



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**FACULTAD DE MEDICINA
CAMPO DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA SALUD
CAMPO DISCIPLINARIO: SALUD MENTAL PÚBLICA**

FACTORES DE RIESGO, SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL POSPARTO EN ADOLESCENTES

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD**

PRESENTA:

PAMELA ALEJANDRA PATIÑO GONZÁLEZ

TUTORA:

**DRA. MARÍA ASUNCIÓN LARA CANTÚ
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”**

CIUDAD DE MÉXICO, NOVIEMBRE DE 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A la **CONACYT** por la beca que me otorgó y que sin duda fue un gran apoyo para poder realizar la maestría y mi proyecto de tesis.

A mi directora de tesis, la **Dra. María Asunción Lara Cantú** quien me ha aconsejado y compartido su experiencia desde el día en que la conocí. Su dedicación, compromiso y confianza a lo largo de este camino es invaluable. Mil gracias por acompañarme.

A mi jurado de tesis: la **Dra. Shoshana Berenzon Gorn**, la **Dra. Guadalupe Acle Tomasini**, la **Dra. Ma. Asunción Álvarez del Río** y el **Dr. Ricardo Páez Moreno**. Gracias por leerme y por sus sugerencias para enriquecer mi trabajo.

Al **Mtro. Feliciano Bartolo Solís** responsable de Salud Mental de la Dirección de Atención Médica de los Servicios de Salud Pública de la CDMX por facilitar el acceso a los Centros de Salud en los que se realizó el trabajo de campo.

A los **directivos** y el **personal** de los Centros de Salud “**Francisco Balmis**” y “**Xochimilco**” quienes constantemente nos alentaban y mostraban interés por el proyecto.

A la **Mtra. Laura Elena Navarrete Reyes** y la **Dra. Lourdes Nieto** quienes me apoyaron en el proceso de capacitación y supervisión del trabajo de campo. Su experiencia, sugerencias, entusiasmo y compañerismo me ayudaron a crecer a nivel profesional y personal. Gracias por su amistad.

A **Elisa Zavalza Puebla**, **Beatriz Mendoza Arce** y **Gloria Sánchez García** quienes colaboraron en la recolección de datos. Agradezco la dedicación e interés de cada una para lograr los objetivos propuestos.

A las **120 mamás adolescentes** que aceptaron generosamente compartir parte de su historia de vida con nosotros y su tiempo. Sin su ayuda este trabajo de investigación no sería posible.

Por último, quiero expresar mi gratitud a mi **familia y amigos** por el amor y apoyo incondicional que desde siempre he recibido de ustedes.

Índice

Introducción	1
Capítulo 1	
1.1 Fecundidad adolescente.....	3
1.2 Situaciones relacionadas con el embarazo adolescente.....	4
1.3 Implicaciones para la salud, personales y familiares de embarazo y maternidad adolescente.....	4
Capítulo 2	
2.1 Depresión posparto (DPP).....	7
2.2 Prevalencia de síntomas depresivos en el posparto en adolescentes (SDPP)...	9
2.3 Ansiedad en el posparto (APP).....	12
2.4 Prevalencia de síntomas de ansiedad en el posparto en adolescentes (SAPP)..	13
2.5 Factores asociados a los síntomas depresivos en el posparto.....	15
2.6 Factores asociados a los síntomas de ansiedad en el posparto.....	26
2.7 Consecuencias de los síntomas depresivos y ansiedad perinatal.....	31
2.8 Planteamiento y Justificación.....	32
2.9 Preguntas de investigación.....	33
2.10 Objetivos.....	34
2.11 Hipótesis.....	35
Capítulo 3	
Método.....	36
3.1 Diseño.....	36
3.2 Población.....	36
3.3 Cálculo de tamaño muestra.....	36
3.4 Criterios de selección.....	37
3.5 Variables.....	37
3.6 Instrumentos.....	38
3.7 Procedimiento.....	40
3.8 Consideraciones éticas.....	41
3.9 Plan de análisis.....	43
Capítulo 4	
Resultados.....	45
4.1 Características sociodemográficas y de contexto de la muestra.....	45
4.2 Porcentaje de síntomas depresivos en la muestra estudiada.....	58
4.3 Porcentaje de síntomas de ansiedad en la muestra estudiada.....	58
4.4 Distribución de los factores psicosociales en la muestra estudiada.....	59
4.5 Asociación simple entre las variables psicosociales y síntomas depresivos.....	63
4.6 Análisis ajustado entre variables psicosociales y síntomas depresivos.....	64
4.7 Asociación simple entre las variables psicosociales y síntomas de ansiedad.....	64

4.8 Análisis ajustado entre variables psicosociales y síntomas de ansiedad.....	66
Capítulo 5	
5.1 Discusión.....	66
5.2 Fortalezas y limitaciones.....	77
5.3 Conclusiones.....	78
Referencias.....	80
Anexos	
1. Prueba piloto.....	92
2. Diagrama de flujo para la recolección de datos.....	96
3. Guía para la recolección de datos.....	97
4. Formato de consentimiento.....	102
5. Formato de tamizaje.....	104
6. Instrumentos.....	105
7. Formato de registro de mujeres que no entran al estudio.....	112
8. Carta de aprobación del proyecto por el Comité de Ética.....	113
9. Folleto informativo.....	114
10. Directorio de instituciones.....	116
11. Diagrama de flujo del estudio.....	118
12. Cronograma.....	119
Tablas anexas	121

Introducción

Los objetivos de esta investigación fueron indagar algunas características del contexto de las madres adolescentes que cursaban el primer semestre posparto y que asistieron a dos Centros de Salud pertenecientes al primer nivel de atención (nivel preventivo) ubicados en la Ciudad de México, conocer la proporción de síntomas depresivos y de ansiedad en dicha población y, examinar qué factores psicosociales incrementan la probabilidad de que las madres adolescentes experimenten los síntomas depresivos y de ansiedad en el primer semestre posparto. Los factores psicosociales que se consideraron son los siguientes: haber tenido síntomas depresivos y de ansiedad antes o durante la gestación, la tristeza materna, el apoyo social, la autoestima, haber vivido un mayor número de sucesos estresantes, la satisfacción de pareja, el embarazo no planeado y no deseado, tener problemas con el cuidado del bebé, así como el temperamento infantil irritable.

La razón que llevó a plantear los objetivos mencionados es que la maternidad adolescente es un problema de salud pública en nuestro país que se ha asociado a condiciones de vida adversa, mayores problemas para la salud física de la madre y su hijo y, además se vincula con la presencia de síntomas de depresión y ansiedad durante el primer año posparto según lo indican algunas investigaciones precedentes. Asimismo, la revisión de la literatura sugiere que las investigaciones sobre prevalencia y los factores de riesgo de ambas sintomatologías en esta población provienen principalmente de países desarrollados, mientras que en Latinoamérica incluyendo a México es escasa y se ha focalizado en los síntomas depresivos.

El presente trabajo busca hacer una contribución al conocimiento sobre la salud mental de las madres adolescentes mexicanas, poniendo de manifiesto la relevancia que tienen los síntomas depresivos y de ansiedad en éste grupo poblacional, esto a su vez, permitirá hacer énfasis sobre la importancia de identificar y tratar a quienes padecen éstas sintomatologías. Además, este trabajo al proporcionar información sobre qué factores incrementan las probabilidades de

tener dichas sintomatologías podría servir como una guía para que en el futuro se desarrollen e implementen programas de prevención adecuados a las características de las madres adolescentes. Llevar a cabo esa labor ayudaría a reducir las consecuencias que a corto y largo plazo puede haber si no se detecta a tiempo a quienes padecen síntomas de depresión y ansiedad.

Capítulo 1

1.1. Fecundidad adolescente

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz anualmente y que 95% de estos nacimientos ocurren en países en desarrollo. Estas cifras representan el 11% de los nacimientos en todo el mundo (WHO, *por sus siglas en inglés*, 2014).

En México, las adolescentes de 15 a 19 años representan el 16.5% de las mujeres en edad fértil (INEGI, 2015) y según estimaciones de la CONAPO (2013) la tasa de fecundidad en este grupo ha tenido una reducción mínima en comparación con los grupos de mujeres adultas, puesto que, de 1990 a 2010 disminuyó de 77 a 67 nacimientos por cada 1000 (Hernández, López & Velarde, 2013). A pesar de lo anterior, la ENADID (2014) registró que de 2009 a 2014 hubo un incremento en la fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años, que pasó de 70.9 a 77 nacimientos por cada 1000. Por otra parte, la ENSANUT (2012) registró que la tasa de fecundidad en 2011 de las mujeres de 12 a 19 años fue de 37 nacimientos por cada 1000, es decir, fue superior a la del año 2005 de 30.3 nacimientos por cada 1000 (Gutiérrez et al., 2012). Además de los datos sobre la fluctuación que la fecundidad adolescente ha tenido, se cuenta con información del INEGI (diciembre, 2013), en la que se muestra un incremento de los nacimientos registrados de madres menores de 20 años, que va de 18% en 1990 a 19.4% en 2012.

Como puede verse, existe información de distintas fuentes y relativamente actualizada que permite concluir que en nuestro país hay un gran número de adolescentes que se embarazan y se convierten en madres, lo que representa un tema de relevancia social vinculado a múltiples causas y consecuencias como se verá a continuación.

1.2 Situaciones relacionadas con el embarazo adolescente

En algunos países como en México el embarazo adolescente se deriva en parte de la dificultad para acceder a los servicios de calidad que garanticen y promuevan el cuidado de la salud sexual y reproductiva, a través de la planificación familiar, el uso adecuado de métodos anticonceptivos (Bearinger, Sieving, Ferguson & Sharma, 2007; ENAPEA, 2015; WHO, 2012) y el uso de servicios que permitan decidir sobre la libre maternidad y el derecho a la interrupción legal del embarazo (Melgar, 2015). Aunado a esto, la falta de comunicación con adultos cercanos que brinden apoyo y orientación sobre las responsabilidades individuales y compartidas del ejercicio de la sexualidad también contribuye a la ocurrencia del embarazo (ENAPEA, 2015; Farber, 2014).

Igualmente, se ha destacado que vivir en condiciones de pobreza y tener pocas oportunidades para estudiar y trabajar, (Bearinger, et al., 2007; Stern, 2004; WHO, 2012) producen que para algunas adolescentes el embarazo sea el único medio para obtener reconocimiento social (Melgar, 2015) y promover el tránsito a la adultez (Román, Carrasco, Valdez & Cubillas, 2000). Además de estas circunstancias, no se debe pasar por alto que en algunas ocasiones los embarazos son producto de la coerción, frecuentemente ejercida por hombres mayores (Rodríguez, & Hopenhayn, 2007; WHO, 2012)

Por lo anterior, puede decirse que las adolescentes no siempre cuentan con las herramientas necesarias para planear su proyecto de vida autónomamente y también que el embarazo a temprana edad evidencia condiciones de desigualdad e inequidad social (Colín & Villagómez, 2010)

1.3 Implicaciones para la salud, personales y familiares del embarazo y maternidad adolescente

Sumándose a las dificultades sociales relacionadas a la incidencia del embarazo, se tiene conocimiento de que las madres adolescentes (sobre todo las de 15 años o menos) en comparación con las adultas (20 a 24 años) tienen más probabilidades de tener anemia, eclampsia, endometriosis puerperal, hemorragia

en el posparto, infecciones, partos prematuros (<37 semanas de gestación), neonatos con muy bajo peso (<2500grs) e incluso mayor mortalidad materno-infantil, condiciones de salud que no se deben exclusivamente a la edad de la madre, ya que también existen barreras para acceder a los servicios de atención perinatal adecuados que permitan un mejor cuidado de la salud de las jóvenes (Conde-Agudelo, Belizán & Lammers, 2005; Ganchimeg et al., 2014)

Además de las complicaciones para la salud que pueden presentarse durante el embarazo, parto y puerperio, es necesario considerar las circunstancias personales, familiares y sociales en las que se desarrolla la maternidad adolescente, ya que para algunas adolescentes el embarazo parece no representar una situación problemática, sobre todo si están casadas o unidas (Melgar, 2015) y se vive como la anticipación de un suceso que tarde o temprano ocurriría (Román, 2000), mientras que, para otras puede resultar una experiencia no deseada, estresante y vivida con culpa en relación a las aspiraciones frustradas y el rechazo de la pareja (Villanueva, Pérez-Fajardo e Iglesias, 2000)

Por otra parte, también debe considerarse que las adolescentes se encuentran en proceso de desarrollo (DeVito, 2010; Yozwiak, 2010), a la vez que asumen responsabilidades de la vida adulta que generan gran carga para ellas (Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano & Aguilar-Gaxiola, 2008) y sus familias, puesto que viven el incremento de la presión económica y las actividades cotidianas derivadas de la crianza del infante y que no siempre se comparten con la pareja (Álvarez-Nieto, Pastor-Moreno, Linares-Abad, Serrano-Martos & Rodríguez-Olalla, 2014). Cabe destacar que en el contexto mexicano las mamás jóvenes usualmente reciben apoyo de sus familias y otras personas significativas durante el embarazo y la crianza de sus hijos (Román, 2000), no obstante, en algunos casos llegan a enfrentar el rechazo familiar y de otras esferas de la vida social (Villanueva, 2000).

Por último, es preciso decir que independientemente de que el embarazo preceda o no al abandono escolar se vincula con la dificultad para lograr la independencia económica, debido a que las jóvenes usualmente realizan actividades por la que

reciben poca remuneración, lo cual disminuye las probabilidades de que superen las condiciones de pobreza en las que generalmente viven (Rodríguez & Hopenhayn, 2007)

Como se ha visto tanto el embarazo como la maternidad adolescente se asocian a condiciones de vida adversa y a mayores problemas para la salud física de la madre y su hijo (Colín & Villagómez, 2010), lo cual justifica sean temas de interés creciente para la salud pública, sin embargo es pertinente se consideren los trastornos de salud mental que pueden experimentar las madres adolescentes, como son los síntomas depresivos y de ansiedad, debido a que estos trastornos dificultan aún más que las adolescentes se adapten a su rol materno (Panzarine, Slater & Sharps, 1995; Ramos-Marcuse et al 2009; Lanzi, Bert & Jacobs, 2009) y que sus hijos tengan más probabilidades de desarrollar problemas de conducta, cognitivos, afectivos y de lenguaje (Leadbeater & Bishop, 1994; Sohor-Preston & Scaramella, 2006; Lanzi et al., 2009; Glasheen et al., 2013).

Recientemente una revisión de la literatura con estudios de países desarrollados y en desarrollo reportó que durante el posparto inmediato la proporción de síntomas depresivos varía entre 6.5% y 12.9% en mujeres de cualquier edad y, que estos síntomas son más frecuentes en las adolescentes en comparación con la adultas (Kleiber & Dimidjian, 2014). Respecto a los síntomas de ansiedad en el posparto, poco se ha investigado en población adolescente, pero estudios con adultas sugieren que esta sintomatología también es bastante frecuente (Heron, O'Connor, Evans, Goldin & Glover, 2004; Yelland, Sutherland & Brown, 2010; Navarrete, Lara, Navarro, Gómez & Morales, 2012).

Capítulo 2

2.1 Depresión Posparto (DPP)

Es un trastorno que puede llegar a ser incapacitante (McElderry, 2001) y las mujeres que lo experimentan tienen que lidiar con la pérdida de control de sus emociones, pensamientos y acciones (Beck, Records & Rice, 2006). La DPP comparte los mismos síntomas de la depresión que ocurren en cualquier otro periodo de la vida, pero se distingue en que los pensamientos y sentimientos giran en torno al recién nacido; por ejemplo las mujeres pueden sentirse incapaces de cuidarlo, tener ideas obsesivas y/o culpa con respecto a los cuidados que proporcionan al bebé y en algunos casos desinterés por su hijos (Wolff, Valezuela, Esteffan & Zapata, 2009)

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-V *por sus siglas en inglés*), se utiliza un especificador del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) para denominar a los episodios con inicio en el periparto o, más específicamente aquellos que suceden durante el embarazo y en las cuatro primeras semanas después del parto (e incluso meses después) (APA, 2013)

Para determinar el diagnóstico de TDM, deben experimentarse cinco o más de los síntomas que a continuación se describen, mínimo por un periodo de dos semanas y representar un cambio en el funcionamiento previo. Al menos uno de los dos primeros síntomas debe estar presente (APA, 2013)

1. Ánimo deprimido la mayor parte del día todos los días.
2. Pérdida del interés o de 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 aumento del peso.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
7. Sentimiento 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.

En la mayoría de las investigaciones se considera que la DPP puede iniciar desde las cuatro semanas después del parto y hasta el primer año; se le diferencia de la **tristeza materna** (*baby blues*) en que los síntomas de ésta última disminuyen entre 10 y 12 días después del alumbramiento, excepto en los casos en que se desarrolla depresión (O'Hara, Wisner & Asher, 2014). Por lo anterior es que la tristeza materna se considera como un factor de riesgo significativo (Ikeda & Kamibeppu, 2013; Watanabe, et al., 2008).

Entre las madres adolescentes (estadounidenses), se ha reportado una prevalencia del 6% de TDM al usar la Escala de Desórdenes Afectivos y Esquizofrenia (*SADS, por sus siglas en inglés*) a las seis semanas después del parto, sin embargo este resultado no fue significativo al ser comparado con un grupo control de adolescentes sin hijos. (Troutman & Cutrona, 1990).

Como se mencionó, para determinar un diagnóstico de TDM deben cumplirse ciertos criterios por al menos un periodo de dos semanas; sin embargo el DSM-V indica que en ocasiones estos criterios no se cumplen, pero que los individuos experimentan síntomas clínicamente significativos capaces de producir un deterioro social, laboral y en otras áreas del funcionamiento (APA, 2013), por lo que es relevante tenerlos en cuenta. En este mismo sentido, la literatura sugiere que los síntomas depresivos deben ser detectados y atendidos para evitar que lleguen a convertirse en un TDM (Cuijpers & Smit, 2004). Los criterios para definir la presencia de síntomas depresivos varían en el campo de la investigación, sin embargo los siguientes cuatro parecen englobar el modo en que se les opera (Bertha & Balázs, 2013)

1. Tener uno de los dos primeros síntomas que forman parte de TDM, con o sin la presencia adicional de otros síntomas.
2. Cumplir con el criterio de depresión menor.

3. La presencia de algunos síntomas de TDM (2, 3 o la mitad) que causen un deterioro en el funcionamiento.
4. Puntajes elevados de depresión evaluados a través de una escala de autoreporte.

Si bien, uno de los medios ampliamente utilizados para identificar la sintomatología depresiva son los puntajes elevados en las escalas de autoreporte (Bertha & Balázs, 2013; Cuijpers & Smit, 2004; Pincus, Davis & McQueen, 1999), se ha precisado que dichos puntajes deben diferenciarse tanto del diagnóstico de depresión como del malestar clínicamente significativo, esto a pesar de que los síntomas depresivos en ocasiones pueden coincidir con el diagnóstico de depresión (Fechner-Bates, Coyne & Schwenk, 1994)

2.2 Prevalencia de síntomas depresivos en el posparto (SDPP) en adolescentes

Diversas investigaciones realizadas en países desarrollados han reportado una prevalencia de síntomas depresivos variable. Una investigación con 50 adolescentes estadounidenses predominantemente de raza negra, en la que se evaluó la sintomatología depresiva a los seis meses posparto con el Inventario de Depresión de Beck que consta de 21 ítems (*BDI, por sus siglas en inglés*), se encontró que el 20% de la muestra presentó síntomas depresivos leves y el 24% presentó síntomas moderados a severos (Panzarine et al., 1995)

Otro estudio realizado en Estados Unidos (E.U.A) con 21 mamás adolescentes en mayoría afroamericanas, hispanas y caucásicas se encontró que en el tercer mes posparto el 53% de la muestra presentó síntomas depresivos. En este estudio se consideró que tener un puntaje mayor o igual a 16 puntos en la Escala de Depresión del Centro de estudios Epidemiológicos para niños (*CES-DC, por sus siglas en inglés*) era indicador de la sintomatología (Hudson, Elek & Campbell-Grossman, 2000)

También en E.U.A. un estudio con 149 adolescentes afroamericanas, hispanas y caucásicas, que se encontraban entre el tercer mes y primer año posparto, reportó

que 29% de las participantes en el estudio obtuvieron 13 o más puntos en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (*EPDS, por sus sigla en inglés*), puntaje que se consideró como indicador de síntomas clínicos de depresión (Birkeland, Thompson & Phares, 2005)

Una investigación longitudinal realizada con 623 adolescentes Afroamericanas, México-americanas y Caucásicas, en la cual se reporta la prevalencia de síntomas depresivos moderados a severos en cuatro tiempos distintos (3, 12, 24 y 48 meses posparto), los cuales se midieron con el BDI en su versión corta de 13 ítems; se observó que la prevalencia de la sintomatología fue mayor en el tercer mes posparto (36.7%) y a pesar de que hubo una reducción global de los síntomas en los siguientes tres tiempos la prevalencia continuó siendo considerable, fluctuando entre 28.4% a los 12 meses y 21.1% a los 48 meses (Schmidt, Wiemann, Rickert & Smith, 2006).

En Portugal un estudio de seguimiento llevado a cabo con adultas (n=54) y adolescentes (n=54) encontró que entre el segundo y tercer mes posparto las adolescentes (25.9%) tuvieron una mayor prevalencia de síntomas depresivos en comparación con las adultas (9.3%). El instrumento utilizado para medir la sintomatología fue el EPDS en la cual un puntaje de ≥ 13 puntos se consideró como indicador de un probable episodio depresivo mayor (Figueiredo, Pacheco & Costa, 2007)

Por otra parte, un trabajo realizado con 168 mamás adolescentes en mayoría Afroamericanas y Latinas, que se encontraban en el primer semestre posparto; observó que 53.6% de la muestra tenían síntomas depresivos al ser evaluadas con el CES-DC (≥ 16 puntos) (Cox et al., 2008).

Otra investigación realizada con adolescentes (n=396) y adultas (n=286) estadounidenses encontró que en el primer semestre posparto el 26.9% de las mamás adolescentes y el 39.3% de las adultas tuvieron sintomatología depresiva leve-moderada; sin embargo el 11.3% de las adolescentes presentaron sintomatología moderada-severa en contraste con el 4.9% de las adultas,

asimismo entre las más jóvenes hubo una proporción ligeramente mayor de síntomas severos (3.8%) en contraste con las adultas (2.4%). En este estudio se utilizó el BDI (21 ítems) para medir los síntomas depresivos (Lanzi et al., 2009).

Un estudio más, con 177 adolescentes afroamericanas reportó que a las 3 semanas después del parto el 49% de la muestra presentó síntomas depresivos, los cuales declinaron a 37% a los seis meses posparto. En este estudio se usó el BDI para evaluar la sintomatología y se consideró un punto de corte > 9 como indicador (Ramos-Marcuse et al., 2009).

Más recientemente una encuesta poblacional realizada en Canadá con mujeres adultas (n= 6, 016) y adolescentes (n= 288) que se encontraban entre el quinto y noveno mes después del parto, mostró que 14% de las adolescentes y 7.2% de las adultas tenían síntomas depresivos. En este estudio haber obtenido un puntaje total de 14 o más en la EPDS se consideró indicador de la sintomatología depresiva (Kim, Connolly & Tamim, 2014)

En Latinoamérica, hasta el momento se han encontrado dos investigaciones. La primera se realizó con 284 madres adolescentes dominicanas que tenían 15 días de haber dado a luz y que fueron evaluadas con la Escala de Hamilton para depresión, con ésta se encontró un 81.2% de síntomas leves, 13.6% de moderados (18-24 puntos) y 5.2% de síntomas severos (≥ 25 puntos) (Tejada, Morillo, Orbe & Pérez, 2002). La segunda es una investigación colombiana con 73 participantes de 14 a 20 años, en la cual hubo 3% de depresión posparto dentro de las primeras tres semanas (21 días), misma que fue confirmada por un especialista en psiquiatría usando los criterios del DSM-IV entre quienes habían obtenido ≥ 10 puntos en la EPDS. Cabe destacar que 24 horas antes del parto se evaluó a las adolescentes para descartar a quienes tuvieran un cuadro de depresión (Latorre-Latorre, Contreras-Pezzoti & García-Rueda, 2006).

En México, un estudio comparativo con adolescentes (n=81) y adultas (n=217) encontró 16.05% y 14.3% respectivamente de síntomas depresivos al utilizar la EPDS (≥ 13) (De Castro, Hinojosa-Ayala, & Hernández-Prado, 2011); mientras

que Lara et al. (2012) llevaron a cabo un estudio poblacional (n=145,514) en el cual los síntomas depresivos leves tuvieron una prevalencia de 2.3% (CES-D de 16 a 23) y los severos 4.4% (CES-D \geq 24), en total 6.7% durante el primer semestre posparto. Además, hubo una prevalencia de síntomas depresivos graves de 3% (CES-D \geq 24) en el segundo semestre posparto y 24.7% en las madres de un infante mayor a un año.

2.3 Ansiedad en el posparto (APP)

El DSM-V indica que las mujeres con episodios de depresión mayor en el periparto (periodo que abarca el embarazo y posparto) frecuentemente sufren de ansiedad grave y ataques de pánico (APA, 2013). Sin embargo, existen casos en los que no hay una depresión clínica, pero está presente algún trastorno de ansiedad (Matthey, Barnett, Howie & Kavanagh, 2003) que podría llegar a ser subestimado o pasar inadvertido en ausencia del diagnóstico de depresión; por tal motivo se ha sugerido distinguir entre aquellos casos que presentan únicamente depresión o ansiedad, además de identificar los casos en los que estas sintomatologías coexisten (Miller, Pallant & Negri, 2006).

Entre los trastornos de ansiedad prevalentes durante el embarazo y el posparto se encuentran, el pánico, la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada, pero éste último parece ser un poco más frecuente que los demás trastornos durante el posparto (O'Hara et al., 2014, Wenzel, Haugen, Jackson & Brendle, 2005).

A continuación se mencionan las características más importantes de cada trastorno según el DSM-V:

Pánico (TP): es la aparición súbita de un miedo o malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y que durante ese tiempo produce cuatro o más de los siguientes síntomas: Palpitaciones, sudoración, temblor, dificultad para respirar, dolor o molestias en el tórax, náuseas, mareo o desmayo, escalofrío o sensación de calor, entumecimiento, sensación de irrealidad o despersonalización, miedo de perder el control y miedo de morir.

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG): es una preocupación excesiva (anticipación aprensiva) que se produce recurrentemente, por un periodo mínimo de seis meses y que se relaciona con diversos sucesos o actividades y que es difícil de controlar para la persona. Los síntomas que pueden presentarse son: Inquietud o sensación de estar atrapado, fatiga, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño (dificultad para dormirse, continuar durmiendo o sueño inquieto e insatisfactorio).

