



UANL



FTSyDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

Comportamiento suicida en mujeres con sintomatología depresiva perinatal, de Saltillo, Coahuila

Lic. Alondra Sofía Paredes Valdés³⁷

Dra. Karla Patricia Valdés García³⁸

Mtro. Pedro David Rosas Fuentes³⁹

Resumen

El suicidio es la segunda causa de muerte en mujeres durante el periodo posparto, representando el 20% de los fallecimientos en el primer año tras el parto. La depresión posparto, afecta entre el 10% y 20% de las mujeres y constituye uno de los principales riesgos emocionales asociados a la maternidad. En México, se estima que entre el 13% y 15% de las madres la padecen. Entre los factores de riesgo más comunes destacan la escolaridad y el bajo nivel educativo, los cuales se relacionan tanto con la depresión perinatal como con el suicidio. El objetivo de esta investigación es describir la sintomatología depresiva perinatal y los comportamientos suicidas en mujeres gestantes a partir del 2° trimestre y hasta dos años después del parto, de Saltillo, Coahuila. El estudio utilizó un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental y un alcance descriptivo. La muestra estuvo compuesta por 82 mujeres gestantes o madres con hijos de máximo 2 años de edad a quienes se les aplicaron la Escala de Depresión Post-Parto de Edinburgo y el Inventario de Orientación Suicida. Los resultados revelaron que el 29.2% de las participantes tuvo pensamientos suicidas y el 13.4% intentó suicidarse en algún momento del embarazo o posparto. Además, se encontró que un 40% de las mujeres presentó niveles altos de depresión postparto. Los resultados destacan la presencia de depresión y riesgo suicida en mujeres embarazadas y en el posparto en Saltillo.

Palabras clave: *suicidio, depresión perinatal, pensamientos suicidas, intentos de suicidio.*

³⁷ paredesalondra71@gmail.com . <https://orcid.org/0009-0002-2843-8541>. Universidad Autónoma de Coahuila.

³⁸ karlavaldes@uadec.edu.mx . <https://orcid.org/0000-0002-1681-1954>. Universidad Autónoma de Coahuila.

³⁹ pedro_rosas@uadec.edu.mx. <https://orcid.org/0000-0002-7912-4190>. Universidad Autónoma de Coahuila.

Introducción

El suicidio ha sido una de las principales causas de muerte en las mujeres durante su periodo de posparto (Van y Payne, 2020); la Organización Mundial de la Salud [OMS] menciona que cada año más de 720,000 personas mueren por suicidio en el mundo y el 73% ocurren en países de ingresos bajos y medios (OMS, 2025). En México, se registraron más de 8 mil muertes por suicidio durante el 2023, del cual el 18.9% correspondía a mujeres (INEGI, 2024). En Coahuila, para el año 2023, se registraron 313 muertes por suicidio de las cuales 52 fueron de mujeres (INEGI, 2025).

Se han desarrollado diversas definiciones para comprender mejor los comportamientos suicidas, los conceptos más utilizados en la literatura son los siguientes: 1) suicidio: terminar con la propia vida de manera intencionada; 2) intento suicida: conducta sin resultados fatales que tenían la intención de terminar con la propia vida; 3) ideación suicida: pensamientos acerca de terminar con la propia vida, desde desear estar muerto hasta planear el suicidio (Turecki et al., 2019); y 4) riesgo suicida: constructo que hace referencia a la probabilidad de que una persona cometa suicidio (Gidrón, 2020).

Por su parte, la depresión perinatal se define como un episodio de depresión mayor que se experimenta cuando la persona está embarazada o durante las primeras cuatro semanas después del parto (Dagher et al., 2021).

En relación con la depresión perinatal, se ha encontrado que afecta aproximadamente al 20% de las mujeres durante su posparto llegando a presentarse hasta un año después del parto (Moll et al., 2023; Nisar et al., 2020). En países en desarrollo entre el 20 y 40% reportan depresión perinatal (Herrera et al., 2022).

En una investigación con madres chilenas, se encontró que el 40% presentaban síntomas depresivos durante el puerperio y 15% llegó a presentar un episodio de depresión mayor (Jadresic, 2017) y específicamente en México, la depresión posparto afecta a más del 50% de las mujeres (González et al., 2019); y se estima que dos de cada 10 mujeres desarrollan síntomas de depresión en su embarazo y posparto, y más del 70% no son diagnosticadas (Secretaría de Salud, 2023).

Referente a los rangos de edad diversas investigaciones concuerdan en que, existe mayor prevalencia de depresión perinatal entre los 20 a 44 años (Benítez y Puente, 2021; Moll et al., 2023; Nisar et al., 2020; Sulley et al., 2023). En la investigación de Garman et al., (2019) mencionan que los síntomas depresivos y el riesgo suicida disminuían conforme la edad aumentaba, en mujeres de 18 a 34 años



UANL



FTSyDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

específicamente.

