

MATERNIDAD ADOLESCENTE Y DEPRESIÓN POSPARTO¹

Claudia Bolzán², Ingrid Kunzi, Romina Cellerino, Carolina Franzini, Daniela Mendieta

Resumen

El presente trabajo forma parte del Proyecto de Extensión “Intervención Psicológica para Madres, Familias y Equipo de Salud en el contexto Hospitalario”, correspondiente a la cátedra Psicología Clínica de Niños y Adolescentes de la Universidad Católica de Santa Fe. El mismo se llevó a cabo en el Centro Perinatólogico del Hospital J. B. Iturraspe por el término de un año a partir de Septiembre del año 2009.

La maternidad como tema central, incluyendo el embarazo, parto y puerperio, representa una crisis vital y evolutiva que afecta a todo el grupo familiar. Particularmente en la etapa de la adolescencia esta crisis reviste características específicas.

Con el objetivo de estudiar la maternidad adolescente y su relación con el estado anímico, se investigó esta problemática a través de la administración de una entrevista semi-estructurada y la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo -EPDS- elaborada por Cox y Holden (1987).

Palabras Claves: Maternidad – Trastorno del Estado de Ánimo – Adolescencia – Población de Riesgo.

Abstract

This work is part of a Community-University Partnership Project entitled “Psychological Intervention aimed at Mothers, Families and Health Team in Hospitals”, included in the Course on Children and Adolescents Clinical Psychology at the Catholic University of Santa Fe. This work, conducted at J. B. Iturraspe Hospital’s Perinatology Centre, lasted one year starting in September 2009.

¹ Trabajo Presentado en el II Congreso de Psicología del Desarrollo y Ciclo Vital, U.A.I., noviembre de 2010, Bs. As., Argentina.

² Profesora y Licenciada en Psicología. Psicóloga Clínica. Docente Titular de la Cátedra Psicología Clínica de Niños y Adolescentes de la Universidad Católica de Santa Fe, Docente de Clínica I y Clínica II de Orientación Sistémica, Universidad Autónoma de Entre Ríos. Directora del Proyecto de Extensión “Intervención Psicológica para Madres, Familias y Equipo de Salud en el contexto Hospitalario”, U.C.S.F. Echagüe 7151 (S3004JBS), Santa Fe. Argentina. TEL. 00543424603030.

E-mail: bolzanclaudia@hotmail.com

Maternity, including pregnancy, birth and puerperium, constitutes a vital and evolutionary crisis that affects the whole family. It is specifically during adolescence when this crisis presents distinctive features.

The main purpose of this work was to study adolescent motherhood and the way it relates to both the person's mood and the determining external factors. To obtain the results, a semi-structured interview and the Edinburgh Postnatal Depression Scale -EPDS- (Cox & Holden, 2003) were administered.

Key words: Depression Disorder – Maternity – Adolescence – Group at risk

Introducción

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero aún más durante la adolescencia, momento de la vida que conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre y del hijo, además de las complicaciones futuras que puede generar (Fernández, Puig, Ferrera y Pérez Piñero; 2004).

La maternidad adolescente constituye uno de los problemas de salud pública más importantes relacionado con la conducta sexual de los jóvenes y factores del contexto personal, familiar, cultural y social de los mismos.

Las condiciones socioculturales determinan incrementos en su prevalencia, aconteciendo más frecuentemente en sectores económicamente carenciados, si bien se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad (Autcher, Galeano y Zacarías, 2004).

En Argentina, más de 100 mil bebés nacen por año de madres que tienen menos de 19 años. Esta cifra viene en aumento, en especial en el grupo de nacimientos que se da en madres entre 10 y 15 años (FEIM, 2007).

A nivel psicológico, el embarazo en la adolescencia representa una crisis que se superpone con la crisis propia de la etapa. Según Webster (1970), una crisis constituye un estado de cosas en el que es inminente un cambio decisivo en un sentido o en otros. Tanto la adolescencia como el embarazo constituyen crisis del desarrollo, las cuales según Pittman (1988) son universales y previsibles; y como tales pueden representar cambios permanentes en el status y en la función de los miembros de la familia.

A su vez, ambas crisis comprenden profundos cambios somáticos y psicosociales, con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos actuales y anteriores.

La adolescente frente al embarazo puede adoptar diferentes actitudes y/o conductas, que dependerán de su historia personal y del contexto familiar, cultural y social.

En la presente investigación se exploran las circunstancias actuales de la maternidad adolescente con el objetivo de relacionarlas con indicadores del estado de ánimo, específicamente con manifestaciones de la depresión post-parto.