Fobia social (FS): es un miedo o ansiedad intensa provocado por situaciones en las que una persona se siente expuesta al escrutinio de otra. En este caso, el miedo o ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación y el contexto social.

En el presente trabajo, no se realizará una evaluación diagnóstica de los trastornos previamente mencionados, sino que, se identificará la presencia de algunos signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos (Casullo & Pérez, 1999).

2.4 Prevalencia de síntomas de ansiedad en el posparto (SAPP) en adolescentes

El estudio de los síntomas de ansiedad en las madres adolescentes ha recibido menos atención en comparación con los depresivos (Madigan et al., 2014) y no se han encontrado datos actuales sobre la prevalencia de los primeros. Desde hace más de una década en Portugal se realizó una investigación con adolescentes embarazadas, misma que reportó 23% de síntomas de ansiedad y 21% de síntomas depresivos, además no hubo diferencias en éstos porcentajes en los tres trimestres gestacionales (De Freitas & Botega, 2002). Por otra parte, un estudio Tailandés, realizado hace casi veinte años y en el que también se evaluó la presencia de ambas sintomatologías, tanto en adolescentes como adultas se observaron porcentajes de síntomas de ansiedad en un 15% y 12% respectivamente (Piyasil, 1998).

En México, no se encontraron estudios sobre la prevalencia de síntomas de ansiedad en el posparto en adolescentes. Sin embargo, una investigación realizada con adultas muestra que 14% de las mujeres presentaron síntomas de ansiedad durante el embarazo, el 10% a las seis semanas posparto y 9% entre los 4-6 meses posparto (Navarrete et al., 2012). Estas cifras son cercanas a las prevalencias encontradas con mujeres adultas en países desarrollados, de 8.9% a 21% entre el primer y segundo mes después del alumbramiento (Heron et al., 2004; Ikeda & Kamibeppu, 2013) y 12.7% a los seis meses (Yelland et al., 2010).

Aunque hay información escasa sobre la prevalencia de los síntomas de ansiedad entre las mamás adolescentes, recientemente se publicó un estudio canadiense que aporta información sobre esta sintomatología en comparación con la depresiva (Madigan et al., 2014). En dicho estudio se reportaron las puntuaciones medias tanto de los síntomas depresivos como de ansiedad en un grupo de 55 mamás adolescentes en tres momentos distintos (Madigan et al., 2014); la sintomatología depresiva se evaluó con el Inventario de Depresión de Beck, segunda edición (IBD-II) y la sintomatología ansiosa se midió con la Escala de Ansiedad Asociada a los Trastornos Emocionales en niños (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, SCARED, por su siglas en inglés*). Los resultados de la sintomatología depresiva fueron: Prenatal (M= 15.0; DE=10.1), a los seis meses posparto (M=12.4; DE=11.4) y al año posparto (M= 12.3; DE= 10.8). En relación a los síntomas de ansiedad, se observó lo siguiente: Prenatal (M= 22.6; DE=13.9), a los seis meses posparto (M= 22.8; DE= 15.4) y al año posparto (M= 18.8; DE= 11.8).

Como puede verse, los resultados de estos estudios sugieren que la sintomatología ansiosa puede ser tan frecuente como la depresiva, por tanto es pertinente contar con información actualizada sobre su prevalencia.

2.5 Factores asociados a los síntomas depresivos en el posparto (SDPP)

Si bien, investigaciones realizadas con mujeres adultas han mostrado que durante el embarazo el cerebro está expuesto a un incremento de 100 veces en los niveles de estradiol, hormona que se reduce significativamente durante los primeros días después del alumbramiento y cuyos efectos neurobiológicos de tal disminución predisponen al desarrollo de la depresión posparto (O'Hara et al., 2014), también diversas investigaciones han evidenciado que algunas circunstancias de vida de cada mujer generan vulnerabilidad (Milgrom & Gemmill, 2014).

A continuación se presentan los resultados obtenidos por algunas investigaciones precedentes que han evaluado la relación entre la sintomatología depresiva y algunos factores sociodemográficos y psicosociales. La mayoría de éstos estudios se han realizado únicamente con madres adolescentes y en algunos casos son investigaciones con mujeres adolescentes y adultas, en tales casos se hace la aclaración.

a) Factores sociodemográficos

Estado civil / tener o no pareja / cohabitar

Una investigación con madres adolescentes y adultas sugiere que sin distinguir por la edad materna, tener una pareja protege contra los SDPP, pero una vez que se ajusta por otras variables sociodemográficas y psicosociales, dicha asociación desaparece (Kim et al., 2014).

Otra investigación solo con adolescentes, mostró que no tener pareja incrementa poco más de 20 veces la probabilidad de tener síntomas depresivos leves durante el primer año posparto, independientemente de variables como no asistir a la escuela, el ingreso, el semestre posparto, entre otras (Lara et al., 2012).

Por otra parte, Figueiredo et al. (2007) encontraron que vivir con la pareja durante el embarazo no incrementaba el riesgo de padecer síntomas depresivos entre las adolescentes y adultas de su estudio, sin embargo aquéllas que vivían con la pareja en el posparto tenían una mayor tendencia a presentar la sintomatología.

Los autores consideraron que esto podría deberse al incremento de los conflictos entre la pareja durante los meses posteriores al nacimiento del bebé. En contraste con estos resultados, De Castro et al. (2011) quienes también evaluaron ambos grupos de edad, vieron que vivir con la pareja durante el posparto protegía de los síntomas depresivos, pero sólo en el grupo de las adultas. En este mismo sentido Nunes y Phipps, (2013) observaron que no estar casada incrementaba la probabilidad de tener síntomas depresivos en el posparto, pero sólo entre las mujeres de 25 o más años, mientras que en el grupo de 15 a 19 y de 20 a 24 esto no implicaba un riesgo.

Escolaridad / asistir o no a la escuela

Hace ya varios años que Kalil, Spencer, Spieker y Gilchrist (1998) reportaron que en su investigación fue más probable la presencia de los síntomas depresivos a los seis meses posparto entre las adolescentes que abandonaron la escuela; sin embargo dicha asociación se perdía al ajustar por variables como coresidir con la propia madre, los conflictos con ella y la cohesión familiar.

Recientemente, De Castro et al. (2011) notaron que una mayor educación disminuía la vulnerabilidad a los síntomas depresivos, pero sólo cuando se consideraba a las adolescentes y adultas en conjunto, ya que al evaluar dicha relación en cada grupo no hubo significancia estadística. De modo similar a estos resultados, Kim et al. (2014) en su estudio con adolescentes y adultas, descubrieron que había una tendencia a sufrir menos síntomas depresivos conforme aumentaba el nivel de estudios, pero únicamente se encontró significancia estadística entre aquellas mujeres que se habían graduado de la universidad en comparación con las que tenían estudios de preparatoria o menos.

En la investigación de Lara et al. (2012), con adolescentes de 13 a 19 años no se encontró asociación entre el abandono o el rezago escolar y los síntomas depresivos leves, tampoco hubo relación entre la sintomatología depresiva grave y el rezago escolar; pero el abandono escolar incrementaba casi dos veces la vulnerabilidad a los síntomas depresivos graves en el primer año posparto. En

contraste con esta evidencia, Figueiredo et al. (2007) no lograron establecer relación entre la escolaridad y los síntomas de la depresión entre las adolescentes de 14 a 18 años de su estudio.

Edad

Algunos estudios sugieren que las madres adolescentes pueden ser más vulnerables que las adultas a padecer los síntomas depresivos en el posparto. (Figueiredo et al., 2007; Kim et al., 2014). Esto puede deberse como se dijo en un principio, a que enfrentan los retos específicos de la adolescencia, además de llevar desempeñar el rol materno (Yozwiak, 2010).

Deal y Holt (1998) evaluaron a madres adolescentes y adultas de raza negra y blanca. Después de ajustar por variables como el ingreso y el estado civil, los investigadores notaron que seguía existiendo una asociación inversa, aunque marginal, entre la edad materna y la sintomatología depresiva. En el grupo de raza negra, las adolescentes de 15 a 17 eran las más propensas a los síntomas depresivos en comparación con la mujeres de 25 a 34 años, pero en el grupo de raza blanca tener 18 y 19 años implicaba mayor riesgo en comparación con las adultas.

En la investigación de Kalil et al. (1998), en la cual la edad media de la muestra fue de 16.5 años (DE= .77) a los meses posparto, se encontró que ser una mamá joven era un predictor significativo de la sintomatología depresiva, incluso después de ajustar por variables como la coresidencia con la propia madre, la falta de cohesión familiar y los conflictos con la madre.

Por su cuenta, Figueiredo et al. (2007) encontraron que tener menos de 18 años se asociaba significativamente con el riesgo de tener una puntuación ≥ 13 puntos en la EPDS; incluso al ajustar por otras variables como la escolaridad, desempleo, vivir con la pareja, vivir con la familia de origen, ser primípara y haber estado deprimida durante el embarazo.

Recientemente, Kim et al. (2014) encontraron que en el transcurso del primer año posparto, las mamás de 20 o más años tenían 44% menos probabilidades de experimentar síntomas depresivos en el posparto en comparación con las mamás de 15 a 19 años y este resultado estaba ajustado por diversas variables sociodemográficas y psicosociales.

En contraparte a esta evidencia, los resultados de algunas investigaciones no han encontrado asociación entre la edad materna y los SDPP (Birkeland et al., 2005; Caldwell, Antonucci & Jackson, 1998; Latorre-Latorre et al., 2006).

Nivel socioeconómico / empleo

Caldwell et al. (1998) evaluaron en el tercer mes posparto la sintomatología depresiva en madres adolescentes y las mamás de ellas. Estos autores reportaron que en el grupo de las jóvenes había una relación inversa, aunque no significativa entre el nivel socioeconómico percibido y la sintomatología, en cambio en el grupo de las abuelas un predictor importante de los síntomas era considerar que no se tenían suficientes recursos económicos para cubrir sus necesidades.

Otra investigación, realizada por Lanzi et al. (2009) muestra que en el grupo de las mamás con empleo había menos probabilidades de tener síntomas depresivos a los seis meses posparto en comparación con las mujeres sin empleo. Esto sucedía al considerar la muestra total, pero una vez que se indagó el efecto de tener o no empleo en los subgrupos de adolescentes y adultas no se encontró ninguna asociación. A diferencia de este último resultado, en la investigación de De Castro et al. (2011) no se encontró asociación entre tener un ingreso bajo y los síntomas de la depresión al considerar a las adolescentes y adultas en conjunto y, tampoco en el subgrupo de las madres adolescentes, pero en el subgrupo de las adultas el ingreso bajo sí aumentaba la propensión a la sintomatología depresiva.

Por otra parte, Figueiredo et al. (2007) no encontraron asociación entre el desempleo y la presencia de síntomas depresivos entre las adolescentes y adultas de su estudio. En línea con este último resultado, Lara et al. (2012) reportó que un ingreso menor a dos salarios mínimos no se relacionaba con la sintomatología.

b) Factores psicosociales

Síntomas depresivos y de ansiedad antes o durante la gestación.

Los resultados ajustados de una encuesta realizada con adolescentes y adultas, indican que las mujeres que reportaron un diagnóstico previo de depresión tenían más de dos veces la probabilidad de presentar SDPP en comparación con las que no reportaron dicho diagnóstico (Kim et al., 2014).

Otro estudio realizado con cuatro diferentes grupos de edad (15 a 19; 20 a 24; 25 a 29; 30+) demostró que las adolescentes y adultas jóvenes fueron más propensas a tener un diagnóstico de depresión en el año previo a su más reciente embarazo y que la prevalencia de este diagnóstico declinó de 14.5% entre las adolescentes a 9.14% en las adultas, además el riesgo de presentar síntomas depresivos durante el primer año posparto se incrementó poco más de tres veces entre las adolescentes que tuvieron el diagnóstico de depresión previa. Por otra parte, el haber presentado depresión durante el embarazo en esta investigación no mostró una tendencia clara entre los diferentes grupos de edad (Nunes & Phipps, 2013).

En la investigación de Figueiredo et al. (2007) que también incluyó mujeres adolescentes y adultas, se observó que haber obtenido un puntaje de ≥ 13 puntos en la EPDS durante la gestación (24-36 semanas) fue el predictor más importante para tener sintomatología depresiva entre el segundo y tercer mes después de alumbramiento independientemente de otras variables.

Por su cuenta, Lanzi et al. (2009) indican que en su investigación 32% de las adolescentes y 31.9% de las adultas de su estudio tuvieron sintomatología depresiva consistente desde el embarazo y hasta el sexto mes posparto.

Los resultados de Fagan y Lee (2010), en su investigación realizada con adolescentes de 13 a 19 años observaron que los síntomas depresivos medidos durante el embarazo se asociaron significativamente con los síntomas depresivos

en el posparto independientemente de otras variables en los cuatro modelos que propusieron.

Por otra parte, algunos estudios recientes con mujeres adultas sugieren que los síntomas de ansiedad en el embarazo predicen aún más los SDPP (O'Hara et al., 2014). Es así que Heron et al. (2004) mostraron que haber presentado síntomas de ansiedad a las 32 semanas de embarazo incrementaba más de dos veces la probabilidad de tener sintomatología depresiva a las 18 semanas y ocho meses posparto. Igualmente, Navarrete et al. (2012) notaron que los síntomas de ansiedad prenatal, predijeron síntomas depresivos a las seis semanas y en el segundo semestre posparto; explicando el 10.1% y 7.9% de la varianza respectivamente.

Apoyo social

El apoyo social se define como un proceso interactivo, a través del cual una persona obtiene apoyo emocional (empatía, afecto, cuidados), instrumental (apoyo material, económico, servicios, ayuda con algunas actividades o tareas), información y reconocimiento de su red social (House, 1981, en Skärsäter, Agren, & Dencker, 2001). Durante el posparto, contar con dicho apoyo es esencial para las mujeres de cualquier edad, debido a que disminuye la probabilidad de tener sintomatología depresiva (Beck, 2002; Kim et al., 2014), sin embargo se ha sugerido que sus efectos pueden ser mayores para las madres adolescentes (De Castro et al., 2011). En la mayoría de los casos el apoyo proviene de la propia madre de las adolescentes y se considera fundamental (Caldwell et al., 1998; Kalil et al., 1998), aunque también se ha visto que contar con el apoyo del propio padre es de gran trascendencia (Caldwell, Antonucci, Jackson, Wolford & Osofsky 1997).

Kim et al. (2014) encontraron que las mujeres de cualquier edad con poco o nulo apoyo disponible cuando lo requerían tuvieron cinco veces más probabilidad de presentar síntomas depresivos en el posparto. De modo similar, Brown, Harris, Woods, Buman y Cox, 2012; en su estudio longitudinal con adolescentes que

tenían desde días y hasta 10 meses posparto (cuando se les evaluó por primera vez) demostraron que los síntomas depresivos se relacionaban con un menor apoyo social (afectivo e instrumental) tanto en la línea base como a los 4 meses y al año de seguimiento. Además, Panzarine et al. (1995) observaron que las adolescentes con más síntomas depresivos están menos satisfechas con el apoyo que tenían, aunque al comparar con un grupo sin la sintomatología no había diferencias en el apoyo social proporcionado.

Adicionalmente investigadores como Logsdon, Birkimer, Simpson y Looney (2005) indican que recibir mucho apoyo de la familia, la pareja y amigos puede ser dañino, especialmente cuando el apoyo recibido no es deseado o no cumple las expectativas y sugieren que puede enviar el mensaje a las adolescentes de que son incapaces, lo que podría derivar en sentimientos de tristeza y depresión.

Otros autores han mencionado que para las adolescentes vivir con solo un adulto en casa (Lanzi et al., 2009), sentirse aislada (Birkeland et al., 2005; Hudson et al., 2000), tener una red social disminuida (Hudson et al., 2000), no tener con quien hablar de los problemas, carecer de apoyo económico y no contar con alguien que apoye en los cuidados que requiere el bebé son factores que se asocian a una mayor vulnerabilidad a los síntomas depresivos (Nunes & Phipps, 2013).

Satisfacción de pareja

Representa el grado de bienestar general de la pareja en relación a la comunicación, afecto, similitud de valores, las actividades que realizan juntos, así como la toma de decisiones (Beck, 2002). Latorre-Latorre et al. (2006) en su investigación encontraron que una minoría de las adolescentes reportaron haber tenido dificultades con la pareja y que esto no se asociaba a los SDPP.

Por su cuenta, Fagan y Lee (2010) en su análisis bivariado que permitió comparar las mediciones realizadas en el embarazo y posparto, encontraron que en la segunda medición (3 meses) las adolescentes que percibían significativamente menos apoyo por parte de su pareja, estaban menos satisfechas con la cantidad de tiempo que los papás de sus bebés les dedicaban a ellas y además notaron un

aumento de los conflictos de pareja. También hubo un aumento de la sintomatología depresiva en el posparto, pero el cambio no fue estadísticamente significativo. Posteriormente, en el análisis múltiple (segundo modelo) encontraron que los síntomas depresivos en el embarazo y la insatisfacción con el tiempo que la pareja pasaba con el bebé se relacionaban con los síntomas depresivos en el posparto. El resto de las variables incluidas en su modelo 2 y que no fueron significativas son: el nivel con que se involucraron las parejas con las madres adolescentes y varias actividades relacionadas con el embarazo, la satisfacción con el tiempo que pasaban juntos durante la gestación, la percepción de recibir poco apoyo de la pareja (emocional, resolver problemas relacionados con el cuidado del bebé como comprar cosas o llevarlo al doctor) y la poca participación del padre en actividades relacionadas con el cuidado del bebé (jugar con él, cambiar el pañal).

Autoestima

Es el sentimiento global de sentirse valiosa, con confianza y bien consigo misma (Beck, 2002). Varias investigaciones realizadas con adolescentes y adultas a excepción de una (Hudson et al., 2000) han mostrado su influencia en el desarrollo de la sintomatología depresiva. Por ejemplo Chen (1996) encontró que las adolescentes de su estudio en comparación con las adultas tenían menor autoestima y mayores niveles de sintomatología depresiva. Asimismo, Hall, Kotch, Browne, Rayens y Kay (1996) que también evaluaron ambos grupos de edad, así como Caldwell et al. (1997) y Ramos-Marcuse et al. (2009) quienes solo evaluaron adolescentes, también observaron que una menor autoestima incrementaba la sintomatología. Por su cuenta, Srisaeng (2003) en su estudio con adolescentes de 14 a 19 años mostró que independientemente de la edad, escolaridad, paridad, estatus civil, ingreso familiar, desempleo y el embarazo no planeado; tener una baja autoestima permanecía como predictor significativo de los síntomas depresivos. Por último, Logsdon et al. (2005) notaron que una baja autoestima durante la gestación (32 a 36 semanas) predecía los síntomas depresivos a los

seis meses posparto independiente mente del apoyo social en adolescentes de 13 a 18 años.

Problemas con el cuidado del bebé y el temperamento infantil

El primero de estos factores se refiere a las dificultades que se enfrentan para alimentar al bebé, problemas para dormirlo, así como los problemas con su salud; mientras que el segundo factor se refiere a la personalidad o disposición del infante. Un bebé con temperamento difícil se define como irritable, nervioso (*Irritable*), muy delicado, exigente (*fussy*), impredecible y difícil de consolar (Beck, 2002).

Recientemente una investigación en la que se evaluó la percepción que las madres adolescentes tenían de sus bebés, se encontró que considerarlos como inaceptables y difíciles de manejar fueron dos variables que independientemente de la edad, tener una historia previa de depresión, entre otras, incrementaban la probabilidad de tener depresión mayor durante los primeros seis meses después del parto. El diagnóstico se realizó con una entrevista semiestructurada que sigue los criterios del DSM (Venkatesh, Phipps, Triche & Zlotnick, 2014). A su vez Secco et al. (2007), identificaron en su análisis ajustado que las expectativas reportadas por las adolescentes durante su tercer trimestre de embarazo, en relación a sentir frustración ante el continuo llanto y queja de los bebés, a pesar de los cuidados que se les proporcionarían; era el predictor más relevante de los síntomas depresivos a las 4 semanas después del parto, explicando el 19% de la varianza, en tanto que el estatus socioeconómico explicaba el 7% restante. Cabe destacar que en éste estudio el apoyo social de la familia fue una de las variables consideradas para construir el modelo ajustado; sin embargo no se encontró su asociación con la sintomatología depresiva

Por lo anterior, se tienen motivos para continuar indagando sobre la magnitud de la influencia que tienen la percepción de experimentar problemas con el cuidado del bebé, así como la percepción que sobre su temperamento tiene la madre en el desarrollo de malestar emocional entre las adolescentes, sobre todo si se toma en

cuenta que generalmente experimentan confusión y falta de conocimientos sobre como ejercer los cuidados maternos durante los primeros meses (De Vito, 2010).

Sucesos estresantes

Un *acontecimiento estresante* es un cambio reciente en el entorno personal o social (Paykel, 1983) que puede ser positivo o negativo (Beck, 2002). Hall et al. (1996) observaron que este tipo de eventos ejercieron un efecto directo, pero débil sobre los síntomas depresivos en el posparto en un grupo de mujeres de 12 a 49 años, sin embargo sus resultados indican que los *estresores de la vida diaria (cotidianos o crónicos)* tuvieron una asociación aún más fuerte con los niveles elevados de la sintomatología. En contraste con este resultado, en la literatura sobre madres adolescentes se ha visto que un mayor número de acontecimientos de vida negativos (Srisaeng, 2003; Ramos-Marcuse et al., 2009) como discutir más de lo usual con la pareja (Fagan & Lee, 2010), haber tenido una pelea física, un divorcio o separación y no poder pagar la cuentas (Nunes & Phipps, 2013) están asociados significativamente a los síntomas de depresión posparto. En este sentido, Kim et al. (2014) reportaron que sin distinguir entre adolescentes y adultas, tener problemas de salud en el embarazo y estar hospitalizada después del parto también incrementaban la probabilidad de experimentar los síntomas de la depresión.

Embarazo no planeado / no deseado

Un embarazo es no planeado cuando una mujer desea ser madre en algún momento de su vida, pero hubiera preferido que el embarazo al que se hace referencia ocurriera en un momento distinto, mientras que, un embarazo no deseado sucede cuando una mujer no deseaba convertirse en madre ni en ese momento ni después (CONAPO, 2010).

Gipson, Koenin y Hindin (2008) en su revisión de la literatura encontraron evidencia de que la maternidad no deseada se relaciona con el declive del bienestar psicológico, el incremento de la sintomatología depresiva y de ansiedad

entre las mujeres adultas. Por otra parte, un estudio realizado con adolescentes y adultas encontró que entre quienes refirieron durante la gestación (17-27 semanas) no haber planeado ni deseado su embarazo, a los tres meses posparto tenían dos veces el riesgo de presentar síntomas depresivos en comparación con las mujeres que habían intentado embarazarse; sin embargo una vez que se ajustó por edad, educación y nivel socioeconómico esta asociación no se observó más (Mercier, Garret, Thorp & Siega-Riz, 2013).

En este mismo sentido, Kim et al. (2014) en su muestra compuesta por adolescentes y adultas tampoco encontraron asociación entre los síntomas depresivos en el posparto y el embarazo no planeado o no deseado, dichos resultados estaban ajustados por algunas características sociodemográficas, depresión previa, problemas de salud en el embarazo, consumo de sustancias como alcohol y drogas, tipo de parto, percepción de la experiencia de parto (negativa, positiva, ninguna), tener o no información sobre la depresión posparto, entre otras.

Asimismo, otra investigación en la que se analizaron varios grupos de edad, el embarazo no planeado y no deseado se asoció significativamente con los síntomas depresivos en el posparto entre las mujeres de más de veinte años, aunque dicha relación no se encontró entre las adolescentes. En este último grupo, lo que se asociaba a la sintomatología depresiva es que sus parejas no desearan el embarazo (Nunes & Phipps, 2013). En concordancia con lo antes mencionado, los resultados de un estudio realizado con adolescentes mexicanas, en el que 61.5% declaró que su embarazo no fue planeado, tampoco hubo asociación con la sintomatología depresiva (De Castro, 2011). Por otra parte, otro estudio Latinoamericano reportó que la sintomatología depresiva moderada a severa se presentó con mayor frecuencia entre quienes no habían deseado su embarazo, pero no se evaluó la fuerza de asociación entre las variables (Tejada et al., 2002).

En relación con la dificultad para encontrar asociación entre los síntomas depresivos en el posparto y el embarazo no planeado o no deseado, se ha dicho que podría deberse a ciertos aspectos culturales (Latorre-Latorre et al., 2006) como que la maternidad se considere algo natural e inseparable al hecho de ser mujer y que al suceder en la adolescencia se viva como un destino adelantado y en ocasiones sea la única valoración en tanto sujeto social (Melgar, 2015; Román, 2000). Debido a estas circunstancias y teniendo en cuenta que en México se ha estimado que 40.6% de las adolescentes no han planeado ni deseado su embarazo (CONAPO, 2010) se desea continuar indagando su influencia, pero no solo en relación a los síntomas depresivos sino también con los síntomas de ansiedad.

2.6 Factores asociados a los síntomas de ansiedad en el posparto

En tanto que no se han encontrado datos sobre la influencia que tienen los factores sociodemográficos y psicosociales sobre los síntomas de ansiedad entre las madres adolescentes, se presenta información predominantemente obtenida de investigaciones sólo con adultas y en ocasiones se usaron los datos de estudios con adultas adolescentes, en dichos casos se aclara como está conformada la muestra. La búsqueda realizada hasta el momento sugiere que el reducido grupo de investigaciones sobre los síntomas de ansiedad podría deberse a la comorbilidad de estos trastornos con los depresivos (O'Hara et al., 2014); sin embargo como se mencionó líneas arriba también se ha argumentado que ésta sintomatología puede presentarse de manera independiente (Matthey et al., 2003).