Belete y Misgan, (2019) mencionan en su investigación que la pobreza económica y un embarazo no planificado es un factor de riesgo para el comportamiento suicida en las madres. Entre los principales factores de riesgo para la depresión perinatal y el suicidio se encontró que la escolaridad y un bajo nivel educativo influyen en ambos fenómenos (Calcagni et al., 2021; Lara et al., 2017; Moll et al., 2023; Rezaie-Keikhaie et al., 2020).

Otros factores de riesgo son, ser soltera, falta de apoyo social, la situación geográfica y la ocupación de la mujer (Al-Halabí et al., 2021; Antúnez et al., 2022; Benítez y Puente, 2021; Cruz-Cano et al., 2024; Herrera et al., 2022; Leveau-Bartra et al., 2024; Malpartida, 2020; Martín-Agudiez et al., 2024; Moll et al., 2023; Okunola et al., 2021; Villanueva et al., 2022).

Aunado a lo anterior, la falta de apoyo (emocional, psicológica, económica, etc.) por parte de la pareja también ha mostrado ser un factor de riesgo para aumentar la probabilidad de presentar sintomatología depresiva perinatal, así como la presencia de un familiar cercano con enfermedad (Martín-Aguidez et al., 2024).

En su estudio, Santiago-Sanabria et al. (2023) encontraron que los principales factores que se asocian con la depresión postparto son el presentar un historial personal o familiar de depresión y presentar dificultades económicas. En ese sentido, el mismo estudio resaltó la posibilidad de que una persona presente más de un factor de riesgo al mismo tiempo.

En un trabajo realizado con mujeres mexicanas por Navarrete et al. (2019) se reportó que un bajo nivel socioeconómico aumenta el riesgo de padecer depresión perinatal. Algunas consecuencias de dicho padecimiento son cambios emocionales, cognitivos y conductuales durante el embarazo y posparto (Moll et al., 2023).

Diversos autores han encontrado que en la depresión perinatal las madres reportan pensamientos suicidas (Al-Halabí et al., 2021; Arditi-Arbel et al., 2023; Benítez y Puente, 2021; Benute et al., 2016; Knasmüller et al., 2019; Moll et al., 2023; Tavares et al., 2012; Van y Payne, 2020). Y en un estudio longitudinal con mujeres chinas mostró que la depresión prenatal aumenta la posibilidad de ideación suicida (Shi et al., 2018).

La presente investigación tiene como objetivo describir la sintomatología depresiva perinatal y los comportamientos suicidas en mujeres gestantes a partir del 2° trimestre y hasta dos años después del parto, de Saltillo, Coahuila, México.

Método

Diseño

El presente estudio empleó una metodología cuantitativa, con un diseño no experimental, transversal y un alcance descriptivo (Creswell, 2014).

Muestra

Se empleó un muestro no probabilístico, en el que, a 82 mujeres voluntarias, se les aplicó el instrumento a través de un formulario de Google, que se compartió por medio de un código QR o un enlace en centros de salud, redes sociales y grupos de apoyo, a mujeres que cumplían con los criterios de inclusión y dieron su consentimiento para participar.

En cuanto a la descripción de la muestra, las mujeres participantes oscilaron en un rango de edad entre los 19 a 41 años con un promedio de edad de 30 años, eran residentes de Saltillo, Coahuila, México con hijos/as de 1 día a 2 años y 13 mujeres estaban embarazadas atravesando su 2° y 3er trimestre. La mayoría (82.9%) tenían uno a dos hijos.

Solo se consideró a aquellas participantes que puntuaron con más de 9 puntos en la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh [EPDS], lo que indica presencia de depresión postparto según el autor (Cox et al., 1987); por lo que se eliminaron a las que no cumplían con este criterio, aunque se aplicaron a 132 mujeres los instrumentos, 50 de estos fueron eliminados de los análisis aquí reportados.

En cuanto al estado civil, nueve participantes reportaron ser solteras (10.9%), 53 casadas (64.6%), 18 en unión libre (21.9%) y 2 viudas (2.4%). En relación con la escolaridad máxima, dos participantes (2.4%) reportaron contar con primaria, seis con secundaria (7.3%), 14 bachillerato (17%), 48 licenciatura, ingeniería o técnica (58.5%) y 12 posgrado (14.6%). La mayoría reportaron su religión como católicas (82.9%) y el promedio de ingresos mensuales percibido fue de \$9,000 a \$18,000, con un porcentaje reportado del 37.5%.

