
DEPRESIÓN EN MADRES PRIMERIZAS ADOLESCENTES DURANTE EL POST PARTO MEDIATO DEL HOSPITAL MATERNIDAD DE LIMA*

*Belissa Barrera Taboada
Bárbara Bérnizon Arellano*

Resumen

Esta investigación es llevada a cabo con 151 madres adolescentes -entre los 13 y 18 años de edad- para analizar el nivel de depresión después del parto. Se usó la Escala de depresión (CES-D)

Abstract

This research is carried out with a sample of 151; from 13 to 18 year-old teenager mothers to analyze depression levels after parturition. Depression Scale (CES - D) was used.

PALABRAS CLAVES: Depresión, Madres primerizas.

KEY WORDS: Depression, Primiparous mothers.

Datos de las Autoras:

BELISSA BARRERA TABOADA. Psicóloga Licenciada en la UNIFÉ.

BÁRBARA BÉRNIZON ARELLANO. Psicóloga Licenciada en la UNIFÉ .

* Investigación de Tesis para optar el Título de Licenciada en Psicología, UNIFÉ (2002).

MARCO TEÓRICO

1.- Depresión.

Para Beck, Rush, Show y Emery (1979), las diferentes interpretaciones de una misma situación que realizan los sujetos se deben a sus estilos de pensar idiosincrásicos, determinados por las vivencias personales de la primera infancia.

El individuo que desarrolla una depresión sufrió experiencias tempranas negativas, que generaron pautas de pensamiento racional o esquemas cognitivos inadecuados. Así, adolecer de un defecto físico o padecer una grave enfermedad puede originar el esquema "vivir equivale a sufrir". Posteriormente, los esquemas se activan en circunstancias similares y aparece la tríada cognitiva de la depresión, o visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro, que causa los síntomas de la depresión: afectivos (disforia, ansiedad, etc.) motivacionales (poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación, etc.), cognitivos (indecisión, problemas de atención y memoria, etc.), motores (pasividad, dificultades en las relaciones sociales, etc.), fisiologías (insomnio, pérdida de apetito, etc.).

El joven con depresión no discute la validez de sus pensamientos negativos, a pesar incluso de evidencias objetivas que los cuestionan, porque sistemáticamente cometen errores lógicos:

1. Indiferencia arbitraria: Extracción de conclusiones sin información suficiente o con datos en contra.
2. Abstracción selectiva: focalización de la atención de detalles fuera de contexto, al mismo tiempo que se ignoran aspectos relevantes de la situación.
3. Sobregeneralización: Elaboración de conclusiones generales a partir de hechos particulares o exploración de sus conclusiones a situaciones sin relación alguna.
4. Magnificación y minimización: Errores opuestos, que consisten, respectivamente, en sobreestimar las dificultades de los fallos e infravalorar las propias habilidades o los éxitos.
5. Personalización: Asunción de responsabilidad de los eventos negativos externos sin base objetiva para dicha atribución.
6. Pensamiento dicotómico: Categorización de la experiencia en categorías

opuestas, situándose el niño en un polo negativo. Esta pauta absolutista se denomina también pensamiento “todo – o- nada”.

Conceptualización de la Depresión

Lara Muñoz (1994), manifiesta que la depresión se presenta como una disminución sería del estado de ánimo, pérdida del interés y la capacidad de disfrutar las cosas y actividades que previamente interesaban a la persona.

Sarason (1996), manifiesta que la depresión es un síntoma o trastorno. Así mismo manifiesta que el síntoma del estado de ánimo deprimido no necesariamente significaba que una persona padezca un trastorno del estado de ánimo. Dentro de los factores de riesgo que menciona se hallan: el sexo y la edad; mientras que las mujeres presentan un mayor riesgo de depresión que los hombres, sobretodo durante los primeros años de la edad adulta, en los hombres el riesgo es mayor en la edad intermedia. El rompimiento conyugal, una concentración de sucesos estresantes y antecedentes familiares de depresión, también contribuyen a aumentar el riesgo.

Clasificación de la Depresión

Clasificaciones más usuales:

- **Primaria vs. Secundaria:** la depresión es trastorno principal o consecuencia de un problema médico.
- **Unipolar vs. Bipolar:** sólo episodios depresivos o también episodios (hipo)maníacos.
- **Depresión Mayor vs. Distimia:** si se cumplen los criterios del DSM – IV TR para el trastorno, o, el estado de ánimo es irritable (y/o disfórico), durante al menos 1 año acompañado de otros síntomas depresivos pero sin llegar a reunir los criterios diagnósticos.
- **Endógena vs. Exógena:** la causa desencadenante es interna o se produce como una reacción a un evento negativo claramente identificado.

2. Adolescencia

La adolescencia según la OMS abarca entre los 10 y 20 años, y dentro se halla la pubertad (cambios físicos), entre los 10 y 15 años y la juventud entre los 15 y 20

años. La adolescencia se halla fundamentalmente ligada a los cambios físicos y psicosociales. Es dentro de la juventud en donde ocurren los cambios psicosociales más importantes.

Davidoff (1989): Período de desarrollo humano que abarca entre los 13 y 18 años. Es un período de transición entre la niñez y la edad adulta en donde se deben manejar las exigencias y expectativas conflictivas de la familia, la comunidad y los amigos.

Los especialistas señalan que el adolescente tiene como tarea principal resolver el dilema entre la identidad o la confusión de papeles, ya que se trata de personas en formación y están en la búsqueda de una identidad. (Crosby, 1999).

