



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud

Campo del conocimiento:
CIENCIAS DE LA SALUD
Campo disciplinario:
SALUD MENTAL PÚBLICA

Depresión posparto en madres adolescentes antes y durante la pandemia por COVID-19: el papel de la autoestima, la autoeficacia materna y el apoyo social

Tesis

Que para optar por el grado de:
Doctora en Ciencias de la Salud

Presenta:
Pamela Alejandra Patiño González

Tutor principal
Dra. María Asunción Lara Cantú
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"

Comité tutor
Dra. Corina Lenora Benjet Miner
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"

Dra. María Asunción Álvarez del Río
Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad Universitaria, CDMX. Noviembre de 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES	6
1.1 Depresión posparto (DPP).....	6
1.2 Desafíos asociados a la maternidad adolescente.....	8
1.3 Maternidad adolescente durante la pandemia por COVID-19.....	8
1.4 Depresión posparto en madres adolescentes durante la pandemia por COVID-19.....	10
1.5. Apoyo social, autoestima y eficacia materna: factores asociados a DPP.....	10
CAPÍTULO 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS	11-12
CAPÍTULO 3. MÉTODO	13
3.1 Diseño y sedes.....	13
3.2 Participantes.....	13
3.3 Muestra.....	14
3.4 Mediciones.....	14
3.5 Procedimiento.....	16
3.6 Análisis estadísticos.....	18
3.7 Consideraciones éticas.....	18
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	22
4.1 Factores sociodemográficos y obstétricos.....	22
4.2 DPP y factores psicosociales.....	22
4.3 Relación de los grupos (MA-AP vs MA-DP), de los factores sociodemográficos, obstétricos, psicosociales con DPP.....	25
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN	27
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES	32
REFERENCIAS	38
ANEXOS	49
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS MA-AP.....	50
ANEXO 2. PUBLICIDAD DE LA ENCUESTA EN LÍNEA PARA LAS MA-DP.....	52
ANEXO 3. CARÁTULA DE LA ENCUESTA EN LÍNEA PARA LAS MA-DP.....	53
ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS MA-DP.....	54
ANEXO 5. FOLLETO INFORMATIVO SOBRE DEPRESIÓN POSPARTO.....	55
ANEXO 6. DIRECTORIO DE INSTITUCIONES ENTREGADO A LAS MA-AP.....	57
ANEXO 7. DIRECTORIO DE INSTITUCIONES ENTREGADO A LAS MA-DP.....	59
ANEXO A. TAMIZ APLICADO TANTO A LAS MA-AP COMO A LAS MA- DP.....	63
ANEXO B. ENCUESTA APLICADA TANTO A LAS MA-AP COMO A LAS MA-DP.....	64

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) por la beca que me otorgó para realizar mis estudios de doctorado.

Agradezco a la Dra. Ma. Asunción Lara, mi tutora, su paciencia, compromiso, solidaridad, el tiempo que ha dedicado para revisar mi trabajo y sus sugerencias.

Agradezco a la Dra. Corina Benjet y a la Dra. Ma. Asunción Álvarez del Río por compartir conmigo su experiencia, por sus sugerencias y por todo el ánimo que me brindaron.

Agradezco al Mtro. Feliciano Bartolo Solis, responsable de la Dirección de Atención Médica, de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México por las facilidades otorgadas para realizar el trabajo de campo en Centros de Salud de primer nivel de atención antes de la pandemia.

Agradezco a María Elena Sánchez Enciso y a Sarahit Guzmán Corona por colaborar en la recolección de datos en Centros de Salud.

Agradezco a las 81 madres adolescentes que aceptaron participar en esta investigación y dedicar algo de su valioso tiempo en responder la encuesta.

Agradezco a mi mamá todo su cariño, apoyo y paciencia en cada paso del camino.

RESUMEN

Introducción. La pandemia por COVID-19 tuvo un impacto negativo en la salud mental de poblaciones vulnerables, como las madres adolescentes, no obstante, escasos estudios documentaron la prevalencia de depresión posparto (DPP) en esta población. **Objetivo.** a) Conocer la frecuencia de DPP (EPDS¹ ≥ 9) en madres adolescentes antes de la pandemia (MA-AP) y durante la pandemia (MA-DP), b) Examinar algunos factores psicosociales (autoestima, eficacia materna, apoyo social, depresión y ansiedad en el embarazo, embarazo planeado y deseado) en MA-AP y MA-DP, y, c) Analizar si ser MA-DP, fue un factor significativo para experimentar DPP (EPDS ≥ 9). **Método.** Estudio transversal, correlacional y comparativo. Participantes: 41 MA-AP captado en Centros de Salud y 41 MA-DP encuestadas en línea. **Resultados.** La DPP (EPDS ≥ 9) fue 42% ($p = .001$) más frecuente en las MA-DP. Los grupos difirieron significativamente en los factores psicosociales, en detrimento de las MA-DP. Las regresiones no ajustadas mostraron que ser MA-DP, tener menor eficacia materna y autoestima, mayor insatisfacción con el apoyo social, y depresión y/o ansiedad en el embarazo incrementaron la DPP (EPDS ≥ 9). El análisis múltiple ajustado indicó que una menor autoestima fue el único factor que mantuvo su asociación con la DPP (EPDS ≥ 9) ($p = .017$). **Discusión y conclusión.** La pandemia tuvo un efecto negativo en la DPP (EPDS ≥ 9) y en factores psicosociales en MA-DP; la autoestima fue el principal factor asociado a la misma. Ante situaciones de estrés extremo, la salud mental de madres adolescentes debería ser prioritaria para prevenir efectos negativos como la DPP. Intervenciones preventivas y de tratamiento de la DPP deben fortalecer la autoestima.

Palabras clave: adolescentes, depresión posparto, eficacia materna, autoestima, apoyo social, COVID-19

¹ Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS, por sus siglas en inglés)

ABSTRACT

Introduction: Although the COVID-19 pandemic negatively impacted the mental health of vulnerable populations, such as adolescent mothers, very few studies have documented the prevalence of postpartum depression (PPD) in this population. **Objective:** a) Determine the frequency of PPD in adolescent mothers who lived through the pandemic (AM-DP) compared with adolescent mothers who gave birth before this period (AM-BP), b) Examine some psychosocial factors (self-esteem, maternal efficacy, social support, depression and anxiety in pregnancy, planned and wanted pregnancy) in AM-BP and AM-DP, and c) Determine whether being an AM-DP was a significant factor for experiencing PPD. **Methods:** Cross sectional study. Subjects: Forty-one AM-BP recruited at Health Centers and interviewed face to face and forty-one AM-DP surveyed online. **Results:** PPD was 42% ($p = .001$) more frequent in AM-DP. The groups differed significantly in psychosocial factors, with AM-DP faring worse. Unadjusted regressions showed that being an AM-DP, having lower maternal efficacy and self-esteem, greater dissatisfaction with social support, and depression and/or anxiety in pregnancy increased PPD. Adjusted multiple analysis indicated that lower self-esteem was the only factor to maintain its association with PPD ($p = .017$). **Discussion:** The pandemic negatively affected PPD and psychosocial factors in AM-DP, as compared to AM-BP, with self-esteem being the main associated factor with PPD. **Conclusion:** In situations of extreme stress as happened in the pandemic, the mental health of adolescent mothers should be prioritized to prevent negative effects such as PPD. PPD preventive and treatment interventions should consider strengthening self-esteem.

Key words: adolescents, postpartum depression, maternal self-efficacy, self-esteem, social support, COVID-19

CAPITULO 1 ANTECEDENTES

1.1 Depresión posparto (DPP)

La depresión posparto es un trastorno de salud frecuente (WHO, 2008) que puede disminuir la capacidad de una madre para cuidar de sí misma y de su bebé, cuya supervivencia, salud y desarrollo podrían verse comprometidos, debido a la pérdida de control de las emociones, pensamientos y acciones que las mujeres experimentan (Beck, Records & Rice, 2006). En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, por sus siglas en inglés) se utiliza un especificador del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) para describir los episodios con inicio en el periparto, es decir, aquellos que inician en el embarazo o las primeras cuatro semanas posparto, pero también se reconoce puede iniciar meses después (APA, 2013). Para determinar el diagnóstico, es necesario se presenten cinco o más de los síntomas que a continuación se enuncian, mínimo por dos semanas y éstos deben representar un cambio en el funcionamiento previo y por lo menos uno de los dos primeros síntomas debe experimentarse (APA, 2013):

1. Ánimo deprimido la mayor parte del día todos los días.
2. Pérdida del interés o placer por todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o un aumento de peso.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor todos los días.
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.

9. Pensamientos de muerte o ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o, un plan específico para llevarlo a cabo.

Además de los criterios mencionados para el diagnóstico es necesario considerar si los síntomas ocasionan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y en otras áreas del funcionamiento (APA, 2013). La presencia del trastorno depresivo mayor se puede identificar a través de una entrevista semiestructurada que se apegue a criterios del DSM-5 y debe ser aplicada por un especialista en psiquiatría.

Directrices internacionales recomiendan el cribado de la DPP mediante instrumentos validados, uno de los más utilizados es la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS, por sus siglas en inglés) (Barassi & Grealish, 2022). Esta escala de autoreporte, permite identificar a mujeres con alta probabilidad de presentar DPP (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987), en el caso de las mujeres adultas el punto de corte más utilizado es ≥ 12 (Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J., & Gray, R. 2009; Barassi & Grealish, 2022) y con madres adolescentes en el posparto se ha sugerido que el punto de corte óptimo es ≥ 9 (Venkatesh, Zlotnick, Triche, Ware & Phipps, 2014; Barassi & Grealish, 2022). La EPDS no sustituye la evaluación clínica para establecer el diagnóstico, pero una puntuación justo por debajo del punto de corte no debería considerarse como la ausencia de DPP, especialmente si hay elementos para establecer el diagnóstico (Cox et al., 1987). Las mujeres que puntúen por encima de los puntos de corte sugeridos requieren una planificación rápida del tratamiento y atención en salud mental (Sit, & Wisner, 2009).

1.2 Desafíos asociados a la maternidad adolescente

Es usual que las madres adolescentes presenten complicaciones obstétricas, bebés prematuros (<37 semanas de gestación o SDG) y con bajo peso al nacer (< 2500 grs.) (Ganchimeg et al., 2014). Además, en algunos contextos son estigmatizadas, especialmente si no tienen pareja, lo que reduce el apoyo social (Merriman, Jarmoc, van der Rijn, & Pierre-Joseph, 2023; Moltrecht, Dalton, Hanna, Law, & Rapa, 2022), excepto de sus madres, quienes suelen apoyarlas con la manutención y la crianza del bebé (Alvarez-Nieto, Pastor-Moreno, Linares-Abad, Serrano-Martos, & Rodriguez-Olalla, 2014). Asimismo, muchas no superan el ciclo de pobreza en que suelen vivir, debido al rezago educativo que las lleva a desempeñar empleos poco remunerados y tareas domésticas (UNFPA, 2020a).

Las desventajas de las madres adolescentes favorecen la depresión y ésta puede afectar su maternidad y aumentar el riesgo de problemas conductuales en sus hijos (Hodgkinson, Beers, Southammakosane, & Lewin, 2014). Antes de la pandemia una revisión de la literatura reportó que la prevalencia de DPP en adolescentes es de 25% (Dinwiddie, Schillerstrom, & Schillerstrom, 2018). En México, en Centros de Salud se ha encontrado que entre 16.05% (deCastro, Hinojosa-Ayala, & Hernandez-Prado, 2011) y 33.3% (Patiño, 2016) de adolescentes presentan DPP.

1.3 Maternidad adolescente durante la pandemia por COVID-19

Con la pandemia se intensificaron múltiples problemáticas sociales y de salud (WHO, 2022; Edward & Mobarak, 2022) y las mujeres experimentaron gran parte de las consecuencias (Burki, 2020). Según expertos, durante la pandemia se incrementaron las necesidades insatisfechas de

anticonceptivos y aborto seguro, la carencia de programas de salud reproductiva, violencia sexual intrafamiliar, la pobreza y el abandono escolar (NU. CEPAL, 2020; Borg Xuereb, Borg Xuereb, & Jomeen, 2023), lo que influyó en el incremento de la tasa de fecundidad adolescente (TFA) (NU. CEPAL, 2020). En América Latina y el Caribe la TFA aumentó de 61 a 65 x 1000 nacimientos (NU. CEPAL, 2020). En México la TFA aumentó 30%, en 2021 hubo un total de 373, 661 partos de madres adolescentes, es decir, más de mil por día (UNFPA, 2023).

Las adolescentes que vivieron su embarazo y maternidad durante la pandemia lidiaron con adversidades y emociones intensas; miedo por tener seres queridos con COVID-19, estrés por desempleo y dificultades financieras (Astle et al., 2021; Smiley, Sadeghi, Jolda, & Chokshi, 2021; Merriman et al., 2023), incertidumbre por los cambios en la atención prenatal y plan de parto (Astle et al., 2021; Moltrecht et al., 2022). Muchas expresaron sentirse poco preparadas para estimular el desarrollo de sus hijos porque se perdieron las clases prenatales y contacto con adultos que brindaran orientación (Moltrecht et al., 2022).

Algunas adolescentes manifestaron sentirse deprimidas por el confinamiento estricto al que se sometieron, el cual llevaron a cabo por miedo a las consecuencias desconocidas del COVID-19 en condiciones médicas preexistentes, en su embarazo o en sus recién nacidos. Y, por otra parte, quienes interrumpieron el distanciamiento social para recibir apoyo de su familia, dijeron haber experimentado ansiedad y culpa (Moltrecht et al., 2022; Merriman et al., 2023). Las madres adolescentes que cuidaron de sus bebés sin apoyo de la familia extendida y de la pareja – quien usualmente era el proveedor- experimentaron frustración constante (Merriman et al., 2023). Para quienes continuaron sus estudios durante la pandemia fue agobiante balancearlos con la

maternidad, sin embargo, muchas tuvieron que suspender o abandonar sus estudios porque no contaban con apoyo para el cuidado de sus hijos (Smiley et al., 2021).