En la Tabla 1 se muestra la ocupación reportada por las participantes y en la Tabla 2 se puede observar con quien/es vivían en el momento del levantamiento de datos.

Tabla 1.

Frecuencia y porcentaje de ocupación



UANL



FTSYDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	32	39.024
Empleada	12	14.634
Estudiante	1	1.220
Emprendedora	4	4.878
Servicios de belleza	2	2.439
Docente	6	7.317
Ingeniera	3	3.659
Ventas	2	2.439
Florista	1	1.220
Sector Salud	5	6.098
Administrativa	4	4.878
Psicóloga	2	2.439
Comerciante	1	1.220
Gerencia	1	1.220
Supervisora	1	1.220
Operaria	1	1.220
Otra	4	4.878

Nota. Elaboración propia.

Tabla 2

Frecuencia y porcentaje de con quien vive

Vive con	Frecuencia	Porcentaje
Pareja	9	10.976
Hijos	5	6.098
Pareja e hijos	50	60.976
Padres e hijos	2	2.439
Padres	4	4.878



UANL FTSyDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

Vive con	Frecuencia	Porcentaje
Pareja, hijos, suegro/a	3	3.659
Pareja, hijos, padres, hermanos	1	1.220
Pareja y padres	1	1.220
Sola	1	1.220
Suegro/a	3	3.659
Otros familiares	1	1.220
Otras personas	1	1.220
Compañero/a de casa	1	1.220

Nota. Elaboración propia.

Instrumentos

Inicialmente el formulario solicitó datos sociodemográficos y cinco preguntas dicotómicas relacionadas al comportamiento suicida: *he pensado seriamente en quitarme la vida, he mencionado tener la intención o el deseo de quitarme la vida, he planeado quitarme la vida, me he autolesionado, he intentado quitarme la vida.*

Así mismo, se aplicó la Escala de Depresión Post-Parto de Edinburgo [EPDS] (Cox et al., 1987), desarrollada para ayudar a detectar a madres que sufren depresión posparto en mujeres embarazadas y posparto; validado para población mexicana por el INPerIER reportando una validez y un coeficiente de Alfa de Cronbach reportado de 0.83 (Oquendo et al., 2008).

La EPDS (Cox et al., 1987) consta de 10 reactivos, con cuatro opciones de respuesta, que identifican como se ha sentido la madre en los últimos 7 días, a las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 son inversos (3 a 0). Se suman todos los puntajes para dar una puntuación total. Una puntuación de diez o más muestra la presencia de una depresión, pero no se marca rangos precisos en cuanto a su gravedad.

También se aplicó el Inventario de Orientación Suicida ISO-30 [ISO 30] de King y Kowalchuk, 1994, adaptado al español por Fernandez Liporace y Casullo (2006) aplicando la versión de Bahamón et



UANL



FTSyDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

al., (2022) el cual es utilizado para detectar la posible presencia de orientación al suicidio, y se divide en 5 dimensiones: baja autoestima (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12); desesperanza (ítems 19, 20, 21, 22, 23, 24); incapacidad para afrontar problemas emocionales (ítems 25, 26, 27, 28, 29, 30); soledad y aislamiento (13, 14, 15, 16, 17, 18) e ideación suicida (1, 2, 3, 4, 5, 6).

El ISO-30 consta de 30 ítems formulados en forma directa e inversa, los ítems 2, 3, 4, 7, 12, 14, 17, 22 y 27 son los inversos; se responden según una escala Likert de cuatro posiciones: 0: Totalmente en desacuerdo; 1: En parte en desacuerdo; 2: En parte de acuerdo y 3: Totalmente de acuerdo (Bahamón et al., 2022). La prueba arroja una puntuación total que permite clasificar al sujeto en tres categorías de riesgo suicida: bajo, moderado y alto (Bahamón et al., 2022), en cinco dimensiones: desesperanza, baja autoestima, incapacidad para afrontar problemas emocionales, soledad y aislamiento social e ideación suicida.

El ISO-30 cuenta con un coeficiente de Alfa de Cronbach reportado de 0.87 validado para la población saltillense en adolescentes (Valdés y González, 2018). Así mismo se realizó un pilotaje en población mexicana adulta con una muestra voluntaria de 30 mujeres obteniendo un alfa de Cronbach 0.859.

Procedimiento

Se aplicó el instrumento a una muestra de 82 mujeres, destinando un tiempo promedio de 15 minutos a responder el instrumento; fueron recabadas a través centros de salud, redes sociales y grupos de apoyo, que cumplían con los criterios de inclusión y dieron el consentimiento para participar.