2.1. Embarazo Adolescente:

Factores de Riesgo

Es multicausal. Puede ser una respuesta sintomática a situaciones sociales como a manifestaciones de las características evolutivas de la adolescente entre determinadas condiciones de la vida.

- **Factores individuales:** abandono escolar y bajo nivel educativo.
- **Factores familiares:** familia en crisis; madre aislada y emocionalmente poco accesible; padre ausente; vínculo más estrecho con la madre pero ambivalente.
- **Factores sociales:** condición económica desfavorable; migración reciente; vivir en áreas rurales; las adolescentes embarazadas tienen poca habilidad de planificación en general, lo que les dificulta prever las consecuencias de su comportamiento.

Todas las características mencionadas, más el poco conocimiento de los métodos anticonceptivos y de su uso, son los determinantes para que las adolescentes no se protejan adecuadamente para evitar el embarazo.

Las madres adolescentes en Lima y posiblemente en todo el país, expresan hoy en día problemas básicamente de orden social, económico y psicológico, tanto para ellas como para la familia y de impacto para la comunidad en su conjunto.

Emocionalmente la madre adolescente no se encuentra en capacidad de procesar y dar lectura a sus propias vivencias, así como identificar y comprender el problema de fondo, lo asume con sentimiento de culpa y no como realmente es, como víctima de un problema mayor. Asimismo por lo general, no cuenta con mayor soporte emocional para enfrentar la situación.

Flores (1997), sostiene que la adolescente que llega a ser madre posee una actitud de búsqueda afectiva de amor y seguridad negada en la infancia, en la relación primaria con sus padres y que intenta compensar con su pareja sexual.

Con el embarazo la adolescente entra en una situación totalmente paradójal, ya que tiene que asumir un rol de madre, de protección y de cuidado ante un nuevo miembro del sistema social, cuando socialmente no tiene la capacidad sobre sí misma.

Uno de los factores asociados al embarazo adolescente es el educativo. El embarazo adolescente es más frecuente en aquellas adolescentes con un menor grado de instrucción.

En 1996, más de la mitad (55%) de adolescentes iletradas ya era madre o estaba embarazada por primera vez; mientras que en las adolescentes con estudios superiores, esto ocurría sólo en el 2,4% (INEI, 1997).

Conceptos de Post – Parto

Kennedy y Sutfenfield (2001): período en donde la mujer se halla más susceptible a la depresión clínica, porque es un momento en donde se presentan una serie de desafíos que debe de enfrentar, además de cuidar a su recién nacido y a ella misma. A este tipo de depresión se le llama Depresión Post Parto.

Moline et al (2001): Describen 2 tipos principales de Depresión Post Parto:

- a. Depresión Post Parto o Baby Blues:** problema leve de corta duración que afecta aproximadamente al 50% u 80% de las nuevas madres. Algunos de los síntomas tristeza, ansiedad, cólera, irritabilidad, dificultades para dormir, etc. Los síntomas usualmente comienzan 3 a 4 días después del nacimiento y tienden a resolverse por el día 12.

- b. Depresión Mayor Post-Parto:** patología severa que compromete potencialmente la vida. Es un episodio de depresión mayor que ocurre en las 4 semanas de nacimiento del bebé.

Post – Parto Mediato: abarca del segundo al décimo día del nacimiento del bebé.

3. Revisión de investigaciones relacionadas con el tema:

- **Investigaciones Nacionales**
No se han encontrado investigaciones similares
- **Investigaciones Internacionales.**
Se han encontrado algunas investigaciones similares.

Lesser, J. Et al (1999). “Madres Adolescentes con Depresión: Formas en que perciben su Rol Materno.”

Se examinó el componente afectivo en el afianzamiento del rol de las madres adolescentes. Se concluyó que en algunas madres esta experiencia pudo ayudar a mejorar su existencia que anteriormente había sido autodestructiva. En otras madres, en aquellas con una mayor tendencia a la depresión crónica, junto con aislamiento social después del parto, pueden presentar mayores riesgos de desarrollar comportamientos problemáticos.

Nicolson, P. (1998), “Depresión Post – Natal: psicología, ciencia y la transición de la maternidad.”

Esta investigación suministra un análisis psicológico feminista de las experiencias de mujeres luego del nacimiento y manifiesta que, más allá de ser una condición anormal, indeseable o patológica, es una respuesta normal, saludable a una serie de pérdidas.

4. Problema de la Investigación

¿CUÁL ES LA DEPRESIÓN EN MADRES PRIMERIZAS ADOLESCENTES DURANTE EL POST-PARTO MEDIATO?

Objetivos

- Identificar cuál es la depresión en madres adolescentes primerizas durante el post –parto mediato.
- Discriminar la depresión en madres adolescentes primerizas durante post-parto mediato, según el tipo de parto.
- Identificar la depresión en madres adolescentes primerizas durante el post-parto mediato, según su estado civil.
- Discriminar la depresión en madres adolescentes primerizas durante el post-parto mediato, según la edad.
- Discriminar la depresión en madres adolescentes primerizas durante el post-parto mediato, según el grado de instrucción.

5. Importancia de la Investigación

Es muy importante ayudar a tiempo a la madre durante el post-parto mediato ya que por lo general se confunde la depresión de la madre con factores relacionados a las posibilidades económicas (vivienda, salud, alimento, etc.), dejando de lado el aspecto emocional de la madre (la reacción a la incomodidad física y psicológica del comienzo de la lactancia, de la pérdida que significa el parto (la separación del feto), dolor perineal y de los cambios hormonales). Es una gran preocupación porque existe la posibilidad de que la madre le transmita al hijo la depresión; ya que se ha visto que estos niños tienen más riesgos de desarrollar problemas emocionales, conductuales e incluso cognitivos. Estos síntomas depresivos pueden aparecer meses o años después.