Problema

Se estima que anualmente 5 de cada 100 adolescentes se convierten en madres, lo cual equivale aproximadamente a 22,5 millones de niños nacidos en estas circunstancias por año. La gran mayoría de estos nacimientos ocurren en países no desarrollados, por ej., en América Latina, la cifra está en el orden de los 3 millones aproximadamente de nacimientos en madres adolescentes (Fernandez Puig, Ferrera, Perez Piñero, 2004). En Argentina, el porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años es de 15,6%. La mayoría de las madres adolescentes provienen de hogares de bajos recursos económicos en una proporción de 17 a 1 respecto de las de más altos ingresos (Ministerio de Salud de la Nación citado en FEIM, 2003). Circunscribiéndose a la Provincia de Santa Fe esta cifra asciende a 18,36%. En cuanto a este mismo porcentaje, en madres menores de 15 años, para el año 2007 Argentina presentaba un promedio de 0,4%, cifra que en la Provincia de Santa Fe se duplica (Ministerio de Salud de la Nación, 2009).

La alta prevalencia de los casos en el Hospital J. B. Iturraspe, sumado a la complejidad de los mismos motiva interés en la temática, que se considera de relevancia social y pública. A partir de la experiencia realizada desde el Proyecto de Extensión de Cátedra Psicología Clínica de Niños y Adolescentes de la Universidad Católica de Santa Fe en el Servicio de Neonatología del Hospital J. B. Iturraspe se formuló el siguiente problema de investigación:

¿Se manifiestan indicadores de depresión post-parto en madres adolescentes atendidas en el Centro Perinatólogo del Hospital J. B. Iturraspe de la ciudad de Santa Fe?

Objetivos

Objetivo General:

- Describir la problemática de la maternidad adolescente en el Servicio de Neonatología del Hospital J. B. Iturraspe de la ciudad de Santa Fe.

Objetivos Específicos:

- Conocer las circunstancias actuales relacionadas con el embarazo adolescente en la población estudiada.

- Identificar la presencia de indicadores de depresión post parto en las madres adolescentes.
- Brindar información relevante y actualizada de la temática a los servicios asistenciales.

Marco teórico

La OMS (1995) define como adolescencia al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica, fijando sus límites entre los 10 y 20 años. Según Fishman (1989), las tareas esenciales de la adolescencia se centran en torno a la búsqueda de la identidad, el desarrollo de las competencias sociales, la elaboración del narcisismo adolescente y el logro de la autonomía.

Si bien es equívoco hablar de maternidad adolescente como concepto general, ya que la maternidad para una joven de 19 años representa una experiencia completamente distinta que para una adolescente de 14 o 15 años, es demasiado frecuente que no se tome en cuenta la significación del estadio evolutivo de la joven madre en cuestión.

El embarazo en la adolescencia se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica (entendiéndose por tal al tiempo que ocurre desde la menarca) y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen (Ulanowicz, Parra, Wendler, Monzon, 2006). El embarazo y la maternidad en una adolescente generalmente no ha sido planificado, pudiendo generar una crisis personal y familiar.

En la presente investigación, nos referiremos a circunstancias actuales como circunstancias relacionadas con la etapa del desarrollo y con sucesos de la vida de la adolescente que poseen significación psicológica para la misma. Estos factores en la presente investigación se limitan a las circunstancias del embarazo (tales como embarazo deseado o no deseado, modo en el que se enteró del mismo y la reacción ante la información de embarazo).

Al relacionar esta problemática particular -maternidad adolescente- con trastornos del estado de ánimo, se considera importante caracterizar la depresión postparto como la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año postparto (Cox, Holden, 2003 citado en Moreno Zaconeta, Domínguez Casulari da Motta, Franco, 2004). El trastorno postparto se relaciona con cambios psicológicos postparto o problemas de ajuste a la maternidad, incluyendo las reacciones desencadenadas por la fisiología del nacimiento, por la responsabilidad por un niño, por la presencia de enfermedad en el bebé, por lamentar la pérdida del bebé por fallecimiento o adopción, o por cambios en la

dinámica familiar en respuesta a cualquiera de estos hechos (Seiden y Shaughnessy, en Flaherty, Channon, Davis, 1991).

El empleo del término resulta útil para alertar al clínico sobre los posibles factores etiológicos, como la fisiología del nacimiento y de la lactancia, los desplazamientos psicosociales que habitualmente ocurren tanto en la nueva madre como en la familia después del nacimiento. Las perturbaciones postparto específicas clínicamente importantes según Seiden y Shaughnessy, en Flaherty, Channon, Davis, 1991, son la depresión postparto, los problemas de vinculación madre-hijo, padre-hijo y las reacciones a la muerte de un lactante o al nacimiento de un niño muerto, con alteraciones genéticas o prematuridad.