Análisis de los datos

Se realizó el análisis de los resultados mediante el software Jeffrey's Amazing Statistics Program [JASP] versión 19. Los descriptivos se realizaron mediante un análisis univariado utilizando como estadísticos la media, la desviación estándar, mínimo y máximo, y además se calcularon frecuencias y porcentajes.

Aspectos éticos

Se siguieron los principios éticos establecidos por la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013) y las directrices éticas de la Asociación de Psicología (American Psychological Association, 2017) con el fin de garantizar la integridad de las participantes y el uso correcto de sus datos en todo el proceso de investigación y tratamiento.



Resultados

En relación con las primeras preguntas dicotómicas se encontró que el 32.9% mencionaron tener la intención o el deseo de quitarse la vida y el 29.2% reportaron que han pensado en quitarse la vida; estos datos se pueden revisar en la Tabla 3.

Tabla 3.*Frecuencias y porcentajes de comportamientos suicidas*

		Frecuencia	Porcentaje
He pensado seriamente en quitarme la vida	Si	24	29.268
	No	58	70.732
He planeado quitarme la vida	Si	17	20.732
	No	65	79.268
He mencionado tener la intención o el deseo de quitarme la vida	Si	27	32.927
	No	55	67.073
Me he autolesionado	Si	14	17.073
	No	68	82.927
He intentado quitarme la vida	Si	11	13.415
	No	71	86.585

Nota. Elaboración propia.

Las subescalas del ISO 30 que obtuvieron una puntuación más alta fueron, la de baja autoestima, desesperanza e ideación suicida, teniendo en general un riesgo suicida moderado (ver Tabla 4). Además, en la EPDS las participantes presentan un nivel moderado de depresión posparto (ver Tabla 4).

Tabla 4.*Análisis univariado de ISO 30 y EPDS*

	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
ISO 30	33.829	12.638	9.000	69.000
Ideación suicida	7.683	2.553	2.000	13.000



UANL FTSyDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
Baja autoestima	7.683	3.442	1.000	18.000
Soledad y aislamiento	7.220	2.802	1.000	15.000
Desesperanza	6.890	4.095	0.000	17.000
Incapacidad para afrontar problemas emocionales	4.354	2.958	0.000	14.000
EPDS	15.195	4.539	10.000	27.000

Nota. Elaboración propia.

Se encontró que la mayoría de las participantes reportaron un nivel moderado de riesgo suicida según el puntaje total del ISO-30. Así mismo, en las subescalas del instrumento se encontró la subescala de ideación suicida con mayor prevalencia en el nivel de riesgo moderado; la mayor parte de las participantes presentan un nivel medio de baja autoestima; respecto a la subescala de soledad y aislamiento, la mayoría se encontraron en un nivel medio; la mayoría reportaron un nivel bajo a medio de desesperanza; y la mayoría de las participantes se encontró en un nivel bajo de incapacidad para afrontar problemas emocionales (ver Tabla 5).

Tabla 5.

Frecuencias y porcentajes por niveles del Inventario de Riesgo Suicida ISO 30 y de la subescala de Ideación Suicida

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
ISO 30		
Bajo	33	40.244
Moderado	48	58.537
Alto	1	1.220
Subescala de ideación suicida		



UANL FTSyDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	17	20.732
Moderado	56	68.293
Alto	9	10.976
Subescala de baja autoestima		
Bajo	25	30.488
Medio	44	53.659
Alto	13	15.854
Subescala de soledad y abatimiento		
Bajo	23	28.049
Medio	54	65.854
Alto	5	6.098
Subescala de desesperanza		
Bajo	36	43.902
Medio	34	41.463
Alto	12	14.634
Subescala de incapacidad para afrontar problemas emocionales		
Bajo	57	69.512
Medio	23	28.049
Alto	2	2.439

Nota. Elaboración propia.

Respecto a la Escala de Depresión Post-Parto, no se definen niveles de interpretación cualitativa, únicamente se menciona que una puntuación de 10 o más indica presencia de depresión postparto, sin embargo, para esta investigación, se especificaron 3 niveles para conocer la frecuencia y porcentaje de los resultados dividiéndose en: bajo (≤ 9), medio (10 a 19) y alto

(>19). Se puede observar en la Tabla 6, que la mayoría de las participantes se encuentra en un nivel medio de depresión postparto y que ninguna obtuvo menos de los 10 puntos requeridos para considerar un nivel bajo de riesgo.

Tabla 6.

Frecuencias y porcentajes por niveles de la Escala de Depresión Post-Parto

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Medio	49	59.756
Alto	33	40.244

Nota. Elaboración propia.