Por otra parte, cabe destacar que los estudios identificados fueron publicados en fechas recientes lo que podría ser indicador del interés creciente por la sintomatología ansiosa en la población perinatal.

a) Factores sociodemográficos

Edad / escolaridad / estado civil

En relación a estas variables Yelland et al. (2010) en su estudio con adolescentes y adultas encontraron que tener entre 16 y 24 años de edad, vivir en unión libre, vivir sin la pareja, ser soltera, viuda, divorciada o separada y no tener educación secundaria terminada, se asociaban a los síntomas de ansiedad en el posparto; sin embargo una vez que se realizó el análisis ajustado, ya no se observó tal asociación. En el estudio de Henderson y Redshaw (2013) que también incluyó participantes que por lo menos tuvieran 16 años, se identificó que las adolescentes y las mujeres menores de treinta años tenían mayores probabilidades de experimentar ansiedad posnatal. Por otra parte, algunas investigaciones solo con adultas, reportan que no tener pareja (Navarrete et al, 2012), tener menos de 25 años y una escolaridad más baja se asocian a la sintomatología (Martini et al., 2015; Seymour, Giallo, Cooklin & Dunning, 2015) aunque dicha asociación no se observa con el nivel socioeconómico (Martini et al., 2015).

b) Factores psicosociales

Ansiedad prenatal

O'Hara et al. (2014) en su revisión de la literatura sugieren que el mayor factor de riesgo para presentar ansiedad perinatal (durante el embarazo o posparto) es tener una historia de trastornos de ansiedad. En este mismo sentido investigaciones con adultas han visto que, haber experimentado síntomas de ansiedad antes (Martini et al., 2015) o durante el embarazo predicen la sintomatología ansiosa en el posparto (George, Luz, Tychev, Thilly & Spitz, 2013; Martini et al., 2015; Navarrete et al., 2012). Asimismo, un estudio con adolescentes y adultas observó que las mujeres con antecedentes psiquiátricos personales y problemas de aprendizaje eran más vulnerables a los síntomas de ansiedad posnatal (Henderson & Redshaw, 2013)

Apoyo social

Investigaciones precedentes con adultas observaron que la insatisfacción con el apoyo social durante el embarazo es un predictor de las sintomatología ansiosa a las seis semanas y el segundo trimestre posparto (Navarrete et al., 2012) y que a mayor apoyo social menos probabilidades de presentar la sintomatología (Martini et al., 2015).

Adicionalmente, una investigación cualitativa con seis mujeres adultas en la que se exploraba sobre su experiencia en relación a los síntomas de ansiedad en el posparto, mostró que, a pesar de tener una red de apoyo conformada por familiares, amistades y profesionales de la salud, varias participantes expresaron que sus experiencias relacionadas con los síntomas de ansiedad fueron anuladas por los miembros de su red social y también enfrentaron la carencia de soporte emocional y práctico; por ejemplo más que considerarse apoyadas por sus amistades o familiares se sentían críticas o subestimadas. Además, llegaban a vivir gran frustración debido a la distribución inequitativa de las tareas relacionadas con el cuidado del infante entre la pareja. Por último, las participantes mencionaron que no obtenían la cantidad ni el tipo de apoyo que necesitaban del sistema de salud. Afirmaban que sus médicos no hacían las preguntas correctas para determinar si estaban teniendo dificultades y la mayoría de las mujeres pensaban que sus preocupaciones no se abordaban adecuadamente (Wardrop & Popadiuk, 2013).

Satisfacción de pareja

Dos estudios con mujeres entre 18 y 40 años reportan que, la satisfacción con la relación de pareja reduce la probabilidad de tener síntomas de ansiedad (Martini et al., 2015), mientras que, una mala calidad en la relación de pareja tiene el efecto contrario (Seymour et al., 2015).

Autoestima

Un estudio con adultas reportó que tener una baja autoestima durante el embarazo se correlacionaba con la presencia de la sintomatología ansiosa a las seis semanas y el segundo trimestre posparto; sin embargo al ajustar por otras variables como tener pareja, apoyo social, sucesos estresantes y haber presentado síntomas depresivos y de ansiedad durante la gestación, se observó que la autoestima ya no era un predictor significativo (Navarrete et al., 2012). Por otra parte, un estudio con mujeres entre 18 y 40 años que también evaluó la autoestima materna durante la gestación encontró que a mayor autoestima, menor probabilidad de tener síntomas de ansiedad en el posparto (Martini et al., 2015).

Temperamento infantil y problemas con el cuidado del bebé

Existe evidencia de que durante el primer año posparto la percepción de un comportamiento infantil irritable, hiperactivo o muy demandante se encuentra positivamente asociado a la presencia de los síntomas de ansiedad en mujeres adultas (Seymour et al., 2015).

Los resultados de una investigación con mujeres de 18 o más años, realizada durante el primer mes después del alumbramiento y, en la que se evaluaron distintas dimensiones relacionadas con el temperamento infantil temprano y con las dificultades que conlleva el cuidado del infante, tales como: distracción, enfoque, adaptación, actividad, ritmicidad, intensidad, humor y umbral, mostró que existía una asociación positiva entre la percepción de dificultades en cada una de estas dimensiones y el incremento de la sintomatología. Asimismo, los autores señalan que a pesar de que la asociación tiene una magnitud débil, emerge tempranamente y es independiente de otros factores como la ansiedad rasgo (en la madre), educación, historia de síntomas depresivos y estrés perinatal (Britton, 2011).

Otro estudio en el que se compararon los síntomas de ansiedad y depresión entre un grupo de mujeres adultas que tenían dificultades con sus hijos y un grupo control, se encontró que los síntomas de ansiedad materna estaban más

fuertemente asociados a la percepción conjunta de un temperamento infantil difícil y los problemas asociados al cuidado del bebé durante los primeros cuatro meses después del parto (McMahon, Barnett, Kowalenko, Tennant & Don, 2001).

Sucesos estresantes

En relación a este factor, un estudio realizado con adolescentes y adultas (a partir de 16 años) en el que se evaluaron eventos de vida estresantes como: separación, divorcio, cambiarse de casa, perder el trabajo, muerte de un familiar cercano, además de problemas sociales como: tener deudas, no tener suficiente dinero para comprar alimentos, tener problemas legales, conflictos familiares serios y no tener donde vivir; se encontró que las mujeres que atravesaban por dos o más de estas situaciones tenían cuatro veces la probabilidad de presentar síntomas de ansiedad en el primer semestre posparto en comparación con las mujeres que no habían enfrentado ninguna de estas problemáticas, independientemente de la edad, el estado civil, el lugar de nacimiento, educación, paridad y contar o no con servicio médico (Farr, Dietz, O'Hara, Buerey & Ko, 2014).

Embarazo no deseado/ no planeado

Un estudio longitudinal con mujeres entre 18 y 40 años encontró que el embarazo no planeado y no deseado no se asociaban con los síntomas depresivos y de ansiedad prenatales y tampoco a los síntomas de ansiedad posparto, pero tuvieron una asociación significativa a la sintomatología depresiva prenatal (Martini et al., 2015). En concordancia con lo antes mencionado, un estudio trasversal con adolescentes y adultas tampoco encontró asociación con la sintomatología ansiosa y el embarazo no planeado (Henderson & Redshaw, 2013).

2.7 Consecuencias de los síntomas depresivos y ansiedad perinatal (embarazo y el posparto)

Algunas de las posibles consecuencias que pueden tener los síntomas de depresión en el posparto para las adolescentes son: un riesgo relativo de 1.44 en comparación con las no deprimidas de tener un segundo embarazo entre los 12 y 24 meses posparto (Barnett, Liu & DeVoe, 2008), disminución en la habilidad para tomar decisiones (Logsdon et al., 2009), falta de reconocimiento en la necesidad de buscar apoyo (aun cuando lo reconocen es menor la capacidad para conseguirlo), tienen dificultades para experimentar la maternidad de manera positiva (Panzarine et al., 1995; Ramos-Marcuse et al., 2009; Reid & Meadows-Oliver, 2007), además son mayores las probabilidades de presentar síntomas depresivos 48 meses después del nacimiento de sus hijos (Schmidt et al., 2006) y de padecer dicha sintomatología hasta la vida adulta (Gavin, Lindhorst & Lohr 2011).

En cuanto a la relación madre-hijo se sabe que los síntomas depresivos leves, moderados o graves producen menos interacciones positivas (Panzarine et al., 1995; Field et al., 2000), ya que las adolescentes se muestran menos afectivas, sensibles, con menor capacidad de respuesta contingente y hablan menos con sus hijos; por lo cual los infantes buscan menos el afecto de sus madres (Lanzi, 2009). Asimismo, se sabe que los hijos de madres adolescentes y jóvenes expuestos a los síntomas de la depresión pueden presentar a los tres y seis meses un ritmo cardíaco lento, menor peso y talla, una circunferencia de la cabeza más pequeña y más complicaciones pediátricas (Field et al., 2000) y en la edad preescolar tener problemas conducta (Leadbeater & Bishop, 1994). Una revisión de la literatura indica que haber estado expuesto a los síntomas depresivos de la madre tanto en el embarazo, el posparto o de manera crónica tiene efectos adversos en el desarrollo cognitivo y del lenguaje (Sohor-Preston & Scaramella, 2006).

Algunos estudios realizados con madres adultas reportan que los síntomas de ansiedad también pueden tener efectos adversos tanto en las madres como en el

desarrollo de los infantes (Heron et al., 2004); por ejemplo las mujeres experimentan una menor confianza en su rol materno después de 6 años (Zietlow, Schlüter, Nonnenmacher, Müller & Reck, 2014), mientras que los hijos (varones) al ser expuestos a los síntomas de ansiedad y depresión en el embarazo y el posparto tienen un alto riesgo de presentar problemas de conducta y de ansiedad en la adolescencia (Glasheen et al., 2013).

Por lo anterior, se puede decir que ambas sintomatologías afectan la salud y el desarrollo infantil, lo que a su vez mantiene o incrementa la presencia de ambas sintomatologías en las madres adolescentes.

2.8 Planteamiento del problema y Justificación

La evidencia disponible sobre la prevalencia, los factores asociados y las consecuencias de la sintomatología depresiva durante el primer año posparto entre la población adolescente proviene en su mayoría de países desarrollados, mientras que, en Latinoamérica incluido México es relativamente escasa.

Además, a pesar de que las investigaciones se han enfocado preponderantemente en los síntomas depresivos, existe un interés creciente por identificar a quienes presentan síntomas de ansiedad y aquéllos casos en los que ambas sintomatologías coexisten, lo que permite detectar más casos o casos más graves, sin embargo la mayoría de las investigaciones encontradas sobre la prevalencia y los factores que incrementan la probabilidad de que se presente la sintomatología ansiosa se llevaron a cabo con población adulta.

Asimismo, investigaciones precedentes han mostrado la multiplicidad de factores sociodemográficos y psicosociales que generan vulnerabilidad para el desarrollo de síntomas depresivos y de ansiedad, mismos que llegan a ser padecimientos crónicos si no se detectan y tratan oportunamente, lo que incrementa la probabilidad de embarazarse nuevamente en un lapso breve de tiempo, dificulta la búsqueda activa de apoyo y disminuye la capacidad para ejercer los cuidados

maternos, lo que a su vez tiene efectos adversos en el desarrollo de sus hijos; derivando así en el deterioro de las expectativas de vida de la madre y su hijo.

Por lo antes mencionado y teniendo presente que en nuestro país existe una gran proporción de adolescentes que dan a luz cada año, se consideró pertinente conocer la frecuencia con que se presentan los síntomas depresivos y de ansiedad, así como los factores que se asocian a dichas sintomatologías en un grupo de madres adolescentes que viven en la Ciudad de México. También se exploraron algunas características de contexto de estas mamás jóvenes con la intención de encuadrar y comprender con mayor claridad los datos obtenidos sobre la frecuencia y factores asociados a los síntomas depresivos y de ansiedad.

Al investigar estos temas se pretende hacer una contribución al conocimiento sobre la salud mental de las madres adolescentes, se aspira a poner énfasis en la relevancia de identificar y tratar tanto los síntomas depresivos como de ansiedad en los servicios de salud y, además podría permitir que en un futuro se desarrollen programas de prevención adecuados a las características de las adolescentes mexicanas con base en el conocimiento de los factores asociados a ambas sintomatologías. Al realizar esta labor se podrían reducir o evitar las consecuencias negativas para salud que estas sintomatologías ocasionan en la salud de las madres y sus hijos.

2.9 Preguntas de investigación

¿Cómo es el contexto de las adolescentes entre 14 y 19 años que cursan el primer semestre posparto y asisten a un Centro de Salud T-III en la Ciudad de México?

¿Cuál es la frecuencia con que se presentan los síntomas depresivos y de ansiedad entre las adolescentes de 14 a 19 años que cursan el primer semestre posparto y asisten a un Centro de Salud T-III en la Ciudad de México?

¿Cuáles son los factores psicosociales asociados a los síntomas de depresión y ansiedad entre las adolescentes de 14 a 19 años que cursan el primer semestre posparto y asisten a un Centro de Salud T-III en la Ciudad de México?

2.10 Objetivos

Generales

- Indagar algunas características de contexto de las adolescentes de 14 a 19 años, que cursan el primer semestre posparto y asisten a un Centro de Salud T-III en la Ciudad de México.
- Conocer la frecuencia con que se presentan los síntomas depresivos y de ansiedad entre las adolescentes de 14 a 19 años, que cursan el primer semestre posparto y asisten a un Centro de Salud T-III en la Ciudad de México.
- Examinar cuáles son los factores psicosociales que se asocian a los síntomas de depresión y ansiedad entre las adolescentes de 14 a 19 años, que cursan el primer semestre posparto y asisten a un Centro de Salud T-III en la Ciudad de México.

Específicos

- Evaluar la asociación de haber tenido sintomatología depresiva y de ansiedad antes o durante la gestación y la tristeza materna, con la presencia de los síntomas depresivos y de ansiedad que pueden presentarse durante el primer semestre posparto.
- Examinar la asociación del apoyo social, autoestima, sucesos estresantes, la satisfacción de pareja y haber tenido un embarazo no planeado o no deseado, con los síntomas depresivos y ansiosos que pueden presentarse durante el primer semestre posparto.
- Analizar la asociación de percibir problemas con el cuidado del bebé y el temperamento infantil, con los síntomas depresivos y ansiosos que pueden presentarse durante el primer semestre posparto.

2.11 Hipótesis

- La proporción de síntomas depresivos entre las madres adolescentes de este estudio oscilará entre 30% y 50%, proporciones reportadas en estudios previos realizados durante el primer semestre posparto.
- La proporción de síntomas de ansiedad entre las madres adolescentes de este estudio será similar a las proporciones reportadas en estudios previos, es decir, oscilará entre 15% y 20%.
- Haber tenido sintomatología depresiva y de ansiedad antes o durante la gestación y la tristeza materna, incrementan las probabilidades de que las adolescentes experimenten depresión y ansiedad durante el primer semestre posparto.
- La falta de apoyo social, una baja autoestima, vivir un mayor número de sucesos estresantes, no estar satisfecha con la relación de pareja y haber tenido un embarazo no planeado o no deseado son factores que incrementan la probabilidad de tener síntomas depresivos y ansiosos durante el primer semestre posparto.
- La percepción de tener problemas con el cuidado del bebé y un temperamento infantil irritable incrementan la probabilidad de tener síntomas depresivos y ansiosos durante el primer semestre posparto.

Capítulo 3

Método

3.1 Diseño de investigación: transversal, correlacional y analítico

3.2 Población: La muestra fue elegida de forma no probabilística y está conformada por 120 adolescentes entre 15 y 19 años, que cursaban el primer semestre posparto y solicitaron los servicios de Inmunizaciones y Tamiz¹ en dos Centros de Salud T-III pertenecientes a los Servicios de Salud Pública del D.F. (SSPDF), ubicados en las Jurisdicciones Sanitarias de Iztapalapa y Xochimilco (uno en cada Jurisdicción). Los Centros de Salud T-III pertenecen al primer nivel de atención, es decir, el nivel preventivo y en ellos se atiende a la población no asegurada y de escasos recursos. El trabajo de campo se realizó en este tipo de Centros porque permitían el acceso a la población de interés y porque se contaba con la facilidad para tramitar los permisos correspondientes.

3.3 Cálculo de tamaño muestra

Para una prevalencia de síntomas depresivos de 19% (≥ 16) en adolescentes embarazadas que cursan el tercer trimestre y una prevalencia de 6.7% (≥ 16) durante el primer semestre posparto (Lara et al, 2012), con un poder de 70% y un alfa de 0.05 para detectar un OR de 0.3 se calculó que se requerirían de 182 personas. El cálculo se hizo con el paquete estadístico EPIDAT 4.0.

¹ El servicio de Tamiz neonatal es un examen de sangre que se practica a los recién nacidos en los Centros de Salud entre los 3 y 5 días de edad con la finalidad de descubrir y tratar oportunamente enfermedades metabólicas graves que causan daños permanentes, como retraso mental e incluso la muerte. Las enfermedades que pueden detectarse con éste procedimiento son el Hipotiroidismo congénito, la Fenilceturia, la Hiperplasia adrenal congénita y la Galactosemia. **Los resultados se entregan en el Centro de Salud aproximadamente un mes después** de haberse realizado el estudio. Además del tamiz metabólico se realizan el oftalmológico y el auditivo; sin embargo estos deben realizarse en el hospital donde nació el bebé (Información obtenida de un folleto informativo distribuido por la Secretaría de Salud)

3.4 Criterios de selección

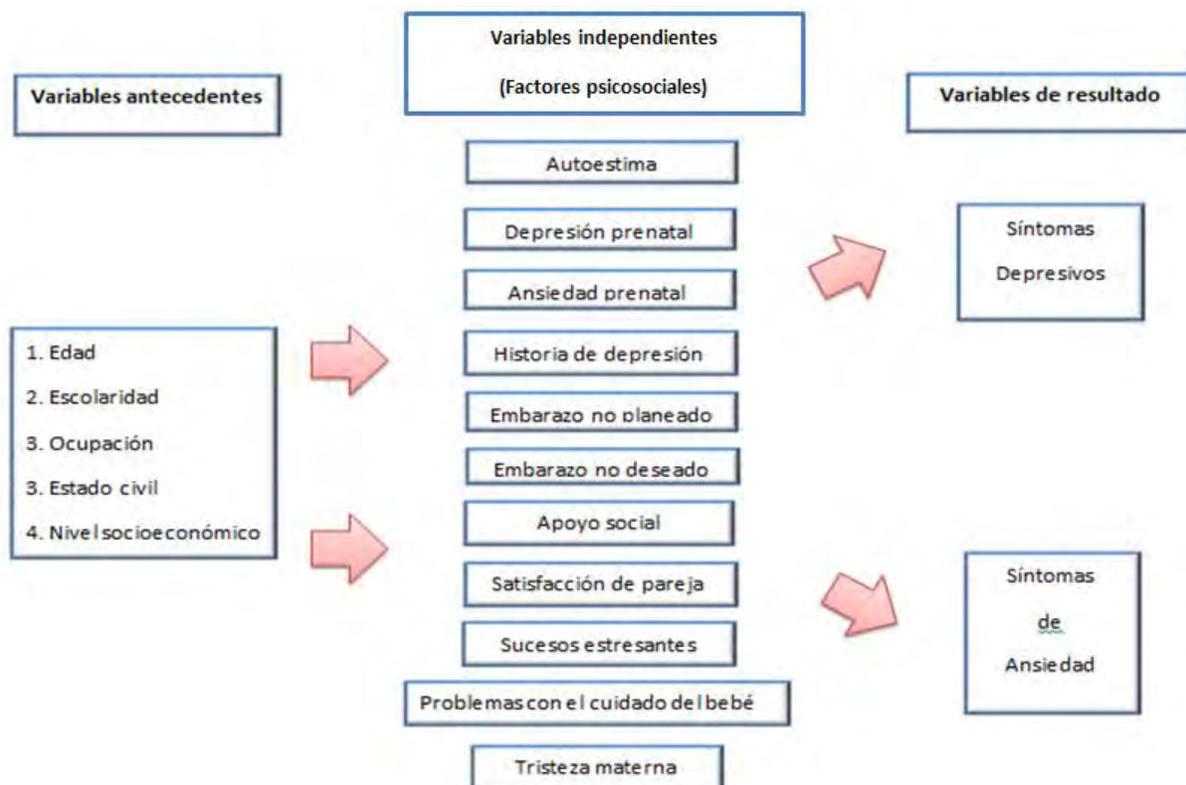
Los criterios de inclusión del estudio fueron: Tener entre 14 y 19 años, mínimo un mes posparto y máximo seis meses con 3 semanas al momento de la entrevista.

Los **criterios de exclusión** fueron:

En las adolescentes: Problemas de salud durante el parto o posparto que ocasionaran su permanencia en el hospital por una semana o más, como: hemorragias, desgarre, peritonitis, infecciones por cesárea o episiotomía, eclampsia, preeclampsia o tener alguna discapacidad que impidiera contestar el cuestionario.

En los bebés: Haber tenido muy bajo peso al nacer (≤ 1.5 Kg), haber nacido antes de las 32 semanas de gestación (sdg) o que el bebé tuviera alguna complicación de salud que requiriera hospitalización o atención médica especializada.

3.5. Variables



3.6. Instrumentos

Características sociodemográficas: La sección uno del cuestionario fue elaborada especialmente para este trabajo de investigación con el objetivo de contextualizar las condiciones de vida de las participantes. Esta sección consta de cuatro apartados (18 preguntas) relacionadas con los siguientes temas: Embarazo y maternidad, relación de pareja, situación escolar y laboral.

Síntomas de depresión: Se midieron con la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, *por sus siglas en inglés*) diseñada por Radloff (1977). Fue desarrollada como herramienta de detección para uso en población general, recaba información sobre cuántos días durante la semana anterior a su aplicación se experimentaron los siguientes síntomas: ánimo depresivo, sentimientos de culpa, retardo psicomotor, pérdida del apetito y trastorno del sueño. Se compone de 20 reactivos con posibles respuestas que van desde 0 (nunca) a 3 (la mayor parte del tiempo). Comúnmente se utiliza el punto de corte de ≥ 16 como indicador de sintomatología depresiva clínica (Reid & Meadows-Oliver, 2007), sin embargo también se ha utilizado un punto de corte de ≥ 24 como una medida más específica (Lara et al., 2012). El instrumento ha sido ampliamente usado en investigaciones con población adolescente durante el posparto, obteniendo una consistencia interna con coeficientes Alfa de Cronbach que van de .80 a .92 (Caldwell & Antonucci, 1997; Kalil, et al., 1998; Logsdon, Cross, Williams & Simpson, 2004; Logsdon et al., 2005; Logsdon et al., 2009). Además ha mostrado validez externa ($r = 0.58$, $p < .01$) con el Inventario de Depresión de Beck (Wilcox, Field, Prodromidis & Scafidi, 1997) y ($r = 0.62$, $p < 0.001$) con la Escala de Depresión Posnatal de Edinburgo (Logsdon & Myers, 2010). En México el instrumento se ha utilizado con población adolescente y también ha mostrado una consistencia interna satisfactoria que varía de .76 a .88 (González-Forteza & Andrade-Palos, 1995; González-Forteza, Villatoro, Pick, Collado, 1998; Aguilera-Guzmán, Carreño & Juárez, 2004) así como una validez externa modesta ($r = .325$, $p = .000$) con la Escala de Vivir-Morir de Ocasha (González-Forteza, et al., 2011).

Síntomas de ansiedad: Se midieron con la escala Hopkins Symptoms Checklist 90 (SCL-90 *por sus siglas en inglés*) diseñada por Derogatis (1977). Es una escala con 90 reactivos que evalúan el grado de malestar en las últimas dos semanas. Se contesta en una escala Likert de cinco puntos (nada = 0 a extremadamente = 4). El punto de corte de ≥ 18 es considerado por Derogatis como indicador de presencia de sintomatología ansiosa. Para este estudio se empleó la subescala de ansiedad, que consta de diez reactivos y que evalúa síntomas y comportamientos asociados clínicamente con una manifestación exacerbada de ansiedad: inquietud, nerviosismo, tensión y ataques de pánico. El instrumento tiene una consistencia interna de 0.80 en población adolescente (Casullo & Fernández, 2011). Se ha utilizado con población perinatal (adulta) a los tres y seis meses posparto y se reporta que la subescala distingue a las mujeres que tienen trastorno de ansiedad de las que no (Meades & Ayers, 2011). En México se ha utilizado con población adulta de ambos sexos demostrando una consistencia interna de 0.80 y una validez de constructo aceptable (seis ítems $r = >.05$ y cuatro ítems con $r \leq .05$ y $\geq .25$) (Cruz, López, Blas, González & Chávez, 2005).

Factores asociados: Se midieron con el Inventario de Predictores de Depresión Posparto Revisado (PDPI-R *por sus siglas en inglés*) diseñada por Records, Rice & Beck (2007). La escala permite identificar factores de riesgo de la depresión durante el embarazo y el posparto como: estado civil, nivel socioeconómico, autoestima, depresión y ansiedad prenatal, historia de depresión, embarazo no planeado/ no deseado, apoyo social (emocional e instrumental), satisfacción de pareja, sucesos estresantes, problemas con el cuidado del bebé, temperamento infantil y tristeza materna.

Existen dos versiones de la escala, la prenatal que contiene 10 secciones y la posparto que tiene 13 secciones (se aplica toda la escala). Las opciones para responder a cada pregunta son “sí” y “no”. Cabe mencionar que a mayor puntaje en la escala implica un mayor riesgo. Para los fines de este estudio se ocupó la versión posparto. En la validación del instrumento se reportó una sensibilidad de .76 y una especificidad de .54 con un punto de corte de 10.5 (Beck, Rice,

Records, 2006). Además, se ha demostrado que al administrar la versión completa del instrumento después de un mes de dar a luz, éste predice más del 82% de la DPP (Ikeda & Kamibeppu, 2013) y ha demostrado una consistencia que va de .71 a .82 (Records et al., 2007; Ikeda & Kamibeppu, 2013).

En Latinoamérica, fue probado con mujeres salvadoreñas, el instrumento mostró una consistencia interna de .81 y una validez de criterio externo con el Inventario de depresión de Beck II de 0.40 ($p \leq 0.01$) (Genovez & Le, 2011). Recientemente en México, el PDPI-R se aplicó a 250 mujeres embarazadas, obteniéndose una consistencia interna de 0.82 y una validez concurrente de ($r= 0.66$) entre el puntaje total de la escala y el EPDS (Ibarra-Yruegas, Lara, Navarrete, Nieto & Kawas-Valle, 2016) y en un estudio previo se aplicaron solo algunas escalas durante el posparto, en éste se observó una consistencia interna de .90 para la escala de apoyo social y .95 para la de satisfacción de pareja, mientras que, las escalas de cuidado del bebé y temperamento infantil obtuvieron 0.37 y 0.61 respectivamente (Lara & Navarrete, 2013).

3.7 Procedimiento

Antes de iniciar la fase de recolección de datos se hizo una **prueba piloto** con la finalidad de definir las condiciones adecuadas para la investigación (**Ver anexo 1, para más detalles**), para esto se solicitó permiso a las autoridades correspondientes de cada Centro de Salud seleccionado. La prueba piloto se llevó a cabo del 7 al 28 de Octubre de 2015 y la fase de recolección de datos se realizó del 3 de Noviembre de 2015 a 22 de abril de 2016.