El cuadro clínico es similar a los trastornos depresivos observados en otras etapas de la vida, teniendo el humor deprimido y falta de placer en las actividades -anhedonia- como síntomas cardinales, sin embargo, la depresión posparto posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica. El cuadro se caracteriza por llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar la situación, principalmente en lo que concierne a cuidados del recién nacido y a las tareas domésticas. Son frecuentes también sentimientos de culpa y autocensura por considerar no estar amando o cuidando su hijo lo suficiente, y casi siempre están presentes síntomas de ansiedad acompañando o inclusive superando a los síntomas de depresión. Este predominio de síntomas ansiosos ya fue señalado en la descripción inicial del cuadro en 1968, cuando Pitt denominó esta entidad como 'depresión atípica del posparto' (Pitt B. 1968). Otra característica de este cuadro es que la mujer afectada raramente comenta su estado con los profesionales de la salud, y se esfuerza por seguir desempeñando sus obligaciones de cuidado de sus hijos y marido (Cox, Connor & Kendell, 1982).

Es difícil determinar la prevalencia real de la depresión posparto, porque los estudios difieren demasiado en lo que se refiere a metodología y poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que 10 a 20% de las mujeres que dan a luz son afectadas por esta entidad (O'Hara & Swain, 1983). La depresión posparto es habitualmente subdiagnosticada en centros de atención materno-infantil, pese a que su prevalencia supera la correspondiente a patologías obstétricas como preeclampsia, parto prematuro o diabetes gestacional. Esto conlleva a que este aspecto no sea asistido en las mujeres que sufren intensamente del mismo en una fase crítica de la vida, habiendo evidencias que señalan que este cuadro es responsable de trastornos de la interacción madre-recién nacido (Livingood, Daen & Smith, 1983), pudiendo causar en los hijos alteraciones psicológicas en el corto y largo plazo (Field, Sandberg, Garcia, Vega-Lahr, Goldstein & Guy, 1985; Cooper & Murray, 1998), además de generar un mayor riesgo de separaciones y divorcios (Boyce, 1994).

Asimismo ha de tenerse en cuenta, que las mamás adolescentes entrevistadas en el presente estudio tenían sus bebés internados en el servicio de neonatología, lo cual puede incidir en la preocupación sobre el estado y evolución de la salud de su bebé, dada la condición de estos de prematuridad.

El nacimiento de un hijo prematuro, sobre todo si requiere cuidados especiales, es un acontecimiento muy estresante para todos los padres sin excepción. Se asocia a sentimientos de depresión y ansiedad inevitables. Un hijo prematuro no se parece al esperado y condiciona sentimientos de temor por su vida -expresables o no- de culpa y de enojo. Considerando que el estrés, la ansiedad y la depresión se presentarán siempre en forma mayor o menor, la primera recomendación para los padres es aceptar la realidad –lo contrario a la negación-, tener una expectativa ajustada a lo que acontece cada día para contrarrestar la frustración y el enojo y asumir que es posible participar activamente en el cuidado de sus hijos (Larguía; Schapira; Aspres & cols., 2009).

Los padres desde el primer contacto con la prematuridad, inician un camino salpicado de angustia, temor e incertidumbre, que muchas veces se prolonga más allá de la hospitalización del niño. El cuidado hacia el hijo prematuro es ambivalente, pueden maltratarlo, abandonarlo o sobreprotegerlo. Se deteriora la imagen de sí mismo, la relación de pareja y la interacción con los otros hijos, lo que muchas veces culmina en la ruptura matrimonial. En 1990, Wyly y Allen describieron cómo los padres de prematuros atraviesan distintas etapas afectivas a lo largo de sus vidas. Probablemente algunas se inician antes del nacimiento y otras se manifiestan a lo largo de la hospitalización.

El conflicto emocional se inicia generalmente en el embarazo, con síntomas de aborto u hospitalizaciones repetidas, que certifican la condición de riesgo del bebé. Ello se ve reflejado a través de fuertes sentimientos de rabia, culpa y angustia que perduran a lo largo de toda la hospitalización -60% de las madres recuerda su embarazo como una experiencia desagradable aun después de la tercera semana de hospitalización-. Sin embargo, el verdadero sufrimiento se observa posteriormente al parto, cuando los padres pierden las esperanzas de tener un hijo sano. La mayoría de las madres -75%- se sienten culpables e impotentes frente a la prematuridad de su hijo, a quien percibe pequeño y deforme (Vignolo, 2010).

Una de las dificultades que experimentan especialmente las madres de prematuros es la incapacidad de poder establecer apropiadamente un vínculo afectivo. En la primera semana de vida, 30% de las madres refiere estar incapacitada para tomar contacto inmediato con su bebé posterior al parto, sea por la prematuridad y labilidad de este o por sus propias condiciones de salud. Ello hace imposible el apego, inicio de la vinculación afectiva real madre-hijo y

dificulta las visitas posteriores -18% de las madres no logra ver ni tocar a su bebé antes del tercer día de vida- (Vignolo, 2010).

