, 60(1), 23-30. doi:10.21149/9340
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. México: Medica Panamericana.
- Arranz, L., Ruiz, J., Aguirre, W., Carsi, E., Ochoa, G., Camacho, M., Cervantes, J. (2012). Modelo de intervención temprana en la depresión posparto en un hospital de tercer nivel. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 100-108. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/473/47323278007.pdf>
- Asociación Medica Mundial. (2019). *Declaración de Helsinki de la AMM-Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Obtenido de www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos
- Astrachan-Fletcher, E., Veldhuis, C., Lively, N., Fowelery, C. (2008). The reciprocal effects of eating disorders and the postpartum period: a review of the Literature and recomendations for clinical care. *Journal of women´s Health*, 17(2), 227-239. doi:10.1089/jwh.2007.0550
- Ato, M., Vallejo, G. (2015). *Diseños no experimentales*. Madrid, España: Piramide.
- Badakhsh, R., Harville, E., Banerjee. (2010). The childbearing Experience During a Natural Disaster. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 39(4), 489-497. doi:10.1111/j.1552-6909.2010.01160.x.
- Bambarén, C. (2011). Salud mental en desastres naturales. *Psicol hered*, 20-25. doi:10.20453/rph.v6i1-2.2066
- Behar, R. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria, embarazo y puerperio. *Ginecobstetricia*, 26(1), 1-28. Obtenido de <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/3588>
- Bericat, E. (1998). Estrategias y usos de la integración. En E. Bericat, *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida* (págs. 103-146). Barcelona: Ariel, S.A.

- Bernazzani, O., Marks, M., Bifulco, A., Siddle, K., Asten, P., & Conroy, S. (2005). Assessing psychosocial risk in pregnant/postpartum women using the Contextual Assessment of Maternity Experience (CAME). *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, *40*(6), 497-508.
- Bicking, C., & Hupcey, J. (2014). State of the science of maternal-infant bonding: a principle-based concept analysis. *HHSPublic Access*, *29*(12), 1314-1320. doi:10.1016/j.midw.2012.12.019
- Brandes, M., Soares, C., & Cohen, L. (2004). Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management. *Archives of Women's mental Health*, *7*(2), 99-110. doi:0.1007/s00737-003-0035-3
- Brock, R., Hara, M., Hart, K., MacCabe, J., Williamson, A., Brunet, A., King, A. (2015). Eritarumatic Dsittess Mediates the Effect of Severity of Disaster Exposure on Perinatal Depression: The Iowa Flood Study. *J Taruma Stress*, *28*(6), 515-522. doi:10.1002/jts.22056.
- Brockington, I., Guedeney, A. (2008). Motherhood and mental health. *International Journal of Infant Observation and Its Applications*, *2*(2), 116-117. doi:10.1080/13698039908400552
- Brockington, I., Chandra, P., Bramante, A., Dubow, H., Fakher, W., García, L., Shieh, P. L. (2017). The Stafford Interview. A comprehensive interview for mother-infant psychiatry. *Archives of women's mental health*, *20*(1), 107-112. doi:10.1007/s00737-016-0683-8
- Brockington, I., Chandra, P., Felice, E., George, S., Grybos, M., Hofberg, K., Wainscott, G. (2006). *The Birmingham interview for maternal mental health 5th edition*. Bredenbury, Bredenbury: Ery Press.
- Brockington, I. (2011). Maternal Rejection of the Young Child Present Status of the Clinical Syndrome. *Psychopathology*, *44*(5), 329-336. doi:10.1159/000325058
- Brockington, I. (2011). Maternal rejection of the young child: present status of the clinical syndrome. *Pschopathology*, *44*(5), 329-336. doi:10.1159/000325058
- Brockington, I., Aucamp, H., & Fraser, C. (2006). Severe disorders of the mother-infant relationship: definitions and frequency. *Archives womens Health*, *9*, 243-251. doi:10.1007/s00737-006-0133-0
- Brummelte, S., & Galea, L. (2010). Chronic corticosterone during pregnancy and postpartum affects maternal care, cell proliferation and depressive-like behavior in the dam. *Elsevier*, *58*, 769-779. doi:10.1016/j.yhbeh.2010.07.012
- Bulik, C. M., Von, A. H., Hamer, R., Knoph, C. B., Torgersen, L., Magnus, P., Reichborn-Kjennerud, T. (2007). Patterns Of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychological medicine*, *37*(8), 1109-1118. doi:10.1017/S0033291707000724
- Buruchaga, I., Golano, M., Pérez, C., Bailus, E. (2018). Apego y vínculo: una propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. *Temas de psicoanálisis*(15).
- Bustos, S., & Jiménez, N. (2013). Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica-Chile. *Psiquiatría y salud mental*,

- 30(1), 38-49. Obtenido de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-835215?lang=es>
- Carrillo, A., & Romero Hidalgo, A. (2013). Alteraciones psiquiátricas en el posparto. *La medicina hoy*. doi:<http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/63/1449/30/1v63n1449a13039067pdf001.p>
- Carro, T., Sierra, J., Hernández, M., Ladrón, E., Antolín, E. (2000). Trastornos del estado de ánimo en el posparto. *Medicina General*, 24, 452-6.
- Castro, F., Place, J., Villalobos, A., Allen-Leigh, B. (2015). Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. *Salud pública de México*, 57(2), 144-154. doi:10.21149/spm.v557i2.7410
- Centro de instrumentación y registro sísmico a.c. (s.f.).
- CEPAL. (2013). *Manual para la Evaluación de Desastres*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Chang, C., Wang, C., Ho, A., Qu, Z., Wang, X., Ran, M., Zhang, X. (2012). Síntomas del trastorno de estrés postraumático y la depresión entre los sobrevivientes desconsolados y no desconsolados después del terremoto de Sichuan de 2008. *Revista de trastornos de ansiedad*, 26(6), 673-9. doi:0.1016 / j.janxdis.2012.05.002
- Chizawsky L.K. , L., Newton , M. S. (2006). Identification and Treatment in Obstetrical Patients. *Awhonn Lofelines*, 10(6), 483-488. doi:10.1111/j.1552-6356.2006.00097.x
- Clarck, D., Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para trastornos de Ansiedad*. New York: Desclèe de Brouwer. Obtenido de https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf
- Cohen , M., Ansara, D., Schiel, B., Stuckless, N., & Stewart, D. (2004). Posttraumatic Stress disorder after Pregnancy, labor, and delivery. *Journal of women´s health*, 13(3), 3115-324.
- Cohen, E. (2008). Lecciones aprendidas durante desastres naturales: 1970-2007. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 25(1), 109-17. doi:10.17843/rpmesp.2008.251.1243
- Conejo, A., & Rojas, A. (2012). Fortalecimiento del vínculo materno en mujeres con problemas de adicción. *Enfermería en Costa Rica*, 33(2), 90-93.
- Consejo General de la Psicología de España. (20 de Marzo de 2019). Reino Unido da un mayor impulso a la Salud Mental en su nuevo plan de salud a largo Plazo. *INFOCOPONLINE*. Recuperado el 2019, de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7879
- Correira, L., Linhares, M. (2007). Ansiedad materna en el periodo prenatal y postnatal: revisión de la literatura. *Latino-amEnfernagen*, 15(4), 677-683. doi:10.1590/S0104-11692007000400024
- Creedy, D., Shochet, I., Horsfall, J. (2001). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth*, 27(2), 104-111.
- Czarnocka, J., Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(1), 35-51. doi:10.1348/014466500163095
- Deza , S. (2013). Intervención psicológica con mujeres víctimas de desastres naturales. *Consensus*, 18(1), 9-20.

- Díaz, M., Amato, R., Chávez, J., Ramírez, M., Rangel, S., Rivera, L., López, J. (2013). Depresión y Ansiedad en embarazadas. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo*, 17(2), 25-30.
- Díaz, S. (1997). *El periodo Post-parto. Manual de entrenamiento del personal de los servicios de salud*. Santiago de Chile: Díaz, S. Instituto chileno de medicina reproductiva. Obtenido de <https://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod04/POST-PARTO.pdf>
- Díaz, S. (1997). *El periodo Post-parto*. Obtenido de <https://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod04/POST-PARTO.pdf>
- Domenech, E., Cuxart, F. (1998). Actualizaciones en Psicopatología Infantil II (de cero a seis años). Barcelona, España: Servei de Publicacions.
- Doocy, S., Daniels, A., Packer, C., Dick, A., Kirsch, T. (2013). El impacto humano de los terremotos: una revisión histórica de los acontecimientos 1980-2009 y revisión sistemática de la literatura. *Plos Currentes Rapid Sharing of Research in Progress*. doi:10.1371 / currents.dis.67bd14fe457f1db0b5433a8ee20fb833
- Dubber, S., Reck, C., Müller, M., Gawilk, S. (2015). Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal during pregnancy. *Archives women's health*, 18(2), 187-195. doi: 10.1007 / s00737-014-0445-4
- Espinoza, G. (1900). El manejo de los desastres naturales; Conceptos y definiciones básicas aplicadas a Chile. *Medio Ambiente y Urbanización*, 21-30.
- Fairbrother, N., Janssen, P., Antony, M., Tucker, E., & Young, A. (2016). Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *Journal of affective disorders*(200), 148-55. doi:10.1016/j.jad.2015.12.082
- Fisher, J., Cabral de Mello, M., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(2), 1369-149. doi:10.2471/BLT.11.091850
- Fresán, A., Robles, R., Becerra, C., Muñoz, M., Rangel, O., Monroy, B., Molina, A. (2019). Reaction to Severe Stress and Adjustment Disorders After the September 2017 Earthquakes in a Psychiatric Emergency Department in Mexico City. *Society for Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 13, 1-5. doi:10.1017 / dmp.2018.136
- Frías, Á., Palma, C., Barón, F., Varela, P., Álvarez, A., Salvador, A. (2015). Obsessive-compulsive disorder in the perinatal period: Epidemiology, phenomenology, pathogenesis, and treatment. *Anales de psicología*, 31(1), 1-7. doi:0.6018/analesps.31.1.168511
- García, A. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Revista Iberoamericana de psicología*, 110, 70-74.
- García, M., Otín, R. (2007). Sobre la psicosis puerperal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(2), 229-234. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000200017&lng=es&tlng=es.