6. Variables de estudio:

- **Variable Independiente:** Madres adolescentes Primerizas durante el Post-Parto Mediato a las cuales se les aplicó la Escala de Depresión CES – D.
- **Variable Dependiente:** Los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión CES – D

Variabes Control:

Edad: 13 a 18 años.

Grado de Instrucción: secundaria (completa o incompleta).

Tipo de Parto: normal o cesárea.

Estado Civil: solteras y convivientes

Nivel Socioeconómico: bajo

Madres sin abuso sexual

Madres primerizas durante el post-parto mediato.

II MÉTODO

DISEÑO Y TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño es Descriptivo – Comparativo de un solo grupo muestral con medición post test.

Participantes.

La población de estudio incluye a todas las madres que son atendidas en el Hospital Maternidad de Lima con las características de las variables control del estudio. Sobre la base de la Población se conformó una muestra no probabilística (de manera intencional), la cual está conformada por madres adolescentes de 13 a 18 años de edad, las cuales dan un total de 151 madres.

Tabla N° 1
SUJETOS DE LA MUESTRA SEGÚN LA EDAD

Edad	Femenino
13 a 15	32
16 a 18	119
Total	151

Tabla N° 2
SUJETOS DE LA MUESTRA SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN

Grado	Femenino
1° a 3°	84
4° a 5°	67
Total	151

Tabla N° 3
SUJETOS DE LA MUESTRA SEGÚN EL TIPO DE PARTO

Parto	Femenino
Normal	87
Cesárea	64
Total	151

Tabla N° 4
SUJETOS DE LA MUESTRA SEGÚN EL ESTADO CIVIL

Estado Civil	Femenino
Conviviente	75
Soltera	76
Total	151

INSTRUMENTO

Para el presente estudio se utilizó la:

“Escala de Depresión” (CES – D).

Diseñada por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos. María Martina Casullo (1994), hizo una adaptación de la Escala CES – D, para evaluar la sintomatología depresiva.

Los ítems que la integran evalúan los principales componentes de la sintomatología depresiva que, de acuerdo con Radloff (1977), incluyen:

- Humor depresivo.
- Sentimientos de culpa y desesperanza.
- Sentimientos de indefensión, pérdida de apetito.
- Perturbaciones en el dormir.
- Retardo psicomotor.

Esta escala fue puesta a prueba por primera vez en un trabajo de campo comunitario realizado en la década del setenta y en un estudio concretado con pacientes psiquiátricos. Los análisis estadísticos realizados verificaron que poseía una alta consistencia interna así como confiabilidad test-retest.

Otros estudios realizados verificaron su alta correlación con otras técnicas estandarizadas que evalúan la sintomatología depresiva.

CALIFICACIÓN

De los 20 ítems que la integran, dieciseis hacen referencia a viviendas o aspectos negativos, en tanto que los cuatro restantes tienen una connotación positiva. Se pregunta a quienes le responden acerca de la frecuencia con que ha experimentado cada uno de los síntomas durante “los días pasados”. Las respuestas se sitúan en una escala de cuatro categorías.

- Menos de un día Se asigna cero puntos
- 1 – 2 días Se asigna un punto.
- 3 – 4 días Se asigna dos puntos
- 5 – 7 días Se asignan tres puntos.

Las respuestas a los ítems positivos 4, 8, 12, 16 se evalúan de forma inversa a los restantes. Se obtiene un Puntaje Total a partir de la suma de las respuestas a cada uno de los 20 ítems.

Los puntajes de depresión se agrupan en 3 grupos:

BAJOS ----- 0 a 9 puntos.

Depresión Baja

MEDIOS ----- 10 a 25 puntos.

Depresión Media

ALTOS ----- 26 a 60 puntos

Depresión Alta

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Pocos trabajos estudian la validez y confiabilidad con adolescentes. En una muestra de 285 alumnos secundarios de una escuela católica privada mediante la técnica test – retest (seis meses después) se encontró un coeficiente de confiabilidad de 0.50 para varones y de 0.62 para mujeres.

Wells, Klerman y Deykin (1987) administraron la escala a una muestra de cuatrocientos veinticuatro (424) estudiantes de (16 – 19 años), en la ciudad de Boston: obtuvieron altas correlaciones entre cada ítem y el puntaje total, que oscilan entre 0.33 y 0.69.

Roberts y Col. (1990), utilizaron la escala de CES – D en cuatro estudios piloto que cubrieron una muestra total de dos mil (2,000) adolescentes del estado de Oregon (EE.UU.) con una edad promedio de 16 años.

Emplearon una versión española de la técnica para encuestar a adolescentes hispano-parlantes. Estudiaron la consistencia interna de la escala (coeficiente alpha) en cada muestra y para el total de ellas obteniendo un valor promedio de 0.87.

A los efectos de estudiar la estructura factorial de la escala se aplicó la técnica LISRAEL VI, pudiéndose verificar la estructura del modelo de factores hallada por Radloff (1977) en los estudios con adultos.

Factor 1: Desánimo

Factor 2: Efectos positivos

Factor 3: Aspectos somáticos y de hipoactividad

Factor 4: Relaciones interpersonales

En una primera etapa, la escala fue administrada a un grupo de treinta (30) adolescentes (edad promedio 16 años) alumnos de una escuela pública de la Ciudad de Buenos Aires, quienes trabajaron con la consigna de analizar si la forma en que estaban redactados los ítems era entendible. La misma tarea fue solicitada a una muestra de 25 profesores de enseñanza media. A partir de las sugerencias planteadas se redactó la versión que se presenta en este trabajo.