1.4 Depresión posparto en madres adolescentes durante la pandemia por COVID-19

En 2020 se preveía que las adversidades y emociones intensas ocasionadas por la pandemia favorecerían los problemas de salud mental (Shigemura, Ursano, Morganstein, Kurosawa, & Benedek, 2020) y recientemente una meta-revisión mostró que la depresión y la ansiedad se incrementaron en adolescentes, embarazadas, puérperas y personas hospitalizadas con COVID-19 (Bower et al., 2023). Se encontraron tres investigaciones sobre la salud mental de madres adolescentes durante la pandemia. La primera reportó un menor estrés parental y DPP durante el inicio de la pandemia que antes de que apareciera, resultado atribuido a un programa de habilidades para la vida (PHV) y al contacto escolar (Astle et al., 2021). La segunda investigación reportó un bajo nivel de DPP asociado al buen apoyo familiar en dos grupos de madres adolescentes: confinado vs no confinado (Matei, Dimitriu, Cirstoveanu, Socea, & Ionescu, 2021) y la tercera, mayor proporción de DPP y menor apoyo social en adolescentes que en adultas (Sangsawang & Sangsawang, 2023).

1.5 Apoyo social, autoestima y eficacia materna: factores asociados a DPP

Las investigaciones durante la pandemia coinciden con estudios previos a ésta, los cuales mostraron que las madres adolescentes y adultas que reciben apoyo adecuado en el posparto tienen menor riesgo de experimentar DPP y que el efecto protector es mayor para las adolescentes (deCastro et al., 2011; Kim, Connolly, & Tamim, 2014).

La autoestima y confianza en la propia habilidad para resolver problemas -de la crianza o de otro tipo-, incrementan el uso de estrategias de afrontamiento efectivas, mantener la esperanza y compromiso en situaciones retadoras (Bandura, 1994; Lazarus & Folkman, 1987). Estas características pueden jugar un papel importante al enfrentar los estresores de la maternidad, la pandemia y ambas circunstancias. Investigaciones sobre madres adolescentes, reportan que la baja autoestima (Birkeland, Thompson, & Phares, 2005; Ramos-Marcuse et al., 2009) y una percepción negativa sobre las propias habilidades para favorecer el desarrollo de los infantes y superar las dificultades de la crianza -baja percepción de eficacia materna- se asocian con DPP (Lara, Patiño, Navarrete, Hernández, & Nieto, 2017; Léniz-Maturana, Vilaseca, & Leiva, 2022). Sangsawang & Sangsawang (2023) consideraron que la eficacia materna de las adolescentes disminuyó por el distanciamiento social, lo que se asoció con DPP. Antes de la pandemia, se encontró que hijos de madres adolescentes con menor eficacia materna tuvieron una menor autorregulación emocional (Léniz-Maturana et al., 2022).

CAPÍTULO 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En resumen, estudios previos se enfocaron en los desafíos y emociones enfrentados por las madres adolescentes durante la pandemia y, en menor medida, a la detección y análisis de los factores asociados a la DPP y a otros problemas de salud mental en esta población. Entre éstos, sólo un estudio recabó datos sobre DPP antes de la pandemia y durante los primeros meses de confinamiento (Astle et al., 2021). Ningún estudio fue realizado en México. Los datos disponibles en este país muestran que, durante la pandemia, adultas embarazadas sufrieron estrés (32%) y depresión (17.5%) (Medina-Jimenez et al., 2022), que un nivel alto de estrés se asoció con niveles

mayores de depresión y que el apoyo social se asoció con menor depresión (Rivera-Rivera et al., 2021). Asimismo, se observó en México que vivir el embarazo y posparto durante la pandemia fue abrumador por el intenso miedo y las situaciones demandantes (Lara, Navarrete, Medina, Patiño, & Tiburcio, 2023). Contar con datos sobre los efectos de la pandemia en la salud mental y bienestar de las madres adolescentes en el posparto podría servir de base en futuras crisis, a la vez que ampliarán el conocimiento sobre la maternidad adolescente para incidir en el bienestar de éstas y sus infantes.

OBJETIVOS

a) Conocer la frecuencia de DPP (EPDS ≥ 9) en madres adolescentes antes de la pandemia (MA-AP) y durante la pandemia (MA-DP), b) Examinar algunos factores psicosociales (autoestima, eficacia materna, apoyo social, depresión y ansiedad en el embarazo, embarazo planeado y deseado) en MA-AP y MA-DP, y, c) Analizar si pertenecer al grupo de MA-DP fue un factor significativo para experimentar DPP (EPDS ≥ 9) al ajustar por otros factores sociodemográficos, obstétricos y psicosociales.

CAPÍTULO 3. MÉTODO

3.1 Diseño y sedes

Se realizó un estudio trasversal, comparativo y correlacional en dos grupos de madres adolescentes. El primero, se encuestó de julio de 2019 a marzo de 2020 en dos Centros de Salud (CS) de primer nivel de atención en la Ciudad de México (CDMX): madres adolescentes antes de la pandemia (MA-AP). El reclutamiento en los CS se detuvo por el confinamiento. El segundo grupo se encuestó en línea del 8 de marzo al 8 de julio de 2021: madres adolescentes durante la pandemia (MA-DP).

3. 2 Participantes (criterios de selección)

Los criterios de inclusión fueron: ser madre primeriza, de 14 a 19 años, con bebé de 2 a 9 meses y residir en CDMX. Además, para las MA-DP se consideró que tuvieran correo electrónico para acceder al cuestionario en línea. El criterio de exclusión fue que la madre respondiera que sí presentó cualquiera de las siguientes situaciones: 1) problemas de salud en el parto o posparto que hubieran ocasionado hospitalización por una semana o más tiempo o, que le hubieran ocasionado dolor y le dificultaran realizar sus actividades cotidianas, 2) problemas de salud en el último mes no relacionados con el parto o posparto que ocasionaran hospitalización, 3) que en el último mes el bebé presentara problemas de salud que ocasionaran hospitalización, o 4) haber presentado muy bajo peso al nacer (≤ 1.5 kg) o nacer antes de las 32 SDG (**ANEXO A**).

3.3 Muestra

La muestra de 82 madres adolescentes, fue no probabilística; 41 MA-AP y 41 MA-DP. Los grupos fueron equiparados por edades de madre y bebé para que hubiera representatividad de las edades. También se les equiparó según las adolescentes sostuvieran o no una relación de pareja con el padre del bebé; esto, porque la mayoría de las MA-AP tenían una relación con el padre de su bebé (n=31, 75.6%).

3.4 Mediciones (ANEXO B)

Se evaluaron las siguientes características sociodemográficas: edad de la madre (años) y su bebé (meses), escolaridad, si asistía a la escuela en el embarazo y posparto, si trabajó en el posparto, estado civil, si mantenía relación con el padre del bebé en el posparto. El nivel socioeconómico (NSE) se evaluó con el índice de la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI, 2020). Tiene 7 niveles: A/B es el nivel alto (≥ 205 puntos), C+ o nivel medio-alto (166-204 puntos), C o nivel medio (136-165 puntos), C- o nivel medio-bajo (112-135 puntos), D+ es nivel bajo (90-111 puntos), D es pobreza (48-89 puntos) y E es pobreza extrema (0-47 puntos) (AMAI, 2020; López-Romo, 2020).

Se evaluaron las siguientes características obstétricas: Peso del bebé al nacer (gramos) y el número de semanas de gestación al momento del parto.

La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS, por sus siglas en inglés; Cox et al., 1987) se utilizó para identificar madres con alta probabilidad de tener depresión en el posparto y no es un

diagnóstico clínico. Tiene diez afirmaciones con respuesta tipo Likert (0 a 3) y la puntuación total se calcula sumando el puntaje de cada reactivo; a mayor puntuación mayor sintomatología depresiva. Aunque es incipiente la investigación sobre el punto de corte óptimo de la EPDS para identificar adolescentes con alta probabilidad de depresión en su embarazo y posparto, se ha sugerido usar la puntuación ≥ 9 (Barassi & Grealish, 2022). En la validación del instrumento con adolescentes embarazadas mexicanas de escasos recursos y con el punto de corte óptimo (8/9) se obtuvieron sensibilidad (70.4%) y especificidad adecuadas (84.9%) (Alvarado-Esquivel, Sifuentes-Álvarez, & Salas-Martínez, 2014). Con madres adolescentes primiparas en el posparto el punto de corte ≥ 9 tuvo sensibilidad y especificidad de 90% (Venkatesh et al., 2014), por lo cual en este estudio se usó este punto de corte.

El Inventario de Predictores de la Depresión Posparto (PDPI-R, por sus siglas en inglés; Beck, 2001; Records, Rice, & Beck, 2007) fue validado en México (Ibarra-Yruegas, Lara, Navarrete, Nieto, & Kawas Valle, 2016) y aplicado en madres adolescentes (Lara et al., 2017; Patiño, 2016). Del inventario se usaron varios elementos para evaluar factores psicosociales que a continuación se describen: 1) Apoyo social. Es una escala con doce preguntas que evalúan si una mujer tiene apoyo adecuado (de familia, pareja y amistades). Las preguntas se responden con sí (0) o no (1). La puntuación total es la sumatoria de cada reactivo: a mayor puntuación, mayor inconformidad con el apoyo. La confiabilidad para la escala de apoyo social en este estudio fue mayor a $\alpha = 0.70$ en las MA-AP y MA-DP. 2) Depresión y ansiedad en el embarazo. Se utilizó un reactivo para evaluar depresión y otro para evaluar ansiedad en el embarazo, ambos son una medición retrospectiva. Las opciones de respuesta a cada reactivo son: sí (1) o no (0). 3) Embarazo planeado y deseado. Se utilizó un reactivo para saber si el embarazo fue planeado y otro para saber si fue deseado. Las opciones de respuesta para ambas preguntas son sí (0) o no (1).

La autoestima y eficacia materna se evaluaron con la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) y con la Escala de Evaluación Parental (EEP; Farkas-Klein, 2008). La escala de Rosenberg tiene diez afirmaciones con respuestas tipo Likert (1 a 4). La puntuación total es la sumatoria de los reactivos, conforme incrementa la puntuación total, mayor es el nivel de autoestima. La confiabilidad es de $\alpha = 0.86$ (Ramos-Marcuse et al., 2009). La EEP evalúa la autopercepción general de eficacia materna. Tiene 10 afirmaciones que se responden de 0 a 10. Conforme incrementa la puntuación total mayor es la percepción de eficacia materna. La confiabilidad es de $\alpha = 0.77$ (Léniz-Maturana et al., 2022).

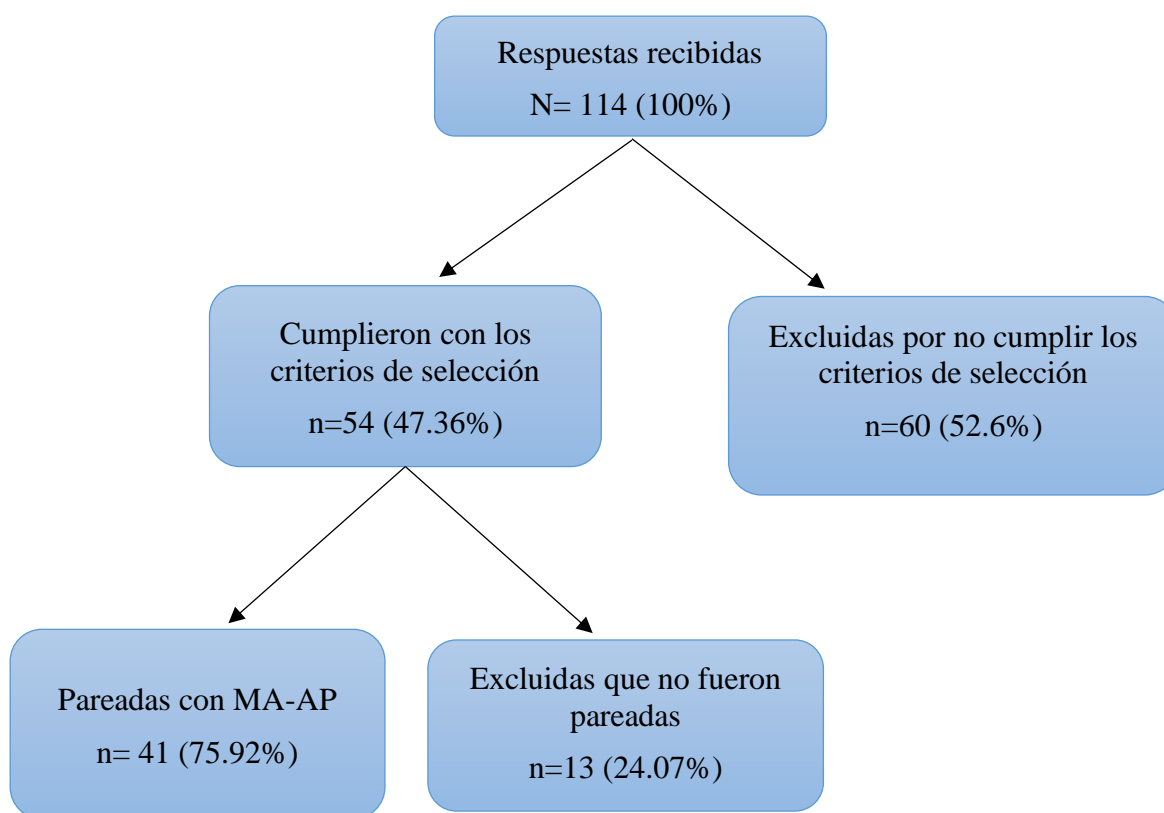
3.5 Procedimiento

a) MA-AP. Se invitó a responder la encuesta a quienes acudieron a cita de inmunización con su bebé a los Centros Salud. La encuesta se aplicó si cumplieron con los criterios de selección y firmaron el consentimiento informado (CI). Antes de firmar el CI (ANEXO 1) se aclararon dudas. Las encuestas fueron aplicadas por la autora y dos pasantes en psicología capacitadas.

b) MA-DP. Fueron captadas por medio de una encuesta en línea que se elaboró con la herramienta Google formularios. La encuesta se publicó en la página de Facebook “Ayuda para Depresión” (Administrada por un proyecto de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz ([INPRFM]). Para difundir la encuesta en Facebook entre la población de interés para el estudio se pagó publicidad (ANEXO 2) y se definieron los criterios de alcance según el sexo, la edad, temas de interés y ubicación (mujeres, 14 a 19 años, con interés en temas de maternidad, posparto y salud y con residencia en CDMX). En la primera parte de la encuesta se presentaron

brevemente la justificación y objetivos del estudio (ANEXO 3). Las interesadas registraron su correo electrónico para ver el CI (ANEXO 4) y quienes aceptaron las condiciones de la investigación accedieron a las preguntas filtro (criterios de selección). Se recibieron 114 respuestas y finalmente se incluyeron 41 (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de MA-AP que respondieron la encuesta en línea.