Los vínculos afectivos continúan dificultándose dada la inmadurez neurológica de los prematuros al no poder girarse, abrir los ojos o sonreír frente a los estímulos de sus padres, lo que crea la sensación de no ser correspondido y genera en las madres sentimientos de tristeza y soledad, especialmente durante la primera semana de vida -75%-. Si a lo anterior agregamos un entorno inhóspito, ruidoso, sin privacidad y rodeado de máquinas que entorpecen aún más el contacto físico con el bebé, es posible entender por qué solo el 44% de las madres se sientan agradecidas y felices de poder interactuar con su hijo en la primera semana de vida (Vignolo, 2010).

Otro problema a que se enfrentan los padres de niños prematuros es la falta de comunicación. El complejo lenguaje médico crea un abismo entre ellos y el equipo de salud. En muchos casos, la primera información respecto a la condición de su recién nacido ha sido dada por personal ajeno al equipo de salud neonatal, en el 76% de las madres entrevistadas, pese a que estas manifiestan su derecho de ser informadas por el médico. Las madres se muestran descontentas con la información médica -69%-, la cual consideran confusa, compleja y contradictoria -58%-. Cuando no se comprende lo que ocurre con el bebé, crece el temor a la muerte y las secuelas, se fortalece la desesperanza, la inseguridad, se inhibe el deseo de saber, ya que suponen que no comprenderán la respuesta. En forma paradójica, mientras los médicos se esfuerzan en detallar los problemas del niño, las madres -92%- están preocupadas del peso y la talla, lenguaje simple e intuitivo pero que les permite estimar el bienestar de su hijo y los progresos en su evolución. A medida que la hospitalización avanza, las madres experimentan un cambio de emociones. Si bien el recuerdo del embarazo y parto siempre evoca incertidumbre, tristeza e impotencia, el fuerte sentimiento de culpabilidad sobresaliente en la primera semana de vida -75%- se reduce a 12%, más allá de la tercera semana; sin embargo, cabe destacar que no se extingue. Se percibe una postura ante la vida más optimista, el 80% de las madres se muestra agradecida, alegre y satisfecha de cuidar y sobre todo de poder amamantar a su bebé cuando este tiene más de tres semanas de vida (Vignolo, 2010).

Wyly y Allen (1990) señalaron que los padres de prematuros atraviesan distintos estados emocionales a lo largo de la hospitalización. Inicialmente se encuentran en estados de shock, aterrorizados, confundidos e incapaces de concentrarse y de recibir mucha información. Luego aparece el *miedo*, especialmente a la muerte; no pueden establecer un vínculo emocional con sus hijos -ello intensificado por la incapacidad de la madre de poder establecer apego-, se sienten débiles, frágiles e incompetentes. La *culpa* sobreviene en forma

inevitable, se deteriora la autoestima. Luego aparece la *depresión*, se tornan tristes, apesadumbrados, desesperanzados, con constante temor a la muerte. Al no poder modificar la condición en que se encuentra su bebé, aparece *la rabia*, se vuelven agresivos y fuera de control con el equipo de salud, consigo mismos y con el entorno. Finalmente, y en forma solapada, aparece el *celo y la rivalidad*: el equipo de salud les ha quitado el derecho de cuidar a su bebé, y es por ello que muchas veces se sienten minusválidos y extraños frente a sus hijos. Las dificultades para asumir la situación de salud del bebé acompaña a cualquiera de las etapas anteriores.

Materiales y Métodos

Tipo de estudio: El presente trabajo constituye un estudio de tipo no experimental, descriptivo, transversal.

Muestra: La muestra estuvo constituida por 16 mamás adolescentes de 16 a 21 años. Las mamás que participaron tenían en su totalidad sus bebés internados en el Servicio de Neonatología por prematuridad, en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI), Cuidados Intermedios (UCI) y Cuidados Mínimos (UCIM).

Instrumentos: Se administraron dos instrumentos. En primer lugar, se elaboró una entrevista semiestructurada con el objetivo de obtener información sociodemográfica, unidad de internación del bebé, circunstancias de la situación de embarazo.