El primer contacto con las madres adolescentes era en la salas de espera, cuando éstas asistían a los servicios de inmunizaciones, tamiz y médico general. Con la intención de invitarlas a participar en el estudio se explicaba verbalmente el objetivo y justificación del mismo. En caso de estar interesadas, se proporcionaba más información y si la posible participante lo autorizaba, se iniciaba el proceso de consentimiento informado. Se incluyó en el estudio a quienes cumplían con los criterios necesarios, participaban voluntariamente y después de obtener el

consentimiento de las madres adolescentes y por lo menos un testigo (**Ver anexos 2 y 3**). Las entrevistas se realizaban en un lugar apartado de las salas de espera, tratando de garantizar la mayor privacidad posible, los instrumentos fueron aplicados por la investigadora principal y tres pasantes en psicología capacitadas para realizar esta labor. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 30 minutos y al finalizar se entregaban un folleto informativo y un directorio de instituciones.

3.8. Consideraciones éticas

En primer instancia, la presente investigación se basó en los principios de respeto por las personas, la beneficencia y la justicia enunciados en el Informe Belmont de 1979 (CIOMS, 2003).

Como indica el **principio de respeto por la personas**, se buscó que la decisión de participar o no, fuera **autónoma** y en caso de que hubiera la voluntad de colaborar con la investigación, se tomaron las medidas para resguardar el anonimato de las personas y confidencialidad de la información. Por lo anterior, es que los formatos de consentimiento y los cuestionarios se guardaron de manera independiente, los cuestionarios no llevaban ningún dato personal y se les asignó un folio. Asimismo, solo la investigadora principal tuvo acceso al material recopilado y cualquier publicación de los resultados, presentará un análisis global de la muestra. Todos estos aspectos fueron comunicados a las posibles participantes antes de realizar cualquier entrevista y se entregó una copia del formato de consentimiento informado (CI) a quienes aceptaron participar (**Ver anexo 4**)

Como **beneficio** para las participantes se proporcionó un folleto informativo en el que se explican algunos detalles sobre los síntomas depresivos y de ansiedad durante el posparto, algunas de las situaciones que pueden llevar a las mujeres a tener dichas sintomatologías, así como algunas sugerencias que pueden ayudarlas a estar mejor. Además, se entregó un directorio de organizaciones

donde se ofrece apoyo psicológico a quienes lo soliciten y que no implica costos elevados.

El **principio de justicia**, se siguió al pedir la colaboración de todas las madres adolescentes que acudieron a solicitar los servicios de Salud en cada uno de los Centros elegidos para el estudio y que cumplieran con los criterios de selección.

En segunda instancia, esta investigación se sustentó en las pautas éticas para la investigación con seres humanos establecidas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS, *por sus siglas en inglés*, 2003), específicamente los puntos dos, cuatro, cinco y catorce.

La **pauta dos**, indica que cualquier protocolo debe someterse a la evaluación ética y científica de uno o más comités, por tanto, se solicitó la revisión del Comité de Ética en Investigación de “Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, mismo que aprobó el presente proyecto con la siguiente referencia CEI/C/042/2015 (**Ver anexo 8**)

Durante el proceso de consentimiento se tuvieron los cuidados éticos que a continuación se mencionan:

Siguiendo la **pauta cuatro**, se informó a las potenciales participantes que su colaboración era voluntaria.

Cumpliendo la **pauta cinco**, se explicaron los objetivos del proyecto, en qué consistía la participación, el tiempo estimado, así como los riesgos que implicaba; ya que podía presentarse incomodidad o labilidad emocional a causa de cualquiera de las preguntas realizadas, sin embargo se aclaró que las entrevistadoras fueron capacitadas para ofrecer contención.

Por otra parte, se hizo hincapié en la libertad para negarse a contestar cualquier pregunta o dar por terminada la participación, sin que esto influyera en la atención o servicios que se brindan en el Centro de Salud.

Sobre los **beneficios**, como se mencionó líneas arriba, se ofreció un folleto y un directorio que pueden llegar a ser de utilidad en algún momento para las participantes o para alguien que conocen (**Ver Anexo 9 y 10**)

Además, se aclaró que el proyecto era independiente de los servicios ofrecidos por el Centro de Salud, que no tenía ningún costo y se enfatizó la relevancia de la información proporcionada por las participantes para cumplir con los objetivos del estudio. Una vez aclaradas las dudas de la posible participante al respecto de la investigación, se procedía a firmar el formato de consentimiento informado y se les entregaba una copia.

Retomando la **pauta catorce**, es preciso decir que, al realizar investigación con población adolescente, usualmente se solicita su asentimiento y el consentimiento de los padres o tutores; ya que se les considera una población en situación de vulnerabilidad. Sin embargo, existen algunas excepciones, esto es cuando a pesar de no haber alcanzado la edad general para consentir están autorizados para hacerlo; debido a que se les considera como menores “emancipados”, ya sea porque están embarazadas, son progenitores o viven de manera independiente. (CIOMS, *por sus siglas en inglés*, 2003). Por lo anterior, únicamente se solicitó el consentimiento de las participantes, pero se informaba a sus acompañantes que serían entrevistas si ellas lo solicitaban.

3.9 Plan de análisis

Para la presente investigación se construyeron dos bases de datos, una en Excel y la otra en SPSS, versión 21.

La base construida en Excel se creó para recopilar la información obtenida en las preguntas semi-abiertas que pertenecen a la sección 1 de la entrevista. Dicha información se categorizó y fue aprovechada para describir algunas características sociodemográficas y de contexto de la población estudiada, que fue el primer objetivo de la investigación.

En la base construida en SPSS se incluyó las variables numéricas, mismas que fueron etiquetadas y codificadas.

Para lograr el segundo objetivo del presente trabajo se empleó estadística descriptiva, para calcular la frecuencia y el porcentaje en que los síntomas depresivos y de ansiedad se presentaron entre las mamás adolescentes.

Además, antes de iniciar con el análisis de asociación también se utilizó estadística descriptiva para conocer la distribución de las variables psicosociales (factores asociados) de la muestra. Para las variables dicotómicas se obtuvieron porcentajes y para las variables cuantitativas discretas se obtuvo medias, desviaciones estándar (DE), la moda y percentiles con la intención de dar una panorama lo más amplio posible.

Posteriormente se utilizó estadística inferencial para conocer la fuerza de asociación entre cada una de las variables psicosociales y las variables de resultado, es decir, la sintomatología depresiva y de ansiedad. Primero se realizaron pruebas de regresión logística simple y una vez que se determinó cuáles eran las variables estadísticamente significativas de este análisis se procedió a construir modelos ajustados; uno para cada variable de resultado. Para lograr lo antes mencionado se llevó a cabo el análisis de regresión logística múltiple.

En el presente trabajo, se consideró un nivel de confianza de 95% ($p \leq 0.05$) y un OR diferente de 1 (que no esté incluido en el intervalo de confianza), en los análisis de regresión logística para considerar que hay asociaciones estadísticamente significativas entre las variables independientes (psicosociales) y las variables de resultado (síntomas depresivo y de ansiedad).

Capítulo 4

Resultados

Durante la recolección de datos se invitó a 325 madres adolescentes a colaborar con el estudio. De éstas, 164 no cumplieron con los criterios de selección y, de las 161 que sí cumplían los criterios necesarios; 41 no se aceptó la invitación a colaborar debido a que las adolescentes o sus familiares mencionaron que no tenían tiempo para quedarse o, se manifestó explícitamente que no tenían interés; en otros casos no se pudo realizar la entrevista porque los bebés estaban inquietos, situación que desmotivaba a las adolescentes. Durante el tiempo de recolección se incluyó a 120 madres que aceptaron y firmaron el consentimiento informado. **(Ver anexo 11, para más detalles).**

4.1 Características sociodemográficas y contexto de la muestra

Edad

La edad promedio de las 120 mamás adolescentes fue de 17.5 (\pm 1.3) años y la edad media de sus hijos fue de casi 13 semanas, es decir, poco más de tres meses. Al tener en cuenta la composición de la muestra por grupo de edad se notará que poco más de la mitad (55%) la conforman adolescentes entre 18 y 19 años y el resto (45%) por adolescentes entre 15 y 17 años (Tabla 1).

Aunque no se recabó intencionalmente la edad de cada una de las parejas con quienes las adolescentes concibieron a sus hijos, se rescató el dato de 55 varones. Al analizar esta información se pudo notar que 34 (61.8%) adolescentes tenían o habían tenido una relación con hombres mayores que ellas por tres años o más; dichas relaciones se definen como discordantes². Cuando se analizó la

² El concepto de pareja discordante se retomó de una investigación estadounidense realizada por Loftus, Kellt & Mustillo (2011) en la que se incluyó adolescentes que sostenían una relación de noviazgo o romántica con hombres mayores que ellas. Según estos investigadores, no hay un criterio establecido para definir a las relaciones discordantes, pero la diferencia de tres o más años entre los miembros de la pareja es la más utilizada; debido a que coincide con la edad de las leyes de consentimiento sexual de muchos estados norteamericanos, es decir, no puede ser superior a dos años. Además los autores de esta investigación consideraron que tal diferencia de edad puede reflejar cambios importantes en la etapa del desarrollo.

diferencia de edad por grupo, se vio que las parejas de las adolescentes más jóvenes (15 años) estaban en un rango de 19 a 27 años; las parejas de las entrevistadas con 16 ó 17 años tenían edades entre 19 y 24 y, las adolescentes más grandes (18-19 años) se habían relacionado con hombres desde 21 a 39 años (Ver tabla anexa 1).

Nivel socioeconómico (NSE)

En la tabla 1 se puede observar que la mayor parte de las madres adolescentes (86.7%) consideraron tener un nivel medio, mientras que un porcentaje menor consideró tener un nivel bajo (11.7%) o alto (1.7%).

Relación de pareja cuando ocurrió el embarazo, estado civil actual y coresidencia con la familia

En la época en que se embarazaron cerca de 66% de las adolescentes tenían una relación de noviazgo con sus parejas y un porcentaje considerable vivía con ellos en unión libre (29.2%) o estaban casadas (3.33%). Después del embarazo el porcentaje de adolescentes que vivían en unión libre (55%) o se casaron (9.2%) incrementó. Del 64.2% de las adolescentes que al momento de la entrevista vivían con sus parejas, un 20.8% coresidían con la familia de las adolescentes, el 19.2% con la familia de su pareja y un 24.2% vivía independientemente de la familia de ambos (Tabla 1)

Tabla 1

Edad, NSE, tipo de relación de pareja cuando ocurrió el embarazo, estado civil actual y coresidencia (N= 120)

Variable	Mínimo	Máximo	M (DE)
Edad de la madre (años)	15	19	17.51 (1.322)
Edad del bebé (semanas)	4	27	12.82 (6.640)
Variable	f	%	
Grupos de edad¹			
15	12	10%	
16-17	42	35%	
18-19	66	55%	
NSE²			
Bajo	14	11.7%	
Medio	104	86.7%	
Alto	2	1.7%	
Tipo de relación de pareja cuando se embarazó			
Novios	79	65.8%	
Vivían juntos	35	29.2%	
Amistad / relación informal de novios	2	1.7%	
Matrimonio	4	3.3%	
Estado civil actual			
Soltera	43	35.8%	
Casada	11	9.2%	
Unión libre	66	55%	
Viven con la pareja actualmente			
Sí	77	64.2%	
No	43	35.8%	
Actualmente viven con (coresidencia)			
Sus papás y la pareja	25	20.8%	
Sus papás sin pareja	42	35%	
La familia de la pareja	23	19.2%	
Su pareja	29	24.2%	
Sus hijos	1	0.8%	

¹ No se encontró a ninguna adolescente de 14 años

² Nivel socioeconómico percibido por las participantes del estudio

Escolaridad, deserción escolar, ocupación y fuentes de ingreso económico (Tabla 2)

Los datos permiten apreciar que poco más de la mitad (50.8%) de las adolescentes reportaron tener la secundaria completa o incompleta, el 39.2% dijeron haber iniciado o terminado el nivel preparatoria y entre quienes iniciaron la universidad (4.25%), el 2.5% continuaba estudiando al momento de la entrevista.

La mitad de las entrevistadas ya no eran estudiantes cuando ocurrió su embarazo y el 20% de éstas afirmaron que en ese momento de su vida solo se dedicaban a las labores del hogar en su propia casa o ayudando a sus mamás, mientras que, un 25% solo trabajaba para obtener un ingreso propio o colaborando en algún negocio familiar; asimismo un 7.5% realizaba alguna actividad laboral a la par que estudiaban o realizaban actividades del hogar. Acerca del abandono escolar también se sabe que hubo un incremento en la muestra estudiada; pasó de 50% al 85.9%, debido a que 35.9% de las adolescentes dejaron la escuela durante el embarazo o posparto y únicamente un 9.2% mencionó planes de regresar a corto o mediano plazo. El porcentaje restante continúa sus estudios (14.2%).

En el momento en que se aplicó el cuestionario 17.5% de las mamás adolescentes realizaban alguna actividad por la que recibían un pago, una proporción importante (70%) desempeñaba actividades del hogar en las que se incluye el cuidado de los hijos y el 30% de la muestra combinaba el cuidado de sus hijos con los estudios y el trabajo.

En lo referente a quién asume la manutención madre e hijo, las entrevistadas mencionaron al progenitor y a su propia familia como fuentes únicas de ingreso económico en 51.7% y 14.5% respectivamente; 17% dijo recibir apoyo de ambas partes, 6.7% de las adolescentes asumían los gastos junto con sus parejas y 1.7% no tenían ningún apoyo económico.

Tabla 2
Escolaridad, deserción escolar, ocupación y fuentes de ingreso económico
(N= 120)

Variable	f	%
Escolaridad		
Primaria ¹	7	5.9%
Secundaria incompleta	19	15.8%
Secundaria completa	42	35%
Preparatoria incompleta	35	29.2%
Preparatoria completa	12	10%
Inició la universidad ²	5	4.2%
Era estudiante cuando se embarazó		
Sí	60	50%
No	60	50%
Ocupación cuando ocurrió su embarazo		
Solo estudiante	56	46.7%
Solo trabajaba	30	25%
Al hogar	24	20%
Estudiaba y trabajaba	4	3.3%
Trabajaba y al hogar	5	4.2%
Nada	1	0.8%
Deserción escolar		
Sigue en la escuela	17	14.2%
La había dejado antes del embarazo	60	50%
La dejó durante el embarazo o posparto y no mencionó planes de regresar	32	26.7%
La dejó durante el embarazo o posparto y piensa retomar	11	9.2%
Trabaja actualmente		
Sí	21	17.5%
No	99	82.5%
Ocupación (al momento de la entrevista)		
Hogar y cuidado del bebé	84	70%
Estudia y cuida del bebé	15	12.5%
Trabajar y cuida al bebé	19	15.8%
Estudia/ trabaja/ cuida al bebé	2	1.7%
Fuente de ingreso económico para la manutención madre-hijo³		
Papá del bebé	62	51,7%
Papá del bebé y la familia de la entrevistada	21	17,5%
La familia de la entrevistada	17	14,2%
Entrevistada y papá del bebé	8	6.7
La entrevistada	2	1.7%
Otras posibles combinaciones ³	10	8.3

(continúa)

¹ Se preguntó por el último grado terminado. La categoría primaria incluye a las que terminaron el nivel completo o incompleto.

² El 2.5% continuaba estudiando al momento de la entrevista.

³ Aquí se agrupan los arreglos familiares que se presentaron menos frecuentemente, pero en general las adolescentes de esta categoría tienen el apoyo económico simultáneo de dos o más fuentes entre las que pueden estar; su pareja, la propia familia o la del progenitor.

Número total de embarazos e hijos nacidos vivos

Los datos indican que el 18% de las mamás adolescentes que formaron parte del estudio se había embarazado más de una vez; entre éstas el 15.8% estuvo embarazada en dos ocasiones y 2.5% tres veces. Además, se encontró que 9.2% de las muestra tiene un total de dos hijos. La diferencia entre el número total de embarazos y el número de hijos se debe a que algunas jóvenes reportaron haber tenido abortos u óbitos previos (Tabla 3)

Tabla 3

Total de embarazos e hijos nacidos vivos (N= 120)

Variable	f	%
Primer embarazo		
Sí	98	81.7%
No	22	18.3%
Número total de embarazos		
Un embarazo	98	81.7%
Dos embarazos	19	15.8%
Tres embarazos	3	2.5%
Primer hijo (nacido vivo)		
Sí	109	90.8%
No	11	9.2%

Embarazo no planeado y no deseado, reacción de las adolescentes y sus parejas ante la noticia del embarazo

Como se puede ver en la tabla 4 un porcentaje considerable (25%) reportó que su embarazo fue planeado y deseado, el 10.8% de la muestra no planeó su embarazo pero lo consideraba como deseado y el porcentaje restante (62.4%) afirmó que su embarazo no era ni planeado ni deseado (Ver tabla 4).

Tabla 4

**Total de embarazo e hijos nacidos vivos
(N= 120)**

Variable	f	%
Embarazo planeado y no deseado		
Planeado y deseado	30	25%
No planeado pero deseado	13	10.8%
Ni planeado ni deseado	77	64.2%

Adicionalmente a las preguntas sobre el embarazo no planeado y deseado, se indagó sobre la reacción de las adolescentes cuando se enteraron de su embarazo y también se les preguntó cuál fue la reacción de sus parejas. Los datos recopilados se organizaron en cuatro categorías (positiva, negativa, ambivalente y otra reacción), mismas que se presentan a continuación y de las cuales se da un panorama general y algunos ejemplos representativos. Además, al final de este apartado se encuentra una tabla en la que se muestra la proporción de madres adolescentes y sus parejas que pertenecen a cada categoría (Ver tabla 5).

Reacción de las adolescentes ante el embarazo

1) Reacción positiva: Al momento de confirmar la noticia del embarazo, algunas adolescentes dijeron sentirse felices; debido a que lo habían planeado, e incluso entre quienes ya habían sido madres deseaban que su hijo(a) tuviera un hermano(a). Otras adolescentes creían que no podían embarazarse; ya que llevaban tiempo intentándolo y no lo habían logrado o tuvieron abortos u óbitos

previos por lo que se sintieron contentas con la noticia. En esta categoría también se incluyó a quienes mencionaron sentirse emocionadas *por haber dado vida a otra persona*.

a) Muy feliz porque yo desde los 12 quería un bebé, veía a mi mamá con sus hijos y yo quería al mío. Mi mamá decía que estaba chica y que mejor le ayudara con mis hermanos, pero no es lo mismo.

2) Reacción negativa: En esta categoría están las adolescentes que al enterarse del embarazo querían ocultarlo, no querían estar embarazadas, pensaron en el aborto, no sabían qué hacer con una responsabilidad tan grande y expresaron que “*sabían su vida cambiaría por completo*” o sentían que “*el mundo se les venía encima*”. Algunas experimentaron preocupación o miedo de lo que iban a decir sus padres u otros familiares (reclamo), por la reacción de sus parejas, o porque consideraban que estaban muy jóvenes para embarazarse. Otras estaban preocupadas porque en un embarazo previo hubo complicaciones de salud o no querían desatender a su primer hijo(a).

a) Con temor de lo que fuera a decir mi hermano y de que me fuera a correr de la casa y de que mi pareja no me ayudara, por eso es que primero pensé en abortar.

b) Muy mal porque en mi embarazo anterior tuve muchos problemas de salud. Casi me muero y me daba miedo dejar a mi otro niño o desatenderlo por cuidar al bebé nuevo.

3) Reacción ambivalente: Aquí se incluyó a las adolescentes que respondieron haber experimentado sentimientos como tristeza, nervios o preocupación por no contar con el apoyo de la pareja o familia, miedo de perder al bebé como en ocasiones anteriores, temor al momento del parto; aunque también experimentaron emoción, alegría o felicidad por ser madres. En este grupo se encontró también indecisión por tener o no al bebé.

a) Feliz y nerviosa, tenía miedo de que algo pasara en el embarazo o después...

b) No te voy a negar que me sentí feliz porque antes me sentía muy sola y ahora ya no. Pero a la vez estaba angustiada por decirle a mi mamá...

c) Me sentí rara, no sabía si tenerlo o no y pues dije sí, ya van a ser dos...

4) Otra reacción: En la última categoría se agrupó a quienes afirmaron no recordar cómo se sintieron al momento de enterarse o confirmar la noticia del embarazo, a quienes dijeron sentirse sorprendidas, reaccionaron con incredulidad o resignación.

a) Estaba nerviosa, pero al mismo tiempo no sentí nada...fue como ¡ya qué!

b) Sorprendida, no lo esperaba, pensaba que eran quistes, nunca imaginé un bebé.

Tipo de reacción de las parejas ante el embarazo

1) Reacción positiva: Respecto a las reacciones positivas que las adolescentes reportaron por parte de la pareja se encuentran las siguientes. En varias ocasiones afirmaron que el papá del bebé estaba contento o entusiasmado, lloró (de felicidad) porque también quería tener un hijo (u otro hijo) al igual que ellas y en ciertos casos comentaron que fueron sus parejas los que no querían sucediera el aborto. Además, las adolescentes dijeron que sus parejas les demostraron apoyo reconociendo la paternidad, hablando con la familia de ellas sobre el embarazo y comenzaron a vivir juntos (aunque en algunos casos ya lo hacían).

a) Estaba feliz como yo, él tiene 28 años. Me dio las gracias por darle un hijo...

b) Fue el más feliz, cuando vio al bebé en el ultrasonido estaba emocionado. Yo no quería tenerlo... él respeto mi decisión pero no había nada que hacer, tenía 4 meses

2) Reacción negativa: Entre las reacciones negativas que las adolescentes reportaron por parte de la pareja están el enojo, llanto por temor o nervios, preocupación, haber sugerido o solicitado explícitamente el aborto y el no reconocer la paternidad.

a)...sintió que era mucha responsabilidad tener al bebé y me propuso no tenerla, yo le dije que sí la quería tener porque ella no pidió venir al mundo y es inhumano no tenerla.

b)... prometió cosas y no cumplió, cambió su forma de ser y se drogaba mucho

c) Me dijo que no era de él y ya no lo he visto

3) Reacción ambivalente: Este tipo de reacción incluye; lo que en palabras de las adolescentes son *sentimientos encontrados* por parte de sus parejas. En múltiples ocasiones comentaron que el papá de su bebé les expresó emoción o felicidad, aunque también demostraba preocupación o angustia; que se debían a distintas situaciones como son los gastos que representan el embarazo y nacimiento del bebé, así como también nervios o angustia por tener que informar a sus familias.

a) Sacado de onda, pero luego sí se puso feliz, me dijo... si Dios nos lo mandó es por algo ¿no? y me dijo "Gracias por darme un bebé".

b) Nervioso y luego feliz, preocupado por el dinero y por lo que fueran a decir mis papás. Ya nos habían dicho que esto no podía volver a suceder.

4) Otra reacción: Esta categoría engloba ocho casos en los que las adolescentes reportaron que sus parejas reaccionaron con incredulidad o sorpresa al saber la noticia del embarazo y tres en los que las adolescentes decidieron asumir la responsabilidad del embarazo y la maternidad sin el apoyo del padre, debido a situaciones como el consumo de alcohol o drogas y haber experimentado violencia por parte de la pareja.

a) Él sí se sorprendió, no lo creía. Al principio se sacó de onda, pero ya que vio la prueba y vio que era cierto tuvo más seguridad

b)...se emocionó y comenzó a planear una vida juntos... Decidí terminar la relación porque él es alcohólico.

c) Yo había dicho que estaría sola con mi bebé porque viví con él 2 años y me maltrataba

Para finalizar este apartado se desea mencionar que los datos de la tabla 5 revelan que, dentro del grupo de las madres adolescentes no hay diferencias drásticas entre los tres tipos de reacción ante la noticia del embarazo, pero si se agrupa a las adolescentes que experimentaron emociones negativas o ambivalentes éstas representan el 65.9% de la muestra. En contraste, dentro del grupo de las parejas se pueden notar mayores diferencias entre los tres tipos de reacción, siendo el grupo más grande el representado por los padres que reaccionaron de forma positiva ante la noticia del embarazo (50%). A pesar de esto un porcentaje considerable reaccionó de manera negativa o ambivalente (40%)

Tabla 5

**Reacción ante la noticia del embarazo de las adolescentes y sus parejas
(N= 120)**

Tipo de reacción	Adolescentes		Sus parejas	
	f	%	f	%
Positiva	36	30%	61	50.8%
Negativa	35	29.2%	20	16.7%
Ambivalente	44	36.7%	28	23.3%
Otros	5	4.2%	11	9.2%

Breve descripción sobre la experiencia de la maternidad

Para conocer un poco sobre la experiencia de las adolescentes en el transcurso de los primeros meses de convivencia con sus hijos, se les preguntó cómo se sentían siendo madres. De manera similar que en el apartado anterior, se organizó la información en tres categorías; en cada una se describen globalmente las emociones y reflexiones que las entrevistadas externaron. Por último, se presenta una tabla en la que se puede ver la proporción de entrevistadas que compone cada categoría.

1) Experiencia positiva: La mayoría de las adolescentes de este grupo describieron a la maternidad como una oportunidad para asumir responsabilidades o madurar y algunas consideraron que sus bebés son una motivación de vida; pues ya no se sentían solas y sus vidas tenían sentido.

a) Se siente bonito, ya tienes a tu compañía, te haces responsable de ella y más responsable de ti misma. Mi hija es mi motor.

b)...como a mí nadie me hacía caso, ahora ya me siento acompañada. Por lo menos la tengo a ella y eso es algo ¿no?

c) Muy orgullosa de tener a alguien a quien hago feliz, ella es mi compañía, es mía y siento que no se la quiero prestar a su papá

d) Bien, ya no me meto en problemas de pelearme con todos..., estoy tranquila.

2) Experiencia difícil: Las entrevistadas de esta categoría describen su experiencia siendo mamás como un cambio drástico y también mencionan que representa una responsabilidad, pero con un sentido de pesar o carga; por ejemplo comentaron sentir cansancio, desesperación, nervios, miedo, presión, preocupación y expresaron que ya no tenían tiempo para ellas, que añoraban su vida antes de ser madres y a sus amistades. En algunos casos las entrevistadas mencionaron que dudaban de su capacidad para poder cuidar de sus bebés.

a)...no sé bien como entenderla, cuando llora no sé qué tiene y [entonces] lloro porque no sé qué hacer...

b) Es cansado porque yo los llevo (cuido) a los dos. La niña grande (un año) es todo lo contrario al chiquito, camina horas, él (bebé de 5 meses) es muy tranquilo ¡todavía! (ríe).