- Gob.mx.* (06 de mayo de 2018). Atiende IMSS trastornos alimenticios con tratamiento médico, Psicológico y en Nutrición: Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201805/114>
- Gómez, H., Herrera Gómez, A., Martínez Galiano, J. M., Fernández Valero, M. J. (2011). *Anorexia nerviosa en el embarazo: cuidados en la enfermería obstétrica*. 10(23), 147-157. doi: 10.4321/s1695-61412011000300010
- Gómez, R., Hernández, B., Rojas, U., Santacruz, O., Uribe, R. (2008). *Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. México:Panamericana. Obtenido de https://books.google.com.mx/books?id=LSKfF9f7xF4C&pg=PA195&dq=psicosis+postparto&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi_hLWRkLjkAhVFIKwKHQ7hCjwQ6AEITDAG#v=onepage&q=psicosis%20postparto&f=false
- Guerrero, M. (2005). El apego. *ARS MEDICA revista de ciencias médicas*, 34(2). doi:10.11565/arsmed.v34i2
- Guzmán, S.*El financiero*. Obtenido de <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/esto-es-lo-que-sabemos-de-danos-del-sismo-en-los-estados?fbclid=IwAR3wol1JTXeN-276E0xR1SP5GLpPFOcnYEZSqXDR9yVriVwC0wq5M6-ca0A>
- Harville, E., Xiong, X., Buekens, P. (2010). Desastres y Salud Perinatal; Una revisión sistemática. *Obstet Gynecol Surv*, 65(11), 713-728. doi:0.1097/OGX.0b013e31820eddbe.
- Hassam, F., Brockington, I. (1999). Obsessions of foetal sexual abuse. *Archives Womnes Mental Health.*, 1(4), 193-195. doi:10.1007/s007370050028
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P. (2006). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill Interamericana. Recuperado el 2019
- Heron, J., O'Conor, T., Evans, J., Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *journal of affective disorders*(80), 65-73. doi:10.1016/j.jad.2003.08.004
- Hibino, Y., Takaki, J., Kambayashi, Y., Hitomi, Y., Sakai, A. (2009). Health impact of disaster-related stress on pregnant women living in the affected area of the Noto Peninsula earthquake in Japan. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 107-15.
- Hindrichs, I. (2020). Analizar con la ayuda de plantillas: La propuesta del Template Analysis. En I. Hindrichs, *Entre el campo y la teoría. Estrategias de categorización inductiva y deductiva en investigación cualitativa* (págs. 25-67). Zinacantepec: El colegio Mexiquense.
- Hobbins, R. (2007). Obstetricia clínica. Madrid, España: Panamericana.
- Hseuh-ling, C., Ting-Chang, C., Tzou-Yien, L., Shian-Shu, K. (2002). Psychiatric morbidity and pregnancy outcome in a disaster area of Taiwan 921 earthquake. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*(56), 139-144. doi:10.1046/j.1440-1819.2002.00948.x
- Huizink, A., Mulder, E., Robles de Medina, P., Visser, G., Buitelaar, J. (2004). ¿ Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? 79(2), 81-91. doi:10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014
- Hurtado, I., Toro, J. (2007). Diseños de Investigación. En *Paradigmas y Metodos de Investigación en tiempos de cambios. Modelos de conocimiento que rigen los procesos de investigación y los*

- métodos científicos expuestos desde la perspectiva de las ciencias sociales* (pp. 103). Venezuela: CEC.SA.
- Hussain, A., Weisaeth, L., Heredero, T. (2011). Trastornos psiquiátricos y deterioro funcional entre las víctimas de desastres después de la exposición a un desastre natural: un estudio basado en la población. *Revista de trastornos afectivos*, 128(1-2), 135-41. doi:10.1016 / j.jad.2010.06.018.
- Icart, M., Fuentelsaz, C., Pulpón, A. (2006). *Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesis*. Barcelona: Publicaciones y ediciones de la Universitat de Barcelona. Obtenido de <https://books.google.com.mx/books?id=5CWKWi3woi8C&pg=PA59&dq=muestreo+tipo+bola+d+e+nieve&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwijaDhjY3kAhVHA6wKHRbjDIUQ6AEILzAB#v=onepage&q=muestreo%20tipo%20bola%20de%20nieve&f=false>
- INCYTU. (2018). Salud Mental en México. *Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión*.(7), 1-6. Obtenido de https://www.foroconsultivo.org.mx/INCYTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática . (2020). *INEGI*. Obtenido de INEGI: https://www.inegi.org.mx/inegi/quienes_somos.html
- Iruin Sanz, Á. (12 de 10 de 2007). *Euskonewa & Media*. Obtenido de <http://www.euskonews.eus/0411zkb/gaia41102es.html>
- Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 269-278. doi:10.4067/S0717-92272010000500003
- Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E. (2006). En *Psicopatología*. Barcelona: UOC. Obtenido de https://www.academia.edu/18887212/LIBRO_DE_BASE_
- Jenike, M., Baer, L., Minichiello, W. (2001). *Trastornos Obsesivo-Compulsivos. Manejo práctico*. Madrid, España: Harcourt.
- Kerstis, B., Aarts, C., Tilman, C., Persson, H., Engström, G., Edlund, B., Slkalkidou, A. (2016). Association between parental depressive symptoms and impaired bonding with the infant. *19*(1), 87-94. doi: 10.1007/s00737-015-0522-3
- Kim, P., Rigo, P., Leckman, J., Mayes, L., Cole, P., Feldman, R., Swain, J. (2015). A Prospective Longitudinal Study of Perceived Infant Outcomes at 18-24 Months: Neural and Psychological Correlates of Parental Thoughts and Actions Assessed during the first Month Postpartum. *Frontiers in psychology*, 6(1772). doi:10.3389/fpsyg.2015.01772
- Kimmel, M. C., Ferguson, E. H., Zerwas, S., Bulik, C. M., Meltzer-Brody, S. (2015). Obstetric and Gynecologic Problems Associated with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 49(3), 260-275. doi:10.1002/eat.22483
- Klier, C. (2006). Mother-infant bonding disorders in patients with postnatal depression: The postpartum bonding questionnaire in clinical practice. *Womens Men Health*, 9(5), 280-291. doi:10.1007/s00737-006-0150-z

- Knoph, C., Von Holle, A., Zerwas, S., Torgersen, L., Tambs, K., Stoltenberg, C., Reichborn-Kjennerud, T. (2013). Course and Predictors of Maternal Eating Disorders in the Postpartum Period. *The international journal of eating disorders*, 46(4), 355-368. doi:10.1002/eat.22088
- Kokubu, M., Okano, T., & Sugiyama, T. (2012). Postnatal depression, maternal bonding failure, and negative attitudes towards pregnancy: a longitudinal study of pregnant women in Japan. *Arch Womens Health*, 15(2), 211-216. doi:10.1159/000071259
- Koubaa, S., Hällström, T., Brismar, K., Hellström, P., Lindén Hirschberg, A. (2015). Biomarkers of nutrition and stress in pregnant women with a history of eating disorders in relation to head circumference and neurocognitive function of the offspring. *15(1)*, 2-8. doi:10.1186/s12884-015-0741-7
- Landis, J., Koch, G. (1977). *The measurement of observer agreement for categorical data*. Biometrics.
- Lartigue, T., Maldonado, M., González, I., Saucedo, J. (2008). Depresión en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(2), 111-131. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip082d.pdf>
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e intersubjetividad Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Santiago de Chile: LOM.
- Leckman, J., Mayes, L., Feldman, R., Evans, D., King, R., & Cohen, D. (1999). Early parental preoccupations and behaviors and their possible relationship to the symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 396, 1-26. doi:10.1111/j.1600-0447.1999.tb10951.x
- Ledezma, H. (19 de septiembre de 2017). *Unión Yucatan*. Obtenido de <https://www.unionyucatan.mx/articulo/2017/09/19/medio-ambiente/cuantos-muertos-hubo-en-el-terremoto-de-1985>
- Lee, A., Lam, S., Siu, K., Sze, S., Chong, C., Chui, H., Fong, D. (2007). Prevalence, course and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol*, 110(5), 1102-12.
- López, A., Durán, F. (2009). Farmacología de la corteza suprarrenal. En P. Lorenzo, A. Moreno, M. Moro, & A. Portolés. Madrid, España: Panamericana.
- Lozano, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(1), 36-42. doi:10.20453/rnp.v80i1.3058
- Maldonado, J., Saucedo, J., Lartigue, T. (2008). Psicosis no orgánicas y otros trastornos mentales graves en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(2).
- Mantini, L. (2015). Teoría del apego y relaciones de pareja. Dunken. Obtenido de <https://books.google.com.mx/books?id=2YkbCgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=apego&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjQvo26xcLkAhVPT6wKHffVDzcQ6AEILzAB#v=onepage&q=apego&f=false>

- Martínez, J. (2006). Introducción a la metodología de la investigación. Chihuahua. Obtenido de <https://books.google.com.mx/books?id=r93TK4EykfUC&pg=PA89&dq=muestreo+no+probabilistico+intencional&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjZ0r2gII3kAhUPbq0KHZxYAjMQ6AEIKTAA#v=onepage&q=muestreo%20no%20probabilistico%20intencional&f=false>
- Martínez, R., Tuya, L., Martínez, M., Pérez, A., Cánovas, A. (2009). El coeficiente de correlación de los rangos de spearman caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 2(8), 1-20.
- Mathieu, J. (2009). ¿What Is Pregorexia? *109*(6), 976-979. doi:10.1016/j.jada.2009.04.021
- Mckinsey, P. (2005). Der CARE-Index als Hilfsmittel für Früherkennung, Intervention. *Frühförderung interdisziplinär (early interdisciplinary intervention)*, Special(24), 99-106.
- Meades, R., Ayers, S. (2011). Anxiety measures validated in perinatal population: A systematic review. *JAD*, 1-15. doi:10.1016/j.jad.2010.10.009
- Medina, E. (2013). Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. *Perinatología y reproducción humana*, 27(3), 185-193. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip133h.pdf>
- Medina-Mora, M., Borges, G., Benjet, C., Lara, C., Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in México. Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry*, 6(190), 521-528. doi: 10.1192/bjp.bp.106.025841
- Montoya, J., Palacios, G. (2007). Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto. *Matronas profesión*, 8(1).
- Mora, M. (2016). Depresión posparto y tratamiento. *Revista Medica de Costa Rica y Centroamérica*, 73(620), 511-514. Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/620/art16.pdf>
- Morán, E. (2004). En *Educandos con derórdenes emocionales y conductuales* (págs. 283-291). Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico.
- Moreno, C., Rincón, T., Arenas, Y., Sierra, D., Cano, Á., Cárdenas, D. (2014). La mujer en posparto: Un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. *Cuidarte*, 5(2), 739-747. doi:10.15649/cuidarte.v5i2.86
- Nakano, M., Upadhyaya, S., Chudal, R., Skoosauskas, N., Luntamo, T., Sourander, A., Kaneko, H. (2019). Risk factors for impaired maternal bonding when infants are 3 months old: a longitudinal population based study from Japan. *BMC Psychiatric*, 19(87), 2-9. doi: 10.1186 / s12888-019-2068-9
- Navarrete, L., Lara, M., Gómez, M., Morales, F. (2012). Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad postnatal y su relación con los síntomas depresivos en el posparto. *Revista de Investigación clínica*, 64(6.11), 625-633.
- Navarro, C., Navarrete, L., Lara, M. (2011). Factores asociados a la percepción de eficacia materna durante el posparto. *Salud Mental*, 343(1), 34-37. doi:10.17711/SM.0185-3325.2017.026
- Navas, W. (2013). Depresión Postparto. *Revista Medica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(608). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=47795>