En un estudio piloto (Casullo y col., 1991), la escala fue administrada a una muestra de trescientos uno estudiantes secundarios de una escuela provincial técnica de la ciudad de Avellaneda.

5. Procedimiento

Para realizar nuestra investigación fue necesario contar con el apoyo de la Licenciada Silvia Di Biasi (Argentina) especialista en psicología materno Infantil, quien nos facilitó el instrumento para trabajarlo en la población de Lima.

Para la evaluación de los sujetos tuvimos que acudir al Hospital Maternidad de Lima una vez por semana., los días Martes y Sábados por la mañana.

Las pruebas han sido calificadas, posteriormente han sido vaciadas en excel para la aplicación del paquete estadístico SPSS (versión 9.0).

III. RESULTADOS

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN CES - D PARA LA VALIDEZ DE MADRES ADOLESCENTES PRIMERIZAS DURANTE EL POST - PARTO MEDIATO DEL HOSPITAL MATERNIDAD DE LIMA – PERÚ.

Análisis de ítems de la Escala de Depresión CES – D.

La prueba de análisis de ítems, la cual es aquí presentada fue hecha con una muestra de 151 sujetos de sexo femenino, madres primerizas del Hospital Maternidad de Lima.

A quienes se les aplicó la Escala de Depresión (CES-D) cuyos resultados se sometieron a un análisis estadístico de ítems.

El objetivo del análisis fue estimar el grado en que cada ítem contribuye a la validez y la confiabilidad de la prueba total. De esta manera se dan los pasos para garantizar que el test realmente mide lo que dice medir.

Como Magnuson (1976), Guilford (1984) y Alarcón (1991) señalan, la relación entre un ítem y la relación total puede, por supuesto, expresarse como un coeficiente de correlación, para el presente caso, dado que el instrumento ofrece una distribución múltiple de respuestas al ítem que va de 1 a 4, se utilizó como el más conveniente el Coeficiente de Correlación Producto - Momento de Pearson.

Asimismo, cada una de las áreas componentes obtuvieron una correlación positiva y altamente significativa a un nivel de $p < .001$ con la escala total de depresión, es decir, todas contribuyen de manera altamente significativa a la medición de la depresión tal como muestran las tablas.

ASPECTOS PSICOMÉTRICOS

Tabla N° 5
CORRELACIÓN DE LOS ITEMS CON LA PRUEBA CES – D
EN LA MUESTRA DE MADRES ADOLESCENTES PRIMERIZAS
DURANTE EL POST – PARTO MEDIATO. LIMA – PERÚ.

ITEM	r	p
Item 1	0.412	.000
Item 2	0.437	.000
Item 3	0.657	.000
Item 4	0.075	.362
Item 5	0.487	.000
Item 6	0.633	.000
Item 7	0.393	.000
Item 8	0.128	.117
Item 9	0.445	.000
Item 10	0.497	.000
Item 11	0.428	.000
Item 12	0.261	.001
Item 13	0.456	.000
Item 14	0.573	.000
Item 15	0.558	.000
Item 16	0.228	.000
Item 17	0.591	.000
Item 18	0.620	.000
Item 19	0.478	.000
Item 20	0.611	.000

Barrera y Berninzon (2002)

TABLA N° 6
CONFIABILIDAD DE LA PRUEBA CES – D EN LA MUESTRA DE
MADRES ADOLESCENTES PRIMERIZAS DURANTE EL POST-
PARTO MEDIATO. LIMA – PERÚ.

Sujetos	Items	Alpha
151	20	0.78

Barrera y Berninzon (2002)

Tabla N° 7
CONFIABILIDAD DE LA PRUEBA CES – D EN LA MUESTRA DE
MADRES ADOLESCENTES PRIMERIZAS DURANTE EL POST –
PARTO MEDIATO. LIMA – PERÚ.
TOTAL SIN CONSIDERAR 2 ITEMS

Sujetos	Items	Alpha
151	18	0.81

Barrera y Berninzon (2002)

La tabla 5 indica los coeficientes de relación entre cada ítem y el puntaje total de la prueba, se observa que el 90% de los ítems correlaciona de manera altamente significativa con el puntaje total del test, a excepción de los ítems 4 y 8, los cuales no alcanzaron un nivel de significación necesario.

La confiabilidad se obtuvo por homogeneidad, se observa en la tabla 6 que el coeficiente Alpha de Cronbach es de 0.78, lo cual indica que la prueba es consistente internamente, es decir, presenta una relación y cohesión interna, entre sus ítems; sin embargo, al eliminar los ítems 4 y 8 del test, el coeficiente Alpha de Cronbach se eleva a 0.91, lo que quiere decir, que su confiabilidad aumenta, como se observa en la tabla 7.

En lo anteriormente mencionado, los dos ítems que no correlacionaban significativamente fueron eliminados y la confiabilidad por consistencia interna del test aumentó, sin embargo, al correlacionar cada uno de los ítems con sus

respectivas áreas, cada ítem resultó correlacionar significativamente con su respectiva área; por lo que se optó en mantener los 20 ítems de la prueba, pues el coeficiente Alpha de Cronbach de 0.78 también indica una elevada de confiabilidad.

Tabla N° 8
CORRELACIÓN DEL ÁREA DEPRESIÓN AFECTIVA DE LA PRUEBA CES - D EN LA MUESTRA DE MADRES ADOLESCENTES PRIMERIZAS DURANTE EL POST - PARTO MEDIATO. LIMA - PERÚ.