3.6 Análisis estadísticos

Se obtuvieron estadísticos descriptivos y realizaron análisis de comparación de los grupos (MA-AP y MA-DP) para las variables sociodemográficas, obstétricas, psicosociales y DPP (EPDS ≥ 9). Se hicieron pruebas de X^2 (variables categóricas), t de Student para muestras independientes (variables cuantitativas que cumplieron los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas) y U de Mann Whitney (variables cuantitativas que no cumplieron el supuesto de normalidad). Los supuestos de normalidad y homogeneidad se evaluaron con las pruebas Kolmogorov-Smirnov y Levene. No se analizó la diferencia entre grupos de las variables pareadas.

Para examinar si hubo mayor probabilidad de presentar DPP (EPDS ≥ 9) (variable dependiente) entre las MA-DP que en las MA-AP, al ajustar por otros factores psicosociales (variables independientes), se hicieron los siguientes análisis: modelos de regresión logística simple para evaluar la relación de los grupos (MA-AP vs MA-DP) y factores psicosociales (variables independientes) con la DPP (EPDS ≥ 9) (variables dependientes). Con las variables significativas de las regresiones previas se construyó un modelo de regresión logística múltiple (ajustado).

Para las pruebas de diferencia y asociación se usó una significancia de $p < 0.05$. Los análisis se realizaron con SPSS, Versión 25 (International Business Machines [IBM], 2017).

3.7 Consideraciones éticas

En esta investigación se aplicaron los principios éticos establecidos en las siguientes Pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS, 2016).

Pauta 1. Se explicó el valor social y científico de la investigación en la justificación del estudio.

Pauta 9. Para que la participación en el estudio fuera autónoma y voluntaria se consideró lo siguiente:

1) Brindar información suficiente y clara del objetivo y justificación del estudio, así como de los criterios de selección.

2) Presentar un CI explícito y claro (ANEXOS 1 y 4).

3) Explicar que cada persona tenía libertad de terminar o no el cuestionario en el momento deseado.

En el caso de las participantes que respondieron la encuesta en línea (MA-DP) se explicó que tenían la libertad de enviar o no sus respuestas.

4) Aclarar los riesgos y beneficios de colaborar con el estudio:

Riesgo: Explicar que era mínimo y que se cuidó que las preguntas no causaran incomodidades.

Ofrecer contención emocional si el cuestionario ocasionaba labilidad emocional. Tanto la autora de este proyecto como las pasantes en psicología que apoyaron con el trabajo de campo se encontraban capacitadas para brindar contención a las participantes de los Centros de Salud (MA-AP). Para las participantes que respondieron el cuestionario en línea (MA-DP) se planeó brindar contención por tres vías. Primero, por el correo electrónico oficial del estudio (mama.joven2020@gmail.com); medio por el cual se hubiera tratado de entender la situación de la participante(s) y de ayudarla(s). Si lo anterior no hubiera sido suficiente, se invitaría a la(s) participante(s) a integrarse al grupo de apoyo emocional (privado y gratuito) de la página de Facebook (pública) *Embarazo y posparto durante la pandemia COVID-19*. Durante la pandemia, este grupo ofreció apoyo emocional a mujeres embarazadas o en posparto sin importar su edad. El apoyo emocional lo brindaba una psicóloga clínica, especialista en depresión durante el embarazo

y posparto. Tanto la página de Facebook como su grupo privado fueron autorizados por el INPRFM. La última opción era ofrecer líneas de apoyo psicológico gratuito.

Beneficio: Se entregaba un folleto sobre Depresión Posparto y una lista de instituciones donde podían obtener atención profesional en psicología, psiquiatría, asesoría jurídica y refugio de forma gratuita o a bajo costo (ANEXO 5). El directorio también incluía sitios donde se podía obtener información confiable sobre salud sexual y reproductiva. Los teléfonos de contacto, sitios web y costos estaban actualizados (ANEXOS 6 Y 7).

Todas las participantes captadas en Centros de Salud (MA-AP) recibieron los folletos en físico.

Las participantes captadas a través de la encuesta en línea (MA-DP) podían descargar el beneficio desde el enlace colocado en el CI, antes de responder el cuestionario para evitar se sintieran coercionadas a responderlo. Además, para asegurar que las participantes siempre tengan acceso al beneficio, éste se envió al correo que registraron, sin importar si solo leyeron el consentimiento, dejaron incompleto el cuestionario o si lo terminaron. Después de enviar el beneficio, la responsable de la investigación no contactó ni contactará a las participantes para ninguna otra investigación o cualquier otro fin.

Pauta 12 y 22. Para que la participación fuera anónima y confidencial no se pidieron datos que permitan identificar la identidad de ninguna de las participantes. A todas las encuestas realizadas en los Centros de Salud (MA-AP) se les asignó un folio. La documentación fue archivada y está bajo el resguardo de la investigadora principal.

El único dato que se solicitó a las participantes de la muestra captada en línea (MA-DP) fue su correo electrónico y para cuidar este dato sensible se tomaron las siguientes medidas: Cada semana se descargó la base de datos de la plataforma de Google formularios y se borraba toda la información de dicha plataforma. Los datos descargados se acumularon en la base de datos del estudio que está protegida con contraseña y que es resguardada por la investigadora principal. Los correos electrónicos se sustituyeron con un folio.

Para las participantes que recibieron el beneficio a través del correo electrónico oficial del estudio (mama.joven2020@gmail.com) se tomaron las siguientes medidas: 1) El beneficio se envió de forma personalizada y no en conjunto para no difundir el correo de las participantes con otros contactos. 2) Después de enviar el beneficio se borraron los correos de las participantes del correo oficial del estudio. 3) La contraseña del correo electrónico oficial del estudio no se compartió ni se compartirá con nadie.

Además de los cuidados mencionados, únicamente se compartieron datos anónimos y codificados con otras personas involucradas en el estudio. Los datos se analizaron en conjunto. Se proporcionó el correo oficial del estudio en el CI en caso de que alguna participante tuviera preguntas sobre la investigación o quisiera conocer los resultados globales de ésta.

Pauta 17. Como la madre adolescente es un sujeto emancipado según la Pauta 17 del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, únicamente se solicitó su consentimiento informado.

Pauta 23. Esta investigación se aprobó por el Comité de Ética en Investigación del INPRFM (Inicial CEI/C/096/2018. Addendum CEI/C/005/2021).

Pauta 24. Los resultados se publicarán en artículos de revistas interesadas en el tema.

Pauta 25. La investigadora principal y la tutora de la tesis declaran no tener conflicto de interés.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

4.1 Factores sociodemográficos y obstétricos

Como puede observarse en la tabla 1, la edad media de la madre fue de 17.7 años ($DE = 1.3$) y la edad media del bebé de 4.7 meses ($DE = 2.2$), un 45.1% pertenecía al NSE medio/medio-bajo y 50% tenía escolaridad básica. No hubo diferencias entre los grupos en los factores sociodemográficos ni obstétricos.

4.2 DPP y factores psicosociales

Como muestra la tabla 2, 26.8% de MA-AP reportó DPP en comparación con 68.35% de las MA-DP, esto es, 42% más DPP en las MA-DP ($p = .001$). Sobre los factores psicosociales, se encontró que las MA-DP tuvieron puntuaciones significativamente menores en eficacia materna ($p = .001$) y autoestima ($p = .008$), así como mayor insatisfacción con el apoyo social global ($p = .030$) y de la familia ($p = .022$) que las MA-AP. Además, las MA-DP dijeron sentirse deprimidas (82.9%)

($p=.001$) y/o ansiosas (70.7%) ($p= .014$) durante su embarazo con más frecuencia que las MA-AP.

No se encontraron diferencias entre grupos en cuanto a la planeación y deseo del embarazo.

Tabla 1

Análisis descriptivos y comparación de factores sociodemográficos y obstétricos

	MA-AP (n= 41)	MA-DP (n=41)	Total (N= 82)	<i>p</i>
Sociodemográficos				
Edad de la madre (años)	17.7 (DE = 1.3)	17.7 (DE = 1.3)	17.7 (DE = 1.3)	NA
Edad del bebé (meses)	4.7 (DE = 2.2)	4.7 (DE = 2.2)	4.7 (DE = 2.2)	NA
NSE				
A/B y C+ (Alto / medio-alto)	10 (24.4%)	8 (19.5%)	18 (22.0%)	.258 ‡
C y C - (Medio / medio-bajo)	21 (51.2%)	16 (39.0%)	37 (45.1%)	
D+ D y E (Nivel bajo/ pobreza)	10 (24.4%)	17 (41.5%)	27 (32.9%)	
Escolaridad				
Básica	21 (51.2%)	20 (48.8%)	41 (50%)	.825 ‡
Media	20 (48.8%)	21 (51.2%)	41 (50%)	
Asistir a la escuela en la época en que se embarazó				
Sí	16 (39.0%)	19 (46.3%)	35 (42.7%)	.503 ‡
No	25 (61.0%)	22 (53.7%)	47 (57.3%)	
Asistir a la escuela en el posparto				
Sí	9 (22.9%)	13 (31.7%)	22 (26.8%)	.319 ‡
No	32 (78.0%)	28 (68.3%)	60 (73.2%)	
Estado Civil				
Casadas/Cohabitan	28 (68.3%)	29 (70.7%)	57 (69.5%)	.810 ‡
Soltera/ Separadas	13 (31.7%)	12 (29.3)	25 (30.5%)	
Tener relación de pareja con el papá del bebé				
Sí	31 (75.6%)	31 (75.6%)	62 (75.6%)	NA
No	10 (24.4%)	10 (24.4%)	20 (24.4%)	
Trabaja (al momento de la encuesta)				
Sí	6 (14.6%)	5 (12.2%)	11 (13.4%)	.746 ‡
No	35 (85.4%)	36 (87.8%)	71 (86.6%)	
Obstétricos				
SDG al momento del parto	39.1(DE=1.4)	38.6 (DE = 1.7)	38.8 (DE =1.6)	.343 §
Peso del bebé al nacer (grs.)	2984.7 (DE= 456.2)	2961.2 (DE= 402.1)	2972.9 (DE= 427.5)	.805 ¥

Nota: MA-AP: Madres adolescentes antes de la pandemia, MA-DP: Madres adolescentes durante la pandemia; NSE: Nivel Socioeconómico; SDG: Semanas de gestación al momento del parto.

Prueba realizada: ‡ X^2 ; § U Mann Whitney; ¥ Prueba t.

Tabla 2

Análisis descriptivos y de comparación de los grupos: DPP y factores psicosociales

	MA-AP (n= 41)	MA-DP (n=41)	Total (N= 82)	<i>p</i>
DPP				
Sí (EPDS \geq 9)	11 (26.8%)	28 (68.35%)	39 (47.6%)	.001 ‡
No (EPDS <9)	30 (73.2%)	13 (31.7%)	43 (52.4%)	
Eficacia materna R [0-10]	7.6 (DE 1.6)	6.2 (DE 1.8)	6.9 (DE 1.8)	.001 ¥
Autoestima R [10-40]	32.0 (DE 4.8)	28.7 (DE 6.1)	30.4 (DE 5.7)	.008 §
Insatisfacción con el apoyo social global y por tipo de fuente				
Global o total† R [0-12]	3.8 (DE = 2.4)	5.1 (DE = 2.7)	4.4 (DE = 2.6)	.030 §
Pareja R [0-4]	1.2 (DE = 1.7)	1.6 (DE = 1.5)	1.4 (DE = 1.6)	.189 §
Familia R [0-4]	0.34 (DE = .79)	1.0 (DE = 1.3)	0.6 (DE = 1.1)	.022 §
Amistades R [0-4]	2.2 (DE = 1.6)	2.5 (DE = 1.6)	2.4 (DE = 1.6)	.321 §
Depresión en el embarazo				
Sí	13 (31.7%)	34 (82.9%)	47 (57.4%)	.001‡
No	28 (68.3%)	7 (17.1%)	34 (42.7%)	
Ansiedad en el embarazo				
Sí	18 (43.9%)	29 (70.7%)	47 (53.3%)	.014 ‡
No	23 (56.1%)	12 (29.3%)	35 (42.7%)	
Embarazo planeado				
Sí	9 (22.2%)	14 (34.1%)	23 (28.0%)	.219 ‡
No	32 (78.0%)	27 (65.9%)	59 (72.0%)	
Embarazo deseado				
Sí	28 (68.3%)	28 (68.3%)	56 (68.3%)	1.00 ‡
No	13 (31.7%)	13 (31.7%)	26 (31.7%)	

Nota: MA-AP: Madres adolescentes antes de la pandemia, MA-DP: Madres adolescentes durante la pandemia; R: Rango de respuesta. Prueba realizada: ‡ X^2 ; § U Mann Whitney; ¥ Prueba t;

†A mayor puntuación mayor insatisfacción con el apoyo social.