Asimismo, se administró la Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo –EPDS–, publicada por Cox, Holden y Sabovsky en 1987, que ha sido utilizada en diferentes investigaciones en varios países y culturas, constituyendo una herramienta eficiente y valiosa de evaluar a pacientes en riesgo de depresión perinatal. En la presente investigación se aplicó la versión traducida al español por el Dpto. de Psicología por la Universidad de Iowa (Moreno Zaconeta, Domínguez Casulari da Motta, Franco, 2004). Este cuestionario proporciona información a través de indicar cómo la madre se ha sentido durante la semana previa a la administración de la escala. Consta de 10 ítems, con cuatro opciones de respuesta cada uno, cuya puntuación se ubica en un rango de 0 a 30 puntos. La puntuación igual a 10 o más se considera indicador de riesgo de depresión post-parto (Cox, Holden y Sabovsky, 1987, Maroto Navarro, García Caliente y Fernández Parra, 2005), lo cual justificaría a posteriori la realización de una entrevista diagnóstica.

Procedimiento: Durante los primeros seis meses se asistió a la institución, tomando contacto con el equipo de salud, a través de entrevistas con el personal médico, enfermería, obstétrica, psicóloga y trabajadora social del Hospital. A partir de ello, se asistió a actividades

en el Servicio de Neonatología y Servicio de Maternidad del Centro Perinatólogo, tales como concurrencia a pasés médicos, entrevistas con las mamás, cursos de capacitación y otros, dando lugar a la elaboración el proyecto de investigación. Posteriormente, la entrevista semiestructurada y el cuestionario sobre Depresión Postnatal de Edimburgo, fueron administradas por alumnas participantes del Proyecto de Extensión en el Servicio de Neonatología del Centro Perinatólogo del Hospital J. B. Iturraspe durante seis meses. Este proceso completo se realizó en un período de un año.

Procesamiento: Posteriormente la información obtenida fue procesada a través del S.P.S.S (Visuata Vinacua, 2002), de la cual se extrajeron los siguientes estadísticos: frecuencias, medias y prueba T para el análisis de media.

Resultados

A continuación se presentan los datos estadísticos considerados relevantes teniendo en cuenta en primer lugar la muestra total y en segundo lugar se presentan los datos de las mamás que presentan riesgo de depresión. Es de destacar que en cada una de las muestras la descripción de los datos estadísticos se realiza en función de los instrumentos administrados en la muestra estudiada, los cuales son (A) la Entrevista Semiestructurada y (B) el Cuestionario de Depresión Post Natal de Edimburgo.

1.Muestra Total: Madres Adolescentes

1.A. Entrevista semiestructurada.

A partir de los datos obtenidos en la entrevista semiestructurada, se realizó una distribución de frecuencias, la cual se describe a continuación teniendo en cuenta las categorías que incluye la encuesta, las cuales son: (a) datos sociodemográficos; (b) Unidad de Internación del bebé y (c) circunstancias del embarazo.

a. Datos sociodemográficos: en la categoría de datos sociodemográficos se analizaron las variables que se detallan a continuación:

a.1. Edad: de acuerdo al análisis de frecuencia se encontró que una adolescente posee 16 años (n=1); cinco presentan 17 años (n=5); tres 18 años (n=3); tres 19 años (n=3); dos 20 años (n=2) y dos 21 años (n=2).

a.2.Estado Civil: teniendo en cuenta el Estado civil, el análisis de frecuencia mostró que cuatro de las adolescentes se encuentran solteras (n=4) y doce manifiestan encontrarse en situación de concubinato (n=12).

a.3.Número de Hijos: en relación a la cantidad de hijos que estas mamás han tenido se observó que doce de las mamás son primerizas (n=12) y cuatro múltiparas (n=4).

a.4.Grupo de Convivencia: el análisis de frecuencia permite observar que cinco de las mamás viven sólo con su pareja (n=5); tres viven con la familia de origen (n=3); otras tres viven con la pareja y la familia de origen (n=3) y cinco viven con la pareja y la familia política (n=5).

a.5.Actividad Laboral: en relación a la actividad laboral de las mamás se evaluó que nueve se encuentran desocupadas (n=9), cuatro estudian (n=4) y tres trabajan (n=3).

b. *Unidad de Internación del bebé:* de acuerdo al análisis de frecuencia se encontró que cuatro de los bebés de las mamás evaluadas se encuentran en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (n=4); once de los bebés se encuentran en las Unidades de Cuidados Intermedios (UCI) (n=11) y un bebé se encuentra en las Unidades de Cuidados Mínimos (UCIM) (n=1).

c. *Circunstancias del embarazo:* en la categoría de circunstancias del embarazo se estudiaron las variables que se detallan a continuación:

c.1.Situación del embarazo: cinco de las mamás manifestaron haber deseado el embarazo (n=5; 31,3%); en cambio once de las mamás manifestaron no haber deseado el embarazo (n=11; 68,8%).

c.2.Información del embarazo: siete de las mamás manifestaron que se autoadministraron un test de embarazo ante los primeros síntomas (n=7; 43,8%); seis asistieron al médico (n=6; 37,5%) y tres mamás experimentaron síntomas físicos que asociaron a embarazo (n=3; 18,8%).

c.3.Reacción ante la información de embarazo: las emociones que se observaron a partir de la información de embarazo fueron en tres mamás de paralización (n=3; 18,8%); en seis mamás alegría (n=6; 37,5%); en dos mamás tristeza (n=2; 12,5%); en dos miedo (n=2; 12,5%); en una preocupación (n=1; 6,3%) y en dos enojo (n=1; 12,5%).