Es una responsabilidad que llevo sola casi siempre porque él (pareja) no puede ir muy seguido a la casa. Siento la presión de mis papás y tengo una responsabilidad con ellos (sus hijos) y mis papás me exigen.

c) Es una gran responsabilidad; porque primero están ellos, luego ellos y al último una

d) *Nerviosa, siento que lo voy a romper. A veces siento que no puedo hacerlo (ser mamá)*

3) Experiencia ambivalente: A diferencia de las categorías previas en las que se nota una inclinación hacia los aspectos positivos o negativos de sus primeros meses como madres, las adolescentes de esta categoría hablan tanto de las situaciones que les causan emociones positivas como de las que les desagradan. Si bien, hablaron de los desvelos, cambios en sus vidas y algunas consideraron que no era su momento para ser madres o externaron su temor de no poder cuidar o educar suficientemente bien a sus hijos, también comentaron que están aprendiendo a ser madres y que se sienten motivadas por sus hijos.

a) *Claro que dejas de salir y dejas de hacer muchas cosas que tus amigas hacen y las dejas hasta de ver, pero ahora tengo la oportunidad de ver crecer a mi bebé y que ella me vea crecer como persona.*

b) *...no te voy a negar que tener a ésta nena entre mis brazos sí se siente muy lindo y que estoy muy feliz, pero no es lo que yo quería. Ahora está aquí me toca luchar por ella.*

c) *Con miedo, me da miedo no saberlo educar correctamente o no saber cómo hacer las cosas, pero intento y aprendo y pues ¡ay vamos!*

Ahora que se ha descrito cada categoría, se puede presentar la proporción de entrevistadas que pertenecen a cada una (tabla 6). Los datos obtenidos permitieron notar una variación entre la proporción de entrevistadas que experimentaron emociones positivas y negativas en el posparto en comparación con las emociones que dijeron haber sentido cuando se enteraron de la noticia de su embarazo; es decir, la proporción de entrevistadas que comentó sentirse bien siendo madre incrementó 22.5% y aquellas que reportaron emociones negativas disminuyó 15.9%. En el caso de las que reportaron tener sentimientos encontrados solamente hubo una reducción mínima de 3.4%.

Tabla 6
¿Cómo te sientes como mamá? (N=120)

	f	%
Experiencia positiva	63	52.5
Experiencia difícil	16	13.3
Experiencia ambivalente	40	33.3
No supo qué decir	1	.8

4.2 Porcentaje de síntomas depresivos en la muestra estudiada (CES-D)

Al utilizar el punto de corte (≥ 16 puntos) se encontró que un 33.3% de las mamás adolescentes presentaron sintomatología depresiva en el primer semestre posparto; sin embargo cuando se evalúa la severidad de la sintomatología usando dos puntos de corte, los datos revelan que 17.5% tiene síntomas leves y 15.8% graves (Tabla 8).

Tabla 8
Porcentaje de síntomas depresivos N=120

(CES-D)	f	%
Sin síntomas (≤ 15)	80	66.7%
Con síntomas (≥ 16)	40	33.3%

Porcentaje por severidad de síntomas depresivos

Sin síntomas (≤ 15)	80	66.7%
Síntomas leves (16-23)	21	17.5%
Síntomas graves (24-60)	19	15.8%

4.3 Porcentaje de síntomas de ansiedad en la muestra estudiada (SCL- 90)

En el caso de los síntomas de ansiedad se encontró un porcentaje de 2.5% cuando se utilizó el punto de corte convencional (≥ 18 puntos) (Tabla 9). Sin embargo con la intención de mostrar la distribución de los síntomas y de establecer un nuevo punto de corte para la subescala con la que se evaluaron (SCL- 90), se obtuvieron los percentiles 25, 50 y 75. En la parte inferior de la tabla 9 se notará que el 75% de las mamás adolescentes obtuvieron 7 puntos o menos y el 25% un puntaje igual o mayor a 7. Debido a estas circunstancias, se consideró

que tener un puntaje por encima del percentil 75 (≥ 8 puntos) sería el nuevo punto de corte. Una vez que se hizo la reclasificación, los resultados indicaron que el 18.3% de las mamás adolescentes obtuvo una puntuación igual o mayor a los ocho puntos (Tabla 10).

Tabla 9

Porcentaje de síntomas de ansiedad (punto de corte convencional) (N= 120)			
SCL-90		f	%
Sin síntomas (≤ 17)		117	97.5%
Con síntomas (≥ 18)		3	2.5%
Mínimo	Máximo	Media (DE)	Percentiles
0	23	4.939 (4.484)	25 (1) 50 (4) 75 (7)

Tabla 10

Porcentaje de síntomas de ansiedad con percentiles (N= 120)		
SCL-90	f	%
Sin síntomas (0-7) (Percentil 75 hacia abajo)	98	81.7%
Con síntomas (≥ 8) (Por encima de percentil 75)	22	18.3%

4.4 Distribución de los factores psicosociales en la muestra estudiada

Como se mencionó en el plan de análisis, para los factores psicosociales que son variables dicotómicas se obtuvieron frecuencias y porcentajes. En la tabla 11 se puede ver que sentirse deprimida (51.7%) o ansiosa (51.7%) durante el embarazo fue reportado con mayor frecuencia por las mamás adolescentes en comparación con sentirse deprimida antes de su embarazo (30%) o haber presentado tristeza materna (39.2%).

Tabla 11**Porcentajes de los factores psicosociales (N= 120)**

Variables dicotómicas	f	%
Sentirse deprimida en el embarazo		
No	58	48.3%
Sí	62	51.7%
Sentirse ansiosa en el embarazo		
No	58	48.3%
Sí	62	51.7%
Sentirse deprimida antes del embarazo		
No	84	70%
Sí	36	30%
Tristeza materna		
No	73	60.8%
Sí	47	39.2%

Respecto a las variables cuantitativas discretas, se obtuvieron varios estadísticos, pero se utilizaron la moda y los percentiles para dividir la muestra en dos y así lograr obtener porcentajes que permitieran describirla mejor (Tabla 12).

Autoestima: El 82.5% (n=99) de la muestra dijo sentirse bien consigo misma, que era valiosa y consideraba tener buenas cualidades y, el 17.5% (n=21) respondió que no a una o dos preguntas de esta subescala (Tabla 12). Al obtener las proporciones de cada pregunta se pudo ver que 7.5% adolescentes no se sentían bien sobre su persona, 2.5% no se sentían valiosas y 9.5% no creían tener buenas cualidades (Tabla anexa 2).

Apoyo social: El 8.3%³ (n=10) de la muestra contestó afirmativamente a todas la preguntas de la subescala (12 en total); lo cual implica que consideraban tener un buen apoyo emocional y práctico de su pareja, familia y amistades; en cambio el 35% (n=42) de la muestra contestó que no a cinco o más preguntas (Tabla 12).

³ Este dato no se muestra en tablas

Las proporciones en las que se negó contar con algún tipo de apoyo son las siguientes: un 30.8% de las adolescentes consideraba que no tenía el apoyo emocional adecuado por parte de su pareja, 30% no confiaba en él, 24.2% creía que no podía contar con él y 30.8% no creía recibir su apoyo práctico adecuado. Un menor número de adolescentes consideró que no tenía el apoyo emocional de su familia (15%), que no podía confiar (17.5%) o contar con ésta (9.25%) y que no le brindaban el apoyo práctico adecuado (19.2%). Respecto al apoyo que recibían de sus amistades, una proporción elevada de adolescentes pensaba que no contaba con el apoyo emocional adecuado de sus amistades (45.8%), no creía poder confiar (50%) ni contar con ellos (44.2%) y casi la totalidad de la muestra no contaba con el apoyo práctico (73.3%) de sus amistades (Tabla anexa 2).

Satisfacción matrimonial: El 54.2% (n=65) de las adolescentes dijo estar satisfecha con su relación de pareja, que no había problemas y que todo iba bien entre ella y su pareja, sin embargo el 45.8% que restaba contestó que no a una o más preguntas de la subescala (tabla 12). Los porcentajes de cada pregunta, indicaron que 26.7% dijo estar insatisfecha con su relación, el mismo porcentaje aceptó que la situación con su pareja no estaba bien y el 35% comentó tener problemas de pareja (Tabla anexa 2).

Eventos estresantes: Un 12.5%³ (n=15) de las adolescentes negaron haber pasado por cualquiera de los 7 eventos que componen la subescala y un 35% aceptó haber vivido tres o más de los siguientes sucesos (tabla 12): problemas financieros (42.5%), desempleo (27.5%), problemas de pareja (35%), muerte (17.5%) o enfermedad (24.4.2) de un familiar, mudarse (20.8%) y cambiarse de trabajo o dejar la escuela (25%) (Tabla anexa 2).

Embarazo no planeado y no deseado: Como se mencionó líneas arriba, la gran mayoría (64.2%) de las adolescentes dijeron que su embarazo fue no planeado ni deseado (Tabla 12).

Problemas con el cuidado del bebé: El 56.7% de las mamás adolescentes dijeron que sus bebés no tenían problemas de salud y que no había problemas

para alimentarlos ni a la hora de dormir; pero el 43.3% sí tenía uno o más de éstos problemas (Tabla 12). Lo porcentajes de cada pregunta permiten observar que 19.2% tenían bebés con algún problemas de salud (principalmente reflujo), 11.7% dijo tener problemas para alimentar a su bebé y 19.2% tiene dificultades con su bebé a la hora de dormir (Tabla anexa 2).

Temperamento infantil: El 72.5% de las adolescentes no pensaba que su bebé fuera irritable, que llorara mucho y tampoco consideraba tener problemas para consolarlo; sin embargo un 27.5% de las adolescentes vivían al menos una de estas circunstancias al momento de la entrevista (Tabla 12). Al respecto de esto, los datos dicen que 7.5% entrevistadas consideraba a su bebé irritable, 17.5% creían que su bebé llora mucho y otro 17% dijo tener dificultades para consolar a su bebé (Tabla anexa 2).

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de los factores psicosociales (N= 120)

Variables cuantitativa discreta¹	Rango posible	Li- Ls	Media (DE)	Moda (%)	Percentil 75
Autoestima	(0-3)	0-2	0.19 (0.436)	0 puntos (82.5%)	-----
Apoyo Social	(0-12)	0-9	3.90 (2.434)	-----	≥ 5 puntos (35%)
Satisfacción de pareja	(0-3)	0-3	0.88 (1.124)	0 puntos (54.2%)	-----
Eventos estresantes	(0-7)	0-5	1.93 (1.310)	-----	≥ 3 puntos (35%)
Embarazo no planeado y/o no deseado	(0-2)	0-2	1.39 (0.863)	2 puntos (64.2%)	-----
Problemas con el cuidado del bebé	(0-3)	0-2	0.50 (0.622)	0 puntos (56.7%)	-----
Temperamento infantil	(0-3)	0-3	0.43 (0.806)	0 puntos (72.5%)	-----

¹Recuérdese que un mayor puntaje en cada subescala significa un mayor riesgo

4.5 Asociación simple entre las variables psicosociales y síntomas depresivos

Los resultados demuestran que la probabilidad de tener síntomas depresivos en el primer semestre posparto fueron mayores para las adolescentes que reportaron sentirse deprimidas en su embarazo (OR= 3.755, 95% IC= 1.646, 8.564) o antes de que éste ocurriera (OR= 2.818, 95% IC= 1.248, 6.364), entre quienes dijeron haber experimentado la tristeza materna (OR= 2.296, 95% IC= 1.055, 4.994) y también para las adolescentes que tuvieron una menor autoestima (OR= 3.362, 95% IC= 1.369, 8.254), menor apoyo social (OR= 1.281, 95% IC= 1.081, 1.519), estaban más insatisfechas con su relación de pareja (OR= 1.629, 95% IC= 1.158, 2.290) y las que tuvieron un embarazo no planeado y/o no deseado (OR= 1.686, 95% IC= 1.026, 2.770); en comparación con las mamás adolescentes que no vivieron tales situaciones (Ver tabla 13).

Tabla 13

Asociación simple entre variables psicosociales y síntomas depresivos^a

Variab les	p	OR	95 % IC
Sentirse deprimida en el embarazo	.002*	3.755	[1.646, 8.564]
Sentirse ansiosa en el embarazo	.897	1.051	[0.492, 2.248]
Sentirse deprimida antes del embarazo	.013*	2.818	[1.248, 6.364]
Tristeza materna	.036*	2.296	[1.055, 4.994]
Menor autoestima	.008*	3.362	[1.369, 8.254]
Menor apoyo social	.004*	1.281	[1.081, 1.519]
Insatisfacción de pareja	.005*	1.629	[1.158, 2.290]
Más eventos estresantes	.301	1.166	[.872, 1.559]
Embarazo no planeado y/o no deseado	.039*	1.686	[1.026, 2.770]
Más problemas con el cuidado del bebé	.214	1.467	[.802, 2.685]
Temperamento infantil difícil	.630	1.120	[0.706, 1.777]

Nota: N= 120. OR= [Odds Ratio/ Razón de momios]; IC intervalos de confianza

^a Regresión logística simple *p < 0.05

4.6 Análisis ajustado entre variables psicosociales y síntomas depresivos

En el modelo ajustado permanecieron tres variables (Ver tabla 14). Los resultados indican que entre las mamás adolescentes que reportaron sentirse deprimidas durante su embarazo se incrementó 3 veces la propensión a tener sintomatología depresiva en el primer semestre posparto en comparación con las que no reportaron haberse sentido de esa manera (OR= 3.151, 95% IC= 1.320, 7.520) y que las mamás adolescentes que presentaron una menor autoestima y menor apoyo social tenían una probabilidad de casi 3 veces y 1.3 veces respectivamente, en contraste con las que no atravesaban por tales circunstancias (OR= 2.943, 95% IC= 1.144, 7.57; OR= 1.263, 95% IC= 1.054, 1.514).

Tabla 14

Modelo ajustado				
Asociación entre variables psicosociales y síntomas depresivos^a				
Variable	B	p	OR	95% IC
Sentirse deprimida en el embarazo	1.148	.010*	3.151	[1.320, 7.520]
Menor autoestima	1.079	.025*	2.943	[1.144, 7.573]
Menor apoyo social	.234	.011*	1.263	[1.054, 1.514]
Constante	-2.553	.000	.078	

Nota: N= 120. B= Coeficiente de regresión; OR= [Odds Ratio/ Razón de momios]; IC intervalos de confianza

^a Regresión logística múltiple (Método likelihood ratio por pasos hacia adelante)

*p < 0.05

4.7 Asociación simple entre las variables psicosociales y síntomas de ansiedad

El análisis evidenció que existe una asociación positiva entre el reporte de sentirse ansiosa durante el embarazo (OR= 4.004, 95% IC=1.369, 11.714) y una menor autoestima (OR= 3.886, 95% IC= 1.532, 9.859) con la presencia de los síntomas

de ansiedad⁴ en el primer semestre posparto. En otras palabras, las mamás adolescentes que afirmaron sentirse ansiosas en el embarazo y entre quienes tuvieron una menor autoestima fueron más proclives a presentar los síntomas de ansiedad en el posparto en relación con las adolescentes que no tenían éstas características (Ver tabla 15).

Tabla 15

Asociación simple entre variables psicosociales y síntomas de ansiedad^a

Variables	p	OR	95 % IC
Sentirse deprimida en el embarazo	.442	1.444	[.566, 3.689]
Sentirse ansiosa en el embarazo	.011*	4.004	[1.369, 11.714]
Sentirse deprimida antes del embarazo	.221	1.821	[.698, 4.747]
Tristeza materna	.107	2.160	[.848, 5.504]
Menor autoestima	.004*	3.886	[1.532, 9.859]
Menor apoyo social	.372	1.091	[.901, 1.320]
Insatisfacción de pareja	.116	1.368	[.926, 2.021]
Más eventos estresantes	.171	1.278	[.900, 1.816]
Embarazo no planeado y/o no deseado	.704	1.113	[.640, 1.935]
Más problemas con el cuidado del bebé	.133	1.723	[.848, 3.503]
Temperamento infantil difícil	.918	.970	[.540, 1.741]

Nota: N= 120. OR= [Odds Ratio/ Razón de momios]; IC intervalos de confianza

^a Regresión logística simple

*p < 0.05

⁴ Para éste análisis el punto de corte (≥ 8) se usó como indicador de síntomas ansiosos.

4.8 Análisis ajustado entre variables psicosociales y síntomas de ansiedad

El análisis ajustado confirmó que sentirse ansiosa en el embarazo, así como una menor autoestima incrementa 4 veces la propensión de experimentar los síntomas de ansiedad en el primer semestre posparto (OR= 3.829, 95% IC=1.468, 9.990; OR= 3.978 95% IC= 1.303, 12.144) (Tabla 16).

Tabla 16

Modelo ajustado				
Asociación entre variables psicosociales y síntomas de ansiedad^a				
Variable	B	p	OR	95% IC
Sentirse ansiosa en el embarazo	1.343	.006*	3.829	[1.468, 9.990]
Menor autoestima	1.381	.015*	3.978	[1.303, 12.144]
Constante	-2.718	.000	.066	

Nota: N= 120. B= Coeficiente de regresión; OR= [Odds Ratio/ Razón de momios]; IC intervalos de confianza

^a Regresión logística múltiple (Método intro) * p < 0.05

Capítulo 5

5.1 Discusión

El primer objetivo de la presente investigación fue conocer algunas características del contexto de las madres adolescentes entre 14 y 19 años que asisten a un Centro de Salud T-III en la Ciudad de México.

Los datos obtenidos apoyan la evidencia previa, en la cual se demuestra que la maternidad adolescente refleja condiciones de vida desfavorables (Colín & Villagómez, 2010), disminuye las expectativas académicas y el potencial para obtener ingresos (Williamson, 2013), perpetuando así el ciclo de pobreza de una generación a otra (WHO, 2012), por ejemplo casi 57% de las entrevistadas tenían

un nivel de estudios que iba desde haber cursado unos cuantos años de primaria hasta la secundaria completa, la mitad de las entrevistadas ya no eran estudiantes cuando ocurrió su embarazo y, a este porcentaje se sumó un 35.9% que dejó los estudios durante el embarazo o posparto, lo cual resultó en un total de 85.9% de deserción al momento de la entrevista, situación que probablemente no cambie demasiado tomando en cuenta que sólo 9.2% mencionó planes de retomar sus estudios a corto o largo plazo y que 70% se dedicaban únicamente a las labores del hogar y al cuidado de sus infantes, debido a la dificultad para compaginar las responsabilidades del rol materno con otras actividades. Cabe señalar que el 14.2% restante de mamás adolescentes que seguían asistiendo al colegio durante el posparto es similar al 13.5% reportado por la ENADID en 2014, pero en adolescentes gestantes (“Día internacional de la niña, INEGI 2016).

Sobre su nivel socioeconómico el 11.7% de las entrevistadas afirmó pertenecer al nivel bajo y 86.7% al medio, sin embargo se considera que el número de entrevistadas de nivel bajo podría ser mayor, ya que la recolección de datos se realizó en dos Centros de Salud pertenecientes a delegaciones con porcentajes bastante considerables de pobreza; 40.6% en caso de Iztapalapa y 31.1% para Xochimilco, según datos de la Secretaría de Desarrollo Social (Informe anual sobre pobreza, 2015). Esta sobreestimación puede deberse a la dificultad para aceptar ante otras personas que se tienen carencias o, a que las mayoría de las mamás adolescentes (98.4%) recibían el apoyo económico de sus parejas y familiares para cubrir sus necesidades básicas y las de sus hijos, situación que aminoraba la percepción de carencias. Si bien, el que las adolescentes tengan apoyo económico de sus parejas y familiares es necesario para que ellas cuiden de sus hijos durante los primeros meses después del alumbramiento, se debe destacar que únicamente 17.5% de la muestra tenía un trabajo por el cual recibía un pago o salario, lo cual significa que el 82.5% restante vive una situación de mayor dependencia económica que será difícil de superar, sobre todo al tener un nivel de estudios bajo como el que se presenta en esta muestra.

Las variables que describen el tipo de relación que las adolescentes tenían con sus parejas antes y después del embarazo, permiten visualizar que casi un tercio (32.5%) de los embarazos ocurrieron dentro del contexto del matrimonio o unión y que este tipo de relaciones prácticamente se duplicaron después del embarazo (64.2%), a pesar de esto un número importante de adolescentes continuaba siendo soltera (35.8%) y viviendo con sus padres sin la pareja (35%), situación que usualmente conlleva a que el padre del bebé no se involucre o se deslinda con mayor facilidad de las responsabilidades de la crianza durante el posparto inmediato o en el futuro.

Un resultado no contemplado fue que un número significativo (n=34) de adolescentes concibieron a sus hijos con hombres 3 años o más mayores que ellas y, a pesar de que no se obtuvo la edad de todos los progenitores, las observaciones realizadas en el trabajo de campo y los datos de un estudio reciente con adolescentes que han estado embarazadas (15-19 años) realizado en un contexto similar a la presente investigación y, en el que sus parejas eran en promedio 4.1 años mayores que ellas (Martínez & Quintino-Pérez, 2016), permiten suponer que tal situación pudo ser más frecuente entre las adolescentes de este estudio.

Al respecto de este tema, un estudio longitudinal con adolescentes sin hijos (Loftus et al., 2011) aporta evidencia de que mantener una relación romántica con un hombre de mayor edad (≥ 3 o más años) puede tener efectos negativos, ocasionando la presencia de síntomas depresivos a corto y largo plazo. Los autores conjeturan que la sintomatología depresiva podría atribuirse a que las adolescentes con parejas mayores se aíslan de su familia y de sus pares, lo que debilita su red social y también a que las relaciones dentro de la pareja sean inequitativas, en términos de la toma de decisiones, lo que posiblemente haga que las adolescentes se sientan sin voz ni voto (Loftus et al., 2011).

Los datos recabados no son suficientes para determinar si sostener una relación discordante tuvo algún efecto sobre la salud mental de las mamás adolescentes, lo que sí se puede decir es que el 28.3% de la muestra que se confirmó sostenían

una relación de esta naturaleza, es parecido al porcentaje de adolescentes que viven exclusivamente con sus pareja (24.2%), lo que tal vez, podría estar disminuyendo el apoyo que éste subgrupo recibe de sus redes sociales distintas a la pareja y por ende tiene consecuencias en su salud mental. Por lo anterior, se sugiere que futuras investigaciones de seguimiento con madres adolescentes indaguen el efecto directo o indirecto de sostener una relación discordante sobre su salud mental.

El segundo objetivo de la investigación fue conocer con qué frecuencia se presentan los síntomas depresivos y de ansiedad entre las adolescentes de 14 a 19 años que asisten a un Centro de Salud T-III en la Ciudad de México.

Al usar el punto de corte convencional, 33.3% (CES-D ≥ 16) de la muestra presentó síntomas depresivos. Estos resultados se encuentran entre las proporciones reportadas por estudios de países desarrollados en los que la sintomatología depresiva durante el primer semestre posparto en adolescentes fluctuó de 25% a 53.6% (Cox et al., 2008; Figueiredo et al., 2007; Hudson et al., 2000; Ramos-Marcuse et al., 2009; Schmidt et al., 2006). Además, en comparación con una investigación realizada en México con 81 madres adolescentes que reportó 16.05% de síntomas depresivos (De Castro et al., 2011) al utilizar la EPDS (≥ 13) como instrumento de detección, la proporción en este estudio es relativamente mayor.

Sobre la gravedad de la sintomatología depresiva, estudios realizados tanto en países desarrollados como en Latinoamérica han reportado una proporción de síntomas depresivos leve o leve-moderados que va desde 20% hasta 81.2% (Lanzi, et al., 2009; Panzarine et al., 1995; Tejada et al., 2002) mientras que los síntomas moderado-severos o severos van de 3.8% a 24% (Lanzi et al., 2009; Panzarine et al., 1995; Tejada et al., 2002). En el presente trabajo se observó 17.5% de síntomas leves (CES-D 16-23), que es una proporción menor a los resultados obtenidos por investigaciones precedentes, sin embargo el 15.8% de síntomas graves (CES-D ≥ 24) se encuentra entre las proporciones reportadas por otros estudios.

Por otra parte, un estudio Mexicano en el que también se usó la CES-D como instrumento de medición, la prevalencia de síntomas depresivos leves y graves entre las adolescentes que cursaban el primer semestre posparto fue de 2.3% (n=3348) y 4.4% (n=6403) respectivamente (Lara et al., 2012), sin embargo es preciso recordar que se trató de un estudio poblacional, mientras que, el presente trabajo se realizó en Centros de Salud de primer nivel de atención, situación que dificulta comparar los resultados de ambos estudios; debido a que la población que solicita asistencia en estos Centros es más vulnerable y por tanto tienden a reportar mayores problemas personales y de salud, en este caso los síntomas de la depresión.

En relación a los síntomas de ansiedad la proporción que en este estudio se encontró al usar el punto de corte convencional ($SCL \geq 18$) fue de 2.5%, pero una vez que se calcularon percentiles y un nuevo punto de corte ($SCL \geq 8$) la proporción incrementó a 18.3%. El primer resultado es significativamente menor al 15% reportado en una investigación con madres adolescentes (Piyasil, 1998) y también a las proporciones reportadas en estudios con adultas en donde los resultados oscilan entre 8.9% y 21% (Heron et al., 2004; Ikeda & Kamibeppu, 2013; Navarrete., 2012; Yelland., 2010), sin embargo el resultado que se obtuvo con el nuevo punto de corte para la subescala de ansiedad (SCL-90) se encuentra entre las proporciones reportadas.

En lo que concierne al tercer objetivo de este trabajo, que fue conocer la fuerza de asociación de diversos factores psicosociales con los síntomas depresivos y de ansiedad⁵ en el primer semestre posparto se encontraron los siguientes resultados:

El análisis de regresión logística simple indicó que sentirse deprimida en el embarazo (OR= 3.755) o antes de éste (OR= 2.818), la tristeza materna (OR= 2.296), tener una menor autoestima (OR= 3.362), menor apoyo social (OR=

⁵ Más adelante se resumen y discuten los resultados de las asociaciones encontradas con los síntomas de ansiedad en el posparto y que también son parte del tercer objetivo; sin embargo por claridad en la redacción se decidió presentarlos separadamente.

1.281), la insatisfacción con la pareja (OR= 1.629) y el embarazo no planeado y/o no deseado (OR= 1.686) se asociaban con la presencia de los síntomas depresivos en el posparto, pero en el análisis ajustado únicamente permanecieron tres variables; éstas fueron sentirse deprimida en el embarazo (OR= 3.151), tener menor autoestima (OR= 2.943) y menor apoyo social (OR= 1.263). Estos análisis no mostraron ninguna asociación significativa entre sentirse ansiosa durante el embarazo, haber vivido un mayor número de sucesos estresantes, tener más problemas con el cuidado del bebé y un temperamento infantil difícil con la presencia de síntomas depresivos en el posparto.

En esta investigación se encontró que 51.7% de las madres adolescentes se sintieron deprimidas en su embarazo y que ésta variable fue la que se asoció con más fuerza a la presencia de la sintomatología depresiva durante el posparto y, aunque no se hizo una medición durante la gestación, estudios previos que sí han evaluado la presencia de síntomas en ambos momentos mostraron que es un predictor importante (Fagan & Lee, 2010; Figueiredo et al., 2007; Lanzi et al., 2009).