- Nishio, A., Akazawak, K., Shibuyaya, F., Abe, R., Nushida, H., Ueno, Y., Shioiri, T. (2009). Influencia en la tasa de suicidios dos años después de un desastre devastador: Un informe del gran terremoto de Hanshin-Awaji. *63(2)*. doi:10.1111 / j.1440-1819.2009.01942.x.
- Nurberg, G. (1989). An Overview of somatic Treatment of Psychosis During Pregnancy and Pospartum. *General Hospital Psychiatry, 11(5)*, 328-338. doi:10.1016/0163-8343(89)90120-5
- Olhaberry, M., Escobar, M., San Cristobal, P., Santelices, M., Farkas, C. (2013). Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Terapia Psicológica, 31(2)*, 249-261. doi:10.4067/S0718-48082013000200011
- Olza, I. (2010). El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace(96)*, 41.
- Orejarena, S. (2004). Trastornos afectivos posparto. *Med UNAB, 7(20)*, 134-139.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid, España : panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Depresión. Datos y cifras*. Obtenido de www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression
- Organización Mundial de la Salud. (19 de septiembre de 2019). *Según un informe de las Naciones Unidas, las cifras de supervivencia maternoinfantil son más elevadas que nunca*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/detail/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report>
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Los desastres naturales y la protección de la salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *El terremoto y tsunami del 27 de Febrero en Chile*. Chile: AIRENA. Obtenido de <http://www1.paho.org/chi/images/PDFs/terremoto-101125094619-phpapp02.pdf>
- Ortega, R., Griffens, C., Romero, C., Esparza, O. (2008). Elaboración de la Escala de Secuelas Psicológicas a consecuencia de las inundaciones. *Avances, 1-26*.
- Oviedo, L., Mondragón, G., Jordán, V. (2006). Trastornos afectivos posparto. *Universitas Médica, 47(2)*, 131-140. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/2310/231018675004.pdf>
- Oyarzo, C., Bertoglia, P., Avendaño, R., Bacigalupo, F., Escudero, A., Acurio, J., Escudero, C. (2012). Adverse perinatal outcomes after the February 27th 2010 Chilean earthquake. *25(10)*. doi:10.3109/14767058.2012.678437
- Palacios-Hernandez, B. (2019). *Salud mental materna y vínculo materno infantil durante el embarazo y posparto temprano en una muestra de madres en el Estado de Morelos, México*. Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología, Cuernavaca.
- Palacios-Hernández, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos. *Revista de la Universidad Industrial de Santander, 48(2)*, 164-176. doi:10.18273/revsal.v48n2-2016001

- Pan American Health Organization. (2011). *Earthquake in Haiti-One Year Later*. Washington D.C. Obtenido de https://www.who.int/hac/crisis/hti/haiti_paho_jan2011_eng.pdf?ua=1&fbclid=IwAR0TQLMfs1H2Z6Up0ZqwHlplO1U-ZjzSw1RyR_Rqmeyt_-9Db6cUpD-hlDI
- Pérez, J., Silva, L., Sobra, S., Junquera, C., Ania, J., Puertas, E., Fernández, V. (2003). *Manual para el diplomado en enfermería. Modulo. III*. Sevilla: MAD. Obtenido de https://books.google.com.mx/books?id=nHNPI0IX5qMC&pg=PA111&dq=psicosis+postparto&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi_hLWRkLjkAhVFIKwKHQ7hCjwQ6AEILTAB#v=onepage&q=psicosis%20postparto&f=false
- Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., Abel, K. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*(20), 1-10. doi:10.1016/S2215-0366(20)30308-4
- Quesada, E., López, F. (2019). Gestión administrativa y administración pública sanitaria. Prevención de la depresión puerperal en paciente primeriza.
- Quintero, R., Rodríguez, R. (2016). Importance of bonding in Childhood: Between Psychoanalysis and Neurobiology. *Revista Ciencias de la Salud*, 14(2), 261-280. doi:10.12804/revsalud14.02.2016.10.
- Ramos, F., Rodríguez, J., Ruíz, M., Macías, J., Castilla, M., Silva, L., Muñ. (2005). *Matronas del servicio Navarro de Salud. Temario*. MAD. Obtenido de https://books.google.com.mx/books?id=fH5IQrCxcskC&pg=PA428&dq=psicosis+postparto&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjurPbl_LfkAhVJba0KHfXIC_MQ6AEIOTAD#v=onepage&q=psicosis%20postparto&f=false
- Rava, M., Silber, T. (2004). Bulimia Nerviosa (parte 1) Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Archivos argentinos de pediatría*, 102(5), 353-363.
- Reck, C., Klier, C., Pabst, K., Stehle, E., Steffenelli, U., Struben, K., Backenstrass, M. (2006). La versión alemana del instrumento de vinculación posparto: propiedades psicométricas y asociación con la depresión posparto. *Archivos de Salud Mental de las mujeres*, 9(5), 265-271. doi:10.1007/s00737-006-0144-x
- Ren, J., Chiang, C., Jiang, X., Liu, X., Pang, M. (2014). Mental disorders of pregnant and postpartum women after earthquakes: a systematic review. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 8(4), 315-325. doi:10.1017/dmp.2014.62
- Reyes, J. A. (2010). Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. . *Trastornos de ansiedad*.
- Roa, W. (19 de 12 de 2017). *A tres meses, aquí las cifras del sismo del 19 de septiembre*. Obtenido de <https://www.excelsior.com.mx/comunidad/2017/12/19/1208873>
- Robertson, E., Jones, I., Haque, S., Holder, R., Craddock, N. (2005). Risk of puerperal and non-puerperal recurrence of illness following bipolar affective puerperal (postpartum) psychosis. *British Journal of Psychiatry*(186), 258-259. doi:10.1192 / bjp.186.3.258

- Rodríguez, R., Sánchez, J., Menor, M., Sánchez, A., Aguilar, M. (2018). Trastornos alimentarios durante el embarazo. *Journal of Negative & No Positive Results*, 3(5), 347-356. doi:10.19230/jonnpr.2388
- Rodríguez, Rodríguez-Blanco, R., Sánchez-García, J. C., Menor-Rodríguez, M. J., Sánchez-López, A. M., Aguilar-Cordero, M. J. (2018). Trastornos alimentarios durante el embarazo. 3(5), 347-356. doi:10.19230/jonnpr.2388
- Rojas, M. (2016). Trastorno de estrés postraumático. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 73(619), 233-240. Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/619/art07.pdf>
- Rossen, L., Hutchison, D., Wilson, J., Burns, L., Olsson, C., Allsop, S., Mattick, R. (2016). Predictors of postnatal mother- infant bonding: the role of antenatal bonding, maternal substance use and mental health. *Archives of women's mental health*, 19(4), 609-22. doi:10.1007/s00737-016-0602-z.
- Salazar -Arbelaez, G. (2018). Terremotos y salud: lecciones y recomendaciones. *Salud Publica de México*, 60(1), s6-s15. doi:10.21149/9445
- Sánchez, J., Palacios, G. (2007). Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto. *Matronas Profesión*, 8(1), 12-19. Obtenido de https://www.academia.edu/13906102/Trastorno_de_estr%C3%A9s_postraum%C3%A1tico_en_el_embarazo_parto_y_posparto_Posttraumatic_stress_disorder_on_childbirth_pregnancy_birth_and_postpartum
- Saulnier, D., Brolin, K. (2015). A systematic review of the health effects of prenatal exposure to disaster. *International journal of public health*, 60(7), 781-7. doi:10.1007/s00038-015-0699-2
- Shibley, J. (1995). *Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana*. Madrid, España: Morata. Obtenido de https://books.google.com.mx/books?id=b_jbCZEKq38C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Sinclair, S., Rockwell, G. (2016). *Voyant Tools*. Obtenido de <https://voyant-tools.org/>
- Söderquist, J., Wijma, B., Wijma, K. (2006). The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics*, 27(2), 113-119.
- Söderquist, J., Wijma, K., Wijma, B. (2004). Traumatic stress in late pregnancy. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(2), 127-142. doi:10.1016/S0887-6185(02)00242-6
- Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, M., Byrne, S., Doherty, D. (s.f.). The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 443-54. doi:10.1007 / s00737-014-0425-8
- Suárez, J., Chacón, M., Guijaro, R. (2019). Prevención de la depresión puerperal en paciente primeriza. En E. Quesada, & F. López, *Gestión administrativa y administración pública sanitaria* (págs. 317-326). ACCI. Recuperado el 2019, de https://books.google.com.mx/books?id=eYIEDwAAQBAJ&dq=Gesti%C3%B3n+administrativa+y+administraci%C3%B3n+p%C3%BAblica+sanitaria.+Prevenci%C3%B3n+de+la+depresi%C3%B3n+puerperal+en+paciente+primeriza.&hl=es&source=gbs_navlinks_s

- Suárez-Varela Varo, I. (2012). Impacto de la Intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medida preventiva de la depresión posparto. *Nure Investigación*, 9(60), 1-17. Obtenido de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/594/583>
- Tapia, Tapia, R., Sepúlveda, J., Medina, M., Caraveo, J., Ramón, J. (1987). Prevalencia del síndrome de estrés postraumático en la población sobreviviente a un desastre natural. *Salud Pública de México*, 29(5), 406-411.
- Tizón, J. (2013). Entender las psicosis. Herder. Obtenido de <https://books.google.com.mx/books?id=egOIDwAAQBAJ&pg=PT93&dq=psicosis+durante+el+embarazo&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjn6Pj1yLXkAhUE1qwKHeBIB6wQ6AEINzAC#v=onepage&q=psicosis%20durante%20el%20embarazo&f=false>
- Tomas, P., kern, D., Hughes, M., Chen, B. (2018). Desarrollo curricular para la educación médica. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). Obtenido de https://books.google.com.mx/books?id=W9KEDwAAQBAJ&source=gbs_navlinks_s
- Vargas Guinea, B. (Septiembre de 2017). Papel de la enfermera obstétricoginecóloga en la anorexia nerviosa durante la gestación y puerperio. Santander, España. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10902/12422>
- Vélez, M., Jansson, L. (2010). Síndrome de estrés postraumático en mujeres embarazadas abusadoras de drogas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 84-92. doi:10.1016/S0034-7450(14)60269-9
- Villamil, V. (2014). La salud mental ante los desastres naturales. *Salud Mental*, 37(5), 363-364. doi:10.17711/SM.0185-3325.2014.042
- Vives, J., Lartigue, T., & Córdova, A. (1994). Apego y Vínculo. En A. Córdova, T. Lartigue, & A. López-Duplan, *Investigación sobre el apego en un grupo de diadas materno-infantiles*. (págs. 126-155). México, D.F.
- Wedel, K. (2018). Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo. *Revista Médica Sinergia*, 3(1), 3-8. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms181a.pdf>
- Wenjie, D., Long, C., Zhiwei, L., Yan, L., Jieru, W., Aizhong, L. (2016). La incidencia del trastorno de estrés postraumático entre los sobrevivientes después de los terremotos: Una revisión sistemática y un metanálisis. *BMC Psychiatry*, 16(88). doi:10.1186 / s12888-016-0891-9
- Wilfley, D., Terence, G., Stewart, W. (2003). The Clinical Significance of binge Eating Disorder. *The International Journal of eating disorders*(34), 96-106. doi:10.1002/eat.10209
- World Health Organization. (2017). *emol.Tendencias*. Obtenido de <https://www.emol.com/noticias/Tendencias/2017/02/23/846361/OMS-Un-44-de-la-poblacion-mundial-sufre-de-depresion-y-casos-aumentan-un-18-en-10-anos.html>
- World Health Organization. (1994). Trastornos mentales y del comportamiento. En *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento* (pág. 154). Médica Panamericana. Recuperado el 2018
- Worley, L., Melville, J. (2010). Problemas psiquiátricos durante y el puerperio. En E. Reece, & J. Hobbins, *Obstetricia clínica* (pág. 10022). Recuperado el 2018, de

<https://books.google.com.mx/books?id=RSI1QMxGgA8C&pg=PA1022&dq=obstetricia+clinica+sintomatolog%C3%ADa+depresiva&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjKkdHv6PPiAhUNFzQIHdN-AEgQ6AEIKDAA#v=onepage&q=obstetricia%20clinica%20sintomatolog%C3%ADa%20depresiva&f=false>

Xu, Y., Herman, H., Bentley, R., Tsutsumii, A., Fisher, J. (2014). Effect of having a subsequent child on the mental health of women who lost a child in the 2008 Sichuan earthquake: a cross-sectional study. *Bull World Health Organ*. doi:0.217/BLT.13.124677

Zhiyong, Q., Donghua, T., Qin, Z., Xiaohua, W., Huan, H., Xiulan, Z., Fan, X. (2012). The impact of the catastrophic earthquake in China's sichuan province on the mental health of pregnant women of affective disorders. *136*(1-2), 117-123. doi:10.1016/j.jad.2011.08.021

16. Anexos

Anexo 16.1: Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo [EPDS] (Adaptación mexicana de Alvarado-Esquivel, C. et al.2006)

*EPDS-Posparto*¹

Como usted hace poco tuvo un bebe, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor **SUBRAYE**

la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido **en los últimos 7 días.**

EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS:

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas.