1.B. Cuestionario de Depresión Post Natal de Edimburgo (EPDS).

El análisis del resultado total del EPDS mediante la prueba T para diferencias de medias de una muestra, reveló una media altamente significativa ($\mu=14,38$; $p \leq .000$). La media supera la puntuación de 10, lo cual indica una tendencia de riesgo a depresión post parto en la muestra estudiada.

El análisis de frecuencia del EPDS nos indica que tres mamás adolescentes presentaron ausencia de riesgo de depresión (n=3; 18,75%) y trece mamás presentaron riesgos de depresión post parto (n=13; 81,25%)

Finalmente a través del análisis de ítemes en el EPDS se observa que las medias en los ítemes 1 al 9 informan significatividad ($\mu=14,19$; $p \leq .000$). En cambio, la puntuaciones en el ítem 10 no evidencian significatividad ($\mu=0,19$; $p \leq .18$).

2. Madres adolescentes que presentan riesgo de depresión.

El análisis estadístico realizado en el EPDS permitió discriminar que del total de la muestra trece de las madres adolescentes presentan riesgo de depresión (n=13). En dicha muestra de riesgo se realizaron los mismos análisis estadísticos que en el total de la muestra estudiada. A continuación se presentan los mismos.

2.A. Entrevista semiestructurada.

a. Datos sociodemográficos: en la categoría de datos sociodemográficos se observaron los siguientes datos teniendo en cuenta las variables estudiadas:

a.1. Edad: de acuerdo al análisis de frecuencia se encontró que una adolescente posee 16 años (n=1); tres presentan 17 años (n=3); tres 18 años (n=3); dos 19 años (n=2); dos 20 años (n=2) y dos 21 años (n=2).

a.2. Estado Civil: teniendo en cuenta el Estado civil el análisis de frecuencia mostró que tres de las adolescentes se encuentran solteras (n=3) y diez manifiestan encontrarse en situación de concubinato (n=10).

a.3. Número de Hijos: en relación a la cantidad de hijos que estas mamás han tenido se evaluó que diez de las mamás son primerizas (n=10) y tres multíparas (n=3).

a.4. Grupo de Convivencia: el análisis de frecuencia permite observar que tres de las mamás viven sólo con su pareja (n=3); tres viven con la familia de origen (n=3); otras tres viven con la pareja y la familia de origen (n=3) y cuatro viven con la pareja y la familia política (n=4).

a.5. Actividad Laboral: en relación a la actividad laboral de las mamás se evaluó que ocho se encuentran desocupadas (n=8), tres estudian (n=3) y dos trabajan (n=2).

b. Unidad de Internación del bebé: de acuerdo al análisis de frecuencia se encontró que tres de los bebés de las mamás evaluadas se encuentran en UTI (n=3); nueve de los bebés se encuentran en las UCI (n=9) y un bebé se encuentra en UCIM (n=1).

c. Circunstancias del embarazo: en la categoría de circunstancias del embarazo se observó lo siguiente:

c.1. Situación del embarazo: cuatro de las mamás manifestaron haber deseado el embarazo (n=4; 30,8%) y nueve de las mamás manifestaron no haber deseado el embarazo (n=9; 69,2%).

c.2. Información del embarazo: seis de las mamás manifestaron que se autoadministraron un test de embarazo ante los primeros síntomas (n=6; 46,2%); cuatro asistieron al médico (n=4; 30,8%) y tres mamás experimentaron síntomas físicos que asociaron a embarazo (n=3; 23,1%).

c.3.Reacción ante la información de embarazo: las emociones que se observaron a partir de la información de embarazo fueron en tres mamás paralización (n=3; 23,1%); en cuatro mamás alegría (n=4; 30,8%); en dos mamás tristeza (n=2; 15,4%); en dos miedo (n=2; 15,4%) y otras dos manifestaron enojo (n=2; 15,4%). Es de destacar que de las trece madres adolescentes con riesgo de depresión, el 30,8 % presenta emociones positivas ante la noticia de embarazo y en el 69,2 % restante prevalecen las emociones negativas.