ITEM	r	p
Item 3	0.671	.000
Item 6	0.744	.000
Item 9	0.467	.000
Item 10	0.605	.000
Item 14	0.630	.000
Item 17	0.675	.000
Item 18	0.701	.000

Barrera y Berninzon (2002)

Tabla N° 9
CORRELACIÓN DEL ÁREA DE SOMATIZACIÓN DE LA PRUEBA CES - D EN LA MUESTRA DE MADRES ADOLESCENTES PRIMERIZAS DURANTE EL POST-PARTO MEDIATO. LIMA - PERÚ

ITEM	r	p
Item 1	0.559	.000
Item 2	0.525	.000
Item 5	0.442	.000
Item 7	0.578	.000
Item 11	0.574	.000
Item 13	0.494	.000
Item 20	0.630	.000

Barrera y Berninzon (2002)

Tabla N° 10

CORRELACIÓN DEL ÁREA RELACIONES INTERPERSONALES DE LA PRUEBA CES-D EN LA MUESTRA DE MADRES ADOLESCENTES PRIMERIZAS DURANTE EL POST-PARTO MEDIATO. LIMA - PERÚ.

ITEM	r	p
Item 15	0.794	.000
Item 19	0.784	.000

Barrera y Berninzon (2002)

Tabla N° 11

CORRELACIÓN DEL ÁREA AFECTO POSITIVO DE LA PRUEBA CES - D EN LA MUESTRA DE MADRES ADOLESCENTES PRIMERIZAS DURANTE EL POST - PARTO MEDIATO. LIMA - PERÚ

ITEM	r	p
Item 4	0.661	.000
Item 8	0.702	.000
Item 12	0.770	.000
Item 16	0.526	.000

Barrera y Berninzon (2002)

Tabla N° 12

CORRELACIÓN DE LAS ÁREAS DEL TOTAL DE LA PRUEBA CES - DE EN LA MUESTRA DE MADRES ADOLESCENTES PRIMERIZAS DURANTE EL POST - PARTO MEDIATO. LIMA - PERÚ

ÁREA	r	P
Depresión Afectiva	0.896	.000
Somatización	0.840	.000
Relaciones Interpersonales	0.619	.000
Afecto Positivo	0.258	.001

Barrera y Berninzon (2002)

La tabla 8 señala la correlación de los items del área depresión afectiva, se observa que todos los items correlacionan de manera altamente significativa con el puntaje de dicha área ($p < .001$), lo cual indica que todos los items de esta área contribuyen y son pertinentes a ella.

La tabla 9 señala la correlación de los items del área somatización, se observa que todos los items correlacionan de manera altamente significativa con el puntaje de dicha área ($p < .001$), lo cual indica que todos los items de esta área contribuyen y son pertinentes a ella.

La tabla 10 señala la correlación de los items del área relaciones interpersonales, se observa que estos dos items correlacionan de manera altamente significativa con el puntaje de dicha área ($p < .001$), lo cual indica que todos los items de esta área contribuyen y son pertinentes a ella.

La tabla 11 señala la correlación de los items del área afecto positivo, se observa que todos los items correlacionan de manera altamente significativa con el puntaje de dicha área ($p < .001$), lo cual indica que todos los items de esta área contribuyen y son pertinentes a ella, incluso los items 4 y 8 que no alcanzaron una correlación significativa con el puntaje total correlacionan de manera altamente significativa con el total de su área, razón por la cual se decidió mantener estos dos items, como se había mencionado anteriormente.

La tabla 12 señala los coeficientes de correlación de cada área con el puntaje total del test, se observa que las cuatro áreas de la depresión correlacionan de manera altamente significativa con el test total ($p < .001$) esto quiere decir que cada área aporta con el puntaje total del test, o sea con la depresión general, y que cada componente es pertinente a ella..

**DESCRIPCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN MADRES ADOLESCENTES
PRIMERIZAS DURANTE EL POST-PARTO MEDIATO DEL HOSPITAL
MATERNIDAD DE LIMA.**

**Tabla N° 13
CATEGORIZACIÓN DEPRESIVA DE MADRES PRIMERIZAS
DURANTE EL POST-PARTO MEDIATO**

Categoría	F	%
Baja	7	4.64%
Media	101	66.89%
Alta	43	28.48%
Total	151	100.00%

La tabla 13 señala la categoría depresiva de las madres depresivas investigadas, como se puede observar, el 66.89% de las madres pertenecen a la categoría de depresión media, (lo cual concuerda con el promedio obtenido por dichas madres) seguido de la categoría alta, que alcanza un 28.48%, sin embargo, la categoría baja de depresión sólo alcanza un 4.64%.

**Tabla N° 14
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES PRIMERIZAS DURANTE EL
POST- PARTO MEDIATO SEGÚN EL TIPO DE PARTO**

Parto	F	%
Normal	87	57.62%
Cesárea	64	42.38
Total	151	100%

En la tabla 14 se observa la distribución de las madres por el tipo de parto, el mayor porcentaje lo obtienen las madres de parto normal con 57.62%, mientras las madres de parto por cesárea obtienen un 42.38%.

Tabla N° 15
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES PRIMERIZAS DURANTE EL
POST – PARTO MEDIATO SEGÚN EL ESTADO CIVIL

Estado Civil	F	%
Conviviente	75	49.66
Soltera	76	50.33
Total	151	100%

La tabla 15 indica la distribución de las madres según el estado civil, el mayor porcentaje lo obtienen las madres solteras, con 50.33%, seguido de las madres convivientes con un 49.66%.