Conclusión y Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio aportan información respecto al comportamiento suicida y la depresión perinatal en mujeres adultas de Saltillo, Coahuila, México. Se encontró que una proporción importante de las participantes (29.2%) pensó seriamente en quitarse la vida, y un 13.4% llegó a intentar quitarse la vida durante el embarazo o el posparto, lo cual se alinea con hallazgos previos que sugieren que las mujeres en esta etapa de la vida son especialmente vulnerables a desarrollar pensamientos y conductas suicidas (Moll et al., 2023; Van y Payne, 2020).

Este comportamiento suicida está estrechamente relacionado con los síntomas de depresión posparto, ya que las mujeres que padecen depresión durante esta etapa tienen un riesgo elevado de desarrollar ideación suicida (Al-Halabí et al., 2021; Knasmüller et al., 2019), en esta investigación también se evidenció un porcentaje de 13.4% de mujeres no solo con ideación sino con intento de suicidio, lo que representa un comportamiento suicida de mayor gravedad y riesgo.

Al entender la depresión posparto no se debe reducir a posturas biologicistas y enfocadas solo en desajustes hormonales, se requiere reconocer que las mujeres embarazadas o madres de pueden estar atravesando por situaciones sociales, económicas y/o cuentan con poco o nulo apoyo por parte de su pareja (Martín-Aguidez et al., 2024; Santiago-Sanabria et al., 2023).

El ISO 30 mostró que la mayoría de las participantes se encontraban en un nivel moderado de riesgo suicida, lo que concuerda con investigaciones que indican que las mujeres con depresión

perinatal enfrentan un riesgo más alto de pensamientos suicidas, comparado con la población general (Tavares et al., 2012; Van y Payne, 2020).

Creencias sociales sobre la maternidad

Además, es importante resaltar que los síntomas depresivos fueron significativamente elevados en las participantes de este estudio, con un promedio de puntuación moderada en la Escala EPDS. Este resultado concuerda con la prevalencia de la depresión perinatal en otros estudios realizados en México, donde más del 50% de las mujeres experimentan síntomas depresivos en el periodo del posparto (González et al., 2019).

La falta de diagnóstico y la estigmatización social de la depresión en este periodo son factores que limitan la búsqueda de apoyo profesional (Moll et al., 2023). En el contexto mexicano, se estima que solo una pequeña fracción de las mujeres afectadas por la depresión posparto reciben diagnóstico y tratamiento adecuado, lo que agrava el problema (Secretaría de Salud, 2023) y esto tendría también reflexionarse desde la falta de políticas públicas que ayuden a aminorar dichas problemáticas.

Además, la capacitación de los profesionales de la salud para la identificación temprana de síntomas depresivos y suicidas puede mejorar significativamente la atención y el tratamiento de las mujeres afectadas, garantizando que reciban una prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno. En este sentido, la colaboración entre servicios de salud mental y maternidad puede jugar un papel clave en la prevención de desenlaces trágicos.

Dentro de las limitaciones del estudio se debe considerar que la muestra es limitada y se centró en mujeres de una región específica, lo que podría limitar la generalización de los resultados. Futuros estudios podrían incluir una muestra más amplia y diversas regiones para validar y expandir estos hallazgos.

Así mismo se puede ampliar la comprensión de la depresión posparto analizando otros factores sociodemográficos como el bajo nivel socioeconómico, la falta de apoyo social y la educación limitada ya que estos son considerados factores de riesgo recurrentes en la literatura relacionada con la depresión perinatal (Benítez y Puente 2021; Navarrete, 2011), pero aun requieren de ser comprobados en los diferentes contextos y culturas, además de comprender su impacto en diferentes grupos de mujeres.



UANL



FTSyDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

Otra área de oportunidad puede ser realizar estudios que evalúen otras variables psicopatológicas, como la ansiedad además de la depresión posparto y el riesgo de suicidio en mujeres embarazadas y con hijos pequeños, lo que puede permitir desarrollar análisis estadísticos más robustos.

Como algunas conclusiones y recomendaciones se puede mencionar que los resultados de esta investigación sugieren que es necesario implementar estrategias de prevención y detección temprana de la depresión perinatal y el riesgo suicida en las mujeres durante el embarazo y el posparto. Una estrategia específica para conseguirlo puede ser la formación continua y regulada en temas de salud mental dirigida a profesionales de la salud, para profesionalizar los servicios y brindar una atención de calidad hacia las mujeres embarazadas o con hijos pequeños, que el personal de primer contacto esté sensibilizado, y favorecer la empatía en la atención.

Otra estrategia puede ser generar campañas de sensibilización para familiares y la comunidad en general que tenga como objetivo reducir el estigma, la presión social, las creencias irracionales sobre la maternidad idealizada y que esto conlleva riesgos asociados con la depresión posparto y el suicidio.