4.3 Relación de los grupos (MA-AP vs MA-DP), de los factores sociodemográficos, obstétricos, psicosociales con DPP

La tabla 3 muestra los modelos de regresión logística (simple) con los cuales se analizó la relación de los grupos (MA-AP vs MA-DP), de los factores sociodemográficos, obstétricos y psicosociales con DPP. Los resultados muestran que pertenecer al grupo MA-DP ($p = .001$), tener una menor eficacia materna ($p = .001$), menor autoestima ($p = .001$), mayor insatisfacción con el apoyo social global ($p = .001$), de la pareja ($p = .006$) y de la familia ($p = .013$), presentar depresión ($p = .001$) y ansiedad ($p = .013$) en el embarazo, incrementó la probabilidad de DPP. La tabla 4 presenta el modelo de regresión logística múltiple, ajustado por factores como el grupo al que pertenece la madre (MA-AP y MA-DP), eficacia materna, autoestima, insatisfacción con el apoyo social global, depresión y ansiedad en el embarazo. Los resultados indican que el grupo MA-DP ya no fue significativo para presentar DPP al ajustar por otros factores. En este modelo la autoestima fue el único factor que prevaleció asociado con DPP ($p = .017$). Los datos se ajustan bien al modelo de regresión logística múltiple ($X^2 = 55.995$; $p = 0.001$).

Tabla 3

Modelo de regresión logística simple para la muestra total (N=82): Asociación del grupo al que pertenece la madre, de los factores sociodemográficos, obstétricos y psicosociales con DPP

	<i>OR</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>
Grupo al que pertenece la madre adolescente			
MA-AP	Ref.	-	-
MA-DP	5.874	.001	2.263-15.348
Sociodemográficos			
Edad de la madre adolescente	.756	.113	.535-1.068
Nivel socioeconómico			
A/B y C+ (Alto y medio alto)	Ref.	-	-
C y C- (Medio y medio bajo)	1.071	.907	.338-3.393
D+ D y E (Nivel bajo- pobreza)	2.671	.117	.782-9.122
Escolaridad			
Básica (primaria y secundaria)	1.635	.270	.683
Media (preparatoria)	Ref.	-	-
No asistir a la escuela al momento del embarazo	1.138	.773	.473-2.736
No asistir a la escuela en el posparto	1.444	.466	.537-3.884
Estado civil			
Solteras/Separadas	1.629	.313	.632-4.201
Casadas/Cohabitan	Ref.	-	-
No tener relación de pareja con el papá del bebé	1.484	.445	.539-4.087
No trabajar (al momento de la encuesta)	.469	.259	.126-1.745
Obstétricos			
SDG al momento del parto	.959	.759	.733-1.254
Peso del recién nacido (grs)	1.00	.937	.999-1.001
Psicosociales			
Eficacia materna	.414	.001	.281-.608
Autoestima	.753	.001	.666-.850
Insatisfacción con el apoyo social			
Global o total †	1.483	.001	1.197-1.838
Pareja	1.489	.006	1.119-1.981
Familia	1.785	.013	1.130-2.822
Amistades	1.294	.070	.979-1.711
Depresión en el embarazo (Sí)	11.393	.001	3.874-33.503
Ansiedad en el embarazo (Sí)	3.215	.013	1.280-8.078
Embarazo planeado (No)	1.257	.644	.477-3.314
Embarazo deseado (No)	1.818	.213	.710-4.659

Nota: OR= (odds ratio/razón de momios); IC = Intervalo de confianza; MA-AP: Madres adolescentes antes de la pandemia, MA-DP: Madres adolescentes durante la pandemia; SDG: Semanas de gestación al momento del parto; †A mayor puntuación mayor inconformidad con el apoyo social.

Tabla 4

Modelo de regresión logística múltiple para la muestra total (N=82): Asociación del grupo al que pertenece la madre y de los factores psicosociales con DPP.

	<i>OR-A</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>
Grupo al que pertenece la madre adolescente			
MA-AP	Ref.	-	-
MA-DP	1.474	.613	.328 - 6.625
Psicosociales			
Eficacia materna	.663	.103	.405 – 1.087
Autoestima	.826	.017	.737 - .971
Insatisfacción con el apoyo social global†	1.430	.073	.967 – 2.13
Depresión en el embarazo (Sí)	4.059	.082	.836 – 19.713
Ansiedad en el embarazo (Sí)	2.478	.219	.584 – 10.517

OR-A= (odds ratio ajustado) IC= Intervalo de confianza; MA-AP: Madres adolescentes antes de la pandemia, MA-DP: Madres adolescentes durante la pandemia;

†A mayor puntuación mayor inconformidad con el apoyo social.

Modelo $X^2 = 55.995$ $p = 0.001$

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

El primer objetivo del estudio fue conocer la frecuencia de DPP en MA-AP y MA-DP. Los resultados muestran que la DPP fue 41.5% más frecuente en las MA-DP que en las MA-AP, dato significativo considerando que los grupos fueron similares en aspectos sociodemográficos y obstétricos. Este incremento puede corresponder a las situaciones estresantes que enfrentaron las jóvenes madres: miedo de tener seres queridos con COVID-19, problemas financieros y miedo a la interacción con otras personas (Astle et al., 2021; Smiley et al., 2021; Merriman et al., 2023).

Al comparar la DPP de MA-DP (68.35%, EPDS ≥ 9) con investigaciones similares, se observa que ésta fue mayor a la de otras madres adolescentes que también vivieron su posparto en la pandemia (36%, EPDS ≥ 13) (Sangsawang & Sangsawang, 2023). Las diferencias pueden atribuirse al uso de

puntos de corte diferentes, pero también al contexto y a los factores de riesgo a los que estuvieron expuestas las madres adolescentes mexicanas. En cuanto al contexto, los datos de Sangsawang & Sangsawang (2023) se recabaron durante el aislamiento social y los del presente trabajo entre el 8 de marzo y el 8 de julio de 2021, tras un incremento de infecciones y muertes por la pandemia en México. En este periodo se confirmó que el país superó tres veces el peor escenario estimado, sin embargo, no se reestableció el confinamiento obligatorio (Sánchez-Tanquer, González-Pier, Sepúlveda, Abascal-Miguel, & Field-House, 2021).

El análisis de factores sociodemográficos, obstétricos y psicosociales antes y durante la pandemia, mostró diferencias en todos los factores psicosociales, siendo las MA-DP quienes presentaron menor autoestima, menor eficacia materna, mayor insatisfacción con el apoyo social global y de la familia y antecedentes de ansiedad y depresión durante el embarazo.

Estos resultados coinciden con investigaciones previas que reportan que, a mayor percepción de estrés derivado de la pandemia, menor eficacia parental -en adultos- (Xue et al., 2021, Gniewosz, 2022) y menor autoestima de adolescentes (Goto et al., 2022). También son congruentes con investigaciones que evidencian falta de apoyo de la pareja y la familia de las adolescentes durante la pandemia (Moltrecht et al, 2022; Merriman et al., 2023), lo que repercutió en su percepción de eficacia materna por sentir que no contaban con suficiente apoyo práctico ni información para promover el desarrollo de sus bebés (Moltrecht et al., 2022).

Se encontró evidencia de porcentajes mayores de percepción de depresión (82.9%) y ansiedad (70%) durante el embarazo entre las MA-DP que en las MA-AP. En las primeras, los porcentajes también fueron mayores a los encontrados en otros grupos de adolescentes embarazadas que vivieron la pandemia: depresión: 43% (Tele et al., 2022) y ansiedad: 45.5% (Chamdimba et al.,

2022). Hay que considerar que la percepción de depresión y ansiedad en el embarazo de las MA-DP pueden estar sobreestimados porque se les evaluó con reactivos únicos y de forma retrospectiva y no con escalas convencionales como en los estudios de comparación (Tele et al., 2022; Chamdimba et al., 2022). Hay que señalar en su favor, que estas mediciones han sido eficientes para identificar síntomas de depresión y ansiedad en el embarazo y posparto (Lara et al., 2017; Patiño, 2016; Marcos-Nájera; Rodríguez-Muñoz; Lara, Navarrete, & Le, 2021).

Sobre el tercer objetivo, analizar si pertenecer al grupo de MA-DP fue un factor significativo para experimentar DPP, los análisis de asociación simple mostraron que, ser MA-DP, presentar menor nivel de autoestima, mayor insatisfacción con el apoyo social total, de la pareja y de la familia, así como, experimentar depresión y ansiedad en el embarazo se asociaron con DPP. Como en estudios previos, estos datos aportan alguna evidencia sobre la relación entre baja eficacia materna (Lara et al., 2017; Léniz-Maturana et al., 2022), baja autoestima (Birkeland et al., 2005; Ramos-Marcuse, et al., 2009), insatisfacción con el apoyo social (deCastro et al., 2011; Kim et al., 2014), tener depresión o ansiedad en el embarazo (Patiño, 2016), así como haberse convertido en madre durante la pandemia (Bower et al., 2023) con DPP.

Un hallazgo importante fue que al controlar por los factores anteriores en un análisis múltiple, el único factor significativo para presentar DPP fue tener menor autoestima. Estos datos posicionan a la autoestima en el centro de la relación entre factores psicosociales y DPP. Hay dos posibles explicaciones a este resultado. Primera, en la adolescencia hay un declive en la autoestima - más en las mujeres- atribuible a los cambios en la imagen corporal, a la capacidad emergente de pensar de manera abstracta sobre uno mismo y el futuro y a experimentar situaciones más desafiantes que en la niñez (Robins & Trzesniewski, 2005). Segunda, ser madre puede influir en cómo las

adolescentes se perciben a sí mismas (Mora-Guerrero, Escárte-Colín, Espinoza-Lerdón, & Peña-Paredes, 2021); puede favorecer su autoestima e identidad si la consideran como una oportunidad para madurar y dar sentido a su vida, pero si la consideran más como un evento que trae responsabilidades indeseadas, puede tener efectos negativos en su autoestima e identidad (Melgar, 2015; Patiño, 2016; Mora-Guerrero et al., 2021). La discrepancia continua del yo ideal con el yo real lleva a pensamientos y sentimientos negativos (Escalante, 2004), que es una característica central de la depresión (Abdel-Khalek, 2016).

Lo anterior sugiere que, en situaciones normales y más en emergencias, la autoestima debiera considerarse en programas para prevenir la DPP que pueden iniciar desde el embarazo y continuar en el primer año posparto. Asimismo, se debe considerar favorecer la autoestima en el tratamiento de quienes ya presenten depresión en su embarazo o posparto. Previamente se ha descrito que el apoyo social tiene efectos positivos en la autoestima de las adolescentes y en su maternidad: el apoyo respetuoso facilita ganen seguridad y confianza en sus capacidades y tomen decisiones más adecuadas sobre su vida y la crianza (Mora-Guerrero et al., 2021).

La pérdida de asociación significativa de la eficacia materna y el apoyo social con la DPP en el modelo de regresión logística múltiple quizá indique que estos factores tienen relaciones más complejas con la DPP que en esta investigación no se exploraron. Es posible que el apoyo social tenga un efecto indirecto sobre la depresión, a través del efecto mediador de la autoestima (Chang, Yuan, & Chen, 2018). También podría suceder que la baja eficacia materna y la percepción de tener poco apoyo social interactúen para incrementar la probabilidad de DPP (Cox et al., 2008). Como la percepción que una mujer tiene de sí misma como madre puede influir en su autoestima en general (McGrath & Meyer, 1992) es posible que la eficacia materna tenga un efecto indirecto sobre la DPP a través de la autoestima. La percepción de depresión y ansiedad en el embarazo

también son factores que perdieron significancia estadística en el modelo de regresión logística múltiple. Como se mencionó antes, estas mediciones pueden estar sobre estimadas porque se evaluaron con reactivos únicos y de forma retrospectiva, lo cual pudo afectar su precisión (intervalos de confianza amplios) y fuerza de asociación con la DPP.

La pérdida de asociación significativa del grupo MA-DP con DPP en el modelo de regresión logística múltiple fue un resultado sorprendente y hasta cierto punto podría ser el reflejo de que las madres adolescentes se adaptaron a vivir en condiciones restrictivas y retardoras.

Fortalezas: Hasta donde se conoce, este es el primer estudio en México que aporta información sobre factores psicosociales y de salud mental de madres adolescentes durante la pandemia y que incluyó un grupo de comparación previo a la crisis sanitaria. En general, hay pocos estudios dirigidos a la salud mental de adolescentes embarazadas y durante el periodo posparto en comparación con los dedicados a las madres adultas. En este sentido el presente estudio representa una contribución para darle visibilidad al problema. Por otra parte, es relevante que se haya utilizado la escala de autoreporte (EPDS) más reconocida y utilizada internacionalmente para identificar a quienes tienen alta probabilidad de presentar DPP, y además, se usó un punto de corte que ha mostrado sensibilidad y especificidad adecuados en madres adolescentes primíparas y en el posparto (Venkatesh et al, 2014). Cabe señalar que la EPDS no es un diagnóstico clínico.

Limitaciones: El estudio es de corte transversal, lo que sólo permite establecer niveles de asociación entre las variables. Por otra parte, los datos corresponden a madres adolescentes que viven en la CDMX, que son usuarias de centros de salud de primer nivel de atención (MA-AP) y que usan Facebook (MA-DP). Estas circunstancias limitan la generalización a otros grupos de madres

adolescentes que no compartan estas características. También se reconoce que el nivel de compromiso de las participantes y el sesgo de discapacidad social (Singh & Sagar, 2021) pudieron ser distintos a través de las dos modalidades de administración de la encuesta, aunque se desconoce en qué sentido. Además, es posible que ambos grupos estén conformados principalmente por personas interesadas en obtener información sobre salud mental y apoyo para sí mismas, lo cual podría ser especialmente cierto entre las MA-DP que respondieron la encuesta en línea un año después del inicio de la crisis sanitaria. Otra limitación fue que no se preguntó a las madres adolescentes qué eventos adversos vivieron en la pandemia, por tanto, no sabemos específicamente como influyeron en la DPP (EPDS ≥ 9).