Tanto como siempre.
No tanto ahora.
Mucho menos.
No, no he podido.

2. He mirado el futuro con placer.

Tanto como siempre.
Algo menos que antes.
Definitivamente menos que antes.
No, nada.

3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas marchaban mal.

Sí, la mayoría de las veces.
Sí, algunas veces.
No muy frecuentemente.
No, nunca.

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo.

No, nada.
Rara vez.
Sí, a veces.
Sí, muy frecuentemente.

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno.

Si, muy frecuentemente.
Sí, a veces.
No, no mucho.
No, nada.

6. Las cosas me han estado agobiando.

Sí, casi siempre.
Sí, a veces.
No, casi nunca.
No, nada.

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir.

Sí, casi siempre.
Sí, a veces.
No muy frecuentemente.
No, nada.

8. Me he sentido triste y desgraciada.

Sí, casi siempre.
Sí, muy frecuentemente.
No muy frecuentemente.
No, nada.

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando.

Sí, casi siempre.
Sí, muy frecuentemente.
Sólo ocasionalmente.
No, nunca.

10. He pensado en hacerme daño a mí misma.

Sí, muy frecuentemente.
A veces.
Rara vez.
Nunca.

Total

--

Anexo 16.2: Escala de Ansiedad Perinatal/Postnatal (Somerville et al, 2014)

PASS²

Apéndice 2

POSPARTO

FECHA: _____

Edad del bebé ()
en semanas

Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia ha experimentado lo siguiente? Por favor, marque la respuesta que mejor describa su experiencia para cada pregunta.

	Nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
1. Preocupación por el bebé/embarazo				
2. Miedo a que algo lastime a mi bebé				
3. Sensación de terror de que algo malo va a pasar				
4. Preocupación por muchas cosas				
5. Preocupación por el futuro				
6. Sentirme abrumada				
7. Miedos muy fuertes sobre ciertas cosas. Por ejemplo; agujas, sangre, al parto, al dolor, etc.				
8. Sensaciones repentinas de miedo o incomodidad extremos				
9. Pensamientos repetitivos que son difíciles de detener o controlar				
10. Dificultad para dormir incluso cuando tengo la oportunidad de hacerlo				
11. Tener que hacer las cosas de cierta forma u orden				
12. Querer que las cosas sean perfectas				
13. Necesidad de controlar las cosas				
14. Dificultad para dejar de revisar o hacer las cosas una y otra vez				
15. Sentirme nerviosa o fácilmente asustada				
16. Preocupaciones sobre ideas repetitivas				
17. Estar "alerta" o necesitar estar al pendiente de las cosas				
18. Alterada por recuerdos, sueños o pesadillas repetitivas				
19. Preocupación de que voy a pasar vergüenza delante de los demás				
20. Temor de que los otros me juzguen negativamente				
21. Sentirme muy incómoda entre multitudes				
22. Evitar actividades sociales porque me podría poner nerviosa				
23. Evitar cosas que me inquieten				
24. Sensación de distanciamiento como si me estuviera viendo a mí misma en una película				

Continúa en la siguiente página

²Sommerville et al, 2014

	Nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
25. Pierdo la noción del tiempo y no recuerdo lo que pasó				
26. Dificultad para adaptarme a cambios recientes				
27. Ansiedad que me dificulta la capacidad para hacer cosas				
28. Pensamientos acelerados que hacen difícil concentrarse				
29. Miedo a perder el control				
30. Sentirme con pánico				
31. Sentirme con agitación				
	Nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
Puntuación global				
			Puntuación total:	

Anexo 16.3: Escala de Apego Materno en el posparto [Maternal Postpartum Attachment Scale: MPAS] (Condor and Corkindale 1998).

MPAS²-

A continuación, le presentamos una lista de preguntas sobre sus sentimientos relacionados con la interacción que tiene con su bebé. Por favor, marque la opción que describa de mejor manera cómo se ha sentido durante las últimas semanas.

1. Cuando estoy cuidando al bebé, tengo

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Muy frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> | Frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> | Ocasionalmente |
| <input type="checkbox"/> | Casi nunca |
| <input type="checkbox"/> | Nunca |

2. Cuando estoy cuidando al bebé, tengo sentimientos de que el bebé se pone difícil a propósito o que está tratando de molestarme:

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Muy frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> | Frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> | Ocasionalmente |
| <input type="checkbox"/> | Casi nunca |
| <input type="checkbox"/> | Nunca |

2. sentimientos de molestia o irritación:

3. Durante las últimas dos semanas, describiría mis sentimientos por el bebé como:

- | | |
|--------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Desagrado |
| <input type="checkbox"/> | No tengo sentimientos fuertes hacia el bebé |
| <input type="checkbox"/> | Un poco de cariño |
| <input type="checkbox"/> | Cariño moderado |
| <input type="checkbox"/> | Cariño intenso |

4. Respecto al nivel general de convivencia que tengo con el bebé, yo:

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Me siento muy culpable de no estar más involucrada |
| <input type="checkbox"/> | Me siento moderadamente culpable de no estar más involucrada |
| <input type="checkbox"/> | Me siento algo culpable de no estar más involucrada |

<input type="checkbox"/>	involucrada
<input type="checkbox"/>	No tengo culpa alguna al respecto

<input type="checkbox"/>	Frecuentemente
<input type="checkbox"/>	Ocasionalmente
<input type="checkbox"/>	Casi nunca

5. Cuando interactúo con el bebé, me siento:

8. Trato de involucrarme tanto como puedo jugando con el bebé:

<input type="checkbox"/>	Muy incapaz y sin ninguna confianza
<input type="checkbox"/>	Moderadamente incapaz y con poca confianza
<input type="checkbox"/>	Moderadamente capaz y confiada
<input type="checkbox"/>	Muy capaz y confiada

<input type="checkbox"/>	Esto es verdad
<input type="checkbox"/>	Esto es falso

6. Cuando estoy con el bebé, me siento tensa y ansiosa:

9. Cuando tengo que dejar al bebé:

<input type="checkbox"/>	Muy frecuentemente
<input type="checkbox"/>	Frecuentemente
<input type="checkbox"/>	Ocasionalmente
<input type="checkbox"/>	Casi nunca

<input type="checkbox"/>	Casi siempre me siento triste (o me es difícil dejarlo)
<input type="checkbox"/>	A veces me siento triste (o me es difícil dejarlo)
<input type="checkbox"/>	Tengo emociones encontradas entre tristeza y alivio
<input type="checkbox"/>	A veces me siento aliviada (y me es fácil dejarlo)
<input type="checkbox"/>	Casi siempre me siento aliviada (y me es fácil dejarlo)

7. Cuando estoy con el bebé en presencia de otras personas, me siento orgullosa del bebé:

10. Cuando estoy con el bebé:

<input type="checkbox"/>	Muy frecuentemente
--------------------------	--------------------

<input type="checkbox"/>	Siempre me da mucha alegría/satisfacción
<input type="checkbox"/>	Frecuentemente me da mucha alegría/satisfacción
<input type="checkbox"/>	Ocasionalmente me da mucha alegría/satisfacción
<input type="checkbox"/>	Muy rara vez me da mucha alegría/satisfacción

11. Cuando NO estoy con el bebé, me encuentro pensando en el bebé:

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Casi todo el tiempo |
| <input type="checkbox"/> | Muy frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> | Frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> | Ocasionalmente |
| <input type="checkbox"/> | Nunca |

⁵ Condon & Corkindale, 1998.

12. Cuando estoy con el bebé:

- | | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Usualmente trato de <i>prolongar</i> el tiempo que paso con él/ella |
| <input type="checkbox"/> | Usualmente trato de <i>acortar</i> el tiempo que paso con él/ella |

13. Cuando he estado lejos del bebé por un tiempo, y estoy por regresar con él/ella, normalmente siento:

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Intenso placer ante la idea |
| <input type="checkbox"/> | Moderado placer ante la idea |
| <input type="checkbox"/> | Ligero placer ante la idea |
| <input type="checkbox"/> | No siento nada ante la idea |
| <input type="checkbox"/> | Sentimientos negativos ante la idea |

14. Ahora pienso en mi bebé como:

- | | |
|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Como muy mío |
| <input type="checkbox"/> | Un poco como mío |
| <input type="checkbox"/> | En realidad, no lo pienso como mío |

15. Respecto a las cosas que hemos tenido que renunciar por el bebé:

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Lo resiento mucho |
| <input type="checkbox"/> | Lo resiento moderadamente |
| <input type="checkbox"/> | Lo resiento un poco |
| <input type="checkbox"/> | No lo resiento para nada |

16. Durante los últimos tres meses, he sentido que no tengo suficiente tiempo para mí misma o para mis intereses:

<input type="checkbox"/>	Casi todo el tiempo
<input type="checkbox"/>	Muy frecuentemente
<input type="checkbox"/>	Ocasionalmente
<input type="checkbox"/>	Nunca

17. Cuidar a este bebé es una carga pesada de responsabilidad. Creo que esto es:

<input type="checkbox"/>	Muy cierto
<input type="checkbox"/>	De alguna forma cierto
<input type="checkbox"/>	Ligeramente cierto
<input type="checkbox"/>	Nada cierto

18. Confío en mi propio juicio para decidir lo que necesita el bebé:

<input type="checkbox"/>	Casi nunca
<input type="checkbox"/>	Ocasionalmente
<input type="checkbox"/>	La mayoría del tiempo
<input type="checkbox"/>	Casi todo el tiempo

19. Usualmente cuando estoy con el bebé:

<input type="checkbox"/>	Soy muy impaciente
<input type="checkbox"/>	Soy un poco impaciente
<input type="checkbox"/>	Soy moderadamente paciente
<input type="checkbox"/>	Soy muy paciente

1	
2	
3	
Total	

Anexo 16.4: Test de Vínculo en el posparto [PBQ] (Brockington et al., 2006c.)

PBQ⁴

Por favor señale **qué tan frecuente**, los siguientes enunciados son ciertos para usted. No existen respuestas “correctas” o “incorrectas”. Elija la respuesta que sea la más parecida a su reciente experiencia.

	Enunciado	Siempre	Casi siempre	A menudo	A veces	Rara vez	Nunca
1.	Me siento cercana a mi bebé						
2.	Desearía regresar al tiempo en el que no tenía ningún bebé						
3.	Me siento distante/desapegada de mi bebé						
4.	Me encanta abrazar a mi bebé						
5.	Me arrepiento de haber tenido a este bebé						
6.	Siento como si este bebé no fuera mío						
7.	Mi bebé me molesta						
8.	Amo mucho a mi bebé						
9.	Me siento feliz cuando mi bebé sonríe o ríe						
10.	Mi bebé me irrita						
11.	Disfruto jugar con mi bebé						
12.	Mi bebé llora demasiado						
13.	Me siento atrapada como madre						
14.	Me siento enojada con mi bebé						
15.	Me siento resentida con mi bebé						
16.	Mi bebé es el bebé más hermoso del mundo						
17.	Desearía que mi bebé desapareciera de alguna forma						
18.	He hecho cosas que dañan a mi bebé						
19.	Mi bebé me hace sentir ansiosa						
20.	Le tengo miedo a mi bebé						
21.	Mi bebé me fastidia						
22.	Me siento confiada cuando cuido a mi bebé						
23.	Siento que la única solución es que alguien más cuide de mi bebé						
24.	Siento ganas de lastimar a mi bebé						
25.	Mi bebé se consuela fácilmente						

Puntaje total:

Anexo 16.5: Escala de Vínculo Madre- Infante [Mother-to-infant Bonding Scale, MIBS] (Taylor et al, 2005).