Tabla N° 16
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES PRIMERIZAS DURANTE EL POST
– PARTO MEDIATO SEGÚN LA EDAD

Edad	F	%
13 a 15	32	21.19
16 a 18	119	78.81
Total	151	100

En la tabla 16 se observa que existe un mayor porcentaje de madres en la categoría 16 a 18 años, con 78.81%, y el menor porcentaje es de madres de 13 a 15 años.

Tabla N° 17
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES PRIMERIZAS DURANTE EL POST
– PARTO MEDIATO SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN

Grado	F	%
1° a 3°	84	55.63
4° a 5°	67	44.37
Total	151	100 %

La tabla 17 señala la distribución de las madres según su grado de instrucción, se observa que el mayor porcentaje es de madres con instrucción de 1ro a 3ro (55.63%), a diferencia de las madres con instrucción de 4to a 5to (44.37%).

Tabla N° 18
CATEGORÍA DEPRESIVA DE MADRES PRIMERIZAS DURANTE EL POST - PARTO MEDIATO SEGÚN TIPO DE PARTO

Parto	Categoría			Total
	Baja	Media	Alta	
Normal	3	64	20	87
Cesárea	4	37	23	64
Total	7	101	43	151

En la tabla 18 se observa que existen más madres en la categoría de depresión media (101), de las cuales 64 han tenido un parto normal, mientras que la categoría baja presenta menos cantidad, donde se encuentran más madres de parto por cesárea; en la categoría de depresión alta (43) se encuentran más madres cesareadas (23).

Tabla N° 19
CATEGORÍA DEPRESIVA DE MADRES PRIMERIZAS DURANTE EL POST - PARTO MEDIATO SEGÚN ESTADO CIVIL

Estado Civil	Categoría			Total
	Baja	Media	Alta	
Soltera	2	49	25	76
Conviviente	5	52	18	75
Total	7	101	43	151

En la tabla 19 se observa que existen más madres en la categoría de depresión media (101), de las cuales el mayor número (52) son convivientes, mientras que la categoría baja presenta menos cantidad (7), donde se encuentran más madres convivientes (5); en la categoría de depresión alta (43) se encuentran más madres solteras (25).

Tabla N° 20
CATEGORÍA DEPRESIVA DE MADRES PRIMERIZAS DURANTE EL
POST – PARTO MEDIATO SEGÚN LA EDAD

Edad	Categoría			Total
	Baja	Media	Alta	
13 a 15	0	22	10	32
16 a 18	7	79	33	119
Total	7	101	43	151

En la tabla 20 se observa que existen más madres en la categoría de depresión media (101), de las cuales 79 tienen de 16 a 18 años de edad, a diferencia de las de 13 a 15 años (22), mientras que la categoría bajo presenta menos cantidad (7), donde todas las madres tienen de 16 a 18 años; en la categoría de depresión alta (43) la mayor frecuencia igualmente se encuentra en madres de 16 a 18 años (33).

Tabla N° 21
CATEGORÍA DEPRESIVA DE MADRES PRIMERIZAS DURANTE EL
POST – PARTO MEDIATO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

Grado	Categoría			Total
	Baja	Media	Alta	
1° a 3°	2	53	29	84
4° a 5°	5	48	14	67
Total	7	101	43	151

En la tabla 21 se observa que existen más madres en la categoría de depresión media (101), de las cuales 53 son de 1° a 3° grado, mientras que la categoría baja presenta menos cantidad (7), donde se encuentran más madres de 4° a 5° grado (5); en la categoría de depresión alta (43) se encuentran más madres de 1° a 3° (29).

2. DISCUSIÓN

En la presente investigación lo primero en realizarse fue un estudio psicométrico del instrumento de evaluación, para constatar su validez y confiabilidad. Posteriormente, tuvo como objetivo principal describir la depresión en madres adolescentes primerizas durante el post – parto mediato del Hospital maternidad de Lima. Teniendo en cuenta dichos objetivos se discuten los resultados.

En la versión final del instrumento de evaluación Escala de Depresión CES – D, se encontró lo siguiente:

El análisis de ítems demostró una validez y confiabilidad muy sólidas con una “r” ítem – test que va desde los niveles de significancia al $p < .000$. En ésta han sido trabajadas los 20 ítems no obstante en dos de los ítems (ítem 4 e ítem 8) encontramos que no existen niveles de significancia.

Sin embargo al hacer el estudio de confiabilidad integrando los 20 ítems que comprende la prueba, encontramos que el coeficiente de Alpha de Cronbach es de 0.78, lo cual indica que es significativa.

Por otro lado, al eliminar los ítems 4 y 8 de la prueba y utilizando sólo los 18 ítems restantes, se observa que la confiabilidad es aún mayor (0.81).

Asimismo haciendo un estudio de confiabilidad “r” por áreas escala – test, da como resultado que son altamente significativos ($p < .000$).

Todos los hallazgos del estudio psicométrico garantizan la utilidad de los 20 ítems del instrumento en la presente investigación.

Es importante destacar que las pruebas de validez externa no se pudieron llevar a cabo ya que en nuestro medio se carece de instrumentos similares que no permiten lograr ese fin.

Se observa que en las madres primerizas estudiadas se halló lo siguiente:

El 66.89% de las madres pertenecen a la categoría Depresión Media. Esto

podría deberse a varios factores dentro de los cuales se hallan en primer lugar la temprana edad para ser madres y por lo tanto asumir toda responsabilidad que ello implica. En segundo lugar, el contar con bajos recursos económicos, lo que dificulta el hecho de no poder cubrir gastos necesarios básicos, tanto para la madre como para su hijo; y en tercer lugar el hecho de que muchas de estas madres adolescentes, no han terminado la secundaria.