Finalmente se puede sugerir la realización de tamizajes universales durante el embarazo y el postparto en hospitales, atención médica privada, y las diferentes áreas que tienen contacto con mujeres embarazadas para así tener más información y lograr brindar atención a quien lo necesite.

Referencias

- Al-Halabí, S., García-Haro, J., de la Fe Rodríguez-Muñoz, M., & Fonseca-Pedrero, E. (2021). Suicidal behavior and the perinatal period: Taboo and misunderstanding. *Papeles Del Psicologo*, 42(3), 161–169. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2963>
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code>
- Antúnez, M., Martín, N., Casilari, J. C., y Mérida, F. J. (2022). Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica. *Enfermería Cuidándote*, 5(3), 19–29. <https://doi.org/10.51326/ec.5.3.2558670>
- Arditi-Arbel, B., Hamdan, S., Winterman, M., & Gvion, Y. (2023). Suicidal ideation and behavior among perinatal women and their association with sleep disturbances, medical conditions, and known risk factors. In *Frontiers in Psychiatry* (Vol. 13). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.987673>
- Asociación Médica Mundial. (2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Bahamón, M. J., Trejos-Herrera, A. M., Alarcón-Vásquez, Y., Lozano, K. F., Rodríguez, D., Galindo, C. G. y Ortiz Barrero, M. (2022). Validez y confiabilidad del Inventario de orientación suicida-ISO-30 en una población colombiana. *Summa Psicológica UST* 2022, 19, 22–35. <http://summapsicologica.cl/>
- Belete, H., & Misgan, E. (2019). Suicidal behaviour in postnatal mothers in northwestern Ethiopia: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 9(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027449>
- Benítez Pinto, J. L., y Puente Peñaranda, J. V. (2021). *Depresión postparto y su relación con la tipología familiar, en el centro de salud INNFA del cantón Morona, 2020 - 2021*. <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/11522>
- Benute, G. R. G., Bordini, D. C. N., Juhas, T. R., Cabar, F. R., Pereira, P. P., Lucia, M. C. S. de, & Francisco, R. P. V. (2016). Depression, stress and guilt are linked to the risk of suicide associated to ectopic pregnancy. *Medical Express*, 3(3). <https://doi.org/10.5935/medicalexpress.2016.03.07>



UANL



FTSyDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

- Calcagni, S. C., Olivos, A. M., Valdés, M. I. G., & Berrocal, P. Z. (2021). Perinatal mental health in Chilean mothers. *Andes Pediatrica*, 92(5), 724–732.
<https://doi.org/10.32641/ANDESPEDIATR.V92I5.3519>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. SAGE Publications.
- Cruz-Cano, D. O., Flores-Ramos, M., Sánchez-Rivera, U. Á. y Cruz-Cano, N. B. (2024). Análisis bibliométrico de la literatura revisada por pares sobre la depresión perinatal en México. *Salud Mnetal*, 41(1), 45–54. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2024.006>
- Dagher, R. K., Bruckheim, H. E., Colpe, L. J., Edwards, E., & White, D. B. (2021). Perinatal depression: Challenges and opportunities. *Journal of Women's Health*, 30(2), 154–159.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8862>
- Fernández Liporace, M., & Casullo, M. M. (2006). Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, (21), 9–22.
<https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645448002.pdf>
- Garman, E. C., Cois, A., Schneider, M., & Lund, C. (2019). Association between perinatal depressive symptoms and suicidal risk among low-income South African women: a longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(10), 1219–1230.
<https://doi.org/10.1007/s00127-019-01730-w>
- González González, A., Casado Méndez, P. R., Molero Segrera, M., Santos Fonseca, R. S. y López Sánchez, I. (2019). Factores asociados a depresión posparto. *Rev. Arch Med Camagüey*, 23(1025–0255), 770–779. <https://orcid.org/0000-0001-5106-3085>
- Gidron, Y. (2020). *Suicide risk, suicide risk factors*. En M. D. Gellman (Ed.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 2201–2202). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-39903-0_1517
- Herrera Dutan, E. V., Carriel Alvarez, M. G., & García Pacheco, A. V. (2022). Factores de riesgo relacionados con la depresión posparto. *Revista Vive*, 5(15), 679–687.
<https://doi.org/10.33996/revistavive.v5i15.179>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. 10 de septiembre. INEGI. Comunicado de prensa núm. 547/24.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_Suicidio24.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025). Defunciones registradas por suicidio por entidad federativa y causa según sexo, serie anual de 2010 a 2023. INEGI.

https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?px=Mental_07&bd=Salud

Jadresic, E. (2017). Depresión Posparto en el Contexto del Hospital General. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28, 874–880. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.10.007>