Por otro lado en dicha población de riesgo, si se tiene en cuenta la condición de embarazo no deseado y la reacción ante la información del mismo, se observa que en 9 adolescentes que se encuentran en esta situación, sólo una expresó alegría (11,1%) y ocho mamás (88,9 %) manifestaron emociones negativas (3 adolescentes manifestaron paralización, 2 presentaron tristeza, 1 miedo y 2 enojo).

En relación a la población de riesgo de depresión que deseaba el embarazo, predominó la reacción positiva ante la información del mismo, 3 adolescentes (75%) expresaron alegría y una (25%) reconoció experimentar miedo. Entre estas adolescentes, ninguna expresó sentirse paralizada.

2.B. Cuestionario de Depresión Post Natal de Edimburgo (EPDS).

A través del análisis de ítems en el EPDS en la población de riesgo se observa que las medias en los ítems 1 al 9 informan significatividad ($\mu=15,69$; $p \leq .000$).

Por otro lado la puntuación en el ítem 10 no evidencia significatividad ($\mu=0,23$; $p \leq .19$).

Discusión y Conclusiones

- ✓ De acuerdo al análisis de la información obtenida mediante la entrevista semiestructurada, el 50 % de las madres adolescentes se ubican entre los 17 y 18 años de edad.
- ✓ Se ha detectado que el estado civil no se relaciona directamente con indicadores de depresión, a diferencia de otras investigaciones que señalan que el estado civil interviene entre otros elementos en la aparición del trastorno (Beck, 2001; citado en Maroto Navarro et. al 2005).
- ✓ Asimismo, la condición de primeriza predomina en la muestra estudiada.
- ✓ Se observó que predomina la convivencia con la pareja y la familia política en la población estudiada.
- ✓ En la muestra estudiada es relevante la desocupación, lo cual puede referirse a una posible ausencia de proyecto de vida. El porcentaje de desocupación es muy alto en la población de riesgo de depresión.

- ✓ En cuanto a las circunstancias actuales del embarazo, teniendo en cuenta la situación del embarazo, en términos de embarazo deseado o no deseado, aparece el embarazo no deseado en el porcentaje más alto de los casos.
- ✓ Teniendo en cuenta, la respuesta emocional ante la noticia de embarazo predominaron las emociones negativas tales como paralización, tristeza, miedo, enojo, preocupación.
- ✓ Analizando las puntuaciones obtenidas en el EPDS y las medias de la muestra total, se observaron *indicadores significativos de riesgo de depresión postparto en la muestra estudiada*. Esta conclusión reviste importancia dado que responde al problema planteado en la investigación.
- ✓ A pesar del riesgo de depresión detectado no aparecen referencias explícitas en relación a pensamientos suicidas y conductas autodestructivas.
- ✓ En las mamás adolescentes que presentan riesgo de depresión; teniendo en cuenta la situación del embarazo, (embarazo deseado o no deseado), cabe destacar que los porcentajes obtenidos en la muestra se mantienen equivalentes en las mamás con riesgo de depresión. Tanto este indicador como el de ocupación, pueden asociarse a condicionantes de la etapa adolescente en población de riesgo social.
- ✓ Teniendo en cuenta la reacción emocional ante la información de embarazo en la población de riesgo de depresión, prevalecen las emociones negativas.
- ✓ De las mamás con riesgo de depresión postparto que desearon el embarazo, predominaron las respuestas emocionales positivas ante la información de embarazo, no obstante esta información no permite extraer conclusiones con respecto a problemas anímicos posteriores o a dificultades en el establecimiento del vínculo con el bebé.
- ✓ En cuanto a pensamientos suicidas y conductas autolesivas, no se observó significatividad en la muestra y en la población detectada de riesgo de depresión, lo cual puede dar lugar a diferentes hipótesis. En relación a esto se considera conveniente tener en cuenta las condiciones de administración del EPDS, el reconocimiento de ideación suicida por parte de la mamá adolescente, las manifestaciones verbales de la misma, etc.
- ✓ Se advierte la necesidad de evaluar la presencia de trastorno depresivo postparto en las adolescentes que presentaron riesgo de depresión post-natal y en aquellas que refirieron presencia de pensamientos suicida y conducta autodestructiva en el EPDS, dada la gravedad que puedan revestir los casos.
- ✓ Resulta importante tener en cuenta una evaluación del riesgo depresión post-natal en las mamás asistidas en el Centro Perinatológico para prevenir dificultades en el