Sobre el haberse sentido deprimida antes del embarazo, los análisis evidenciaron que existe una asociación simple con los síntomas depresivos en el posparto; sin embargo ésta se perdió al realizar el análisis ajustado. Este resultado difiere de lo encontrado por dos investigaciones en las que se tenía evidencia de un diagnóstico previo de depresión, el cual incrementó entre dos (Kim et al., 2014) y tres veces (Nunes & Phipps, 2013) la probabilidad de tener síntomas depresivos en el posparto independiente de otras variables. Lo que estos resultados indican es que un diagnóstico de depresión previo al embarazo “habla” de una mayor severidad y por tanto, de una mayor fuerza de asociación de ésta variable con la presencia de los síntomas depresivos en el posparto, en comparación con el autoreporte de haberse sentido deprimida antes del embarazo; no obstante ambos resultados destacan que los síntomas depresivos que muchas madres adolescentes experimentan durante el primer año posparto son parte de un continuo que ha venido desarrollándose, tal vez, desde años antes.

Respecto a la tristeza materna, en este trabajo hubo una asociación que se perdió al ajustar por otras variables. No se encontraron datos de estudios con madres adolescentes con los que se pueda comparar el resultado de la asociación simple aquí reportada, pero se cuenta con investigaciones realizadas con mujeres adultas que a continuación se enuncian. Ikeda & Kamibeppu (2013) en su estudio realizado en Japón (n= 76), a diferencia del presente trabajo no encontraron ninguna asociación entre la tristeza materna y los síntomas depresivos en el primer mes posparto (OR= 2.63). En contraparte, los datos de Oppo et al. (2009) de modo similar que los aquí expuestos, demostraron una asociación significativa entre la tristeza materna y la sintomatología depresiva con mujeres (N=600) que cursaban desde el primer hasta el sexto mes posparto (OR= 4.9, 95% IC= 2.2, 11.1), la cual también desapareció al realizar el análisis de regresión logística ajustado.

En relación a la variable autoestima, los resultados aquí presentados destacan que el 17.5% de las adolescentes que no se sentían bien consigo mismas, valiosas o con buenas cualidades tuvieron más probabilidades de presentar síntomas depresivos en comparación con sus pares (82.5%) que sí consideraban tener las características mencionadas. Dichos resultados son consistentes con la literatura revisada en la que se ha demostrado que una menor autoestima incrementa la probabilidad de experimentar los síntomas de la depresión en el posparto (Caldwell et al., 1997; Hall et al., 1996; Ramos-Marcuse et al., 2009) y que tal influencia es independiente de otras variables sociodemográficas, el embarazo no planeado (Srisaeng, 2003) y el apoyo social (Logsdon et al., 2005).

Aunque el porcentaje de madres adolescentes que respondieron no sentirse bien con sus características personales fue pequeño, es de considerarse que la variable se asociara significativamente con los síntomas de la depresión, probablemente esto se deba a que el malestar experimentado por este grupo en relación a sus características personales es bastante elevado.

A propósito del apoyo social, se puede decir que esta investigación se suma a la evidencia generada por trabajos precedentes, que resaltan la importante influencia

que tiene la disminución de la red de apoyo (Hudson et al., 2000) y la carencia del apoyo emocional o práctico (Brown et al, 2012; Nunes & Phipps, 2013) que brindan la pareja, la familia y las amistades sobre la presencia de la sintomatología depresiva en el posparto, independientemente de otras variables. Un aspecto a destacar es que el apoyo proveniente de las amistades fue el que más frecuentemente se reportó como limitado o ausente, seguido del apoyo de la pareja y el de la familia. Esto es el reflejo de que una gran proporción de madres adolescentes habían dejado de ver o de frecuentar a sus amistades, lo que en parte se derivaba, del abandono de la escuela o el trabajo para dedicarse exclusivamente al cuidado de sus hijos y las actividades de hogar, situación que las lleva a estar alejadas de individuos con edad similar o con quienes aún comparten intereses o gustos parecidos.

Otra variable de interés en éste trabajo fue la satisfacción con la relación de pareja. Los análisis demostraron que una menor satisfacción de pareja se asociada con la presencia de los síntomas depresivos, pero tal efecto no se mantuvo al tener en cuenta otras variables. Este resultado es similar a lo que sucedió en el trabajo de Fagan & Lee (2010), en el cual un aumento en los conflictos de pareja en principio parecía relacionarse con la presencia de síntomas depresivos a los tres meses posparto, empero al ajustar por algunas variables relacionadas con el nivel de apoyo e involucramiento que las parejas brindaban a las madres adolescentes en el embarazo y posparto, así como la cantidad de atención que los papás brindaban a sus hijos, dicha asociación desapareció.

Probablemente tanto los resultados del presente trabajo, como los de Fagan & Lee (2010) sugieren que la relación entre la satisfacción de pareja y la sintomatología depresiva está mediada por el apoyo que brinda el papá del bebé en un periodo tan importante como es el embarazo y los primeros meses posparto en los cuales las madres de cualquier edad llegan a sentirse abrumadas por la gran responsabilidad que representa el cuidado de un bebé y, por tanto, el apoyo adecuado de la pareja puede llegar a ser de gran valor; sobre todo cuando no se tiene otras fuentes de apoyo como la propia familia o las amistades.

En esta investigación el 65.9% de las madres adolescentes tuvo una reacción negativa o ambivalente cuando se enteró de su embarazo, casi 11% dijo que éste no fue planeado pero sí deseado y 64.2% afirmó que no era ni deseado ni planeado. A pesar de lo anterior, el análisis de regresión mostró una asociación marginal entre el incremento de la puntuación en la subescala relacionada con el embarazo no planeado y no deseado⁶ y la sintomatología depresiva, misma que se perdió al considerar otras variables. Algo semejante ocurrió en el estudio de Mercier et al. (2013) en el cual las mujeres (adolescentes y adultas) que durante la gestación dijeron no haber planeado ni deseado su embarazo tenían dos veces más riesgo de tener síntomas depresivos en el posparto en comparación con las que habían intentado embarazarse, pero al ajustar por otras variables sociodemográficas no se mantuvo la asociación.

Tal vez, la dificultad para encontrar asociación entre las circunstancias menos favorables en las que ocurrió el embarazo y la sintomatología depresiva se deba al cambio de emociones experimentado por las adolescentes, recuérdese que un 52.5% mencionó sentir emociones positivas respecto a su bebé y la maternidad durante los primeros meses posparto, a diferencia del 30% que afirmó sentirse feliz al confirmar su embarazo. Probablemente esta situación sea el resultado de la sensación de empoderamiento ocasionada por el gran valor que se le otorga a la maternidad en nuestra sociedad, pero también a que en algunos casos los bebés se convirtieron en la motivación de las madres adolescentes para enfrentar sus circunstancias de vida. Esto se ve reflejado en los siguientes comentarios que fueron realizados por algunas adolescentes que expresaron no haber planeado ni deseado su embarazo

a) Me gustaría decir que ser mamá sí es una responsabilidad bien grande, pero te sientes plena porque ya tienes a alguien a quien cuidar.

⁶ Planeado y deseado es igual a cero puntos; no planeado, pero deseado es igual a un punto; Ni planeado ni deseado es igual a dos puntos (una mayor puntuación supone un mayor riesgo)

b) Vas aprendiendo con él (bebé), siendo joven te ayudan más que si eres adulta... Yo digo que todo es para bien, me hizo sentir más fuerte, me subió la autoestima, sabía que tenía que estar bien por él (bebé).

c) Yo quisiera que otros sepan que sí te cambia la vida porque ya no vas a poder hacer tu vida como antes, pero mi bebé se convirtió en mi motivo para vivir, sobre todo ahora que ya no estoy con su papá...

Como parte del tercer objetivo, ahora corresponde discutir con hallazgos previos las asociaciones encontradas entre las diversas variables psicosociales y los síntomas de ansiedad en el posparto. Antes de iniciar, es preciso mencionar que las investigaciones con las que se comparan los resultados de esta tesis se han realizado con mujeres adultas; esto es así porque no se han encontrado trabajos previos que proporcionen información sobre algunas variables psicosociales que tengan influencias sobre los síntomas de ansiedad entre las madres adolescentes.

El análisis de regresión simple determinó que sentirse ansiosa durante el embarazo (OR= 4) y tener menor autoestima (OR= 3.886) se asociaban con una mayor probabilidad de presentar los síntomas de ansiedad en el primer semestre posparto entre las madres adolescentes que formaron parte este estudio. Además, el análisis ajustado reconfirmó que sentirse ansiosa en el embarazo y una menor autoestima incrementaban casi 4 veces la probabilidad de presentar los síntomas de ansiedad en el posparto.

El resto de las variables que no se asociaron en ninguno de los dos análisis fueron; sentirse deprimida durante el embarazo o antes, la tristeza materna, un menor apoyo social, la insatisfacción de pareja, haber vivido mayor número de sucesos estresantes, el embarazo no planeado y/ o no deseado, tener problemas con el cuidado del bebé y el temperamento infantil difícil.

En lo que atañe al haberse sentido ansiosa en el embarazo, nuestro estudio mostró una asociación fuerte con la sintomatología de ansiedad en el posparto. Éste resultado es parecido al encontrado por George et al. (2013) en su estudio

pre-test post-test con 158 mujeres francesas (adultas) a las cuales se les aplicó la subescala de ansiedad del HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) entre las semanas 26 a 35 de gestación y posteriormente entre las semanas 6 y 8 después de dar a luz. Sus resultados identificaron que hubo una relación relativamente alta (Coeficiente Kappa= 0.46) entre ambos momentos, esto significa que el 59.3% de las mujeres con síntomas de ansiedad en el embarazo continuaron con la sintomatología en el posparto. Nuestro resultado también es similar a lo encontrado por un estudio mexicano, que se llevó a cabo con 156 mujeres adultas donde los síntomas de ansiedad en el embarazo predijeron a los síntomas de ansiedad a las seis semanas ($r^2=0.35$) y a los 4-6 meses posparto ($r^2=0.48$); independientemente de otras variables como el apoyo social y tener o no pareja (Navarrete et al., 2012).

Sobre la autoestima disminuida, se identificó que tuvo una influencia destacada sobre la presencia de los síntomas de ansiedad entre las adolescentes que formaron parte de este estudio. Tales resultados son distintos a lo encontrado por Martini et al (2015), quienes condujeron una investigación longitudinal en Alemania con 286 mujeres adultas, en la que se observó una asociación sutil entre la variable autoestima, evaluada entre las semanas 35 y 37 de gestación y los síntomas de ansiedad que las mujeres experimentaron durante los primeros 16 meses posparto (OR= 0.88, 95% IC= 0.82, 0.95); además este resultado no se ajustó por otras variables sociodemográficas ni psicosociales; lo cual podría haber ocasionado que la asociación desapareciera (Martini et al., 2015). Igualmente, otro estudio longitudinal en el que se evaluó la autoestima antes de la semana 26 de gestación y su influencia sobre la presencia de la sintomatología ansiosa en las primeras seis semanas y después entre los 4-6 meses posparto se observó una correlación discreta entre dichas variables en ambos momentos del posparto; pero al ajustar por variables como tener o no pareja, apoyo social, sucesos estresantes y los síntomas de depresión y ansiedad en el embarazo; no se encontró que la autoestima tuviera algún efecto (Navarrete et al., 2012).

Al considerar los resultados de esta tesis y los proporcionados por las otras dos investigaciones salta a la vista que, si bien, una autoestima disminuida tiene algún efecto sobre el incremento de la sintomatología ansiosa durante el primer año posparto, tanto en las mujeres adultas como entre las adolescentes, parece que su efecto es mayor entre las más jóvenes. Para confirmar tal hipótesis es necesario llevar a cabo un estudio comparativo entre estas dos poblaciones.

5.2 Fortalezas y Limitaciones

Hasta donde se conoce ésta es una de las primeras investigaciones que en México han estudiado la frecuencia y algunos factores asociados a la sintomatología depresiva en una muestra de madres adolescentes y es la primera en explorar estos temas respecto a los síntomas de ansiedad en dicha población, sin embargo los resultados e interpretaciones realizados deben tomarse con cautela debido a las siguientes razones:

La primer limitación es que los resultados no se pueden generalizar debido a que únicamente se tuvo acceso a la población de madres adolescentes que asistieron a dos Centros de Salud T-III y que solicitaban principalmente el servicio de inmunizaciones. Una segunda limitación es el número elevado de sujetos elegibles que no aceptaron ser entrevistadas ($n=41$), esto último resultó en una tasa de no respuesta del 25.5%. A pesar de lo anterior, se debe tener en cuenta que las características sociodemográficas de la muestra son parecidas a lo reportado por INEGI (2015) y también coinciden con los datos reportados por un estudio afín, pero con una muestra un poco más grande (Martínez & Quintino-Pérez, 2016).

La tercer limitación derivada del uso de escalas de autoreporte para evaluar la presencia de las sintomatologías es que algunos sujetos clasificados como con síntomas podrían ser falsos positivos. En el caso de la subescala de ansiedad del SCL-90 para la cual se recurrió al percentil 75 con la intención de explorar mejor la presencia de la sintomatología ansiosa, tal vez, sería mejor ocupar dos puntos de corte distintos; el convencional (≥ 18) y uno más bajo que permita dar cuenta de la

población que tiene algunos síntomas, pero que no deberían ser subestimados (Miller et al., 2006), una propuesta es el que se obtuvo en este trabajo (≥ 8). Cabe señalar que en futuras investigaciones se pueden realizar análisis de sensibilidad y especificidad para confirmar si el punto de corte convencional es adecuado o se requiere de uno más bajo para la subescala de ansiedad del SCL-90 para la población de madres adolescentes.

Una cuarta limitación es que debido al diseño transversal del estudio no se puede establecer relaciones de causalidad entre las variables psicosociales (independientes) y los síntomas depresivos y de ansiedad (dependientes), a pesar de lo anterior los resultados obtenidos son similares a lo reportado en la literatura.

5.3 Conclusiones

Las substanciales proporciones de síntomas depresivos (30%) y de ansiedad (18.3%) encontradas ponen de relieve que estos trastornos de salud mental son un reto para la salud pública de nuestro país, que es necesario atender porque vulneran aún más la calidad de vida de las madres adolescentes, mismas que ya se encuentran expuestas a condiciones de vida desfavorables.

Los análisis indicaron que haberse sentido deprimida o ansiosa durante el embarazo, una menor autoestima y una red social disminuida o inadecuada fueron los factores principalmente asociados a la presencia de la sintomatología depresiva y ansiosa en el posparto. Por esto, es necesario implementar un sistema que desde el embarazo y durante el primer año posparto permita identificar la presencia de ambos trastornos y sus factores de riesgo, lo cual permitiría referir y tratar oportunamente a quienes se encuentren en mayor riesgo. Esto a su vez, ayudaría a reducir y prevenir las graves consecuencias de ambos trastornos.

Paralelamente, es pertinente poner en marcha programas que desde el embarazo promuevan una buena autoestima, que incrementen la habilidad de las madres adolescentes para conseguir apoyo y que fomenten la participación de las redes de apoyo más significativas como la familia, pareja y amigos.

Para logra esta labor, es necesario sensibilizar y capacitar al personal de salud, pero sobre todo a quienes tienen contacto continuo con las adolescentes dentro y fuera de los Centros de Salud, es decir, el personal de enfermería y trabajo social.

Por último, se desea mencionar que también es primordial continuar informando a las mujeres de cualquier edad, a sus redes sociales cercanas y evidentemente a la población en general sobre: la frecuencia, los factores de riesgo, los signos o señales, así como las consecuencias de estas sintomatologías con la intención de promover la búsqueda de ayuda profesional.

Referencias

- Álvarez-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.
- Aguilera-Guzmán, R.M., Carreño, S., & Juárez, F. (2004). Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*, 27(6), 57-66.
- Barnett, B., Liu J. & DeVoe, M. (2008). Double jeopardy: depressive symptoms and rapid subsequent pregnancy in adolescent mothers. *Archives of pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(3), 246.
- Bearinger, L. H., Sieving, R. E., Ferguson, J., & Sharma, V. (2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *The Lancet*, 369(9568), 1220-1231.
- Beatriz-Martínez A. (Coord.) & Quintino-Pérez F.E. (Investigador). (2016). *Estudio del embarazo en adolescentes en el Distrito Federal, desde un enfoque de género, 2005-2014*. México: Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal(EvalúaDF). Recuperado de <http://www.evalua.cdmx.gob.mx/docs/gral/Informe%20Estudio%20de%20Embarazo%20de%20Adolescente.pdf>
- Beck, C.T. (2002). Revision of the postpartum depression predictors inventory. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(4), 394-402.
- 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.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., & Aguilar-Gaxiola, S. (2008). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 386-395.

- Bertha, E.A., & Balázs, J. (2013). Subthreshold depression in adolescence: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry, 22*(10), 589-603.
- Boath, E., Henshaw, C. & Bradley, E. (2013) Meeting the challenges of teenage mothers with postpartum depression: overcoming stigma through support. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 31*(4), 352, 369.
- Birkeland, R., Thompson, J.K., & Phares, V. (2005). Adolescent motherhood and postpartum depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*(2), 292-300.
- Britton, J. R. (2011). Infant temperament and maternal anxiety and depressed mood in the early postpartum period. *Women & Health, 51*(1), 55-71.
- Brown, J.D., Harris, S.K., Woods, E.R., Buman, M.P., & Cox, J.E. (2012). Longitudinal study of depressive symptoms and social support in adolescent mothers. *Maternal and Child Health Journal, 16*(4), 894-901.
- Caldwell, C.H., Antonucci, T.C., Jackson, J. S., Wolford, M. L., & Osofsky, J. D. (1997). Perceptions of parental support and depressive symptomatology among black and white adolescent mothers. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 5*(3), 173-183.
- Caldwell, C.H., Antonucci, T.C., & Jackson, J.S. (1998). Supportive/conflictual family relations and depressive symptomatology: Teenage mother and grandmother perspectives. *Family Relations, 47*, 395-402.
- Casullo, M., & Pérez, M. (1999). El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis.
- Casullo, M.M., & Fernández, M. (2011). Malestares psicológicos en estudiantes adolescentes argentinos. *Psyche, 10*(1), 155-162.
- Chen, C.H. (1996). Postpartum depression among adolescent mothers and adult mothers. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 12*(2), 104-113.
- Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., & Lammers, C. (2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 192*(2), 342-349.
- Colín, Y., & Villagómez, P. (2010). Evolución de la maternidad adolescente en México: 1974-2009. *La situación demográfica de México, 37-53*.

- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). (2003). *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos* (Ed. Rev. 2002). Santiago de Chile: Programa regional del Bioética OPS-/OMS. CIOMS, pdf.
- Consejo Nacional de Población (Agosto, 2010). *La situación actual de los jóvenes en México. Serie de documentos técnicos.* (pp. 88-92). México.
- 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
- Cruz, C., López, L., Blas, C., González, L., & Chávez, R. A. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28(1), 72-81.
- Cuijpers, P., & Smit, F. (2004). Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(5), 325-331.
- Deal, L.W., & Holt, V.L. (1998). Young maternal age and depressive symptoms: results from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. *American Journal of Public Health*, 88(2), 266-270.
- De Castro, F., Hinojosa-Ayala, N., & Hernández-Prado, B. (2011). Risk and protective factors associated with postnatal depression in Mexican adolescents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(4), 210-217.
- DeVito, J. (2010). How adolescent mothers feel about becoming a parent. *The Journal of Perinatal Education*, 19(2), 25.
- Derogatis, L.R. (1977). SCL-90. *Administration Scoring and Procedures Manual-I for the Revised Version*. Baltimore, Johns Hopkins.
- Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica, ENADID (2014). Panorama sociodemográfico de México: principales resultados / Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Consejo Nacional de Población. México: INEGI/CONAPO
- Estadísticas a propósito del día internacional de la niña. (7 de octubre, 2016). INEGI. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/niña2016_0.pdf

- De Freitas, G., & Botega, N. (2002). Prevalence of depression, anxiety and suicide ideation in pregnant adolescents. *Revista Associação Médica Brasileira*, 48 (3), 245-9.
- Farber, N. (2014). The Not-So-Good News about Teenage Pregnancy. *Society*, 51(3), 282-287.
- Fagan, J. & Lee, Y. (2010). Perceptions and satisfaction with father involvement and adolescent mothers' postpartum depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(9), 1109-1121.
- Farr, S.L., Dietz, P.M., O'Hara, M.W., Burley, K., & Ko, J.Y. (2014). Postpartum anxiety and comorbid depression in a population-based sample of women. *Journal of Women's Health*, 23(2), 120-128.
- Fechner-Bates, S., Coyne, J. C., & Schwenk, T. L. (1994). The relationship of self-reported distress to depressive disorders and other psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 550.
- Field, T., Pickens, J., Prodromidis, M., Malphurs, J., Fox, N., Bendell, D., Yando, R., Schanerg & Kuhn, C. (2000). Targeting adolescent mothers with depressive symptoms for early intervention. *Adolescence*, 35(138), 381-414.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 10(3), 103-109.
- Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., & Mori, R., on behalf of the WHO Multicountry Survey On Maternal Newborn Health Research Network (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.
- Gavin, A.R., Lindhorst, T., & Lohr, M.J. (2011). The prevalence and correlates of depressive symptoms among adolescent mothers: results from a 17-year longitudinal study. *Women & health*, 51(6), 525-545.
- Genovez, M.G & Le, HN. (September, 2011). *Identification of Salvadoran Pregnant Women at risk for Postpartum Depression*. 25th Annual Conference Postpartum Support International. Seattle, WA. Poster presentation.

- George, A., Luz, R. F., De Tyche, C., Thilly, N., & Spitz, E. (2013). Anxiety symptoms and coping strategies in the perinatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 233.
- Gipson, J. D., Koenig, M. A., & Hindin, M. J. (2008). The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. *Studies in Family Planning*, 18-38.
- Glasheen, C., Richardson, G., Kim, K., Larkby, C., Swartz, A. & Day, N., (2013). Exposure to maternal pre-and postnatal depression and anxiety symptoms: Risk for major depression, anxiety disorders, and conduct disorder in adolescent offspring. *Developmental and Psychopathology*, 25(4), 1045-1063.
- González-Forteza, C., & Andrade Palos, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18(4), 41-48.
- González-Forteza, C., Solís Torres, C., Jiménez Tapia, A., Hernández Fernández, I., González-González, A., Juárez García, F., Medina. Mora M.A & Fernández-Várela Mejía, H. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud mental*, 34(1), 53-59.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Pick, S., & Collado, M. E. (1998). El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la ciudad de México: análisis según su nivel socioeconómico. *Salud Mental*, (21)2, 37-45.
- Gobierno de la República (Grupo Interinstitucional) (2015) Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescentes. México. Recuperado de: <http://www2.issste.gob.mx:8080/images/downloads/home/ENAPEA.pdf>
- Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero- Martínez, M., Hernández-Ávila, M., (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Resultados Nacionales (ENSANUT)*. Cuernavaca, México: Instituto de Salud Pública (MX).
- Hall, L.A., Kotch, J.B., Browne, D., & Rayens, M. K. (1996). Self-esteem as a mediator of the effects of stressors and social resources on depressive symptoms in postpartum mothers. *Nursing research*, 45(4), 231-238.

- Henderson, J., & Redshaw, M. (2013). Anxiety in the perinatal period: antenatal and postnatal influences and women's experience of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(5), 465-478.
- Hernández, M., López, R., & Velarde, S. (2013). La situación demográfica en México. Panorama desde las proyecciones de población. *La situación demográfica de México*, 11-19.
- Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., Goldin, J., & Golver, V., (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 65-73.
- Hudson, D.B., Elek, S.M., & Campbell-Grossman, C. (2000). Depression, self-esteem, loneliness, and social support among adolescent mothers participating in the new parents project. *Adolescence*, 35(39), 445-53.
- Ibarra-Yruegas, B., Lara, M.A., Navarrete, L., Nieto, L., & Valle, O.K. (2016). Psychometric properties of the Postpartum Depression Predictors Inventory–Revised for pregnant women in Mexico. *Journal of Health Psychology*, 1359105316658969
- Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social en Xochimilco 2015 (2015). Secretaria de Desarrollo Social, SEDESOL, Recuperado de http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/34324/Distrito_Federal_013.pdf
- Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social en Iztapalapa 2015 (2015). Secretaria de Desarrollo Social, SEDESOL, Recuperado de http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/32196/Distrito_Federal_007_15.pdf
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (Diciembre, 2013), Estadísticas de natalidad adolescente. www.inegi.org.mx
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (México, 2015). Mujeres y hombres en México 2015/ Instituto Nacional de Estadística y Geografía-México: INEGI, c2015.
- Ikeda, M. & Kamibeppu, K., (2013). Measuring the risk factors for postpartum depression: development of the Japanese version of the Postpartum Depression Predictors Inventory- Revised (PDPI-R-J), *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 2-11.

- Kalil, A., Spencer, M.S., Spieker, S.J., & Gilchrist, L. D. (1998). Effects of grandmother coresidence and quality of family relationships on depressive symptoms in adolescent mothers. *Family Relations*, 47, 433-441.
- Kim, T. H., Connolly, J. A., & Tamim, H. (2014). The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 162.
- Kleiber, B.V., & Dimidjian, S. (2014). Postpartum depression among adolescent mothers: A comprehensive review of prevalence, course, correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(1), 48-66.
- Lanzi, R.G., Bert, S.C., & Jacobs, B.K. (2009). Depression among a Sample of First-Time Adolescent and Adult Mothers. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(4), 194-202.
- Lara, M.A., Berenzon, S., Juárez García, F., Medina-Mora, M.E., Natera Rey, G., Villatoro Velázquez JA, et al. (2012). Population study of depressive symptoms and risk factors in pregnant and parenting Mexican adolescents. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(2), 102-108.
- Lara M.A. & Navarrete L. (2013). Reporte interno del estudio piloto "Prevalencia y factores de riesgo de la depresión posparto en servicios de atención perinatal". Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México D.F.
- Latorre-Latorre, J.F, Contreras-Pezzotti, L.M., y García-Rueda, S. (2006). La depresión postparto en madres adolescentes en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 57(3), 156-162.
- Leadbeater, B.J., & Bishop, S.J. (1994). Predictors of Behavior Problems in Preschool Children of Inner-City Afro-American and Puerto Rican Adolescent Mothers. *Child Development*, 65(2), 638-648.
- Loftus, J., Kelly, B.C., & Mustillo, S.A. (2011). Depressive symptoms among adolescent girls in relationships with older partners: causes and lasting effects?. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(7), 800-813.
- Logsdon, M.C., Birkimer, J.C., Simpson, T., & Looney, S. (2005). Postpartum depression and social support in adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(1), 46-54.