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES

En conclusión, las MA-DP (26.8%) experimentaron más DPP que las MA-AP (68.35%). La evidencia obtenida indica que es necesario crear conciencia entre los profesionales de la salud sobre la importancia de identificar, prevenir y tratar la DPP entre las madres adolescentes, lo cual, contribuirá a aminorar su sufrimiento y la discapacidad que este problema les genera.

La identificación y tratamiento de la DPP se debe hacer de forma rutinaria en los servicios de salud por personal capacitado (Gjerdingen, Crow, McGovern, Miner & Center, 2009; Navarrete, Lara, Berenzon, & Mora-Rios, 2022) y debe ponerse especial atención en etapas de crisis (emergencias sanitarias, desastres naturales, entre otras) como la pandemia, con la intención de prevenir que la DPP incremente drásticamente entre estas madres.

Esta investigación es un ejemplo de que las redes sociales pueden ser utilizadas por los profesionales y servicios de salud que trabajan con madres adolescentes como una vía para estar

en contacto con ellas y dar seguimiento a su salud mental, evaluando la presencia de DPP y sus factores de riesgo. Además, estudios han mostrado que las intervenciones en línea y las redes sociales pueden usarse para favorecer la salud mental de las mujeres en el posparto. Antes de la pandemia, una intervención basada en Internet mostró ser un método económico para aumentar la tasa de tratamiento de la DPP entre las madres adolescentes (Logsdon et al., 2018) y otro estudio mostró que esta población pasa mucho tiempo en Internet y que suele buscar información sobre temas de salud (Logsdon et al., 2014). En México, durante la crisis sanitaria por COVID-19 una página de Facebook abierta al público y su grupo privado (gratuitos), dirigidos a mujeres embarazadas y en el posparto, mostró ser un medio adecuado para brindar información sobre DPP, para compartir información veraz sobre COVID-19 y sus consecuencias en esta población y para generar una red social útil y cálida para las mujeres (Lara et al, 2023).

La crisis sanitaria repercutió en diversos factores psicosociales asociados a la DPP como la eficacia materna, la autoestima, el apoyo social (global), la percepción de depresión y/o ansiedad en el embarazo. Aunque, es preciso señalar que la autoestima destacó como la variable más importante en relación a la DPP. Estos resultados sugieren que es necesario realizar esfuerzos para promover y mantener la atención prenatal tanto en momentos de crisis como en etapas de “normalidad”, lo que contribuirá a identificar, referir y tratar oportunamente a quienes ya presenten depresión o ansiedad en su embarazo. También es necesario que rutinariamente, pero aún más en etapas críticas, se identifique a las madres adolescentes que refieran una red social pequeña o que no brinde apoyo adecuado, así como a quienes refieran sentirse poco eficaces como madres y a quienes tengan una opinión desfavorable sobre su persona. Los profesionales de la salud pueden valerse de los medios de comunicación a su alcance (teléfono fijo, mensajería instantánea, videollamada) para mantener el contacto con las madres adolescentes, brindarles consejo profesional, contención y

facilitar material pertinente (lecturas, videos, audios, sitios web, intervenciones en línea) que contribuyan a cuidar su salud mental y a promover el cuidado infantil adecuado. Es fundamental que el apoyo de los profesionales de la salud y de la red social (familia, pareja y amistades) de las adolescentes sea respetuoso y orientado a facilitar que ellas puedan tomar decisiones informadas y adecuadas para su vida y el cuidado de sus hijos, lo que puede repercutir positivamente en la confianza que se tienen a sí mismas y en su autoestima (Mora-Guerrero et al., 2021).

Otras estrategias sugeridas para brindar apoyo y atención a las madres adolescentes que pueden prevenir la DPP y que van más allá del uso de las redes sociales y la tecnología se mencionan a continuación: a) Implementar visitas domiciliarias programadas durante el embarazo y el posparto en las que se propone abordar temas como el cuidado prenatal y posnatal (Walkup et al. 2009), la lactancia, el desarrollo infantil y la crianza (Barnet, Duggan, Devoe, & Burrell, 2002; Barlow et al. 2006). En las visitas domiciliarias también se puede tratar temas de planificación familiar y establecimiento de metas personales realistas (Barlow et al. 2006), b) En los centros de salud se pueden crear grupos de apoyo específicos para adolescentes embarazadas y en el posparto cuyo objetivo sea desarrollar habilidades de comunicación para mejorar las relaciones interpersonales y resolver conflictos, expresar y aterrizar las expectativas sobre la maternidad, proporcionar estrategias para el manejo del estrés, brindar información que les permita diferenciar la tristeza materna o “baby blues” de la DPP, así como establecer metas personales realistas (Phipps, Raker, Ware, & Zlotnick, 2013). También se sugiere ofrecer atención individual a las madres adolescentes que no puedan o no se encuentren interesadas en formar parte del grupo (Phipps et al., 2013), c) Recientemente, se planteó la relevancia de realizar intervenciones para DPP dirigidas a las madres adolescentes y a sus familias, mismas que, pueden implementarse en los servicios de enfermería. Tanto las adolescentes y sus familiares pueden recibir educación sobre la DPP y la importancia del

apoyo adecuado como medida de prevención. Las adolescentes también pueden obtener educación sobre métodos para pedir ayuda tanto al jefe de familia como al resto de los miembros. Además, se alienta a las familias a buscar soluciones en conjunto para resolver los desafíos de la crianza del bebé y otros problemas planteados por las adolescentes (Sangsawang, Deoisres, Hengudomsub, & Sangsawang, 2022).

En Mexico, hay muy poca investigación sobre DPP en madres adolescentes, por tanto, se sugiere realizar más investigación, tanto sobre su prevalencia como de su incidencia con muestras representativas de madres adolescentes (diversidad geográfica, con población urbana, rural e indígena, de todos los estratos sociales, con y sin acceso a Internet). Asimismo, es necesario efectuar estudios sobre las afectaciones a corto, medio y largo plazo que la DPP puede tener en las madres adolescentes y sus hijos. Además, sería relevante adaptar, probar y validar en las madres adolescentes mexicanas algunas de las intervenciones que hayan demostrado disminuir la DPP en otros países (Kleiber et al., 2017), lo que permitiría tener más herramientas para cuidar de su salud mental. También es preciso insistir en que los servicios de salud mexicanos apliquen la normativa de atención materno-infantil que contempla la detección de la depresión en el embarazo y posparto, así como las guías clínicas que contemplan su detección y atención, tarea que debe realizar personal capacitado (Navarrete et al., 2022).

Para finalizar, es pertinente subrayar la necesidad de contar con políticas públicas que prevengan los embarazos en la adolescencia y que cuiden los derechos de las adolescentes en general (con o sin hijos y embarazadas). Es necesario proteger de recortes a los presupuestos destinados a la educación (Barker, 2020). Parte del presupuesto de educación puede usarse para brindar apoyos económicos (pago de inscripciones y compra de alimentos), recursos materiales (uniformes, útiles

escolares y en caso necesario proveer computadoras e Internet) y recursos humanos (monitores escolares) que brinden orientación o apoyo a las adolescentes y que den seguimiento a quienes se ausenten del sistema escolar (Sampa, Musukuma, Fisa, Musonda, & Young, 2021). Que las adolescentes cuenten con más y mejor educación ayudará a prevenir que se mantengan empobrecidas y dependientes económicamente de sus parejas o familia, que permanezcan en empleos mal remunerados y que sean víctimas de explotación (UNFPA, 2020a). En el caso de las madres adolescentes que no pueden dejar a sus hijos bajo el cuidado y protección de su familia mientras asisten a la escuela se debería facilitar espacios donde sus hijos puedan estar seguros, así como recibir atención y cuidado que fomente su desarrollo adecuado.

Asimismo, el presupuesto destinado a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSSR) debe protegerse y destinarse para mantener el flujo de anticonceptivos modernos en todo momento, incluso en época de crisis. Algunas acciones que se propusieron durante la pandemia por COVID-19 fueron: envío de suministros de planificación familiar a los hogares u otro sitio de confianza, envío de información sobre planificación familiar a través de mensajes de texto, difusión de sitios web confiables sobre planificación familiar y ofrecer equipo de protección para que los profesionales de la salud puedan interactuar y brindar atención a las madres adolescentes cuando se requiere atención presencial, por ejemplo, en caso de ILE (Interrupción Legal del Embarazo) (Sampa et al., 2021; UNFPA, 2020b).

También las dependencias de justicia, salud y educación deben crear y mantener políticas públicas para prevenir la violencia sexual que puede acompañarse o no del matrimonio forzado a temprana edad, situaciones que se exacerbaron durante la pandemia (Okeke, Idriss-Wheeler, & Yaya, 2022). Es necesario informar y sensibilizar a la comunidad en general sobre los signos de violencia para

que puedan reconocerlos. Asimismo, es necesario que los proveedores de salud y de educación estén preparados para identificar signos de violencia y que tengan la capacidad para vincularse con los proveedores de justicia, mismos que, deben brindar mecanismos adecuados de denuncia, protección y no revictimización, así como aplicar las leyes que protegen los derechos de las adolescentes para evitar que los perpetradores (familiares o desconocidos) queden impunes y reincidan (Sampa et al., 2021). En México, se sabe que 67% de los agresores sexuales son padres, padrastros, tíos, hermanos, abuelos u otro familiar (Inegi, 2017) y que 91% de los casos de violencia sexual contra las adolescentes de 15 a 19 años no se denuncian (Ipas, 2018).

Para empoderar a las adolescentes con y sin hijos es fundamental proteger sus derechos humanos, como el derecho a la integridad, a la salud, a la educación e información, a la autonomía y el acceso a la justicia (Ipas, 2018).

REFERENCIAS

- Abdel-Khalek, A. M. (2016). Introduction to the Psychology of Self-Esteem. In F. Holloway, *Self-esteem: perspectives, influences, and improvement strategies*. (pp. 1-23). New York: Nova Science Publishers.
- Alvarado-Esquivel, C., Sifuentes-Álvarez, A., & Salas-Martínez, C. (2014). The use of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in a Population of Teenager Pregnant Women in Mexico: A Validation Study. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental health, 10*, 129-132.
- Alvarez-Nieto, C., Pastor-Moreno, G., Linares-Abad, M., Serrano-Martos, J., & Rodríguez-Olalla, L. (2014). Maternidad temprana: percepciones e implicaciones de las madres de las adolescentes. *Matronas profesión, 15*(3), 88-94.
- Asociación Americana de Psiquiatría, (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión. Comité de Nivel Socioeconómico. [AMAI]. (2020, Julio). Inteligencia Aplicada a Decisiones. Recuperado en Abril 2022, from <https://www.amai.org/NSE/index.php?queVeo=queEs> y <https://www.amai.org/NSE/index.php?queVeo=niveles>
- Astle, S., Duncan, J., Toews, M., Perez-Brena, N., McAllister, P., Maddy, M., & Feinberg, M. (2021). “A Little Bit Closer”: A Mixed Method Analysis of the Effect of the COVID-19 Pandemic on the Lives of Adolescent Parents. *Journal of Adolescent Research, 00*(0), 1-34.
- Baker, T. (2020). COVID-19 Aftershocks: Access Denied Teenage Pregnancy Threatens to Block a Million Girls Across Sub-Saharan Africa from Returning to School. Africa: Uxbridge.

- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. Ramachaudran, *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4). New York: Academic Press.
- Barassi F, Grealish A. (2022). Validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening pregnant and postpartum adolescents: a systematic review. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 39(2), 65-75.
- Barlow A, Varipatis-Baker E, Speakman K, Ginsburg G, Friberg I, Goklish N, Cowboy B, Fields P, Hastings R, Pan W, Reid R, Santosham M, Walkup J. (2006) Home-visiting intervention to improve child care among American Indian adolescent mothers: a randomized trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160: 1101–1107.
- Barnet B, Duggan AK, Devoe M, Burrell L (2002) The effect of volunteer home visitation for adolescent mothers on parenting and mental health outcomes: a randomized trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156:1216–1222
- Beck, C. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50(5), 275-285.
- Beck, C.T., Records, K., & Rice, M. (2006). Further Development of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(6), 735-745.
- Birkeland, R., Thompson, J., & Phares, V. (2005). Adolescent motherhood and postpartum depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(2), 292-300.
- Borg Xuereb, C., Borg Xuereb, R., & Jomeen, J. (2023). Adolescent Pregnancy and Early Parenting. In *Perspectives on Midwifery and Parenthood*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing.

- Bower, M., Smout, S., Donohoe-Bales, A., O'Dean, S., Teesson, L., Boyle, J., . . . Teesson, M. (2023). A hidden pandemic? An umbrella review of global evidence on mental health in the time of COVID-19. *Frontiers in Psychiatry, 14*:1107560
- Burki, T. (2020). The indirect impact of COVID-19 on women. *The Lancet, 20*(8), 904-905.
- Chamdimba, E., Munthali, A., Kabiru, C., Thakwalakwa, C., Ushie, B., & Ajayi, A. (2022). Self-report of mental health distress among pregnant and parenting adolescents during the COVID-19 pandemic in Malawi. PREPRINT available at Research Square <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1809318/v1>
- Chang, C. W., Yuan, R., & Chen, J. K. (2018). Social support and depression among Chinese adolescents: The mediating roles of self-esteem and self-efficacy. *Children and Youth Services Review, 88*, 128-134.
- Cox, J., Burman, M., Valenzuela, J, Pierre-Joseph, N., Mitchell, A., Woods, E. (2008). Depression, parenting attributes and social support among adolescent mothers attending a teen toot program. *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology, 21*(5), 275-81.
- Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry, 150*(6), 782-786.
- deCastro, F., Hinojosa-Ayala, N., & Hernandez-Prado, B. (2011). Risk and protective factors associated with postnatal depression in Mexican adolescents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 32*(4), 210-217.
- Edward, M., & Mobarak, A. (2022). The economics of the COVID-19 pandemic in poor countries. *Annual Review of Economics, 14*, 253-285.
- Escalante, G. (2004). *Autoestima y diferenciación personal*. Universidad de los Andes, Centro de Investigaciones Psicológicas, Mérida, Venezuela.