King, J., & Kowalchuk, B. (1994). Manual for ISO-30 Adolescent: Inventory of Suicide Orientation-30. Retrieved from Minneapolis, Minn: National Computer Systems, Inc:

<http://www.statisticssolutions.com/in-ventory-of-suicide-orientation-iso-30/>

Knasmüller, P., Kotal, A., König, D., Vyssoki, B., Kapusta, N., & Blüml, V. (2019). Maternal suicide during pregnancy and the first postpartum year in Austria: Findings from 2004 to 2017. *Psychiatry Research*, 281. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112530>

Lara, M. A., Patiño, P., Navarrete, L., Hernández, Z., & Nieto, L. (2017). Association between depressive symptoms and psychosocial factors and perception of maternal self-efficacy in teenage mothers. *Salud Mental*, 40(5), 201–208. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2017.026>

Leveau-Bartra, H. R., Chávez-Navarro, J. R., Calle-Vilca, L. A., Guerrero-Ortiz, H. A., Mejia-Lengua, C. E., Luján-Divizzia, B. M., Leveau-Vásquez, I. K., Medina-Vásquez, N. L., Leveau-Vásquez, H. I., & Medina-Vásquez, F. K. (2024). Factors associated with postpartum depression in puerpera women at a peruvian hospital. *Clinica e Investigacion En Ginecologia y Obstetricia*, 51(4). <https://doi.org/10.1016/j.gine.2024.100986>

Malpartida Ampudia, M. K. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(2), e355. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i2.355>

Martín-Agudiez, N., Rodríguez-Muñoz, M. F., Izquierdo-Méndez, N., Olivares-Crespo, Ma. E. y Soto-Balbuena, C. (2024). Depresión perinatal en mujeres gestantes fumadoras: prevalencia, características de la sintomatología depresiva y factores de riesgo. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 89(4). <https://doi.org/10.24875/rechog.24000018>



UANL



FTSyDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

- Moll, M. F., Matos, A., Borges, G. B., Ventura, C. A. A., Bernardinelli, F. C. P., & Da Silva Martins, T. (2023). Occurrence and factors associated with postpartum depression in the urban area of Brazil. *Enfermeria Global*, 22(1), 156–166. <https://doi.org/10.6018/eglobal.525191>
- Navarrete, J. M. (2011). Problemas centrales del análisis de datos cualitativos. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 1, 47-60. <https://www.file:///Users/karlavaldes/Downloads/Dialnet-ProblemasCentralesDelAnalisisDeDatosCualitativos-5275948.pdf>
- Navarrete, L., Nieto, L., Lara, M. A., & Lara, M. del C. (2019). Sensitivity and specificity of the three Whooley and Arroll questions for detecting perinatal depression in Mexican women. *Salud Publica de Mexico*, 61(1), 27–34. <https://doi.org/10.21149/9083>
- Nisar, A., Yin, J., Waqas, A., Bai, X., Wang, D., Rahman, A., & Li, X. (2020). Prevalence of perinatal depression and its determinants in Mainland China: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 277, 1022–1037. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.046>
- Okunola, T. O., Awoleke, J. O., Olofinbiyi, B., Rosiji, B., Omoya, S., & Olubiyi, A. O. (2021). Postnatal Blues: A Mirage Or Reality. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100237>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). Suicidio. Datos y cifras. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Oquendo, M., Lartigue, T., González-Pacheco, I. y Méndez, S. (2008). Validez y seguridad de la escala de depresión perinatal de Edinburgo como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(3), 195–202. <https://www.inper.mx/descargas/pdf/ValidezyseseguridaddelaescaladepresionperinataldeE.pdf>
- Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadkelayeh, S. M., & Arbabisarjou, A. (2020). Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. In *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, (49) 2, 127–136. Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.01.001>
- Santiago-Sanabria, L., Ibarra-Gussi, P. M., Rendón-Macías, M. E., Treviño-Villarreal, P., Islas-Tezpa, D., Porrás-Ibarra, G. D. y Tienhoven, X. V. (2023). Depresión posparto: prevalencia y



UANL



FTSyDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecología y obstetricia de México*, 91(4), 227-240. <https://doi.org/10.24245/gom.v91i4.8456>

Secretaría de Salud. (2023, 13 de junio). *En México, dos de cada 10 mujeres presentan depresión durante el embarazo o después del parto*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/122-en-mexico-dos-de-cada-10-mujeres-presentan-depresion-durante-el-embarazo-o-despues-del-parto?idiom=es>

Shi, P., Ren, H., Li, H., & Dai, Q. (2018). Maternal depression and suicide at immediate prenatal and early postpartum periods and psychosocial risk factors. *Psychiatry Research*, 261, 298–306. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.085>