- Logsdon, M.C., Cross, R., Williams, B. & Simpson, T. (2004). Prediction of postpartum social support and symptoms of depression in pregnant adolescents: A pilot study. *The Journal of School Nursing, 20*(1), 36-42.
- Logsdon, M.C., & Myers, J.A. (2010). Comparative performance of two depression screening instruments in adolescent mothers. *Journal of Women's Health, 19*(6), 1123-1128.
- Madigan, S., Wade, M., Plamondon, A., Vaillancourt, K., Jenkins, J. M., Shouldice, M., & Benoit, D. (2014). Course of depression and anxiety symptoms during the transition to parenthood for female adolescents with histories of victimization. *Child Abuse & Neglect, 38*(7), 160–1170.
- Martini, J., Petzoldt, J., Einsle, F., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., & Wittchen, H. U. (2015). Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *Journal of Affective Disorders, 175*, 385-395.
- McElderry, D. (2001). Screening of Adolescent Females for Depression Before, During, and After Pregnancy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 14*(3), 131-133.
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., Tennant, C., & Don, N. (2001). Postnatal depression, anxiety and unsettled infant behaviour. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35*(5), 581-588.
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., & Kavanagh, D. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders, 74*(2), 139-147.
- Meades, R. & Ayers, S., (2011). Anxiety measures validated in perinatal populations: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 133*(1), 1-15.
- Melgar, L. (2015). Adolescentes traicionadas: Derecho a la salud, el bienestar de las jóvenes y las omisiones del Estado. En *Violencia de género, juventud y escuelas en México*. Tapia, MA, Saucedo, I., Ramos, L (Coords.) (pp.137-144). México. Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género.
- Mercier, R. J., Garrett, J., Thorp, J., & Siega-Riz, A. M. (2013). Pregnancy intention and postpartum depression: secondary data analysis from a prospective cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 120*(9), 1116-1122.

- Miller, R. L., Pallant, J. F., & Negri, L. M. (2006). Anxiety and stress in the postpartum: Is there more to postnatal distress than depression?. *BMC Psychiatry*, 6(1), 12.
- Milgrom, J., & Gemmill, A. W. (2014). Screening for perinatal depression, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 13-23.
- Navarrete, L.E., Lara, M.A., Navarro, C., Gómez, Ma. E. & Morales, F. (2012) Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad postnatal y su relación en el posparto. *Revista de investigación clínica*, 64(6), 625-633.
- Nunes, A.P., & Phipps, M.G. (2013). Postpartum depression in adolescent and adult mothers: Comparing prenatal risk factors and predictive models. *Maternal and Child Health Journal*, 17(6), 1071-1079.
- O'Hara, M.W., Wisner, K.L. & Asher, H., (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3-12.
- Oppo, A., Mauri, M., Ramacciotti, D., Camilleri, V., Banti, S., Borri, C., ... & Ricciardulli, S. (2009). Risk factors for postpartum depression: the role of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R). *Archives of Women's Mental Health*, 12(4), 239-249.
- Panzarine, S., Slater, E., & Sharps, P. (1995). Coping, social support, and depressive symptoms in adolescent mothers. *Journal of Adolescent Health*, 17(2), 113-119.
- Pincus, H.A., Davis, W.W., & McQueen, L.E. (1999). 'Subthreshold' mental disorders. A review and synthesis of studies on minor depression and other 'brand names'. *The British Journal of Psychiatry*, 174(4), 288-296.
- Paykel, E.S. (1983). Methodological aspects of life events research. *Journal of Psychosomatic Research*, 27(5), 341-352.
- Piyasil V. (1998). Anxiety and depression in teenage mothers: a comparative study. *Journal of the Medical Association of Thailand Chotmai het Thangphaet*, 81(2), 125-129.
- Radloff, L.S. *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos*. (CES-D). González-Forteza, C.; Lara MA; Mariño Ma. C.; Salgado de Snyder, N. [Traducción y adaptación]. 1977.
- Ramos-Marcuse, F., Oberlander, S. E., Papas, M. A., McNary, S. W., Hurley, K. M., & Black, M. 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.T. (2007). Psychometric assessment of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised. *Journal of Nursing Measurement*, 15(3), 189-202.
- Reid, V., & Meadows-Oliver, M. (2007). Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. *Journal of Pediatric Health Care*, 21(5), 289-298.
- Rodríguez, J., & Hopenhayn, M., (2007). Teenage motherhood in Latin America and the Caribbean. *Challenges*, 4, 1-11.
- Román, P.R., Carrasco M.E. Valdez, E., & Cubillas. (2000). Noviazgo y Embarazo: Una mirada a las trayectorias de amor y conflicto en mujeres adolescentes embarazadas. En Stern, C., Echarri, C., (Coords.), García-Hernández, G. (Cols.), *Salud reproductiva y sociedad: resultados de investigación* (pp.147 -176). México: El Colegio de México.
- Schmidt, R. M., Wiemann, C. M., Rickert, V. I., & Smith, E. B. (2006). Moderate to severe depressive symptoms among adolescent mothers followed four years postpartum. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 712-718.
- Secco, L.M., Profit, S., Kennedy, E., Walsh, A., Letourneau, N., & Stewart, M. (2007). Factors affecting postpartum depressive symptoms of adolescent mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(1), 47-54.
- Seymour, M., Giallo, R., Cooklin, A., & Dunning, M. (2015). Maternal anxiety, risk factors and parenting in the first post-natal year. *Child: Care, Health and Development*, 41(2), 314-323.
- Skärsäter, I., Agren, H., & Dencker, K. (2001). Subjective lack of social support and presence of dependent stressful life events characterize patients suffering from major depression compared with healthy volunteers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(2), 107-114.
- Sohor-Preston, S.L., & Scaramella, L.V. (2006). Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9(1), 65-83.

- Srisaeng, P. (2003). Self-esteem, stressful life events, social support, and postpartum depression in adolescent mothers in Thailand (Doctoral dissertation, Case Western Reserve University).
- Stern, C. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*. Universidad Autónoma del Estado de México, 39, 129-158.
- Tejada, C.E., Morillo, R.H., Orbe, L., & Pérez, M., (2002). Depresión posparto en madres adolescentes. *Rev Med Dom.*, 63(2), 127-129
- Troutman, B.R., & Cutrona, C.E. (1990). Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(1), 69- 78.
- Venkatesh, K.K., Phipps, M.G., Triche, E.W., & Zlotnick, C. (2014). The Relationship Between Parental Stress and Postpartum Depression Among Adolescent Mothers Enrolled in a Randomized Controlled Prevention Trial. *Maternal and Child Health Journal*, 18(6), 1532-1539.
- Villanueva, L.A., Pérez-Fajardo, M., & Iglesias, L.F. (2000). Factores sociodemográficos asociados a la depresión en adolescentes embarazadas. *Ginecología y Obstetricia de México*, 68(1), 143-148.
- Wardrop, A.A., & Popadiuk, N.E. (2013). Women's experiences with postpartum anxiety: expectations, relationships, and sociocultural influences. *The Qualitative Report*, 18(3), 1-24.
- Watanabe, M., Wada, K., Sakata, Y., Aratake, Y., Kato, N., Ohta, H., & Tanaka, K. (2008). Maternity blues as predictor of postpartum depression: A prospective cohort study among Japanese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(3), 211-217.
- Wenzel, A., Haugen, E.N., Jackson, L.C., & Brendle, J.R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(3), 295-311.
- Wilcox, H., Field, T., Prodromidis, M., & Scafidi, F. (1997). Correlations between the BDI and CES-D in a sample of adolescent mothers. *Adolescence*, 33(131), 565-574.
- Williamson, N. (2013). Efecto en la salud, la educación y la productividad de las niñas. En Kollodge (Ed.), *Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. El estado de la población mundial 2013 (pp.17-

29). Recuperado de <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf>

- Wolff, C., Valenzuela, P., Esteffan, K., & Zapata, D. (2009). Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Revista Chilena de Obstetricia Ginecología*, 74(3), 151-158.
- World Health Organization. (2012). Early marriages, adolescent and young pregnancies. *Retrieved*, 25, 2013.
- World Health Organization (Septiembre, 2014). Adolescent pregnancy (Fact sheet.N°464).<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/#.VCjZkBmo5vc.mailto>
- Xunta de Galicia y Organización Panamericana de la Salud .Acceso el 5 de marzo de 2015) EPIDAT 4.0. Disponible en: <http://dxsp.sergas.es>
- Yelland, J., Sutherland, G., & Brown, S.J., (2010). Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian women. *BMC Public Health*, (10), 771, 1-11.
- Yozwiak, J.A. (2010). Postpartum depression and adolescent mothers: A review of assessment and treatment approaches. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 23(3), 172-178.
- Zietlow, A.L., Schlüter, M.K., Nonnenmacher, N., Müller, M., & Reck, C. (2014). Maternal Self-confidence Postpartum and at Pre-school Age: The Role of Depression, Anxiety Disorders, Maternal Attachment Insecurity. *Maternal and Child Health Journal*, 1-8(8), 1873-1880.

ANEXO 1

PRUEBA PILOTO

I. Objetivos de la Prueba piloto

1. Confirmar que en cada uno de los Centros de Salud elegidos en las Jurisdicciones Sanitarias de las Delegaciones Cuauhtémoc, Iztapalapa y Xochimilco (uno por cada zona) haya afluencia de usuarias con las características requeridas para el estudio.
2. Detectar en qué horarios hay mayor afluencia de usuarias y por tanto hay mayor posibilidad de hacer las entrevistas en cada Centro de Salud.
3. Identificar los servicios de los Centros de Salud que utilizan las mamás adolescentes, además del servicio de inmunizaciones.
4. Verificar que el equipo de trabajo aplique (investigadora principal y tres pasantes en psicología) la entrevista de manera estandarizada.
5. Corroborar la comprensión y aceptación de las preguntas de la entrevista.

II. Método de la prueba piloto

El periodo de recolección para la prueba piloto fue del 7 al 28 de Octubre y se realizaron 20 entrevistas efectivas.

Para el procedimiento se utilizó una Guía de recolección de datos (**Anexo 3**) donde se explican los pasos a seguir para abordar a las potenciales participantes, como realizar el proceso de Consentimiento Informado, la entrevista y la entrega del folleto y el directorio.

III. Resultados del piloteo

Para lograr el primer objetivo, se contabilizó la cantidad de entrevistas realizadas en cada Centro de Salud. De las 22 entrevistas obtenidas se eliminaron dos, pues se detectó que eran de participantes repetidas. Al final se contó con 20 entrevistas

efectivas, no se realizó ninguna entrevista en Cuauhtémoc, 11 en Iztapalapa y 9 en Xochimilco.

Para el segundo objetivo, se asistió a los Centros de Salud de 8:00 am a 2:00 pm las primeras tres semanas y se registraron los horarios en que se realizaron cada una de las entrevistas. La mayor parte se realizaron entre 8: 00 y 10: 00 am (N = 16) y el resto (N = 4) entre 11: 00 am y 12:00 pm. Más tarde ya no realizó ninguna entrevista.

Para al tercer objetivo, se obtuvo de los diarios de campo y comentarios realizados en las entrevistas el tipo de servicios utilizados por las participantes. Los resultados son los siguientes: De las 20 entrevistas, 2 asistieron al médico general, 3 al servicio de tamiz y 15 al de inmunizaciones.

En relación al cuarto objetivo, se identificó en la revisión semanal de la documentación que en la sección 1 del cuestionario (preguntas semi-abiertas) se estaba obteniendo información escasa. Además, se identificó que la sección de comentarios de la entrevistadora no estaba usándose adecuadamente. También se corroboró que el uso de tarjetas enmicadas con las opciones de respuesta de las escalas (CES-D y SCL- 90) facilitaba su aplicación y en algunos casos ayudaba a mantener la privacidad de las respuestas de las participantes ya que los cuestionarios se aplican en las salas de espera.

Sobre la comprensión y aceptación de las preguntas de la entrevista, el trabajo de campo planteó la necesidad de precisar o agregar las que se presentan a continuación.

Antes	Después
E6. Si ha estado embarazada antes, Podrías decirme ¿cuántas veces?	E6. Si ha estado embarazada antes ¿Podrías decirme el número total de embarazos que has tenido, incluyendo tu último embarazo?

RP1. ¿Cuánto tiempo tenías de conocer al papá de tu bebé?	RP1. ¿Cuánto tiempo tenías de conocer al papa de tu bebé cuando ocurrió tu embarazo?
RP6. ¿Lo sigues viendo?	RP5. ¿Actualmente mantienes una relación con el papá de tu bebé? ¿Podrías explicarme más?
-----	SL4. Si no trabaja. ¿En qué ocupas tu tiempo?

IV. Conclusiones y acciones a seguir derivadas de la prueba piloto

Debido a que en el Centro de Salud perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria de la Delegación Cuauhtémoc no se encontró una afluencia de usuarias suficiente que contara con las características requeridas para el estudio en 3 semanas de trabajo, se decidió que únicamente se conservarían los Centros de Salud Ubicados en Iztapalapa y Xochimilco. Por otra parte, se calculó que se realizaron aproximadamente 7 entrevistas cada semana.

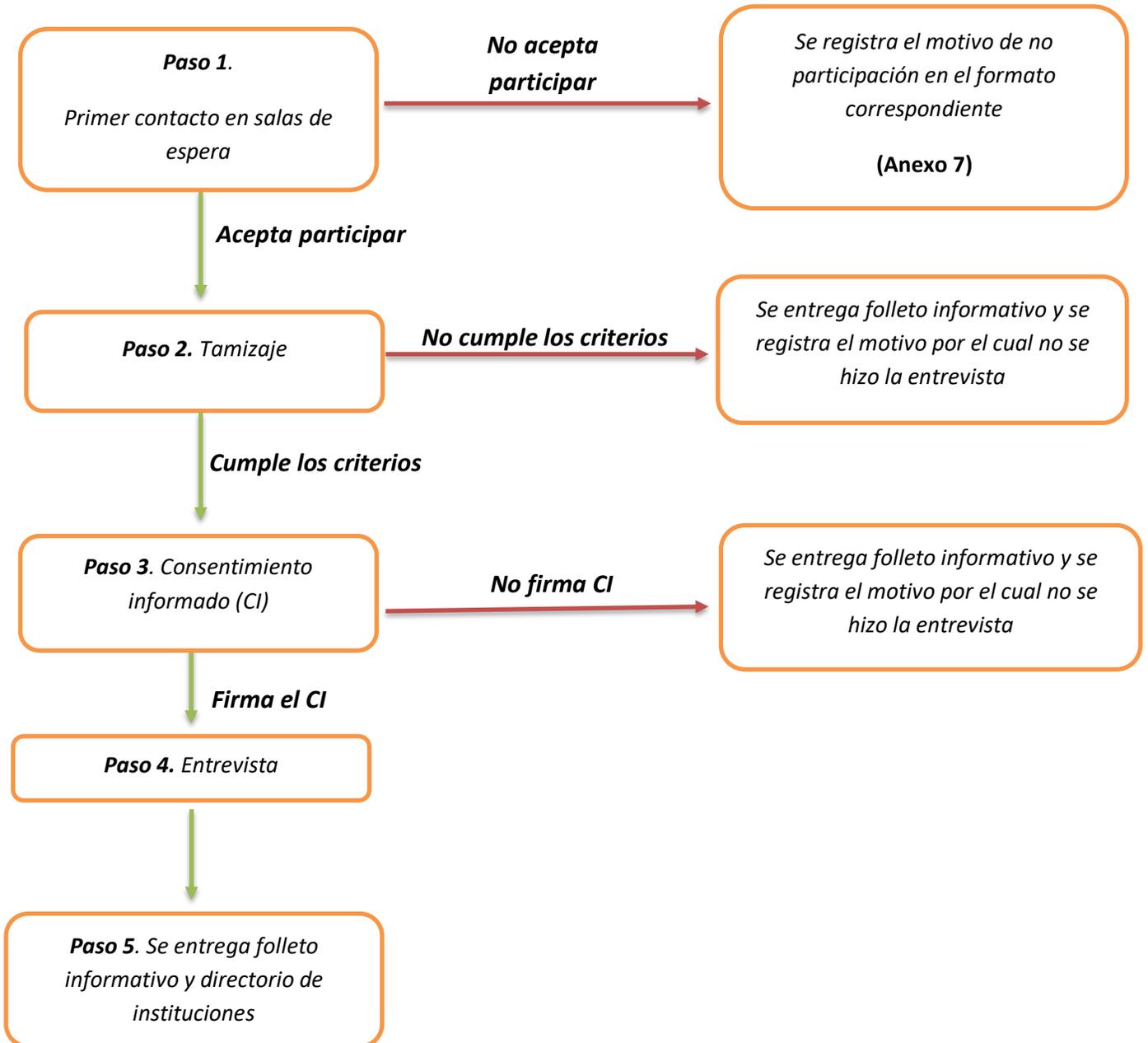
En relación a los horarios se concluye que, antes de las 12:00 pm es el mejor tiempo para realizar la recolección de datos. Por otra parte, se puede decir que la prueba piloto confirmó que el servicio de inmunizaciones es ideal para captar a las participantes, sin embargo permitió ampliar el espectro de posibilidades; ya que algunas de las participantes fueron captadas en los servicios de tamiz y medicina general. Un dato importante a tener en cuenta es que si bien es preferible abordar a las participantes antes de que sean atendidas también se logró realizar algunas entrevistas después de que entraran a los servicios.

Por otro lado, para mejorar la aplicación de la primer sección de la entrevista (preguntas semi-abiertas), se incluyó en la guía para la recolección de datos una serie de ejemplos para obtener más información (Ver anexo 3). Además, en las reuniones de trabajo semanal se procuró que los miembros del equipo compartieran las estrategias que les habían funcionado para obtener mayor información. Asimismo, se aclaró que en la sección de comentarios de la entrevistadora se debe poner si la participante iba o no acompañada, su actitud durante la entrevista, si sucedieron o no interrupciones y cualquier otros dato que se considere relevante.

En relación a las preguntas de la entrevista, parece que la sección 1 fue considerada por las participantes como interesante; ya que nunca o pocas veces les habían preguntado al respecto de cómo se sentían en su rol de madres, sobre la relación con sus bebés, quiénes las apoyaba en sus labores cotidianas, como compaginaban su actividades con la escuela (en los casos en que todavía asistían). Además, esta sección permitió desde el punto de vista de las entrevistadoras establecer un mejor rapport para la aplicación de las escalas (CES-D y SCL-90).

ANEXO 2

DIAGRAMA DE FLUJO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS



ANEXO 3

GUÍA PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Paso 1. Abordaje en la sala de espera

¡Hola, buenos días / tardes!, Me llamo (_____) y soy psicóloga. ¿Cómo te llamas? (Nombre de la persona) ¿podrías darme unos minutos en lo que te atienden?

A: Si no accede: *¡Gracias, que te vaya bien! (Se anota el motivo de no participación en la hoja de registro de mujeres que no entran al estudio)*

B: Si accede: *Estoy en este Centro de Salud, pues formo parte de un equipo interesado en conocer el estado de salud de las jóvenes que recientemente han tenido un bebé. Por favor, ¿me permitirías hacerte unas breves preguntas para saber si te propongo una entrevista más larga? Esta no tomará mucho tiempo y si tienes que entrar a tu cita, puedo esperar a que salgas para terminar, ¿te parece bien? (Si la usuaria dice que sí, se inicia con el tamizaje)*

C: Si después de dar la explicación anterior la usuaria ya no desea continuar, se dirá lo siguiente:

Está bien, te dejo un folleto con mi nombre y correo electrónico, por si cambias de opinión y quieres que hagamos una cita que sería aquí mismo en el Centro de Salud. ¡Hasta luego y que tengas buen día / tarde! (Se anota el motivo de no participación en la hoja de registro de mujeres que no entran al estudio)

Paso 2. Aplicación del tamizaje

Para facilitar que la entrevistadora pueda identificar si la posible participante cuenta con el perfil para ser incluida en el estudio, se agregó una columna en la que se especifican las características requeridas. En la última columna, puede identificarse por el siguiente símbolo (↓) la entrevistadora pondrá una paloma, si la

entrevistada cumple con las características y una cruz, si no. **(Ver formato de tamizaje).**

Preguntas de tamizaje

1. ¿Qué edad tienes?
2. ¿Cuántos meses tiene tu bebé?
3. ¿Cuántas semanas de embarazo tenías cuando nació tu bebé?
4. ¿Cuánto pesó tu bebé al nacer?
5. ¿Tu bebé tiene algún problema respiratorio, cardíaco, neurológico, Síndrome de Down o algún otro problema físico por el que requiera atención médica especializada? **¿Cuál?**
6. ¿Durante el parto o posparto tuviste algún problema de salud por el cual quedaste una semana o más en el hospital? **¿Cuál?**

A: En caso de no cumplir con las condiciones para continuar con la entrevista: *(Nombre de la persona)* por el momento no haré más preguntas. *Aprecio tu tiempo y apoyo. (La entrevistadora muestra el tríptico a la usuaria)* *Me gustaría darte algo de información sobre dos condiciones de salud que pueden suceder a cualquier mujer durante el primer año después de tener un bebé. Se les conoce como síntomas depresivos y de ansiedad. Aquí, vienen algunas señales que usualmente indican que alguien tiene estos síntomas, las situaciones que suelen llevar a que esto les pase y sugerencias que podrían ayudarlas a mejorar. Si quieres saber un poco más sobre el tema, puedes entrar en ésta página de Internet. ¿Tienes alguna duda o comentario? Espero que esta información sea interesante para ti y tal vez quieras compartirla con alguien más. De nuevo, agradezco tu atención y es todo por ahora. (Después de entregar el folleto, se anota el motivo por el cual no se realizó la entrevista en la hoja de registro de mujeres que no entran al estudio)*

B: En caso de cumplir con las condiciones para continuar con la entrevista:
Ahora, te daré más detalles sobre el estudio y si estás de acuerdo iniciaremos con el resto de las preguntas, ¿está bien?

Paso 3. Proceso de Consentimiento Informado (CI)

Una vez que la participante acceda, se entregará una copia del CI y se revisará junto con ella. Es preciso detenerse en cada punto para cerciorarse que la información ha sido comprendida. La entrevistadora debe conservar su copia de CI y revisar que las firmas estén completas tanto en su copia como en la de la participante. Asimismo, es importante preguntar a las participantes si desean o no que su padre, madre o tutor, sean informados de que la entrevista se llevará a cabo antes de que ésta se realice **(Ver formato de Consentimiento Informado)**

La entrevista se iniciará una vez que la participante ha leído y firmado el CI

Paso 4. Aplicación de la entrevista

Datos de la entrevista

Antes de iniciar con las preguntas, recuerde poner los siguientes datos: Nombre de la persona que hizo la entrevista, el Centro de Salud (CS) dónde se aplicó, la fecha, el horario de inicio y fin de la entrevista. El folio habrá sido previamente asignado.

Como se mencionó líneas arriba, la entrevista consta de varias secciones que se describen a continuación.

Antes de iniciar con la primera sección, se preguntará a las entrevistadas el nombre de sus hijo(a) con la intención de establecer un mejor rapport y para que más adelante al realizar algunas preguntas relacionadas sus hijos(as), se pueda usar el nombre en vez de repetir constantemente la palabra bebé.

Al finalizar la entrevista se borrará el nombre del bebé para evitar que queden datos personales en el documento.

Sección 1. Preguntas sociodemográficas (semi-abiertas)

La primera sección consta de cinco apartados en los que se realizan algunas preguntas cuyo objetivo es obtener algo de información al respecto de los siguientes temas: **Embarazo y maternidad, relación de pareja, redes de apoyo, situación escolar y laboral.**

Cada una de las preguntas debe realizarse de manera textual y se anota la respuesta que la entrevistada proporcione. Si la respuesta de la entrevistada es muy corta como en los siguientes ejemplos se puede recurrir al uso de detonadores que no modifiquen la pregunta inicial.

Entrevistadora 1: *¿Ahora que ya tienes a tu bebé cómo te sientes?*

Entrevistada 1: *¡bien!*

Entrevistadora 1: *¿y qué es bien?*

Entrevistada 1: *Feliz, pero sigo teniendo miedo de cómo cuidarlo, ahora que está delicado (recién nacido) y se puede enfermar.*

Entrevistadora 2: *¿Cómo es la relación con tu (nombre del bebé)?*

Entrevistada 2: *¡Muy buena!*

Entrevistadora 2: *¿podrías contarme un poco más, por favor?*

Entrevistada 2: *Es buena porque como paso con él todo el día, nos entendemos y ya sé lo que significa cuando llora o se queja. Estoy aprendiendo como ser mamá.*

Sección 2 a 4: Escalas

Cada una de las escalas, debe aplicarse de modo que se garantice la objetividad de lo que se está midiendo. **Por eso, las instrucciones que se presentan al**

inicio de las escalas y la redacción de cada una de las preguntas NO DEBE MODIFICARSE.

Cada pregunta se leerá de forma textual y en caso de que la entrevistada no entienda alguna pregunta, ésta debe leerse de nuevo en forma textual, sin agregar una explicación o dar interpretaciones de la misma.

Paso 5. Cierre de la entrevista

Una vez que se termina con las preguntas, se agradece a la entrevistada por su colaboración y se entrega el folleto informativo y el directorio de instituciones de la siguiente manera:

(Nombre de la persona) de nuevo gracias por la valiosa aportación que con tus respuestas hiciste al estudio. Antes de despedirnos quiero entregarte este folleto (la entrevistadora muestra el folleto a la usuaria), en el que viene algo de información sobre dos condiciones de salud que pueden suceder a cualquier mujer durante el primer año posparto. Se les conoce como síntomas depresivos y de ansiedad. Aquí, vienen algunas señales que usualmente indican que alguien tiene estos síntomas, las situaciones que suelen llevar a que esto les pase y sugerencias que podrían ayudarlas a mejorar. Si quieres saber un poco más sobre el tema, puedes entrar en ésta página de Internet. Además, aquí tienes un directorio (la entrevistadora muestra el directorio a la usuaria) en el que encontrarás el teléfono, dirección y horarios de atención de algunas organizaciones que ofrecen atención psicológica a bajo costo. ¿Tienes alguna duda o comentario sobre esto? (Si la persona contesta que No, se da por terminada la entrevista). Entonces hemos terminado ¡Qué te vaya bien!

Paso 6. Comentarios y observaciones de la entrevistadora

Una vez terminada la entrevista y que la participante se ha retirado, la entrevistadora puede escribir en éste apartado algunas notas que considere relevantes sobre el proceso de entrevista, así como algún comentario que la participante haya agregado.

ANEXO 4

FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

“Síntomas de depresión y ansiedad posparto y factores asociados en adolescentes”

Soy [_____] y estoy realizando un estudio para conocer el estado de ánimo de las jóvenes entre 14 y 19 años que recientemente han tenido un bebé y explorar algunas situaciones que puedan estar viviendo.