- Farkas-Klein, C. (2008). Escala de evaluación parental (EEP): desarrollo, propiedades psicométricas y aplicaciones. *Universitas Psychologica*, 7(2), 457-467.
- Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., . . . & WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Heal. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(S1), 40-48.
- Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J., & Gray, R. (2009). A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(5), 350-364.
- Gjerdingen, D., Crow, S., McGovern, P., Miner, M., & Center, B. (2009). Stepped care treatment of postpartum depression: impact on treatment, health, and work outcomes. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 22(5), 473-482.
- Gniewosz, G. (2022). A mother's perspective: perceived stress and parental self-efficacy during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Developmental Psychology*, 20(4), 1-28.
- Goto, R., Piedvache, A., Hanga, M., Yamaoka, Y., Sampei, M., Sawada, N., . . . Hosozawa, M. (2022). Time trends in emotional well-being and self-esteem in children and adolescents during the COVID-19 pandemic. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16(89), 2-10.
- Hodgkinson, S., Beers, L., Southammakosane, C., & Lewin, A. (2014). Addressing the Mental Health Needs of Pregnant and Parenting Adolescents. *Pediatrics*, 133(1), 114–122.
- Ibarra-Yruegas, B., Lara, M. A., Navarrete, L., Nieto, L., & Kawas Valle, O. (2016). Psychometric properties of the Postpartum Depression Predictors Inventory–Revised for pregnant women in Mexico. *Journal of Health Psychology*, 23(11), 1415-1423.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016. Tabulados básicos sobre Familia de Origen. (Ciudad de México: INEGI, 2017). Recuperado de: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/endireh/2016/>
- International Business Machines Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Ipas (2018). *Violencia Sexual y Embarazo Infantil en México: Un problema de Salud Pública y Derechos Humanos*. Recuperado de https://ipaslac.org/recursos/violencia_sexual_y_embarazo_infantil_en_mexico/
- Kim, T., Connolly, J., & Tamim, H. (2014). The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mother and adult mothers in the maternity experiences survey. *BMC Pregnancy and Childbirth, 14*(1), 162.
- Kleiber, B. V., Felder, J. N., Ashby, B., Scott, S., Dean, J., & Dimidjian, S. (2017). Treating depression among adolescent perinatal women with a dialectical behavior therapy–informed skills group. *Cognitive and Behavioral Practice, 24*(4), 416-427.
- 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.
- Lara, M., Navarrete, L., Medina, E., Patiño, P., & Tiburcio, M. (2023). Impact of Facebook on Social Support and Emotional Wellbeing in Perinatal Women during Three Waves of the COVID-19 Pandemic in Mexico: A Descriptive Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(3), 2472.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality, 1*, 141-169.

- Léniz-Maturana, L., Vilaseca, R., & Leiva, D. (2022). Maternal self-efficacy and emotional well-being in Chilean adolescent mothers: the relationship with their children's social-emotional development. *PeerJ* (10:e13162 DOI 10.7717/peerj.13162).
- Logsdon, M. C., Bennett, G., Crutzen, R., Martin, L., Eckert, D., Robertson, A., ... & Flamini, L. (2014). Preferred health resources and use of social media to obtain health and depression information by adolescent mothers. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 27(4), 163-168.
- Logsdon, M.C., Myers, J., Rushton, J., Gregg, J. L., Josephson, A. M., Davis, D. W., ... & Angermeier, J. (2018). Efficacy of an Internet-based depression intervention to improve rates of treatment in adolescent mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 21, 273-285.
- López-Romo, H. (2020, Agosto 28). Cátedra Prima Webinar: Los mexicanos a través de una mirada a los Niveles Socioeconómicos. Recuperado en Abril 2022, de <https://youtu.be/Dr5wb81Vfdc>
- Marcos-Nájera, R., Rodríguez-Muñoz, M. F., Lara, M. A., Navarrete, L., & Le, H. N. (2021). A cross-cultural analysis of the prevalence and risk factors for prenatal depression in Spain and Mexico. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 45, 599-612.
- Matei, A., Dimitriu, M., Cirstoveanu, C., Socea, B., & Ionescu, C. (2021). Assessment of Postpartum Depression in Adolescents Who Delivered during COVID-19 Social Restrictions: The Experience of a Tertiary Hospital from Bucharest, Romania. *Healthcare*, 9, 807.
- McGrath, M. M., & Meyer, E. C. (1992). Maternal self-esteem: from theory to clinical practice in a special care nursery. *Children's Health Care*, 21(4), 199-205.
- Medina-Jimenez, V., Bermudez-Rojas, M., Murillo-Vargas, H., Rivera-Camarillo, A., Muñoz-Acosta, J., Ramirez-Abarca, T., . . . Hernandez-Muñoz, V. (2022). The impact of the

- COVID-19 pandemic on depression and stress levels in pregnant women: A national survey during the COVID-19 pandemic in Mexico. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(23), 4438-4441.
- Melgar, R. (2015). Adolescentes traicionadas: Derecho a la salud, el bienestar de las jóvenes y las omisiones del estado. En M. Tapia, I. Saucedo, & L. Ramos, *Violencia de género, juventud y escuelas en México*. México: Centro de estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género.
- Merriman, B., Jarmoc, C., van der Rijn, M., & Pierre-Joseph, N. (2023). Impact of COVID-19 on Mental Health and Resiliency of Pregnant and Parenting Adolescents and Young Adults: A Qualitative Study. *Journal of Pediatric Health Care, In Press*, 1–8.
- Moltrecht, B., Dalton, L., Hanna, J., Law, C., & Rapa, E. (2022). Young parents' experiences of pregnancy and parenting during the COVID-19 pandemic: a qualitative study in the United Kingdom. *BMC Public Health*, 22(1), 523.
- Mora-Guerrero, G., Escárdate-Colín, L., Espinoza-Lerdón, C., & Peña-Paredes, A. (2021). Apoyo social percibido, autoestima y maternidad adolescente: entre el respeto y la intrusión. Estudio en Traiguén, Chile. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social*(32), 151-171.
- Navarrete, L., Lara, M. A., Berenzon, S., & Mora-Rios, J. (2022). Challenges of Perinatal Depression Care in Mexico City Health Centers. *International Journal of Women's Health*, 1667-1679.
- NU. CEPAL. (2020). *Risks of the COVID-19 pandemic for the exercise of women's sexual and reproductive rights*. Recuperado en Abril 2023, de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46508>

Okeke, S. R., Idriss-Wheeler, D., & Yaya, S. (2022). Adolescent pregnancy in the time of COVID-19: what are the implications for sexual and reproductive health and rights globally?. *Reproductive Health*, 19(1), 1-5.

Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, Cuarta Edición. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016. Recuperado de https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf

Patiño, P. (2016). Factores de riesgo, síntomas de depresión y ansiedad en el posparto en adolescentes. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México], <http://132.248.9.195/ptd2016/noviembre/0753731/0753731.pdf>.

Phipps MG, Raker CA, Ware CF, Zlotnick C (2013) Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in adolescent mothers. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208(3):192.1–192.6.

Ramos-Marcuse, F., Oberlander, F., Papas, F., McNary, S., Hurley, K., & Black, M. (2009). Stability of maternal depressive symptoms among urban, low-income, African American adolescent mothers. *Journal of Affective Disorders*, 122(1), 68-75.

Records, K., Rice, M., & Beck, C. (2007). Psychometric assessment of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised. *Journal of Nursing Measurement*, 15(3), 189-202.

Rivera-Rivera, N.Y., McGuinn, L., Osorio-Valencia, E., Martinez-Medina, S., Schnaas, L., Wright, R.J., ... Rosa, M.J. (2021) Changes in Depressive Symptoms, Stress and Social Support in Mexican Women during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8775.

- Robins, R., & Trzesniewski, K. (2005). Self-Esteem Development Across the Life Span. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 158-162.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Sampa, M., Musukuma, M., Fisa, R., Musonda, P., & Young, T. (2021, February). Interventions for keeping adolescent girls in school in low-and middle-income countries: a scoping review. In *Frontiers in Education* (Vol. 5, p. 614297). Frontiers Media SA.
- Sánchez-Tanquer, M., González-Pier, E., Sepúlveda, J., Abascal-Miguel, L., & Field-House, J. (2021). *La respuesta de México al Covid-19: Estudio de caso*. Recuperado en Marzo 2023 de <https://globalhealthsciences.ucsf.edu/news/mexicos-response-covid-19-case-study>
- Sangsawang, B., Deoisres, W., Hengudomsub, P., & Sangsawang, N. (2022). Effectiveness of psychosocial support provided by midwives and family on preventing postpartum depression among first-time adolescent mothers at 3-month follow-up: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 31(5-6), 689-702.
- Sangsawang, N., & Sangsawang, B. (2023). Postpartum depression, social support and maternal self-efficacy between adolescent and adult mothers during the COVID-19 pandemic: A comparative cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 113-124.
- Shigemura, J., Ursano, R., Morganstein, J., Kurosawa, ..., & Benedek, D. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.*, 74(4), 281-282.
- Singh, S., & Sagar, R. (2021). A critical look at online survey or questionnaire-based research studies during COVID-19. *Asian Journal of Psychiatry*, 65, 102850.
- Sit, D. K., & Wisner, K. L. (2009). The identification of postpartum depression. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52(3), 456-468.

- Smiley, Y., Sadeghi, N., Jolda, C., & Chokshi, B. (2021). Parenting in a Pandemic: Needs of Teen Parents During COVID-19. *Clinical Pediatrics*, *60*(14), 559–563
- Tele, A., Kathon, J., Mwaniga, S., Nyongesa, V., Yator, O., Gachuno, O., . . . Kumar, M. (2022). Prevalence and risk factors associated with depression in pregnant adolescents in Nairobi, Kenya. *Journal of Affective Disorders Reports*, *10*, 100424.
- UNFPA. (2020a). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina. Implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina Regional.
- UNFPA. (2023, abril 07). *El Fondo de Población de las Naciones Unidas (México)*. Recuperado en abril 2023 de <https://mexico.unfpa.org/es/news/conapo-imjuve-el-fondo-de-poblaci%C3%B3n-de-las-naciones-unidas-unfpa-y-organon-impulsan-un-proyecto#:~:text=En%20su%20intervenci%C3%B3n%2C%20la%20secretaria,m%C3%A1s%20de%20mil%20por%20d%C3%ADa>.
- UNFPA. (Septiembre, 2020b). *Tres cosas que debe saber sobre los anticonceptivos y la COVID-19*. Recuperado de <https://www.unfpa.org/es/news/tres-cosas-que-debe-saber-sobre-los-anticonceptivos-y-la-covid-19>
- Venkatesh K, Zlotnick C, Triche E, Ware C, Phipps M. (2014) Accuracy of brief screening tools for identifying postpartum depression among adolescent mothers. *Pediatrics*, *133*(1), e45-53.
- Walkup JT, Barlow A, Mullany BC, Pan W, Goklish N, Hasting R, Cowboy B, Fields P, Baker EV, Speakman K, Ginsburg G, Reid R (2009) Randomized controlled trial of a paraprofessional-delivered in-home intervention for young reservation-based American

Indian mothers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(6):591–601.

World Health Organization. (2008). *Maternal Mental Health and Child Health and Development in low and middle-income countries: report of the meeting*, Geneva, Switzerland.

World Health Organization. (2022, June 16). *The impact of COVID-19 on mental health cannot be made light of*. Recuperado en April 2023, World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/the-impact-of-covid-19-on-mental-health-cannot-be-made-light-of#:~:text=A%20great%20number%20of%20people,affected%20much%20more%20than%20others>.

Xue, A., Oros, V., La Marca-Ghaemmaghami, P., Scholkmann, F., Righini-Grunder, F., Natalucci, G., ... Restin, T. (2021). New Parents Experienced Lower Parenting Self-Efficacy during the COVID-19 Pandemic Lockdown. *Children*, 8(2),79.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS MA-AP



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Soy [_____] y estoy en este Centro de Salud para saber qué opinan mamás entre 14 y 19 años sobre su habilidad para cuidar de sus bebés en estos primeros meses de vida. También me interesa conocer su estado de ánimo, qué opinan de sí mismas y de su red de apoyo

Tu cooperación consistiría en responder algunas preguntas, que yo te voy a hacer y que toman más o menos 25 minutos, mientras estás en la sala de espera para la cita de tu bebé. Tu participación sería voluntaria, sin costo y si contestas o no las preguntas, no influirá en el servicio que recibes en el Centro de Salud. La información que nos brindes es muy valiosa, ya que, podría sensibilizar a profesionales de la salud y otras personas que conviven con mamás jóvenes sobre sus necesidades en el posparto y, por tanto, darles atención y apoyo más adecuados.

El estudio fue revisado y aprobado por personas expertas. Se procuró reducir al mínimo las incomodidades que cualquiera de mis preguntas pueda causarte. Por favor, te pido que si llegas a sentir algún malestar, me informes para que lo hablemos. Además, si no quieres contestar alguna pregunta o ya no deseas seguir la entrevista estás en libertad de hacerlo.

Por tu apoyo, te daré información interesante para mamás jóvenes que, tal vez, llegue a ser útil para ti o alguien que conoces. También te entregaré una lista de lugares, donde puedes solicitar apoyo psicológico a bajo costo, si no lo recibes en esta institución.

Tus respuestas son confidenciales, por lo que únicamente yo podré verlas. Además, la entrevista solo lleva un número y no tu nombre; por lo que nadie podrá identificar que tú has dado esas respuestas. Si aceptas, te pediré que firmes esta hoja de consentimiento. Éste y el cuestionario se guardarán por separado y bajo llave en un lugar seguro.

El análisis de datos será para la muestra total y no para cada participante. Los resultados del estudio se darán a conocer en una tesis y en artículos de revista que se interesen en el tema, que no incluirán los nombres de las personas entrevistadas.

Hasta aquí ¿tienes alguna duda o comentario?

Si después de la entrevista tienes dudas y comentarios sobre el estudio o, si te interesa conocer los resultados finales de éste, puedes escribir a la persona responsable del proyecto, Mtra. Pamela Alejandra Patiño González. Correo: psicpamela@hotmail.com Teléfono: 41- 60-51-47 .