- establecimiento del vínculo y en el caso de fallecimiento del bebé promover el afrontamiento de la pérdida.
- ✓ Asimismo, se considera que sería conveniente incorporar la detección del riesgo de depresión post parto como parte de una evaluación psicológica perinatal completa dirigida a la totalidad de madres cuyos bebés se encuentren internados en el Servicio de Perinatología.
 - ✓ De acuerdo a la importancia de esta problemática, reviste relevancia la inclusión de un psicólogo especializado en Psicología Perinatólogica, formando parte del Equipo Interdisciplinario.
 - ✓ La inclusión del psicólogo perinatal, además de la función detección, entre otras, posibilitaría la orientación, asesoramiento e intervención en crisis, tanto con la mamá, su familia y el equipo interdisciplinario.
 - ✓ Entre otros aspectos, en cuanto a investigaciones futuras, se considera pertinente indagar la incidencia de la prematuridad e internación del bebé en relación a la depresión post parto, variables relacionadas con el establecimiento del vínculo con el bebé durante la internación, el apoyo familiar y social, factores relacionados con el ambiente hospitalario, tales como relación médico-paciente, duración de la internación, y otros.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Auchter M., Galeano, H. y Zacarias. (2004). *Maternidad adolescente. Estudio comparativo con madres de más edad*. Comunicaciones científicas y tecnológicas. Facultad de Medicina. Carrera de Enfermería. Cátedra Enfermería Maternoinfantil.
- Boyce P. (1994). Personality dysfunction, marital problems and postnatal depression. En Cox J y Holden J. *Perinatal Psychiatry: Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell, 82-102.
- Cooper P., Murray L. (1998). *Postnatal depression. Clinical review*. B Med J. 316: 1884-86.
- Cox J. y Holden J. (2003). *Perinatal mental health. A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale*, London, Gaskell.
- Cox J., Connor Y, Kendell RE. (1982). *Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth*. Br J Psychiatry; 140: 111-117.
- Cox J., Holden M, Sagovsky R. (1987). *Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Br J Psychiatry; 150: 782-786.

- FEIM (2003). *La adolescencia en Argentina, sexualidad y pobreza*. Bs As.
- Fernández LS, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. (2004). *Caracterización de la gestante adolescente*. [Versión online]. URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin02204.htm
- Field T M, Sandberg D, Garcia R, Vega-Lahr N, Goldstein S, Guy L. (1985). *Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions*. *Developmental Psychology*; 21(6): 1152-6.
- Fishman C. (1989), *Tratamiento de adolescentes con problemas*. Bs. As: Paidós.
- Flaherty J., Channon R., Davis J., (1991), *Psiquiatría: Diagnóstico y tratamiento*, Bs. As.: Editorial Médica Panamericana.
- Larguía, M.; Schapira, I.; Aspres, N. & cols. (2009). *Guía para padres de prematuros*. División Neonatológica Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Buenos Aires: Fundación Neonatológica para el recién Nacido y su Familia.
- Livingood AB, Daen P, Smith BD. (1983). The depressed mother as a source of stimulation for her infant. *J Clin Psychology*; 39(3): 369-375.
- Maroto Navarro, G., García Calvente, M. y Fernández Parra, A. (2005). *Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la escala de depresión postnatal de Edimburgo*. *Internacional Journal of Clinical and health Psychology*, 5:305-318. España.
- Moreno Zaconeta A., Domingues Casulari da Mota, Franca P. (2004). *Depresión Postparto: Prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil*. *Rev. Chilena Obstet. Ginec.* 69 (3), 209-213.
- O'Hara MW, Swain AM. (1996). Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *Inter Review Psychiatry*; 8: 37-54.
- Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud (1995). *Salud del Adolescente. OPS / OMS. Informe Anual*[Adolescence health's. OPS / OMS. Anual Inform]. Extraído el 20 de abril de 2004 de la World Wide Web: <http://www.eumar.com> [Links]
- Pittman, F. (1988). *Momentos decisivos. Tratamientos de familias en situación de crisis*. Barcelona. Ed. Paidós.
- Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF. (2009). *Salud Materno-Infanto-Juvenil en cifras*. [Versión online]. URL disponible www.sids.org.ar/pdf/smij2009.pdf
- Ulanowicz M., Parra K., Wendler G., Monzón L. (2006). *Riesgos en el embarazo adolescente*. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina* 153: 13-17.
- Vignolo, S. (2010). *Salud materno-infantil: Construcción de Un Modelo de Intervención en psicoperinatología*. Publicado en el Blog Mujer y Familia: Matrices del Psiquismo.

- Visuata Vinacua, B. (2002), *Análisis estadístico con SPSS para Windows*. Vol. I: Estadística Básica. Madrid: McGraw Hill.
- Webster, N. (1970). *An American Dictionary of the English Language*, 1828, ed. facs., New York / London: Johnson Reprint Corporation.
- Wyly MV, Allen J. (1990). *Stress and coping in the neonatal intensive care unit*. Tucson, AZ: Communication Skill Builders.
- Wyly VM (1995). *Parent-preterm infant interactions in the premature infants and their families. Developmental interventions*. Singular Publishing Group, Inc.: 145-170.