El 28.48% pertenece a la categoría de Depresión Alta, lo cual nos deduce que el hecho de ser madre ya de por sí produce una serie de cambios emocionales (tantos físicos como psicológicos), los cuales por lo tanto alteran su estado de ánimo debido a cambios hormonales y si a esto le agregamos el tener que asumir un rol materno a una temprana edad en donde la madre no se halla preparada para ello, ya que no cuenta con recursos materiales ni emocionales estables dentro de su entorno.

Por otro lado, se halló que el 4.64% de la población estudiada presenta una Depresión Baja. Esto nos indica que existe un porcentaje mínimo de madres en ésta categoría que emocionalmente se encuentran con un mayor equilibrio en su estado de ánimo, ya que al parecer podrían contar con muchos de los recursos necesarios para manejar los diferentes factores que podrían estar influyendo en ellas como para producirles una depresión mayor. Asimismo, esto podría deberse que dichas madres, quizás hayan logrado establecer mejores vínculos afectivos en su entorno familiar, o puede que tengan una personalidad con una estructura más firme, lo cual les permite un mejor manejo de sus emociones y sentimientos.

Dentro de la población de madres adolescentes primerizas es interesante resaltar que el número de madres convivientes difiere solamente en 1 punto del grupo de madres solteras. Quizás muchas adolescentes empezarán a convivir con su pareja, mientras que otras adolescentes formalizarán su situación. Probablemente, hay madres solteras que permanecerán sin ningún compromiso. Esto nos indica que al parecer la mayoría de los adolescentes no planificaron conscientemente tener un hijo.

Según el estudio, encontramos una mayor población de madres adolescentes primerizas durante el período de post – parto mediato comprendidas entre las edades de 16 a 18 años. Esto puede ser debido a la poca información de orienta-

ción sexual recibida. Asimismo, por lo general, en el ámbito familiar de estas madres se encuentran factores predisponentes, los cuales podrían influenciar en ello, como por ejemplo carecer de equilibrio emocional en las relaciones existentes entre sus miembros, disfunción familiar en el ámbito de padres e hijos, en donde la comunicación de alguna forma u otra se da de manera deficiente y hasta podría ser, cargada de metamensajes. También se observan madres adolescentes primerizas durante el post – parto mediato de 13 a 15 años en una menor cantidad. Esto nos indica que este grupo de adolescentes se inicia sexualmente a una temprana edad y (lo cual aumenta el riesgo de quedar embarazada sin tener en cuenta los cambios que pueden sufrir tanto a nivel físico como psicológico. Asimismo, cabe resaltar, que estas adolescentes se encuentran en la etapa inicial de la adolescencia en donde existe una marcada curiosidad por experimentar en el ámbito de las relaciones sexuales, así como existe cierta tendencia a la independencia del seno familiar, surge la rebeldía contra sus padres y sus críticas o consejos.

En cuanto al grado de instrucción, encontramos una mayor cantidad de madres adolescentes primerizas del 1° al 3° de estudios secundarios; pudieron ser el grado de estudio uno de los factores que influyen en la posibilidad de quedar embarazadas, debido a que este grupo no ha adquirido información necesaria o no ha alcanzado cierta madurez como para manejar adecuadamente sus impulsos y emociones. Así también encontramos un grupo más pequeño de madres adolescentes primerizas durante el post- parto mediato que cursan el 4° y 5° año de secundaria, lo que nos indica que al haber alcanzado un mayor grado de estudios, pueden presentar menores riesgos de quedar embarazadas.

De acuerdo a la categoría depresiva de madres primerizas durante el post – parto mediato, encontramos un mayor número de madres que presentan depresión media, según la variable edad, grado de instrucción, tipo de parto y estado civil; dándonos a entender que estas madres sin excepción, van a presentar alguna sintomatología depresiva, quizás debido a la etapa por la que están atravesando; la cual es difícil de asumir y sobretodo si se trata de una madre adolescente. Por otro lado, podemos sumarle a ello también cambios a nivel psicológico así como cambios biológicos, los cuales ocurren en el post – parto en general.

Esto se comprueba con trabajos realizados por Sheretsky y Yar (2000), quien describe a la transición de la maternidad como una época de crisis, durante la cual

la madre entra en una fase de desequilibrio para adaptarse con éxito a ese papel de madre, ésta debe hacer fundamentales cambios intrapsíquicos y en sus relaciones interpersonales, de lo contrario sufrirá emocionalmente.

REFERENCIAS

- Alarcón, R. (1991). *Método y Diseño de Investigación y Comportamiento*. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia – Fondo Editorial.
- Alexander, F. y Selesnick, S. (1996). *The History of Psychiatry*. New York: Harper and Row.
- Angeles, S.M. (1991). *Depresión en el puerperio inmediato. Prevalencia en el servicio del Hospital Nacional Cayetano Heredia*. Tesis de Bachiller en medicina. Lima: UPCH.
- Beck, A. Et. Al. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Desclee de Brouwer. 2 Edición.
- Bachman, C. (1989). *Adolescencia. Riesgo reproductivo*. Madrid: Debate.
- Caballo, V. y Simón A. (2001). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos Generales*. España: Piramide.
- Cáceres, J. Y Escudero, V. (1994). *Relación de pareja en jóvenes y embarazo no deseado*. Madrid: Piramide S.A.
- Casullo, M. (1998). *Adolescentes en Riesgo*. Buenos Aires: Paidós, 1º Edición.
- Costello, E. Et al. (1998). *Psychiatric disorders in pediatric primary care*. *Archives of General psychiatry*, 45, 1107'1116.
- Davidoff, L. (1989). *Introducción a la Psicología*. México: McGraw – Hill Interamericana. 3 Edición.
- Checa Calderón, V. (2000). *Consecuencias psicológicas del Embarazo en Adolescentes*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Lima: Universidad Federico Villareal.
- Derogatis, L. Y Wise, T. (1996). *Trastornos Depresivos y de Ansiedad en Asistencia Primaria*. España: Martínez Roca.
- Fernández, D. F. (1989). *La Nosología de la Depresión Psicopatológica*. España.
- Kaplan, H., Sadock, B. y Grebb, Benjamin J., Grebb, Jack (1996). *Sinopsis de psiquiatría*. Buenos Aires: Panamericana, 7º Edición.