Entonces, ¿deseas participar?



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ**



Si deseas participar, agradezco tu tiempo y la información que nos des. Por favor, te pido que firmes esta hoja y la siguiente para que yo pueda quedarme con una copia. También te pido que un testigo firme ambas hojas para que se confirme que tu colaboración es voluntaria.

Si no deseas participar, también agradezco tu tiempo.

Por último, te pido por favor que marques con una cruz alguna de las opciones siguientes:

Me gustaría que mi madre, padre o tutor sepa que se hará la entrevista antes de comenzar.

Me gustaría iniciar con la entrevista, sin tener que informar a mi padre, madre o tutor.

Por medio de mi firma expreso que es mi decisión colaborar en este estudio.

Ciudad de México, a ____ de _____ 20____

Nombre y firma de la participante

Nombre y firma del aplicador

Nombre y firma del Testigo

COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN
APROBADO

ANEXO 2

PUBLICIDAD DE LA ENCUESTA EN LÍNEA PARA LAS MA-DP

¡Contamos contigo!
mama.joven2020@gmail.com

Me gustaría saber cómo te sientes siendo mamá

-  ¿Eres mamá primeriza?
-  ¿Tienes entre 14 y 19 años?
-  ¿Tu bebé tiene entre 2 y 9 meses?
-  ¿Vives en CDMX?
-  ¿Tienes correo electrónico?

¡Tu experiencia es muy valiosa para mí!

Si la respuesta es **SÍ a las 5 preguntas te invito a contestar un cuestionario**



Haz clic en el enlace que acompaña el post
¡AGRADEZCO TU TIEMPO Y RESPUESTAS!

Responsable: Mtra. Pamela Patiño

ANEXO 3

CARÁTULA DE LA ENCUESTA EN LÍNEA PARA LAS MA-DP



Encuesta para mamás jóvenes

¡Hola! 🌟

Soy Pamela Patiño, alumna de doctorado en la UNAM y te pido me ayudes contestando unas preguntas para saber cómo te va siendo mamá ¿te gustaría compartirme tu experiencia? Tus respuestas pueden servir para sensibilizar a quienes conviven con mamás jóvenes sobre sus necesidades.

Si te animas, por favor, ve que tengas TODAS estas  características para que puedas entrar al cuestionario:

- Vives en la Ciudad de México
- Tienes entre 14 y 19 años.
- Tu bebé tiene entre 2 a 9 meses.
- Eres madre primeriza.
- Tienes un correo electrónico para poder ingresar al cuestionario.

Si no cumples con todas las características, ¿puedes ayudarnos compartiendo la encuesta, por favor? 🙏

Dirección de correo electrónico *

Dirección de correo electrónico válida

Este formulario recopila las direcciones de correo electrónico. [Cambiar configuración](#)

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS MA-DP



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ



¡Gracias por tu interés! Antes de seguir, por favor, lee los detalles de mi trabajo 😊

🔴 ¿Cuál es el objetivo principal?

Saber cómo te sientes como mamá, conocer tu estado de ánimo, qué opinas de ti misma y del apoyo que recibes.

🔴 ¿En qué pueden ayudar tus respuestas? A sensibilizar profesionales de la salud y otras personas que conviven con adolescentes que son mamás sobre sus necesidades y, por tanto, puedan darles atención y apoyo más adecuados.

🕒 ¿Cuánto dura el cuestionario? Más o menos 15 minutos.

✅ ¿Quién aprobó este trabajo? Expertos realizando y evaluando trabajos de investigación.

📄 ¿Si empiezas el cuestionario debes terminarlo y enviar tus respuestas? Tú decides si terminas y envías tus respuestas.

🔒 ¿Quién verá tus respuestas? Yo y las personas involucradas con mi trabajo.

🗉 ¿Cómo evitaré que se sepa que tú respondiste este cuestionario? No te pediré datos que permitan saber que tú respondiste el cuestionario. Tu correo electrónico solo lo usaré para enviarte dos folletos y después lo borraré.

⚠️ ¿Hay algún riesgo por responder el cuestionario? El riesgo es mínimo, se revisó que las preguntas no te incomoden. Si el cuestionario o alguna pregunta te hacen sentir molesta escíbeme al correo mama.joven2020@gmail.com y, a través de esa vía trataré de entender qué fue lo que te hizo sentir mal y de ayudarte. Si no es suficiente, puedo indicarte como formar parte de un grupo de Facebook privado o líneas telefónicas donde puedes recibir apoyo emocional gratuito.

📄 ¿Recibirás algo por formar parte de estudio? Un folleto con información interesante para mamás jóvenes que puede ser útil para ti o alguien que conoces y una lista de lugares confiables para solicitar apoyo emocional, asesoría jurídica y refugio a bajo costo o gratis si llegas a necesitarlo. Los folletos puedes obtenerlos en el siguientes enlace y también te los enviaré a tu correo electrónico.
ENLACE: <https://drive.google.com/file/d/166nck51klzoZ1wLu-nv4SY1mHsEvAKiP/view?usp=sharing>

🗉 ¿Habrás retroalimentación personalizada? No, el análisis de datos será para los cuestionarios en conjunto.

📄 ¿Dónde se publicarán los resultados? En una tesis y en revistas interesadas en el tema.

🔴 ¿Tienes dudas, comentarios o quieres saber los resultados del trabajo? Escribe a mama.joven2020@gmail.com

Número de registro CEI/C/005/2021

Si piensas que tienes información clara y suficiente y quieres responder el cuestionario, por favor, da clic en el botón SIGUIENTE para iniciar.

ANEXO 5

**FOLLETO INFORMATIVO SOBRE DEPRESIÓN POSPARTO
(SE ENTREGÓ TANTO A LAS MA-AP COMO A LAS MA-DP)**



*El nacimiento de un
bebé, trae cambios
físicos, psicológicos y
sociales.*

*Por eso, es un reto para
las mujeres de cualquier
edad.*



¿Qué se puede hacer?

Piensa que no estás sola, esto le sucede a muchas mujeres.

Habla de tus sentimientos con tu familia, amigos, pareja y pide que te ayuden a cuidar del bebé.

Busca tiempo para cuidar tu higiene, descansar y comer sano, esto te ayudará a sentirte mejor y aumentará tu autoestima.

Un excelente tip es descansar mientras tu bebé duerme, esto te permitirá recuperar energía y brindarle tiempo de calidad.

Si quieres saber más sobre el tema entra
<https://ayudaparadepresion.org.mx/>

Elaborado por: Psic. Pamela A. Patiño González

¿Depresión
Posparto?



¿Por qué algunas mamás no se sienten tan felices después del nacimiento de sus bebés?

En las primeras tres semanas después del parto es usual sentirse:

**Fatigada, irritable, triste,
con ganas de llorar y ansiosa**

Esto se llama: **Tristeza materna**

Si dura más tiempo y los síntomas incrementan, puede ser

DEPRESIÓN POSPARTO (DP)

La DP también puede ocurrir varios meses después del parto



Otras señales

- ♣ No poder levantarte de tu cama
- ♣ Dejar de cuidarte y arreglarte
- ♣ No poder concentrarte
- ♣ No poder dormir aunque tu bebé este durmiendo.
- ♣ Pensar en lastimarte o a tu bebé
- ♣ Poco interés por tu bebé o mucho miedo a quedarte sola con él y culpa.
- ♣ Taquicardias frecuentes

Si esto te sucede, busca ayuda de un profesional en psicología o psiquiatría.

Situaciones que pueden llevar a la DP

- ♣ Cambios hormonales en el posparto
- ♣ Ser mamá primeriza, muy joven o mayor.
- ♣ Pasar mucho tiempo sin apoyo familiar, de pareja y amistades.
- ♣ Las exigencias de cuidar al bebé y adaptarse a la nueva vida.
- ♣ Bebé que llora más de lo usual y que no es fácil saber que necesita.
- ♣ Pérdida o enfermedad reciente de un ser amado.
- ♣ Problemas de dinero o familiares.
- ♣ Depresión o ansiedad antes o durante el embarazo.



“Los DP puede disminuir la confianza que una madre tienen de sus habilidades para cuidar de sí misma y de su bebé”

ANEXO 6

**DIRECTORIO DE INSTITUCIONES ENTREGADO A LAS MA-AP
(CAPTADAS EN CENTROS DE SALUD)**

*Unidades de Atención y
Prevención de la Violencia y la
Familia
UAPVIF*

Trabajo social, asesoría jurídica gratuita

**Atención: Lunes a viernes
9:00 am a 5:00 pm.**

UAPVIF Iztapalapa

Teléfono: 26 36 13 67

Dirección: Camino al Cerro de la Estrella s/n
entre Centro Social Villa Estrella, Módulo 4,
Planta Baja. Col. Santuario.

UAPVIF Tlalpan

Teléfono: 55 13 98 35

Dirección: Camino a Santa Úrsula s/n,
esquina Textitlan. Col. Santa Úrsula Xitla

UAPVIF Xochimilco

Teléfono: 56 75 82 70

Dirección: Calle Dalia s/n, esq. las flores en
edif. de la plaza de San Cristóbal. A dos
cuadras del embarcadero Caltongo.
Col. Barrio San Cristóbal.

Red Nacional de Refugios

Teléfono: 56 74 96 95 ó 52 43 64 32
y 01 800 822 446

Atención: 24 horas, los 365 días del año.

**Si quieres conocer más sobre tu salud,
anticonceptivos, tus derechos y cómo hablar
con tu pareja de éstos temas**

Visita *¿Cómo le hago?*

Página web: <https://comolehago.org/>



Líneas de ayuda

Saptel: 52 59 81 21

Conadic: 01 800 911 2000

Centros de integración juvenil (CIJ)

Teléfono: (55) 52121212

En la siguiente dirección electrónica se puede
consultar el centro más cercano: www.cij.gog.mx



**Directorio
de
Instituciones
Mexicanas**



Depresión

Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa (CECOSAM)

(A partir de los 6 años)

Teléfono: 55 50 62 17 00

Ext. 50118 y 50109

Dirección: Guerra de Reforma Esq. Eje 5 Sur, Col. Leyes de Reforma 3a. Sección, Delegación Iztapalapa.

Horario: lunes a Viernes, 7: 00 am- 3:30 pm

Costo: Por nivel socioeconómico

Centro de Salud Emocional “Cuidate”

Atención individual y grupal para jóvenes entre 12 y 29 que viven en la CDMX

Dirección: Calle 4 Oriente esq. Periférico Sur, Isidro Fabela

Horario: lunes a viernes, 9:00 am- 6:00 pm.

Servicio gratuito

Para sacar cita de primera vez es necesario presentarse en el Centro

Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”

(Menores de 17 años 10 meses)

Informes: (01) 80 02 86 88 05

Trabajo social: 24 58 79 64

Dirección: San Buenaventura No. 86, Col. Belisario Domínguez, Del. Tlalpan

Atención: lunes a viernes, 7:00 am - 2:00 pm.

Costo: Primera vez \$93 pesos y subsecuente por nivel socioeconómico.

Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

Teléfonos: 41 60 53 72

Horario: lunes a viernes, 8:00 am - 4:00 pm

Costo: Por nivel socioeconómico

Instituto Latinoamericano de estudios de la Familia (ILEF)

Teléfono: 55 54 56 11

Dirección: Av. México 191 Col. Del Carmen Coyoacán

Horario: lunes a jueves, 9:30 am - 5:30 pm y viernes, 9: 00 am - 2:00 pm.

Costo: De \$10 a \$ 400, según posibilidades

INMUJERES Iztapalapa

Teléfono: 56 85 25 46

Dirección: Centro social Villa estrella módulo 4, camino cerro de la estrella. Col. Santuario Aculco.

Servicio gratuito

Horario: lunes a jueves, 9:00 am - 4:00 pm.
Viernes. 9:00 am – 2:00 pm.

INMUJERES Tlalpan

Teléfono: 55 13 59 85 y 55 73 21 96

Dirección: Carretera Federal a Cuernavaca, N° 2, Col. La joya.

Servicio gratuito

Atención: lunes a jueves, 9:00 am - 4:00 pm.
Viernes. 9:00 am – 2:00 pm.

INMUJERES Xochimilco

Teléfono: 56 75 11 88 y 56 76 96 12

Dirección: Francisco I. Madero Número 11. Col. Barrio El Rosario. Entre las calles Pedro Ramírez del Castillo y Morelos.

Servicio gratuito

Horario: lunes a jueves, 9:00 am - 4:00 pm.
Viernes. 9:00 am – 2:00 pm

ANEXO 7

**DIRECTORIO DE INSTITUCIONES ENTREGADO A LAS MA-DP
(CAPTADAS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA EN LINEA)**



Salud Mental

Centro Comunitario de Salud Mental CECOSAM

(Mayores de 6 años)

CECOSAM Cuauhtémoc

Teléfono: 55 55 41 47 49 Ext. 103
Dirección: Calle Dr. Enrique González Martínez, N° 131, Col. Santa María la Ribera
Horario: lunes a viernes, 7:00 am - 9:00 pm
Costo: Primera vez 64 pesos y subsecuente por nivel socioeconómico

CECOSAM Iztapalapa

Teléfono: 55 50 62 17 00 Ext. 50118
Dirección: Guerra de Reforma Esq. Eje 5 Sur, Col. Leyes de Reforma 3a. Sección.
Horario: lunes a viernes, 7:00 am - 3:30 pm
Primera vez \$64
Costo: Primera vez 64 pesos y subsecuente por nivel socioeconómico

CECOSAM Zacatenco

Teléfono: 55 63 92 46 79
Dirección: Calle Huánuco, N° 323, Esq. Av. Ticoman, Alcaldía Gustavo Amadero.
Horario: lunes a viernes, 7:00 am - 3:00 pm
Costo: Primera vez 64 pesos y subsecuente por nivel socioeconómico

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

(A partir de 13 años)

Teléfonos: 55 41 60 53 72
Dirección: Calzada México-Xochimilco, N° 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Alcaldía Tlalpan
Horario: lunes a viernes, 8:00 am - 2:00 pm
Costo: Primera vez \$ 76 pesos, subsecuente por nivel socioeconómico.

Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro

(Menores de 18 años)

Teléfono: 56 55 88 75
Dirección: San Buenaventura No. 86, Col. Belisario Domínguez, Alcaldía Tlalpan
Atención: lunes a viernes, 7:00 am - 1:00 pm.
Costo: Primera vez \$64 pesos, subsecuente por nivel socioeconómico.

Núcleo Urbano de Atención Emocional NUBE

(Jóvenes de 12 a 29 años)

NUBE Cuauhtémoc
Teléfono: 55 50 06 24 67
Dirección: Santísima, N° 10, Col. Centro (Área 1), Cerca del metro Zócalo.
Servicio gratuito
Atención: lunes a viernes, 8:00 am - 4:00 pm.

NUBE Tlalpan

Teléfono: 55 53 35 32 30
Dirección: Calle 4. Oriente Esq. Periférico Sur, Col. San Isidro Fabela. A la altura de centro comercial Patio Pedregañ
Servicio gratuito
Atención: lunes a viernes, 9:00 am a 7:00 pm

NUBE Venustiano Carranza

Teléfono: 55 57 95 20 54 y 55 26 16 09 58
Dirección: Avenida Ing. Eduardo Molina, N° 81, Colonia Ampliación 20 de Noviembre.
Servicio gratuito
Atención: lunes a jueves, 9:00 am - 7:00 pm.
Para sacar cita de

NUBE Milpa Alta

Teléfono: 55 17 11 24 28
Dirección: Calle Consulado s/n Col. San Lorenzo Tlacoyucan
Servicio gratuito
Atención: lunes a viernes, 9:00 am a 5:00 pm

NUBE Miguel Hidalgo

Teléfono: 55 5342 7446 y 55 5341 7488 Ext. 446
Dirección: Calzada México-Tacuba, N° 235, Un Hogar para Nosotros, Alcaldía Miguel Hidalgo. En el 2° piso del edificio Instituto de la Juventud.
Servicio gratuito
Atención: lunes a viernes, 9:00 am a 8:00 pm

Secretaría de las Mujeres

Asesoría jurídica y psicológica

GRATUITA

Atención: Lunes a jueves de
9:00 am a 4:00 pm



Alvaro Obregón

55 58 01 62 98
55 17 15 60 88

Azcapotzalco

55 17 16 09 98
55 17 16 08 48

Benito Juárez

55 55 79 02 06
55 91 80 04 95
55 51 60 00 39

Coyoacán

55 15 45 45 78
55 15 45 45 72

Cuajimalpa

55 21 63 12 25
55 58 12 14 14

Cuauhtémoc

55 24 52 33 69
55 91 31 59 45

Gustavo A. Madero

55 57 81 00 05

Iztacalco

55 55 79 73 82

Iztapalapa

55 22 36 15 95

Magdalena Contreras

55 50 85 38 51
55 55 95 92 47

Miguel Hidalgo

55 52 72 26 30

Miguel Hidalgo

55 52 72 26 30

Milpa Alta

55 58 44 61 48

Tlalpan

55 55 73 21 96

Tlahuac

55 21 61 60 74
55 58 42 49 34

Venustiano Carranza

55 21 21 01 45

Xochimilco

55 56 75 11 88
55 56 76 96 12

¡No estás sola!

Red Nacional de Refugios

Atención: 24 horas, los 365 días del año



Teléfono: 800 822 446

Facebook
@RedNacionaldeRefugiosAC

Visita el sitio web

<https://comolehago.org/>



**Aquí aprenderás sobre tu salud,
anticonceptivos, tus derechos y
cómo hablar con tu pareja de
estos temas**

Líneas de ayuda



Saptel: 55 52 59 81 21

Línea joven: 56 58 11 11 (Opción 4)

Call Center UNAM: 55 50 25 08 55

Si vives violencia marca al 911

Línea de la vida (adicciones): 800 911 2000

Centros de integración juvenil (CIJ)

Teléfono: 55 52 12 12 12

WhatsApp:

55 18 56 27 24 y 55 18 56 52 24

55 30 69 00 30 y 55 45 55 12 12

Elaborado por:

Psic. Pamela Patiño

Correo: mama.joven2020@gmail.com

Páginas de Facebook y sitios de autoayuda

 @ayudaparadepresion.inp

Ofrece información sobre
Salud Mental y Depresión

 @saludemocionalperinatal

Ofrece información y un grupo de
apoyo para mujeres embarazadas y
en el posparto durante la pandemia
por COVID-19.

Ambas páginas de Facebook se vinculan con
el sitio web **Ayuda para Depresión (ADep)**

<https://ayudaparadepresion.org.mx/>

Encontrarás un programa al que puedes
registrarte y aprender cuáles son los
síntomas de depresión, evaluar si los
tienes y obtener sugerencias para
reducirlos.

ANEXO A

TAMIZ APLICADO TANTO A LAS MA-AP COMO A LAS MA- DP²

Centro: _____ Entrevistadora: _____
 Hora: _____ Fecha: _____ Folio: _____

	Participa si...	↓
F1. ¿Qué edad tienes? (años cumplidos) _____	Tiene de 14 a 19	_____
F2. ¿Cuántos hijos(as), nacidos vivos tienes? _____	Uno	_____
F3. ¿Cuántos meses tiene tu bebé? (meses) _____	2 a 9 meses	_____
F4. ¿Cuántas semanas de embarazo tenías cuando nació tu bebé? _____	≥ 32 SDG	_____
F5. ¿Cuánto pesó tu bebé al nacer? _____	> 1.5 kg	_____
F6. ¿Tu bebé tiene algún problema respiratorio, cardíaco, neurológico, Síndrome de Down o algún otro problema físico por el que requiera atención médica especializada? Sí [] No [] Si dijo que sí, ¿Cuál? _____ _____	No	_____
F7. ¿En el parto o posparto tuviste algún problema de salud por el cual te quedaste una semana o más en el hospital o que actualmente te ocasione dolor y dificulte tus actividades cotidianas? (Por ejemplo, hemorragias, peritonitis, infecciones por la cesárea o episiotomía) Sí [] No [] Si dijo que sí, ¿Cuál? _____ _____	No	_____
F8. ¿En el último mes tuviste algún problema de salud no relacionado con el parto o posparto , que haya ocasionado hospitalización por una semana o más? Sí [<input checked="" type="checkbox"/>] No [] Si dijo que sí, ¿Cuál? _____	No	_____

²Los datos sobre el Centro de Salud, entrevistadora, hora y fecha no aplican para las encuestas en línea. Tampoco aplican las preguntas abiertas sobre el problema de salud específico que presentó la madre o el bebé (Si dijo que sí, ¿Cuál?)

ANEXO B
ENCUESTA APLICADA TANTO A LAS MA-AP COMO A LAS MA-DP

Datos de la entrevista

Entrevistadora: _____ Centro de Salud _____
 Fecha: _____ Folio: _____
 Hora: **Inicio** _____ **Fin:** _____

Sección 1

Primero, te haré varias preguntas que me ayudarán a tener una idea general de como es tu vida en la actualidad.

1. Nivel socioeconómico y apoyo económico

NSE1. Pensando en el jefe o jefa de hogar

¿Cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?

Respuesta	Puntos
Sin instrucción	[0]
Preescolar	[0]
Primaria incompleta	[10]
Primaria completa	[22]
Secundaria incompleta	[23]
Secundaria completa	[31]
Preparatoria incompleta	[35]
Preparatoria completa	[43]
Licenciatura incompleta	[59]
Licenciatura completa	[73]
Posgrado	[101]

NSE3. ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en tu hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?

Respuesta	Puntos
0	[0]
1	[18]
2 ó más	[37]

NSE5. De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿cuántas personas trabajaron en el último mes?

Respuesta	Puntos
0	[0]
1	[15]
2	[31]
3	[46]

SE2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C (excusado) hay en tu vivienda?

Respuesta	Puntos
0	[0]
1	[24]
2 ó más	[47]

NS4. Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudieran tener desde su celular ¿tu hogar cuenta con Internet

Respuesta	Puntos
No tiene	[0]
Sí tiene	[31]

ISE6. En tu vivienda ¿cuántos cuartos se usan para dormir sin contar los pasillos?

Respuesta	Puntos
0	[0]
1	[6]
2	[12]
3	[17]

4 o más [61]

4 o más [23]

2. Situación escolar y laboral

SE1. ¿Cuál fue el último año de estudios que aprobaste en la escuela? _____

SE2. ¿Ibas a la escuela cuando supiste de tu embarazo? **Sí** [] **No** []

SE3. ¿Actualmente vas a la escuela? **Sí** [] **No** []

SL1. ¿Actualmente trabajas? **Sí** [] **No** []

Sección 2

A continuación, preguntaré sobre situaciones relacionadas con tu embarazo, maternidad y el papá de tu bebé.

1. Embarazo y maternidad

PDPI-R4. Depresión prenatal

a) ¿Te sentiste deprimida durante tu embarazo?

Sí [] **No** []

PDPI-R5 Ansiedad prenatal

a) ¿Te sentiste ansiosa durante tu embarazo?

Sí [] **No** []

Si contestó sí, ¿Por cuánto tiempo te sentiste de esa manera? _____

PDPI-R6 Embarazo no planeado / deseado

a) ¿Fue el embarazo planeado?

Sí [] **No** []

b) ¿Fue el embarazo deseado?

[] []

2. Padre del bebé / pareja

PDPI-R1. Estado civil. ¿cuál es tu estado civil?

a) soltera [] []

b) casada [] []

c) separada [] []

d) divorciada [] []

e) viuda [] []

f) convives con tu compañero [] []

PB1. ¿Tienes una relación de pareja con el papá de tu bebé? **Sí** [] **No** []

PDPI-R Subescala de Apoyo Social

A continuación preguntaré sobre el apoyo social que recibes de tu pareja, familia y amistades. Responde **SÍ** o **NO** a cada pregunta, según tu primera impresión.

1.Pareja		Sí	No
a)	¿Crees que recibes el apoyo emocional adecuado por parte de tu pareja?	0	1
b)	¿Crees que puedes confiar en tu pareja?	0	1
c)	¿Crees que puedes contar con tu pareja?	0	1
d)	¿Crees que recibes el apoyo práctico adecuado por parte de tu pareja? (Por ejemplo, te ayuda con las tareas de la casa o a cuidar de tu hijo(a))	0	1
2.Familia		Sí	No
a)	¿Crees que recibes el apoyo emocional adecuado por parte de tu familia?	0	1
b)	¿Crees que puedes confiar en tu familia?	0	1
c)	¿Crees que puedes contar con tu familia?	0	1
d)	¿Crees que recibes el apoyo práctico adecuado por parte de tu familia? (Por ejemplo, te ayudan con las tareas de la casa o a cuidar de tu hijo(a))	0	1
3. Amistades		Sí	No
a)	¿Crees que recibes el apoyo emocional adecuado por parte de tus amistades?	0	1
b)	¿Crees que puedes confiar en tus amistades?	0	1
c)	¿Crees que puedes contar con tus amistades?	0	1
d)	¿Crees que recibes el apoyo práctico adecuado por parte de tus amistades? (Por ejemplo, te ayudan con las tareas de la casa o a cuidar de tu hijo(a))	0	1

Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

Ahora, voy a leer algunas frases que tienen la intención de conocer el sentimiento de satisfacción que una persona tiene de sí misma. Por favor, elige la respuesta que más se apegue a lo que sientes. Las opciones de respuesta a cada pregunta van de Muy de acuerdo a Muy en desacuerdo.

Frases	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
EAR1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás	4	3	2	1
EAR2. Estoy convencida de que tengo cualidades buenas	4	3	2	1
EAR3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	4	3	2	1
EAR4. Tengo una actitud positiva hacia mí misma.	4	3	2	1
EAR5. En general estoy satisfecha de mi misma.	4	3	2	1
EAR6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa. R	1	2	3	4
EAR7. En general, me inclino a pensar que soy una fracasada. R	1	2	3	4
EAR8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí misma. R	1	2	3	4
EAR9. Hay veces que realmente pienso que soy una inútil R	1	2	3	4
EAR10. A veces creo que no soy buena persona. R	1	2	3	4
Total				

Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EDPE)

Como hace poco tuviste un bebé, me gustaría saber cómo te encuentras. Por favor, responde las siguientes preguntas considerando cómo te has sentido en los **ÚLTIMOS 7 DÍAS**.

EDPS1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas.	Tanto como siempre	0
	No tanto ahora	1
	Mucho menos	2
	No, no he podido	3
EDPS2. He mirado el futuro con placer.	Tanto como siempre	0
	Algo menos de lo que solía hacer.	1
	Definitivamente menos	2
	No, nada	3
EDPS3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien.	Sí, la mayoría de las veces	3
	Sí, algunas veces	2
	No muy a menudo.	1
	No, nunca	0
EDPS4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo.	No, para nada	0
	Casi nada	1
	Sí, a veces	2
	Sí, a menudo	3
EDPS5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno.	Sí, bastante	3
	Sí, a veces	2
	No, no mucho	1
	No, nada	0
EDPS6. Las cosas me oprimen o agobian.	Sí, la mayor parte de las veces.	3
	Sí, a veces	2
	No, casi nunca	1
	No, nada	0
EDPS7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir.	Sí, la mayoría de las veces	3
	Sí, a veces	2
	No muy a menudo	1
	No, nada	0
EDPS8. Me he sentido triste y desgraciada.	Sí, casi siempre	3
	Sí, bastante a menudo	2
	No muy a menudo	1
	No, nada	0
EDPS9. He sido tan infeliz que he estado llorando.	Sí, casi siempre	3
	Sí, bastante a menudo	2
	Sólo en ocasiones	1
	No, nunca	0
EDPS10. He pensado en hacerme daño a mí misma.	Sí, bastante a menudo	3
	A veces	2
	Casi nunca	1
	No, nunca	0
Total		