MIBS⁵

Estas preguntas son sobre sus sentimientos hacia su bebé en estas **primeras semanas de vida**. Algunos adjetivos se enlistan a continuación, los cuales describen algunos de los sentimientos que las madres tienen hacia su bebé durante las **PRIMERAS SEMANAS** después del nacimiento.

Por favor marque con una **X** la casilla que ubique la opción que mejor describa cómo se sintió durante las **PRIMERAS SEMANAS** del posparto.

	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	Un poco	Nunca
Amorosa	0	1	2	3
Resentida	3	2	1	0
Neutral o no he sentido nada	3	2	1	0
Alegre	0	1	2	3
Con desagrado	3	2	1	0
Protectora	0	1	2	3
Decepcionada	3	2	1	0
Agresiva	3	2	1	0

<i>PT</i>	

Anexo 16.6: Entrevista Stafford para salud mental materna (Brockington et al, 2017)

Caso:

Sección relación madre-bebé: explorar el curso social, psicológico y psiquiátrico de la relación madre-infante en el puerperio.

ANEXO PARA USARSE EN COMPLEMENTO CON LA SECCIÓN DE RELACIÓN MADRE-BEBÉ

Fecha de entrevista:	Fecha de nacimiento de Madre:
Nombre de la madre:	
Nombre del bebé:	Sexo del bebé:
Fecha de parto:	Edad del bebé:

Instrucciones: otras preguntas de secciones previas para usarse cuando se aplica independientemente la Entrevista vínculo madre-bebé; se sugiere su aplicación antes. (El puntaje total de estas preguntas, no se incluye para el diagnóstico de calidad del vínculo madre-bebé).

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL EMBARAZO (ESTADO EMOCIONAL Y FÍSICO)

3. Planificación del embarazo

Se refiere a las intenciones propias de la madre, no a las intenciones acordadas con la pareja.

0 = El embarazo fue muy deseado, por ejemplo, después de un periodo de infertilidad

1 = El embarazo fue planeado

2 = El embarazo no fue planeado, pero fue bien recibido

3 = El embarazo no fue planeado, y la reacción de la madre es de indiferencia o ambivalencia

4 = El embarazo no fue planeado, y le resulta inconveniente o inoportuno

5 = El embarazo se asoció con vergüenza o censura

4. Embarazo no reconocido

0 = No hay negación

1 = Embarazo inadvertido (ej. En una madre obesa o con menopausia)

2 = Ocultación del embarazo

3 = Negación del embarazo (desconocimiento personal de un embarazo obvio)

5. Reacción de la madre ante la concepción

0 = Muy positiva (alegría, éxtasis)

1 = Positiva (complacida)

2 = Ecuánime, indiferencia o ambivalencia

3 = Negativa (decepción, enojo)

4 = Muy negativa (pánico, desesperación, ira)

6. Reacción del padre del bebé ante el embarazo

0 = Muy positiva (alegre, éxtasis)

1 = Positiva (complacido)

2 = Ecuánime, indiferente o ambivalente

3 = Negativa (desagrado, reproche o crítica)

4 = Muy negativa (condena, castigo o deserción)

8. Ideas sobre el aborto

0 = El aborto nunca fue considerado

1 = La madre recibió presión de los demás para abortar, pero se negó

2 = La madre hubiera preferido abortar, pero tenía objeciones éticas o miedos (incluir aquí el deseo secreto de sufrir un aborto involuntario)

3 = El aborto era la opción preferida, pero fue rechazado por los médicos u otras personas se opusieron

(especificar)

4 = El aborto estaba previsto, pero la madre cambió de opinión

5 = Intento de provocarse un aborto involuntario o aborto fracasado

16. Relación con el padre del bebé antes del embarazo

Si la relación ya ha terminado, utilice calificación n°. 1 (código 2)

0 = La pareja se muestra enamorada y son buenos amigos

1 = La relación tiene sus altos y bajos, pero es armoniosa

2 = Hay peleas frecuentes

3 = Importantes fricciones, con amenazas de ruptura

4 = Los períodos de separación o violencia de pareja ya se han producido

17

Relación con el padre del bebé durante el embarazo

Si el esposo o pareja de hecho no es el padre, se debe completar dos veces esta calificación

- Para el marido y el padre del niño

0 = El embarazo ha mejorado la relación

1 = Sin cambios

2 = La relación se ha deteriorado

3 = La relación se ha deteriorado gravemente, lo que desemboca en violencia o amenazas

de ruptura

4 = La relación se ha acabado desde el principio del embarazo

18. Apoyo mostrado por el padre del bebé durante el embarazo

Si el esposo o pareja de hecho no es el padre, se debe completar dos veces esta calificación

- Para el marido y el padre del niño

0 = Más apoyo de lo habitual

1 = Sin cambios

2 = Menor o insuficiente apoyo

3 = Sin apoyo

21 Violencia física o sexual durante el embarazo en la pareja

0 = Ninguna

1 = Ambiente de crítica, humillación, control o menosprecio, con comentarios hirientes

2 = Amenazas de violencia

3 = Al menos un incidente de violencia física

4 = Abuso grave (recurrente o dirigido hacia la barriga)

The Abuse Assessment Screen puede usarse para su detección. Referencia en McFarlane et al (1992), *Journal of Marriage and Family* 43: 873-885). *The Index of Spouse Abuse* puede usarse para evaluar la duración e intensidad de la violencia. (Hudson & McIntosh (1981), *Journal of Marriage and Family* 43: 873-885. Versión y validación española: Torres A, Navarro P, García L, Tarragona MJ, Ascaso C, Herreras Z, Gelabert E, Imaz ML, Roca A, Subirà S, Martín-Santos R. Detecting domestic violence: Spanish external validation of the index of the spouse abuse. *J Fam Viol.* 2010; 25:275-286.)

29 Sacrificios de la madre a causa de este embarazo

0 = No hay sacrificios significativos

1 = Ha hecho algunos sacrificios aceptables en su carrera, la vida social o las actividades de ocio

2 = Ha tenido que hacer grandes sacrificios, de lo que se lamenta

30 Acontecimientos adversos durante el embarazo

Excluidos aquellos relacionados con el marido (pareja), la red social o la salud, que son calificados en otros apartados.

- 0 = No hay acontecimientos adversos vitales
- 1 = Al menos un acontecimiento adverso
- 2 = Más de un acontecimiento adverso, o al menos una pérdida severa (ej. la muerte de un ser querido)

31 Dificultades durante el embarazo

Se refiere a la vivienda y a los problemas financieros, también a los inmigrantes ilegales, los refugiados o solicitantes de asilo (codificado 3)

- 0 = No dificultades
- 1 = Algunos problemas financieros
- 2 = Indigencia, sin techo o pobreza extrema

34 Preocupaciones médicas hacia el bebé nonato

Si las preocupaciones no tienen una base médica (tal vez tras una pérdida fetal anterior), utilizar las calificaciones **no. 43 o 44.**

- 0 = El estado del feto no presenta problemas
- 1 = Pruebas o problemas médicos preocupantes durante el embarazo
- 2 = Conocimiento de anomalía en el nonato

35 Preocupación social sobre el bebé nonato

0 = Ninguna preocupación sobre la condición social del bebé no nacido

- 1 = Puede haber preocupación por la seguridad del bebé
- 2 = Los servicios sociales o agencias de protección del menor ya están involucrados

36 Actitud ante el sexo del bebé

- 0 = El sexo del bebé no es un problema
- 1 = La madre está preocupada por el nacimiento de un bebé de sexo no deseado
- 2 = Si naciera un bebé de sexo no deseado, la madre lo rechazaría emocionalmente

37 Interacción con el feto (“afiliación”, “vínculo prenatal”)

0 = Madre incluye a otros miembros de la familia en la interacción

- 1 = Habla, lee o canta al bebé
 - 2 = Interacción mínima
 - 3 = Se ignora el embarazo
 - 8 = El comportamiento es inaceptable para su cultura
- Para las reacciones negativas, utilice clasificación nº 40.

38 Preparativos prácticos para el recién nacido

Anotar si la falta de preparación fue debida a un nacimiento prematuro, o por la práctica habitual.

- 0 = La madre está ocupada en los preparativos de forma intensiva
- 1 = La madre es plenamente consciente del cambio que se avecina en su vida, y ha hecho todos los preparativos prácticos necesarios
- 2 = Los preparativos prácticos son insuficientes
- 3 = No se han realizado los preparativos prácticos necesarios
- 8 = Este comportamiento es inaceptable para su cultura

39 Preparación mental y emocional

Tome nota si la falta de preparación fue debido a un parto prematuro o cuestiones de tipo cultural.

0 = La madre piensa y fantasea continuamente sobre su bebe

1 = La madre espera con ilusión la llegada del bebé

2 = La madre no piensa en el bebé

3 = La madre piensa en el bebé con temor u otras emociones negativas

40 Abuso fetal

Es importante distinguir la agresividad de los pensamientos obsesivos (ítem .nº 52)

0 = No abuso fetal

1 = La madre no toma precauciones para proteger al feto, por ejemplo mediante consumo de nicotina o alcohol.

2 = La madre está molesta por los movimientos fetales

3 = La madre tiene impulsos de dañar al feto

4 = Se ha producido abuso fetal

Los intentos de inducir un aborto involuntario en el embarazo temprano deberían haber sido clasificados en el ítem nº 8. (código 5).

72 Deseo de parto prematuro

0 = Ningún deseo de parto prematuro

1 = La madre anhela el final del embarazo

2 = La madre presiona para un parto prematuro

PERCEPCIÓN GENERAL DEL PARTO (Emocional y física)

80 Experiencia dolorosa o preocupante del parto

0 = Parto fácil

1 = El parto fue doloroso, pero la madre tenía sensación de control, y no se angustió mucho

2 = El dolor fue intenso o prolongado, y el parto resultó ser una experiencia angustiante

3 = Extremo dolor y angustia, por ejemplo, miedo a su propia muerte

82 Reacción de insatisfacción y queja sobre los eventos del parto

Clasificar aquí las quejas persistentes de la atención prenatal, la forma de trabajar u otros eventos relacionados con el parto.

0 = La madre está plenamente satisfecha y opinión muy positiva con los cuidados obstétricos

1 = La madre está satisfecha con los cuidados obstétricos

2 = Muestra alguna insatisfacción, pero está quejosa

3 = Sentimientos de ira que producen una grave preocupación

4 = Fantasías de venganza o litigio

90 Respuesta de la madre ante el/la recién nacido/a

0 = Alegría extrema y sentimiento de orgullo

1 = Satisfacción

2 = Ambivalente

3 = Neutral, indiferente

4 = Decepcionada (especifique la razón)

5 = Decepción intensa (con rechazo y abuso)

Para ideas delirantes de sustitución del bebé, usar la valoración nº150.

POSPARTO

92 "Maternity blues" o disforia posparto

Se refiere a un breve período inesperado y transitorio de episodios de llanto durante los 10 primeros días.