Sulley, S., Adzrago, D., Mamudu, L., Odame, E. A., Atandoh, P. H., Tagoe, I., Ruggieri, D., Kahle, L., & Williams, F. (2023). Assessment of prenatal depression among U.S. pregnant women without access to paid sick leave and regular place of care: National Health Interview Survey of U.S.-born and non-U.S.-born. *Preventive Medicine Reports*, 35. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102322>

Tavares, D., Quevedo, L., Jansen, K., Souza, L., Pinheiro, R., & Silva, R. (2012). Prevalência do risco de suicídio e de comorbidades em mulheres pós-parto em pelotas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(3), 270–276. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2011.12.001>

Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 74. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>

Váldez, K. P. & González, J. (2018). Análisis Confirmatorio de la Escala de Orientación Suicida ISO-30 en una muestra de adolescentes de Coahuila, México. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 10(2), 11-29. <https://doi.org/10.29059/rpcc.20191126-89>

Van, M. S., & Payne, J. L. (2020). Perinatal depression: A review. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 87(5), 273–277. <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.19054>

Villanueva Basilio, B., Jazmin, A., Roque Quezada, M., & Carlos Ezequiel, J. (2022).

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA.

**Anexos****Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)**

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | |
|---|---|
| <p>1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
Tanto como siempre
No tanto ahora
Mucho menos
No, no he podido</p> | <p>6. Las cosas me oprimen o agobian
Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada</p> |
| <p>2. He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
No, nada</p> | <p>7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Sí, la mayoría de las veces
Sí, a veces
No muy a menudo
No, nada</p> |
| <p>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
Sí, la mayoría de las veces
Sí, algunas veces
No muy a menudo
No, nunca</p> | <p>8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada</p> |
| <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, para nada
Casi nada
Sí, a veces
Sí, a menudo</p> | <p>9. He sido tan infeliz que he estado llorando
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca</p> |
| <p>5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada</p> | <p>10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca</p> |



CUESTIONARIO ESCALA ISO-30

Instrucciones: el propósito de este cuestionario es poder tener una idea aproximada de cómo ves ciertas áreas importantes de tu vida. Trata de contestar con la mayor sinceridad, pensando en como te sentistes estos últimos seis meses. Lee cuidadosamente cada frase y señala la respuesta que consideres con un círculo; si decides cambiar la respuesta señálala con una cruz. Las opciones de respuesta son:

0: totalmente en desacuerdo, 1: en parte en desacuerdo, 2: en parte de acuerdo, 3: totalmente de acuerdo.

NOMBRE: _____ SEXO: _____ EDAD: _____
 ESTADO CIVIL: Casado _____ Soltero _____ Unión Libre _____ Nivel educativo: _____
 Ocupación _____ Cargo: _____ Hijos: SI _____ NO _____ Cuantos _____

1	0	1	2	3	Yo debo ser un soñador/a. ya que que estoy siempre esperando cosas que no resultan.
2	0	1	2	3	Hay muchas posibilidades para mi de ser feliz en el futuro.
3	0	1	2	3	Generalmente pienso que aún los peores sentimientos desaparecerán.
4	0	1	2	3	Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono, no me necesitan en lo absoluto.
5	0	1	2	3	Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto.
6	0	1	2	3	Mientras creía me hicieron creer que la vida podría ser justa. Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluto.
7	0	1	2	3	Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí.
8	0	1	2	3	Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo.
9	0	1	2	3	Creo que causo problemas a la gente que esta a mi alrededor.
10	0	1	2	3	Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar la vida.
11	0	1	2	3	Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.
12	0	1	2	3	Cuando me pasa algo malo, siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales.
13	0	1	2	3	Aún cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo forzar me a mi mismo a pensar claramente, si lo necesito.
14	0	1	2	3	Generalmente creo que las personas que son importantes para mi comprenden mis sentimientos bastante bien.
15	0	1	2	3	Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución.
16	0	1	2	3	Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto.
17	0	1	2	3	Aún cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar.
18	0	1	2	3	Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos.
19	0	1	2	3	Siento como que no pertenezco a ningún lado.
20	0	1	2	3	Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas.
21	0	1	2	3	Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad.
22	0	1	2	3	Siento que tengo control sobre mi vida.
23	0	1	2	3	Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo.
24	0	1	2	3	Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer.
25	0	1	2	3	Para no sentirse mal o solo/a, pienso que la solución es morirse.
26	0	1	2	3	Nadie me amaría si realmente me conociese bien.
27	0	1	2	3	Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser.
28	0	1	2	3	Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme).
29	0	1	2	3	Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mi son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar.
30	0	1	2	3	Si mis cosas empeorasen, creo que me mataría.