Quiero pedir tu colaboración, para responder algunas preguntas que toman más o menos 25 minutos, mientras estás en la sala de espera para la cita de tu bebé. Tu participación es voluntaria, no tiene costo, y si contestas o no a las preguntas, no influirá en el servicio que recibes de esta institución.

La información que puedas proporcionar es de gran valor y podría permitir que la gente conozca más sobre las situaciones que influyen en el estado de ánimos de las mamás jóvenes.

El estudio fue evaluado y aprobado por un grupo de personas expertas y he tratado de reducir al mínimo las incomodidades que cualquiera de las preguntas pueda causarte. Por favor, te pido que si llegas a sentir algún malestar, me informes para que hablemos sobre el asunto. Además, si no quieres contestar una o más preguntas o ya no deseas seguir con el cuestionario estás en libertad de hacerlo

Como beneficio por tu colaboración, te daré información interesante para mamás jóvenes que tal vez llegue a ser útil para ti o para alguien que conozcas. También, te entregaré una lista de lugares a los que puedes asistir para solicitar servicios psicológicos o apoyo emocional de costo bajo.

Tus respuestas son confidenciales, por eso únicamente yo y un mínimo de personas involucradas en el estudio (entrevistadores) las podrán ver. Además, el cuestionario 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, que se guardará por separado del cuestionario.

Los resultados y el análisis de todos los cuestionarios se darán a conocer en una tesis y en un artículo de revista interesada en el tema, que no incluirá los nombres de las personas entrevistadas.

Hasta aquí ¿tienes alguna duda o comentario?

En caso de que después tengas cualquier duda o comentario sobre el estudio puedes escribir a la persona responsable del proyecto, Lic. Pamela Alejandra Patiño González:

Correo: psicpamela@hotmail.com Teléfono: 41605147

¿Deseas participar?

Si deseas participar, agradezco tú 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 medio de mi firma expreso que es mi decisión colaborar en este estudio.

México D.F., a ____ de _____ 2015

Nombre y firma de la participante

Nombre y firma del Aplicador

Nombre y firma del Testigo1

Nombre y firma del Testigo 2

ANEXO 5

FORMATO DE TAMIZAJE

Centro: _____ Entrevistadora: _____ Hora: _____ Fecha: _____ Folio: _____ Servicio: _____
--

Sección 1 <i>Por favor, podrías decirme...</i>	Participa si...	↓
F1. ¿Qué edad tienes? (años cumplidos) _____	Tiene entre 14 y 19	_____
F2. ¿Cuántos meses tiene tu bebé? _____	1 a 6 meses con 3 semanas	_____
F3. ¿Cuántas semanas de embarazo tenías cuando nació tu bebé? _____	32 semanas o más	_____
F4. ¿Cuánto pesó tu bebé al nacer? _____	+ de 1.5 kg	_____
F5. ¿Tu bebé tiene algún problema respiratorio, cardiaco, neurológico, Síndrome de Down o algún otro problema físico por el que requiera atención médica especializada? Sí [<input type="checkbox"/>] No [<input type="checkbox"/>] → Si dijo que sí, ¿Cuál? _____	No	_____
F6. ¿Durante el parto o posparto tuviste algún problema de salud por el cual te quedaste una semana o más en el hospital? (Por ejemplo, hemorragias, peritonitis, infecciones por la cesárea o episiotomía) Sí [<input type="checkbox"/>] No [<input type="checkbox"/>] → Si dijo que sí, ¿Cuál? _____	No	_____

Observaciones:

ANEXO 6
Instrumento

Gracias por la oportunidad para realizar esta entrevista. El apoyo que tú y otras jóvenes puedan dar es parte fundamental para que este trabajo sea posible.

Datos de la entrevista

Entrevistadora: _____ Centro de Salud: _____

Fecha: _____

Hora: **Inicio:** _____ **Fin:** _____ Folio: _____

Sección 1

Primero, haré unas preguntas sobre tu embarazo, tus condiciones de vida actuales y algunas relacionadas con tu bebé.

¿Cómo se llama él / ella (bebé)? _____

1. Embarazo y maternidad

E1. ¿Recuerdas cómo te sentiste al saber que estabas embarazada?

E2. ¿Cómo te sientes como mamá?

E3. ¿(Nombre del bebé) es tu primer hijo(a)? **Sí** [] **No** []

E4. ¿Éste fue tu primer embarazo? **Sí** [] **No** []

E5. **Si ha estado embarazada antes**, ¿Podrías decirme el número total de embarazos que has tenido, incluyendo tu último embarazo?

E6. ¿Cuántos hijos(as) tienes?

2. Relación de pareja

RP1. ¿Qué tipo de relación tenías con él papá de tu bebé cuando ocurrió tu embarazo?

RP2. ¿Cómo reaccionó él cuando supo de tu embarazo?

RP3. ¿Vives con él? **Sí** [] **No** []

RP4. ¿Vives solamente con tu pareja o comparten la casa con alguien más?

3. Situación escolar

SE1. ¿Cuál es el último grado completo que cursaste?

SE2. ¿Estabas estudiando cuando supiste de tu embarazo? **Sí** [] **No** []

SE3. **Si sí,** ¿Dejaste la escuela o seguiste?

SE4. **Si no estaba estudiando:** ¿A qué te dedicabas?

4. Situación laboral

SL1. ¿Actualmente estás trabajando? **Sí** [] **No** []

SL2. **Si trabaja** ¿Qué haces?

SL3. **Si no trabaja,** ¿En qué ocupas tu tiempo?

SL4. ¿Quién cubre tus gastos personales y los de tu bebé?

	1) Tú (la entrevistada)
	2) Papá del bebé
	3) Tu familia
	4) La familia del papá de tu bebé
	5) Otro ¿Quién?

Sección 2.
PDPI-R*A continuación te voy a preguntar sobre otros aspectos generales de tu vida*

P1. Estado civil ¿Cuál es tu estado civil?	
a) Soltera	1
b) Casada	0
c) Separada	1
d) Divorciada	1
e) Viuda	1
f) Convives con tu compañero	0

P2. Nivel socioeconómico ¿Cuál es tu nivel socioeconómico?	
a) Bajo	1
b) Medio	0
c) Alto	0

P3 Autoestima	Sí	No
a) ¿Te sientes bien acerca de tu persona?	0	1
b) ¿Te sientes valiosa?	0	1
c) ¿Tienes buenas cualidades?	0	1

P4 Depresión prenatal	Sí	No
a) Te sentiste deprimida durante tu embarazo	1	0
Si contestó sí, ¿Cuándo y Cuánto tiempo duró?		
<hr/>		
¿Qué tal leve o grave fue?		
<hr/>		

P5 Ansiedad prenatal	Sí	No
a) Te sentiste ansiosa durante tu embarazo	1	0
Si contestó sí, ¿Por cuánto tiempo te sentiste de ésta manera?		
<hr/>		
P6 Embarazo no planeado/ No deseado	Sí	No
a) ¿Fue el embarazo planeado?	0	1
b) ¿Fue el embarazo no deseado?	1	0

P7 Historia de depresión	Sí	No
a) Antes de éste embarazo, ¿te sentiste alguna vez deprimida?	1	0
Si contesto que sí ¿Cuándo sufriste de depresión? _____		
¿Has estado bajo el cuidado de un médico debido a esta depresión pasada? _____		
¿El médico te recetó alguna medicina para la depresión? _____		

P8 Apoyo social		
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

P9 Satisfacción matrimonial	Sí	No
a) ¿Estás satisfecha con tu matrimonio o situación de pareja?	0	1
b) Actualmente ¿estás teniendo problemas matrimoniales o de pareja?	1	0
c) ¿Van bien las cosas entre tú y tu pareja?	0	1

P10 Eventos estresantes en la vida		
¿Están pasando algunos de estos eventos estresantes en tu vida?	Sí	No
a) Problemas financieros/económicos/ de dinero	1	0
b) Problemas con tu esposo o pareja	1	0
c) Muerte de un familiar	1	0
d) Desempleo	1	0
e) Enfermedad seria de un miembro familiar	1	0
f) Mudarte	1	0
g) Cambiar de trabajo / Dejar la escuela ⁷	1	0
→ Subrayar cuál de las dos opciones trabajo o escuela		

P11 Problemas con el cuidado del bebé	Sí	No
a) ¿Está el bebé experimentando algún problema de salud?	1	0
a) ¿Tienes problemas alimentando a tu bebé?	1	0
b) ¿Tienes problemas con el bebé a la hora de dormir?	1	0

P12 Temperamento del bebé	Sí	No
¿Consideras que tu bebé es irritable?	1	0
a) ¿Llora mucho tu bebé?	1	0
b) ¿Es difícil consolar o calmar a tu bebé?	1	0

P13 Tristeza materna	Sí	No
a) ¿Experimentaste un periodo de llanto durante la primera semana después del parto?	1	0

⁷ Se modificó para su uso con adolescentes.

Sección 3.

ESCALAS

Marque con una “X” la respuesta indicada por la entrevistada y recuerde mencionarle que no hay respuestas correctas o incorrectas.

*Ahora, nos interesa conocer sobre algunas experiencias que te pudieron haber ocurrido **únicamente durante la semana pasada**. Por eso, voy a leer unas frases y te pido que elijas la respuesta que más se acerque al número de días que viviste esa experiencia.*

CES- D Durante la semana pasada	Raramente o nunca (menos de un día)	Alguna o pocas veces	Ocasional-mente	La mayor parte o todo el tiempo
	0 días	1-2 días	3-4 días	5-7 días
CESD1 Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan.	0	1	2	3
CESD2 No tenía hambre, no tenía apetito.	0	1	2	3
CESD3 Sentía que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de mi familia o amigos.	0	1	2	3
CESD4 Sentía que era tan buena como los demás. R	3	2	1	0
CESD5 Tenía problemas poniendo atención a lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
CESD6 Me sentí deprimida.	0	1	2	3
CESD7 Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo.	0	1	2	3
CESD8 Veía el futuro con esperanza. R	3	2	1	0
CESD9 Pensé que mi vida era un fracaso.	0	1	2	3
CESD10 Tenía miedo.	0	1	2	3
CESD11 Dormía sin poder descansar.	0	1	2	3
CESD12 Estaba feliz. R	3	2	1	0
CESD13 Platiqué menos de lo normal.	0	1	2	3
CESD14 Me sentía sola	0	1	2	3
CESD15 Sentí que la gente era poco amigable	0	1	2	3
CESD16 Disfruté de la vida R	3	2	1	0

CESD17 Lloraba a ratos	0	1	2	3
CESD18 Me sentía triste	0	1	2	3
CESD19 Sentía que no le caía bien a otros.	0	1	2	3
CESD20 No podía “seguir adelante”	0	1	2	3
Total				
→ Un puntaje mayor o igual a 16 indica la probable presencia de sintomatología depresiva				

Sección 4 SCL-90 (Subescala de ansiedad)					
<i>A continuación te voy a leer una lista de problemas y quejas que a veces tiene la gente. Por favor, dime para cada una que palabra describe mejor cuanto te ha molestado o estresado esa situación durante las últimas dos semanas pasadas, incluyendo el día de hoy.</i>					
Durante las últimas dos semanas	(0) Nada	(1) Un poco	(2) Moderada-mente	(3) Bastante	(4) Extremada-mente
SCL1 Nerviosismo	0	1	2	3	4
SCL2 Temblor	0	1	2	3	4
SCL3 Asustarte sin motivo o causa	0	1	2	3	4
SCL4 Sentirte temerosa	0	1	2	3	4
SCL5 Que el corazón te palpite fuerte o muy rápido	0	1	2	3	4
SCL6 Sentirte tensa o agitada	0	1	2	3	4
SCL7 Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
SCL8 Sentirte tan agitada que no puedes quedarte quieta	0	1	2	3	4
SCL9 Sensación de que algo malo te ha de ocurrir	0	1	2	3	4
SCL10 Pensamientos e imágenes que te aterroricen	0	1	2	3	4
Total					
→ Un puntaje mayor o igual a 18 indica la probable presencia de síntomas de ansiedad					

Ésta fue la última pregunta, pero ¿tienes algún comentario que gustes agregar?

Comentarios y observaciones de la entrevistadora

ANEXO 7

Formato de Registro de mujeres que no entran al estudio

Hoja de registro: semana del _____ al _____ de _____ de 2015

Mujeres que no entran al estudio

<i>Motivo</i>	Lunes CS:	Martes CS:	Miércoles CS:	Jueves CS:	Viernes CS:	TOTAL
<i>La mujer NO tiene la edad requerida.</i>						
<i>El bebé no tiene la edad requerida.</i>						
<i>Complicaciones de salud en la mujer.</i>						
<i>Bebé pretérmino (< 32 semanas)</i>						
<i>Bebé con bajo peso al nacer (≤ 1.5 Kg.)</i>						
<i>Complicaciones de salud en el bebé</i>						
<i>No acepta ANOTAR MOTIVOS</i>						
<i>No fueron abordadas ANOTAR MOTIVOS</i>						
<i>Total</i>						

Entrevistadora: _____

ANEXO 8

CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO POR EL COMITÉ DE ÉTICA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD




INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Comité de Ética en Investigación

"2015, Año del Generalísimo José María Morales y Pavón"

Ref.: CE/IC/042/2015.

Psic. Pamela Alejandra Patiño González
Investigador Principal
Presente

Julio 27, 2015

Por este medio me permito Informar a usted que el proyecto titulado: "Factores de riesgo, síntomas de depresión y ansiedad en el posparto en adolescentes" el cual se llevara a cabo en los Centros de Salud T III de las delegaciones Iztapalapa, Xochimilco y Cuauhtémoc del Distrito Federal, ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requisitos éticos y metodológicos establecidos.

Documentos revisados y Aprobados: Original del formato del Comité de Ética en Investigación, Carta de consentimiento informado para adolescentes, tríptico de información sobre depresión y ansiedad posparto y tríptico: directorio de instituciones mexicanas

Atentamente,

Lic. María Teresa López Jiménez
Presidente del Comité de Ética en Investigación

C.c.p. Mtra. Em Psic. Guillermina Natera Rey.- Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales.-
Presente
Dr. Jorge J. Gonzalez Olvera, Secretario Técnico Del Comité de Investigación.-Presente

ANEXO 9

FOLLETO INFORMATIVO

El nacimiento de un bebé, trae cambios físicos, psicológicos y sociales; por lo que es un reto para las mujeres de cualquier edad.



¿Qué se puede hacer?

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

Habla de tus sentimientos con tu familia, amigos, pareja y pídeles que te ayuden a cuidar de tu bebé. Trata de buscar tiempo para cuidar tu higiene personal, descansar y comer sanamente, esto te ayudará a sentirte mejor contigo misma y aumentará tu autoestima.

Un excelente tip es descansar mientras tu bebé duerme, esto te permitirá brindarle tiempo de calidad y te sentirás con energía durante el día.

Si quieres saber un poco más sobre el tema puedes entrar a la siguiente página web:
<http://www.avudaparadepresion.org.mx/>

Elaborado por: Psic. Pamela A. Patiño González

¿Depresión

y

Ansiedad

Posparto?



**Se supone que el nacimiento de un bebé debe ser una etapa muy linda,
y entonces ¿Por qué algunas mamás no se sienten felices?**

En las primeras tres semanas después del nacimiento de un bebé es usual sentirse:

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

Esto se conoce como
Tristeza materna

Si dura más tiempo y los síntomas incrementan, puede ser **depresión o ansiedad posparto.**

Estas condiciones también pueden ocurrir varios meses después de tener al bebé.



Otras señales

- ❖ No poder levantarte de tu cama
- ❖ Dejar de cuidarte y arreglarte
- ❖ No poder concentrarte
- ❖ Falta de interés por tu bebé o miedo a quedarte sola con él.
- ❖ No poder dormir aunque tu bebé este durmiendo.
- ❖ Pensar en lastimarte o a tu bebé
- ❖ Mucha ansiedad o miedo
- ❖ Sentir que tu corazón late muy rápido con frecuencia.

Si esto te sucede, es recomendable buscar ayuda de un profesional en psicología o psiquiatría, que confirme el diagnóstico.

Algunas situaciones que pueden llevarte a vivir depresión o ansiedad son...

- ❖ Cambios hormonales después del parto.
- ❖ Ser mamá por primera vez y muy joven o muy mayor.
- ❖ Estar mucho tiempo sola sin el apoyo de la familia, amistades y la pareja.
- ❖ Las demandas que implica el cuidado del bebé y el adaptarse a la nueva vida.
- ❖ Un bebé que llora más de lo usual y que no es fácil saber que necesita.
- ❖ Vivir la pérdida o enfermedad de un ser querido en el último año.
- ❖ Problemas de dinero y familiares.
- ❖ Depresión o ansiedad durante el embarazo o antes.



ANEXO 10

DIRECTORIO DE INSTITUCIONES

*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 4:00 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 Cuauhtémoc

Teléfono: 55 18 56 27
Dirección: Lucas Alamán No. 122 Planta
Baja, Col. Obrera

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 y 01 800 822 446
Atención: 24 horas, los 365 días del año.

Centro Latinoamericano Salud y Mujer A.C
Página web: mexico@celsam.org
Dirección: Periférico sur, No. 6677, sexto piso,
Col. Ejidos de Tepepan, Xochimilco.



Líneas de ayuda

Sáptel: 52 59 81 21
Conadid: 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.gob.mx



Directorio

de

Instituciones

Mexicanas



Depresión

Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa

Teléfono: 56941660

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

Horario: Las fichas para cita de primera vez se reparten a la 6:45 am.

Costo: Primera vez \$56.00 y subsecuente por nivel socioeconómico.

Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtémoc

Teléfono: 55 41 44 01 Ext: 103 y 104

Dirección: Dr. Enrique Gonzales Martínez, No. 131, Col. Santa María la Rivera.

Horario: 7:00 - 9:00 am. Cita de primera vez.

Costo: Primera vez \$56.00 y subsecuente por nivel socioeconómico

Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" (Menores de 17 años 10 meses)

Teléfonos: 56 55 88 75

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

Atención: lunes a viernes, 8:00 am - 2:00 pm.

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

Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"

Teléfonos: 41605372

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

Costo: Según el nivel socioeconómico

Instituto Latinoamericano de estudios de la Familia (ILEF)

Teléfono: 55 54 56 11

Dirección: Av. México 191 Col. Del Carmen Coyoacán

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

Costo: De \$10 a \$250, 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

Atención: lunes a viernes, 9:00 am - 5:00 pm.

INMUJERES Cuauhtémoc

Teléfono: 24 52 33 70 y 24 52 33 69

Dirección: Calle Buenavista, entre Aldama, Violeta y Mina, sótano de la delegación.

Col. Buenavista

Servicio gratuito

Atención: lunes a viernes, 9:00 am - 5:00 pm.

INMUJERES Xochimilco

Teléfono: 56 75 11 88 y 56 76 96 12

Dirección: Francisco I. Madero Número 11. Col. Barrio El Rosario.

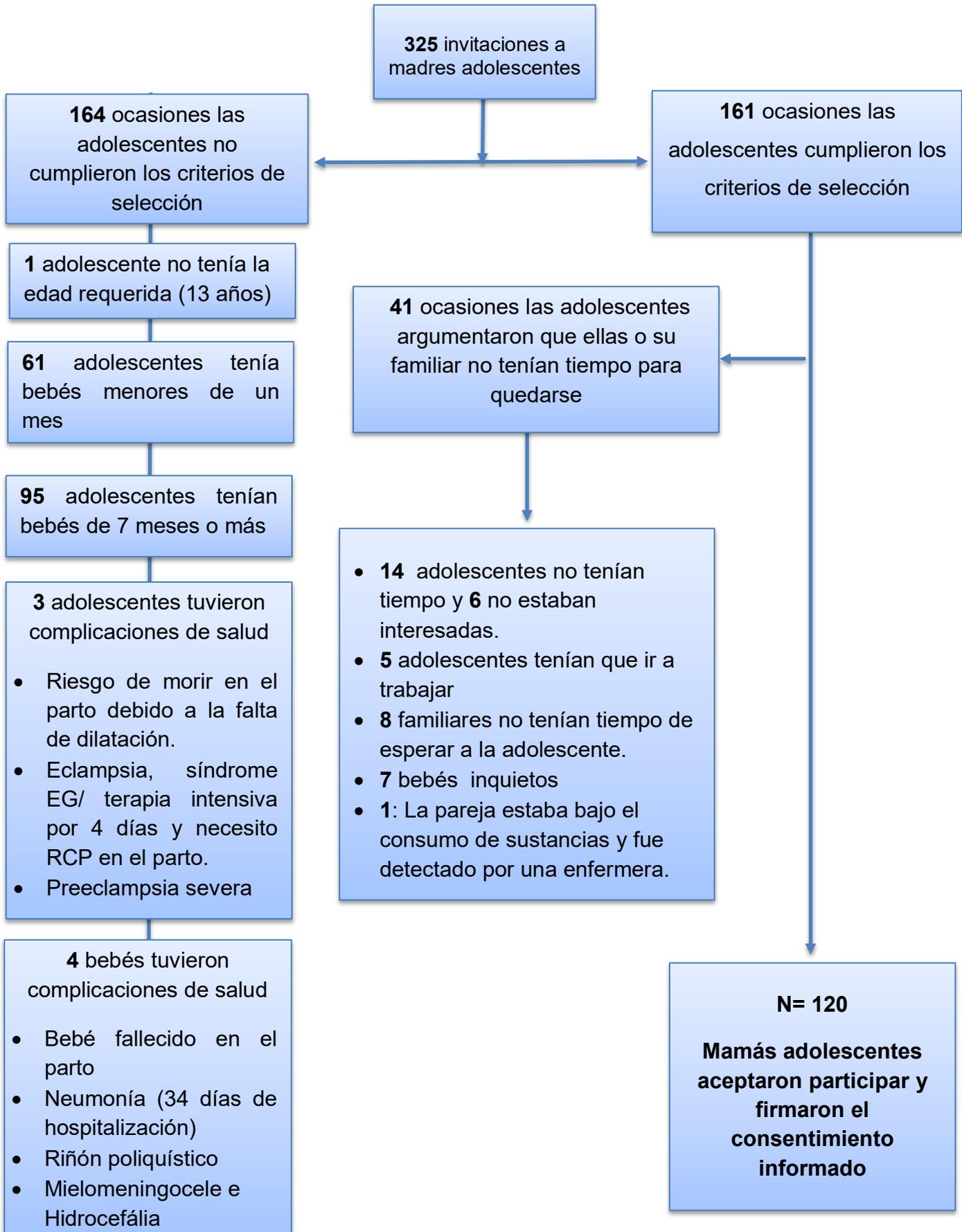
Entre las calles Pedro Ramírez del Castillo y Morelos.

Servicio gratuito

Atención: lunes a viernes, 9:00 am - 5:00 pm.

ANEXO 11

DIAGRAMA DE FLUJO DEL ESTUDIO



ANEXO 12
CRONOGRAMA

Actividad	Periodo	Primer semestre				Segundo semestre				Tercer semestre				Cuarto semestre			
Fundamentación teórica y metodológica		X	X	X	X	X		X	X			X		X	X		
Revisión de las propiedades psicométricas de los instrumentos de tamizaje				X	X	X											
Planificar la logística de la prueba piloto y el trabajo de campo						X			X								
Elaborar consideraciones éticas y consentimiento informado							X										
Elaborar lista de instituciones y folleto informativo									X								
Contacto con la autoridades de los Centros de Salud y envío de protocolo para su consideración							X	X	X	X	X						
Revisión del protocolo por un Comité de Ética									X	X							
Prueba piloto (logística, instrumentos y consentimiento)											X						
Crear base de datos											X						
Fase de recolección y captura de datos												X					
Análisis de datos													X				
Redactar capítulos de resultados, discusión y conclusiones														X	X		
Presentar el borrador de la tesis																	X
Correcciones al documento final																	X

TABLAS ANEXAS

Tabla 1			
Parejas discordantes y edad de las parejas de las adolescentes (N=55)			
Pareja discordante	f	%	
No (misma edad / 1 o 2 años mayor)	21	38.2	
Sí (≥ 3 años mayor)	34	61.8	
Edad promedio de la pareja			
	Mínimo	Máximo	Media (DE)
De las adolescentes 15 (n=3)	19	27	22.3 (4.1)
De las adolescentes 16-17 (n=10)	19	24	21.7 (1.7)
De las adolescentes 18-19 (n=21)	21	39	25.8(5.2)

Tabla 2	Sí		No	
	f	%	f	%
Subescalas del PDPI-R				
Autoestima				
Sentirse bien sobre su persona	111	92.5	9	7.5
Sentirse valiosa	117	97.5	3	2.5
Tener buenas cualidades	109	90.8	11	9.2
Apoyo social de la pareja				
Recibir apoyo emocional adecuado de la pareja	83	69.2	37	30.8
Confiar en la pareja	84	70	36	30
Contar con la pareja	91	75.8	29	24.2
Recibe apoyo práctico adecuado de la pareja	83	69.2	37	30.8
Apoyo social de la familia				
Recibir apoyo emocional adecuado de la familia	102	85	18	15
Confiar en la familia	99	82.5	21	17.5
Contar con la familia	109	90.8	11	9.2
Recibir apoyo práctico adecuado de la familia	97	80.8	23	19.2
Apoyo de las amistades				
Recibir apoyo emocional adecuado de las amistades	65	54.2	55	45.8
Confiar en las amistades	60	50%	60	50
Contar con las amistades	67	55.8	53	44.2
Recibir apoyo práctico adecuado de las amistades	32	26.7	88	73.3
Satisfacción matrimonial				
Estar satisfecha con el matrimonio o la relación de pareja	88	73.3	32	26.7
Tener problemas matrimoniales o de pareja	42	35	78	65
Van bien las cosas entre tú y tu pareja	88	73.3	32	26.7
Eventos estresantes				
Problemas financieros /económicos/ dinero	51	42.5	69	57.5
Problemas con el esposo o pareja	42	35	78	65
Muerte de un familiar	21	17.5	99	82.5
Desempleo	33	27.5	87	72.5
Enfermedad seria de un miembro de la familia	29	24.2	91	75.8
Mudarse	25	20.8	95	79.2
Cambiar de trabajo o dejar la escuela	30	25	90	75

Problemas con el cuidado del bebé				
Está el bebé experimentando algún problema de salud	23	19.2	97	80.8
Tienes problemas alimentando a tu bebé	14	11.7	106	88.3
Tienes problemas con el bebé a la hora de dormir	23	19.2	97	80.8
Temperamento infantil				
Considerar que el bebé es irritable	9	7.5	111	92.5
Considerar que el bebé llora mucho	21	17.5	99	82.5
Tener dificultades para consolar o calmar al bebé	21	17.5	99	82.5