Debe distinguirse de los estados duraderos de infelicidad o depresión

0 = No hay evidencia de disforia transitoria durante los primeros 10 días después del parto

1 = Evidencia poco clara

2 = Evidencia clara

8 = La disforia posparto parece formar parte de un estado crónico de infelicidad, que ha permanecido desde el embarazo hasta el puerperio.

93 Duración de la lactancia materna

Se refiere al número de semanas desde el nacimiento hasta el destete.

0 = Lactancia actualmente (anotar duración)

1 = Lactancia 1-5 meses

2 = Lactancia menor a un mes

3 = Se ha intentado, pero se realizó durante menos de una semana

4 = No intentó dar el pecho

8 = No hay lactancia materna a causa de un trastorno médico

94 Satisfacción

con la alimentación infantil

0 = La alimentación del bebé es una fuente de bienestar y alegría

1 = Satisfecha

2 = Problema menor, por ejemplo ansiedad

3 = Muy decepcionada o insatisfecha (incluyendo sentirse culpable por el fracaso de la lactancia materna)

95 Apoyo familiar después del parto

0 = La madre recibió pleno apoyo por parte de la familia o esposo / pareja

1 = La madre recibió algún tipo de apoyo, pero fue insuficiente, o intrusivo y molesto

2 = No existió apoyo en absoluto

Si se le negó ayuda, considere el uso de clasificación n° 161.

101 Gravedad por la privación de sueño posparto

Esta calificación se refiere a la falta de sueño debido a los cuidados del bebé

Si el insomnio se debe a ansiedad o depresión, éstas se puntuarán en las calificaciones posteriores de trastorno del humor.

0 = Ninguna

1 = Leve (hasta dos horas menos de lo habitual)

2 = Moderado (2-4 horas menos de lo habitual)

3 = Graves (más de 4 horas menos de lo habitual)

110 Relación con el padre del bebé

Si el marido / pareja no es el padre, necesitará un segundo conjunto de calificaciones

0 = El nacimiento del bebé ha mejorado la relación

1 = Sin cambios, y no hay problemas importantes

2 = Sin cambios, pero relaciones aún pobres

3 = La relación se ha deteriorado

4 = La relación se ha deteriorado gravemente, con episodios de violencia o amenazas de abandono

5 = La relación ha terminado

111 Apoyo del padre de bebé

0 = Más apoyo de lo habitual

1 = Sin cambios

2 = Menor o insuficiente apoyo

3 = Sin apoyo

112 La reacción del marido / pareja con el recién nacido

- 0 = Alegría extrema y orgullo
- 1 = Satisfacción
- 2 = Ambivalencia
- 3 = Neutral, indiferencia
- 4 = Decepcionado (especifique la razón)
- 5 = Decepción intensa (rechazo y abuso)

117 Violencia física o sexual después del parto por parte de la pareja

- 0 = Ninguna
- 1 = Hay un ambiente de crítica, de humillación, de sobre regulación o menosprecio, con comentarios hirientes
- 2 = Amenazas de violencia
- 3 = Al menos un incidente de violencia física
- 4 = Abuso grave o recurrente

128 Miedo patológico a una muerte súbita

Se trata de una ansiedad prolongada sobre una posible muerte súbita del lactante, asociada con vigilancia nocturna frecuente de la respiración del bebé.

129 Ansiedad generalizada asociada con el cuidado del bebé

Preocupación excesiva por la salud y seguridad del bebé. Excluye miedo patológico a la muerte súbita. Incluye 'catastrofismo' sobre posibles desastres al conjunto de la familia. Los temores de tipo hipocondríacos relacionados con el bebé deben ser codificadas (2).

131 Temor a no ser una buena madre

Esto incluye el temor a ser maltratadora o no suficientemente cariñosa

132 Temor a recibir muy poco apoyo

Incluye al temor a ser abandonada por el padre del bebé.

138 Evitación del bebé

- 0 = Ninguna
- 1 = La madre se siente particularmente ansiosa ante la presencia del bebé, al bañarlo o darle de comer
- 2 = La madre reduce el contacto con el bebé debido a la ansiedad
- 3 = Evitación fóbica del bebé

141 Obsesiones de dañar al bebé

Cuando una madre cuidadosa y dedicada experimenta impulsos angustiantes, extraños e intrusivos de dañar a su bebé. Esto incluye el abuso sexual y el infanticidio. Debe distinguirse de los impulsos basados en la ira.

- 0 = Ninguno
- 1 = Presente
- 2 = Es la principal preocupación

146 Depresión postparto

- 0 = Sin depresión
 - 1 = Depresión leve – la madre era capaz de controlar sus síntomas
 - 2 = Depresión moderada – los síntomas deterioran su funcionamiento
 - 3 = Depresión grave - incapacitante para las actividades cotidianas
- Si hay depresión delirante o esquizoafectiva, utilizar calificación nº 153.

Sección **relación madre-bebé**: explorar el curso social, psicológico y psiquiátrico de la relación madre-infante en el puerperio. Se sugiere que la entrevista sea hecha con la madre y el bebé juntos.

Fecha de entrevista:	Fecha de nacimiento de Madre:
Nombre de la madre:	
Nombre del bebé:	Sexo del bebé:
Fecha de parto:	Edad del bebé (semanas):
No. De Hijo (p.e. 1/1; 3/3):	
Entrevistador:	

LA RELACIÓN MADRE-HIJO

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO/A E IMPLICACIÓN MATERNA EN SU CUIDADO

Por favor, dígame cómo es.....(nombre del bebé). ¿Es fácil entenderlo y calmarlo?

¿Se ha sentido decepcionada en algún aspecto respecto a él / ella?

Anotar respuestas de la madre sobre la condición y el temperamento de su bebé.

Todas estas valoraciones se basan en percepciones y respuestas de la madre. Tener presente para esta sección Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, revised edition, Washington DC, Zero to Three National Centre for Infants, Toddlers and Families.,2005

158 TEMPERAMENTO DEL/LA BEBÉ

- 0 = Plácido/a, bebé fácil
 1 = Alguna dificultad, por ejemplo, bebé que está despierto/a por la noche, bebé tranquilo/a que se resiste a recibir caricias
 2 = Bebé que se queja un poco, pero puede ser calmado/a
 3 = Bebé muy difícil que grita mucho, y es difícil de calmar

159 OTROS PROBLEMAS CON EL/LA BEBÉ

- 0 = No hay otros problemas
 1 = Problema menor, tales como problemas de alimentación, falta de aumento de peso, dermatitis con el pañal, cólicos transitorios
 2 = Problemas mayores, por ejemplo, enfermedades del corazón, retraso en el desarrollo

¿Cómo se está desarrollando (nombre del bebé)?

**¿La reconoce y responde ante usted?
¿Cuándo sonrió y rio por primera vez?**

Si el bebé tiene la edad suficiente, ¿cuándo realizó el primer intento de hablar (balbuceo)?

Anotar respuestas de la madre sobre el desarrollo infantil.

160 DESARROLLO INFANTIL

- 0 = Avanzado
- 1 = Normal
- 2 = Algún retraso
- 3 = Marcado retraso

**¿Quién proporciona la mayor parte de los cuidados al bebé?
Si no es la madre, preguntar ¿Cómo se siente al respecto?**

Si la madre proporciona la mayor parte de los cuidados, preguntar
¿Hay problemas con la alimentación, los vómitos, duerme o llora demasiado?

¿Le molesta dejar a su bebé al cuidado de alguien más?

Anotar la experiencia de la madre en el cuidado de este/a bebé.

161 IMPLICACIÓN/PARTICIPACIÓN DE LA MADRE EN EL CUIDADO DEL/LA BEBÉ

Esto se aplica a los *cuidados de crianza*- alimentar, cambiar, bañar y vestir al bebé.

- 0 = Cuidados maternos normales
- 1 = La madre no se hace cargo en su totalidad del cuidado del bebé
- 2 = La madre rechaza o es incapaz de cuidar del bebé

162 IMPLICACIÓN EMOCIONAL CON EL /LA BEBÉ

- 0 = No hay sobre implicación emocional
- 1 = La madre no se muestra dispuesta a compartir los cuidados, o a dejar al bebe al cuidado de otros adultos (incluye la ansiedad de separación)
- 2 = La madre abandona todas sus necesidades esenciales para atender a su bebé

¿Qué le gusta hacer con su bebé?

¿Qué le gusta de su bebé y qué le disgusta?

¿Qué hace para que su bebé sonría o se ría?

Anotar las respuestas de la madre sobre la implicación afectiva con el bebé.

163 CALIDAD DE LA IMPLICACIÓN AFECTIVA CON EL/LA BEBÉ

- 0 = La madre disfruta abrazando al bebé, y participa plenamente en la interacción con el bebé
1 = Hay alguna carencia de participación y/o falta de caricias
2 = Existe una baja implicación emocional, con cuidados "mecánicos"
3 = Hay una total falta de implicación afectiva
-

RESPUESTA EMOCIONAL DE LA MADRE HACIA SU HIJO/A

Explicar a los padres que sus sentimientos no siempre se desarrollan inmediatamente después del parto.

¿Cómo se desarrollan sus sentimientos hacia (nombre del bebé) después del parto?

¿En qué momento empezó a experimentar sentimientos positivos hacia él/ella?

¿Se ha sentido decepcionada con sus sentimientos por (nombre del bebé)?

¿Por qué?

¿Cómo se siente cuando está lejos de (nombre del bebé)?

Anotar declaraciones de la madre sobre su reacción emocional hacia el bebé

**164 APARICIÓN DE SENTIMIENTOS POSITIVOS HACIA EL/LA BEBÉ EN SEMANAS
Desarrollo en el tiempo de sentimientos positivos hacia el bebé**

Anotar la aparición de sentimientos positivos en semanas.

Tener en cuenta que una codificación de "0" significa que los sentimientos positivos se desarrollaron *antes* del parto.

'99' significa que los sentimientos positivos aún no se han desarrollado.

165 SENTIMIENTO DE DISTANCIAMIENTO DEL/LA BEBÉ

- 0 = Ninguna
1 = La madre se queja de que, durante algún tiempo, el niño no parecía ser suyo
2 = La madre todavía se siente así
3 = Estos sentimientos son fuertes, y están entre sus principales quejas

166 NATURALEZA Y FUERZA DE LOS SENTIMIENTOS HACIA EL/LA BEBÉ (histórico)

"Implicación afectiva" (calificación **163**) se aplica al comportamiento.

Esta calificación se aplica a *los sentimientos en el pasado* de la madre (los peores)

- 0 = Muy fuertes – implicación emocional total con el bebé
1 = Fuertes
2 = Dudosos o ambivalentes (sentimientos tanto positivos como negativos)
3 = Ausencia decepcionante o preocupante, de sentimientos positivos hacia el/la bebé
4 = Desagrado u hostilidad hacia el/la bebé
5 = Odio o rechazo hacia el/la bebé

**167 NATURALEZA Y FUERZA DE LOS SENTIMIENTOS HACIA EL/LA BEBÉ
(presente)**

Esta calificación se aplica a los sentimientos de la madre en la actualidad.

Una puntuación más baja que la calificación nº 166 indica una pérdida secundaria de sentimientos maternos.

- 0 = Muy fuertes – implicación total con el bebé
- 1 = Fuertes
- 2 = Dudosos o ambivalentes (sentimientos tanto positivos como negativos)
- 3 = Ausencia decepcionante o preocupante de sentimientos positivos hacia el/la bebé
- 4 = Desagrado u hostilidad hacia el/la bebé
- 5 = Odio o rechazo del/la bebé

Si hay evidencia de una respuesta emocional materna anormal, preguntar

¿Se arrepiente de tener este bebé?