- Florenzano, R. (2002). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Ediciones Universidad Católica de Chile: 2° Edición.
- García, L. (2000) *Niveles de Depresión en Mujeres con aborto inducido y mujeres post – parto que acuden a un Hospital de Lima*. Tesis de licenciatura en psicología. UPCH.
- González, G. (1994). *La adolescencia en el Perú*. Lima: UPCH.
- Hopkins, J. (1987). *Adolescencia: Años de transición*. Madrid: Piramide.
- Hurlock, E. (1994). *Psicología de la Adolescencia*. México D.F. Paidós.
- Hermani E. (1980). *Estados de Depresión en Madres Primíparas y Madres Multiparas*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Lima: Universidad San Martín de Porres.
- Kazdin, A. Et al. (1985). *Assessment of overt behavior and childhood depression among psychiatrically disturbed children*. *Journal of consulting and Clinical Psychology*.
- King et al. (1992) *Suicidality of Childhood and adolescence*. New York: Plenum.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory CDI*. Toronto: Multi – Health Systems.
- Kovacs, M. (1989). *Desórdenes Afectivos en Niños y Adolescentes*. American Psychologist.
- Jupfer, D. Y Frank, E. (1981). *Depression Current Series*. New York: Upjohn.
- Kupersmidt, J. B. Y Patterson, C.J. (1991). *Childhood peer rejection, afression, withdrawal, and perceived competence as predictors of self – reported problems in preadolescence*. *Journal of Abnormal Child Psychology*.
- Lara – Muñoz M. C. (1994). *La Depresión en la Práctica Médica*. México: Interamericana, Mc. Graw-Hill.
- Lefkowitz, M. Y Burton, N. (1978). *Childhood depression: A critique of the concept*. *Psychological Bulletin*.
- Levy, S. Jurkovic, G. Y Spiro, A. (1995). *A multisystems análisis of adolescent suicide de attempters*. *Journal of abnormal child Psychology*.
- Lewinsohn, P. Et al. (1974). *Aspectos clinicos y teóricos acerca de la depresión*. New York: Wiley.
- Lewinsohn, P. Et al. (1990). *Cognitive Behavioral treatment for depressed adolescents*. *Behavior Therapy*.
- Lewinsohn, P. Et al. (1996). *A course in coping: A cognitive – behavioral approach to the treatment of adolescent depression*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales DSM IV.* (1995). España: Talleres Gráficos Duplex, S.A.
- Melgarejo I., A. (1984). *Estudio comparativo de dimensiones de Personalidad E y N y niveles de depresión en un grupo de primigestas antes y después del parto.* Tesis de Licenciatura en Psicología. Lima: Universidad San Martín de Porres.
- Mendels, J. (1970). *Conceptos de Depresión.* New York: John Wiley.
- Miller, D. Et al. (1974). *Adolescence: Psychology, Psychopathology, and Psychotherapy.* New York: Jason Aronson.
- Ministerio de Salud, MINSA (1995). *Problemas de Salud Reproductiva. Análisis de la Situación de Salud del Perú.* Decisión Gráfica SA. Lima. Perú.
- Nonacs, R. Et al. (1998). *Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment.* J. Clin Psychiatry. USA.
- Papalia y Wendkos. (1997). *Psicología del Desarrollo.* Colombia. Mc Graw – Hill Interamericana de México. 7º Edición.
- Puig – Antich, J. Kaplan, et al. (1989). *A controlled family history study of prepubertal major depressive disorder.* Archives of General Psychiatry.
- Rehm, L. (1991). *Métodos de autocontrol. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.* Madrid: Siglo XXI.
- Reynolds, W. Y Mazza, J. (1994). *Suicide and suicidal behaviors in children and adolescents.* Handbook of depression in children and adolescents. New York: Plenum Press.
- Reynolds, W. (1988). *Assessment of depression in adolescents: Manual for Reynolds Adolescent Depression Scale.* Odessa, FL: Psychological assessment Resources.
- Rutter, M. (1986). *Depressive feelings, cognition and disorders.* New York: Guilford.
- Sarason y sarason. (1996). *Psicología normal: El Problema de la Conducta Inadaptada.* México: 7º Edición.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness.* San Francisco: Freeman.
- Tanner, J. M. (1962). *Desarrollo del adolescente.* Springfield, IL. Charles C. Thomas.
- Universidad Femenina del sagrado Corazón: Facultad de Psicología. (1999), *La Adolescencia: Desafío y Decisiones.* Perú. Libro Amigo.
- Wicks, R. Y Nelson. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente.* España. 3º Edición.
- (***) Búsqueda Bibliográfica Computarizada PSYCLIT(2002). Investigación Internacional. Universidad Nacional Federico Villarreal (UNFV). Facultad de Psicología. Biblioteca-