¿Se ha sentido atrapada como madre?

¿Ha tenido ganas de huir? ¿De forma temporal o permanente? ¿Alguna vez lo ha hecho?

¿Ha sentido alguna vez que sería mejor que alguien más se ocupara de él/ella? ¿Temporal o permanente?

¿Ha pensado en la adopción o en la acogida?

¿Alguna vez deseó que le pasara algo a él/ella?

(Anotar particularmente deseos de muerte súbita, o que el bebé fuera robado.)

Anotar evidencias de rechazo emocional de la madre hacia el bebé.

168 IDEAS DE TRANSFERIR EL CUIDADO O DE ELUDIR LAS OBLIGACIONES MATERNAS

Especificar fantasías o planes para escapar.

- 0 = No se desea escapar del cuidado infantil
 - 1 = La madre ha tenido pensamientos fugaces y secretos de no cuidar a este bebé
 - 2 = La madre ha considerado temporalmente abandonar o delegar el cuidado del/la bebé
 - 3 = Se ha discutido por ello con la pareja, la familia o los servicios sociales
 - 4 = Se ha realizado abandono o transferencia temporalmente
 - 5 = La madre solicita la acogida o la adopción *a largo plazo*
- Utilice la clasificación nº 148 para los sentimientos depresivos de no ser una madre digna.

169 IDEAS/FANTASÍAS DE PERDER AL/LA BEBÉ

Especificar la naturaleza de las fantasías.

Incluya aquí el deseo de que el bebé nunca hubiera nacido

- 0 = No hay tales ideas
- 1 = La madre ha deseado en silencio que el niño fuera robado o muriera
- 2 = Esta idea ha sido expresada a los demás

IRA Y ABUSO

¿Alguna vez se siente iracunda con su bebé?

Si la madre responde "sí", o hay cualquier otra evidencia de aversión hacia el bebé, preguntar,

¿Qué es lo que le da rabia?

¿Ha tenido impulsos de dañar a él/ella?

¿Cuál fue el peor impulso que deseó hacer?

Anotar declaraciones de la madre sobre las respuestas y los impulsos de ira, teniendo presente distinguirlas de las obsesiones de dañar al bebé (clasificación nº 141).

Anotar y registrar los principales factores desencadenantes – estar despierta durante la noche, no comer, los vómitos, la suciedad, el llanto excesivo, o la falta de muestras de afecto del bebé

170 RESPUESTA DE IRA/ENOJO HACIA EL/LA BEBÉ

- 0 = No hay ira hacia el bebé
1 = La madre ha sentido ira hacia su bebé
2 = Ha tenido fuertes sentimientos de ira, pero ha podido controlarlos fácilmente
3 = Ha sido capaz de mantener el control, pero con cierta dificultad (por ejemplo, salir de la habitación)
4 = Ha perdido el control, dando resultado a gritos, chillidos o insultos hacia el bebé
5 = Pérdida de control que ha dado lugar a abusos físicos (también utilizar clasificación nº 173)

171 FRECUENCIA DE LA IRA/ENOJO MATERNA

- 0 = Nunca
1 = Sólo una o dos veces
2 = Frecuentemente
3 = La mayoría de las veces
-

Si HUBO IRA/ENOJO, ¿Cómo afrontó su ira?

¿Alguna vez ha perdido el control cuando sentía rabia hacia él/ella?

¿Qué fue lo peor que hizo?

¿Qué hay acerca de dejar de alimentar al bebé o de protegerlo?

Si existe cualquier indicio de enfermedad facticia, preguntar

¿Alguna vez pretendió que su hijo estuviera enfermo, o se sintió tentada a hacer que enfermara?

(En los casos de abuso) ¿Tuvo algún impulso de matar al/la niño/a?

Anotar declaraciones de la madre sobre impulsos o incidentes de abusos y abandono.

Anotar y registrar las formas de abuso que hayan ocurrido - tratamiento con dureza, sacudidas, golpes, mordeduras, quemaduras o síndrome de Munchausen.

172 AFRONTAMIENTO DE LA IRA MATERNA

- 0 = No hay ira materna
1 = Transfiere el cuidado al esposo, pareja u otra persona
2 = Deja llorar al bebé
3 = No tiene estrategias

173 MALTRATO / ABUSO INFANTIL

- 0 = No se ha producido
1 = La madre tuvo el impulso, pero no actuó sobre él
2 = Se ha producido este comportamiento
3 = Se ha producido más de una vez
4 = Se ha producido más de tres veces

174 NEGLIGENCIA INFANTIL

- 0 = No hay desatención
- 1 = Pobre supervisión, o exposición del bebé a riesgos
- 2 = Descuido de las necesidades físicas del niño, como la alimentación o el cambio
- 3 = Desnutrición del/la bebé

175 IDEAS O IMPULSOS FILICIDAS

No puntuar impulsos obsesivos aquí (clasificación nº 141).

- 0 = No hay ideas de matar al niño
- 1 = Estas ideas o impulsos se han experimentado de forma ocasional y fugazmente
- 2 = Ideas inquietantes de matar al niño
- 3 = Intento filicida

¿Tiene deseos de tener otro hijo en el futuro?**185 Deseo de tener otro hijo**

- 0 = Fuertes deseos de tener otro bebé
- 1 = Algunos deseos de tener otro bebé
- 2 = Indiferencia o ambivalencia
- 3 = No deseos de tener otro bebé
- 4 = Determinación clara de no tener más hijos
- 5 = La madre se ha esterilizado

EVALUACIÓN GLOBAL

1. Observación de la interacción de la madre con el bebé:

2. Observaciones generales e incluir en el diagnóstico:

Diagnóstico Alteración del vínculo materno-infantil (VMI):

Evaluador	VMI alterado (sí/no)	Nivel de gravedad de Desorden		Diagnósticos adicionales	
		Desorden Leve (sí/no)	Desorden Severo Especificar: a) Amenaza de Rechazo b) Rechazo establecido	Ansiedad centrada en infante. Especificar: a) Leve b) Severa	Ira patológica Especificar: a) Leve b) Moderada c) Severa
Evaluador 1					
Evaluador 2					

Anexo 16.7: PREGUNTAS SOBRE TERREMOTO

1. ¿Dónde estaba en el terremoto del 19 de septiembre/2017 y qué tanto afectó en su estado emocional?

2. ¿Cuántos meses/semanas de embarazo tenía cuando sucedió el terremoto?

3. Ha notado algún cambio en su estado de ánimo a partir del terremoto? ¿Cuál?

3.1. SI sí la afectó, ¿considera que afectó la forma en que vivió su embarazo?

Anexo 16.8: Hoja Informativa para participantes

Proyecto: **Salud mental materna y vínculo materno – infantil en una muestra de madres en el estado de Morelos, México.**

Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi).

Universidad Autónoma del Estado de Morelos. UAEM.

Introducción:

Estudiar la relación entre una madre y su bebé durante el embarazo y después del parto, es muy importante para entender cómo mejorar la salud emocional de la madre y del infante, pero no se ha estudiado mucho este tema en México, y tenemos pocos cuestionarios que sirvan para saber y apoyar rápido y profesionalmente cuando existan problemas de relación entre madres y sus bebés, lo cual puede traer problemas en la salud de la madre y el desarrollo del pequeño. En caso de haber problemas de este tipo es importante atenderlos por personas capacitadas y así mejorar el desarrollo de los bebés y la salud de la madre y la familia, para que tengan mejores oportunidades de vida.

Objetivo:

El objetivo del estudio es entender la relación que existe entre cómo se siente la madre y la calidad de la relación de ella con su bebé durante el tercer trimestre (7 a 9 meses) de embarazo y los primeros tres meses después del parto (0 a 3 meses después del nacimiento).

Metodología:

Es un estudio donde participarán mujeres en el tercer trimestre de embarazo y primer trimestre después del nacimiento en un grupo de mujeres del Estado de Morelos, y se realizará en 2 momentos. La información que nos den las madres será llenando cuestionarios, y con entrevistas de la madre con su bebé que pueden ser audio grabadas con su aceptación.

Las mujeres que acepten participar en el estudio se les pedirán hacer las siguientes actividades:

- Llamadas por teléfono para definir fecha y horario de entrevistas, y/o preguntaremos directamente en el Hospital donde es atendida al momento de acudir a su cita médica.
- Llenado de cuestionarios que incluye preguntas sobre datos generales y de salud durante el embarazo y/o los tres primeros meses de posparto en el hospital que es atendida.
- Llenado de cuestionarios sobre cómo se ha sentido ella y cómo se siente por su bebé y sobre cómo se lleva con las personas que convive (p. e. con su pareja, familiares).*

- A algunas mamás, se les solicitará contestarnos algunas otras preguntas en una entrevista junto con su bebé después de que nazca, en CITPsi. Si es necesario, se le pedirá su autorización para audio grabar lo que nos conteste durante la entrevista junto con su bebé. Usted puede decir que no acepta que la graben y no se grabará.

**Llenar los cuestionarios y hacer la entrevista será en distintos días (por lo menos dos veces, puede ser durante el embarazo y/o después de nacer su bebé, y tardará un tiempo máximo de 30 minutos por cada actividad).*

Beneficios esperados:

Si la madre y su bebé aceptan participar en las actividades, no recibirán ningún apoyo directo o económico, a excepción de un pago simbólico de apoyo para sus gastos de traslado a CITPsi. Participar en el estudio, puede apoyar para conocer mejor qué sucede en la relación temprana entre una madre y su bebé durante el embarazo y después del nacimiento, y con esa información se puede apoyar a otras madres que tengan problemas en esta relación. Si se da el caso de que se detecte que hay algún problema en la relación afectiva entre usted como madre y su bebé, se le sugerirán opciones de tratamiento que puedan apoyarla para que se encuentre en mejores condiciones de salud emocional. Adicionalmente, una semana después de la evaluación, recibirá por correo electrónico, un reporte de la evaluación que identifique cómo se encuentra en su estado emocional y con relación a la calidad de su relación con su bebé.

Riesgos de participar en el estudio:

No existen riesgos para usted y su bebé si participa en las actividades del estudio.

Carácter Voluntario de la participación:

Su participación y la de su bebé son totalmente voluntarias. Si se siente mal o molesta durante la entrevista, o mientras llena los cuestionarios, puede salirse del estudio cuando así lo quiera, sin dar ninguna razón.

Confidencialidad:

La información que usted nos dé sobre cómo se siente, sus datos y de su bebé, serán usados sólo para apoyar la investigación y tareas de docencia y no se dará a conocer ningún dato personal que les permita a otras personas saber quiénes son. Solamente los investigadores responsables podrán conocer sus datos personales y se guardarán en un lugar seguro para que ninguna persona que no sean los investigadores, puedan conocerlos.

Investigadores responsables:

En caso de tener dudas o desee hacer alguna pregunta sobre este estudio, la investigadora responsable puede contestársela personalmente o por teléfono durante el año en que dura el estudio.

- **Dra. Bruma Palacios Hernández**

Centro de Investigación Transdisciplinaria en Psicología (CITPSi)

Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM)

Calle Pico de Orizaba No. 1. Col. Los Volcanes.

Cuernavaca, Morelos. C.P. 62350.

Cubículo 3.Tel. 3 167720 ext. 3754

Correo electrónico: bruma.palacios@uaem.mx

Anexo 16.9: Consentimiento informado por escrito del estudio para adulta y menor de edad emancipada

Proyecto de Investigación: **SALUD MENTAL MATERNA Y VÍNCULO MATERNO-INFANTIL EN UNA MUESTRA DE MADRES EN EL ESTADO DE MORELOS**

Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEMor).

Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi). Cuernavaca, Morelos.

1. Acepto participar de forma voluntaria en el mencionado estudio. He comentado el estudio con el/la investigador/a/psicóloga _____ y he leído la hoja de información escrita del estudio. He tenido oportunidad de hacer preguntas al respecto, comprendo los riesgos y beneficios que se desprenden del estudio y que mi participación es voluntaria y puedo retirarme cuando quiera de él.
2. Comprendo que mi participación en el estudio puede incluir una(s) llamada(s) telefónicas o contacto directo, el llenado de cuestionarios durante el embarazo y/o posparto y la realización de una entrevista junto con mi bebé dentro de las instalaciones del CITPsi.
3. Entiendo que la información brindada para la realización de este estudio será confidencial y anonimizada para que a los datos personales que me identifiquen a mí y a mi bebé, sólo tengan acceso los investigadores. En caso de que se identifique que requiero de apoyo de salud adicional, me serán sugeridas opciones de tratamiento para mi atención. Estos datos serán resguardados en un banco de investigación del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología de la UAEMor.
4. Entiendo y acepto que la información recabada podrá ser utilizada con fines de investigación, académicos, de docencia y divulgación científica, respetando en todo momento el anonimato de mi persona y mi bebé, sin que represente algún riesgo hacia mi persona o mi bebé.
5. Conozco los datos de los investigadores y sé cómo contactarlos si es necesario o tengo dudas durante el estudio.

Acepto tomar parte en este estudio y he entendido los términos de su participación. Sí _____

No _____

Nombre de la participante:.....

Firma:.....

Cuernavaca, Morelos, a de de

Nombre del/a Investigador/a/Psicólogo/a:

Firma:

Nombre del Testigo:

Firma:

Anexo 16.10: Reporte de Evaluación de Salud Mental materna y Vínculo Materno-infantil



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

CENTRO DE INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR EN PSICOLOGÍA



Centro de Investigación
Transdisciplinaria en Psicología

Reporte de Evaluación de Salud Mental materna y Vínculo Materno-infantil¹⁰

La siguiente evaluación es parte del proyecto “Salud mental materna y Vínculo materno-infantil en una muestra de madres del Estado de Morelos”.

Datos de Identificación de la madre:

Nombre de la madre:	Edad de la madre:	Fecha de Evaluación:	Fecha de Reporte:
Nombre del bebé:	Fecha de parto:		
Edad del bebé (semanas) :			No de Caso:

Resultado de la evaluación de la calidad del estado emocional materno y la relación madre-bebé:

- 1) Estado emocional:
- 2) Depresión:
- 3) Ansiedad:
- 4) Calidad del vínculo madre-bebé:

Observaciones:

Sugerencias: En caso de la aparición de dificultades emocionales que afecten el funcionamiento en actividades diarias (cuidado del bebé, autocuidado, funcionamiento familiar, social o laboral) a lo largo del primer año de posparto, se sugiere contactar a los responsables del estudio y/o buscar atención profesional de salud mental. **Contacto:** Tel. **777 3167720** (área de Salud Mental) o correo electrónico: relacion.madre.hijo@gmail.com

Responsable de la Evaluación	Supervisor y Responsable del estudio: Dra. Bruma Palacios Hernández
------------------------------	------------------------------------------------------------------------

Cuernavaca, Morelos a 30 d e Noviembre del 2020.

DRA. NORMA BETANZOS DÍAZ
DIRECTORA LA FACULTAD DE
PSICOLOGÍA DE LA U.A.E.M.
PRESENTE:

Por este medio, hago de su conocimiento que he decidido otorgar mi voto aprobatorio a la Tesis titulada:

“Experiencia del sismo del 19/S y calidad del vínculo materno-infantil en madres en Morelos: estudio comparativo”

que presenta la egresada **María Fernanda Bautista Vello** para obtener el grado de Licenciada en Psicología ya que reúne los requisitos solicitados.

Sin otro particular por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE:
DRA. BRUMA PALACIOS HERNÁNDEZ

CATEDRÁTICA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DE LA U.A.E.M



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

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 ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

BRUMA PALACIOS HERNANDEZ | Fecha:2020-11-29 21:55:54 | Firmante

IDh84iddAqNXP1E0tikJEJbuHAzSMgvXiw7yafRwoBstDjlV6CowUu+1wl3eVsAiZWDNbsFZ9/Rruaq4GeiF5p9l7s4HR0VaYPBkgJKBVUla8vZLjffxJR4uJODQKeJ2M6i8ZzRVZVC
CD8dvNwwpcXxCuupFA9TfavW2TmY8CH7Q54mkj/627neu8iEL7zxVGfyVtMwSUWk8O1+XuorX5ExcWbjLH7KFbGLWWyokvWHioCxcEdTs32cu3oxCNgncaZN+hYctCFfS6Kb
OqaZw0IUv7OJ4ZiBT3lmHsHN1GLeFZYhb+G94qoW/jlvYVFcAM53lQsTtJYnlSasZsfbZNQ==

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



[tLIOAQ](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/5mg80Xvq2AIHzEp3Bg6WOpwsaLw7PM2g>





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Cuernavaca, Morelos a 24 de noviembre 2020.

DRA. NORMA BETANZOS DÍAS
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

Por este medio, hago de su conocimiento que he decidido otorgar mi voto aprobatorio a la Tesis titulada:

“EXPERIENCIA DEL SISMO DEL 19/S Y CALIDAD DEL VÍNCULO MATERNO-INFANTIL EN MADRES EN MORELOS: ESTUDIO COMPARATIVO”

que presenta la egresada **MARIA FERNANDA BAUTISTA VELLO** para obtener el grado de Licenciado en Psicología ya que reúne los requisitos solicitados.

Sin otro particular por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e

Dra. Ma. de la Cruz Bernarda Téllez Alanís
CATEDRÁTICA DE LA FACULTAD
DE PSICOLOGÍA DE LA U.A.E.M





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

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 ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

MA DE LA CRUZ BERNARDA TELLEZ ALANIS | Fecha:2020-11-24 10:38:30 | Firmante

dftwAZMtUxs1BG4I5mLCikzvV/UOnROU+FX1C5hFackrqWAqBvFqouzRKmgZ7LYERQcZCgxyzbZm8CNIJC4naaArGIMy3fa1NkkYQTr0KXIkets7CTFavVke/E5n4odSUNBVB1d
ztLezxUnp2VrtOnaAEBpKHUb3od3ncxwOe7cYW1Fo8JIZVyCgjzJ+qGz8tUTQNbyqS0rUffaBCpMCFPDZbS5OZWUrwau3cnyG0OgYua9f/+NrVhz8NRmTtCfVc1Q0LVPXC6cm
CjPTdKM8de+cuMng7gm1XxAjm6NSYBZrICJhStdhd8csVdMTUsA2+c5x3c61KYDy+ZpuE0lltw==

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



[iw9yAK](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/zMsUPv2uWJEZr4s1Xjn8K2xpOVJlqFoa>



Cuernavaca, 3 de diciembre de 2020.

DRA. NORMA BETANZOS DÍAZ
DIRECTORA LA FACULTAD DE
PSICOLOGÍA DE LA U.A.E.M.
PRESENTE:

Por este medio, hago de su conocimiento que he decidido otorgar mi voto aprobatorio a la Tesis titulada:

“Experiencia del sismo del 19/S y calidad del vínculo materno-infantil en madres en Morelos: estudio comparativo”

que presenta la egresada **María Fernanda Bautista Vello** para obtener el grado de Lic. en Psicología ya que reúne los requisitos solicitados.

Sin otro particular por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

Dra. Imke Hindrichs
CATEDRÁTICA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PITC CENTRO DE INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR EN PSICOLOGÍA
UAEM



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

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 ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

IMKE HINDRICHS | Fecha:2020-12-07 11:28:37 | Firmante

SwT5N2x5ABgUVY3Jr8U86KjfqwwlG0c/3sG+ZQE0vQLE9uhoghJXEHOBJoh8Ntmy2TsY+ipviwlbXhp42GrSSqIstLZLV1sxZ3UnbVqQY+HNQBU4r8xoYskOijSO2sATC3ospaBZ/AfjC42ozJxfw09yjPYJ6386Z6ESE8uiPA+jZUWvictYN1B2t8dq3vD2C5GBRgqx0coxEJbE7Zu3flxPQUgo88d0WuWJGTThhNrhnZB6Je8G32RtBraSRLKitqP8cz1AcQNif2Fv/i30nsPqgRAwvcuoHiJX1ePBz05fP9/wIOVHiPVS1iEi5PMxp8bMB0r2Xf0KyqggP3qvWpg==

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



XPejGI

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/bk1acfBeDBE0unsrAPX5tvuXa8hM8dXN>



Cuernavaca, Morelos a _03_de _Dic__ del 2020.

DRA. NORMA BETANZOS DÍAZ
DIRECTORA LA FACULTAD DE
PSICOLOGÍA DE LA U.A.E.M.
PRESENTE:

Por este medio, hago de su conocimiento que he decidido otorgar mi voto aprobatorio a la Tesis titulada:

“Experiencia del sismo del 19/S y calidad del vínculo materno-infantil en madres en Morelos: estudio comparativo”

que presenta la egresada **María Fernanda Bautista Vello** para obtener el grado de Licenciada en Psicología ya que reúne los requisitos solicitados.

Sin otro particular por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

Dr. Luis Pérez Álvarez

CATEDRÁTICO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DE LA U.A.E.M



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

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 ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

LUIS PEREZ ALVAREZ | Fecha:2020-12-03 19:13:54 | Firmante

mOFWJpVqzhXwuc5LPxhdVJ5q8hX1fdEKMkFYppennmoFvnLn+io27n5ZLZ/ngBlxTwws9Z33qGorODM9t2TpHWorhhMzlu/XW6oyOUK2SG9Ci7fNLXC+AaQA57MNsJPPcsq
ixot/5eoyY/uKsfyzvT4hAhidSkjU0R6+MqO/zs9l+ZM25H3KUPfOZndiC+go6y8hwKShgrAi5mQ46a1fNfUEHnuRdWtSMq7lmaKFDB2tUIH9TCHaeeHW6vYj4JwDsY8l/altas5EJ+
WfRbwJkWcjbmbAOBulXSXHT9sdOIPOTw3itHxJ3nFQoTPVZ7jltw08Zl0CtBM+RkApl04A==

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



HCIMrf

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/qvskSv7j3Aw3QPSwomtOJ4gN4BHE5JE0>





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



Centro de Investigación
Transdisciplinar en Psicología

CENTRO DE INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR EN PSICOLOGÍA

Cuernavaca, Mor; a 2 Diciembre de 2020.

**DRA. NORMA BETANZOS DÍAZ
DIRECTORA LA FACULTAD DE
PSICOLOGÍA DE LA U.A.E.M.
P R E S E N T E**

Por este medio, hago de su conocimiento que he decidido otorgar mi voto aprobatorio a la Tesis titulada:

**“EXPERIENCIA DEL SISMO DEL 19/S Y CALIDAD DEL VÍNCULO MATERNO-
INFANTIL EN MADRES EN MORELOS: ESTUDIO COMPARATIVO”**

que presenta la egresada María Fernanda Bautista Vello, para obtener el grado de Lic. en Psicología ya que reúne los requisitos solicitados.

Sin otro particular por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

DRA. BERENICE PÉREZ AMEZCUA
CATEDRÁTICA DE LA FACULTAD
DE PSICOLOGÍA DE LA U.A.E.M