

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**Blues materno y depresión posparto en puérperas atendidas  
en un hospital público de Chimbote, 2017**

**Tesis para optar por el Título Profesional de Licenciada en Psicología**

**AUTORA:**

**Romero Navarrete, Flor de María Elizabeth**

**ASESOR:**

**Mg. Sanchez Romero, Víctor Joel**

**CHIMBOTE - PERU**

**2018**

## **PALABRAS CLAVE**

Blues materno, depresión posparto, puérperas.

## **KEYWORDS**

Maternal Blues, postpartum depression, puerperal women.

## **LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

- **Área** : Ciencias Médicas y de Salud.
- **Sub-área** : Ciencias de la Salud.
- **Línea** : Salud Pública.
- **Sub-línea**: Salud Mental.

**Blues materno y depresión posparto en puérperas  
atendidas en un hospital público de Chicbote, 2017**

## DEDICATORIA

A Dios.

Por darme vida, salud y sabiduría para seguir adelante

Gracias

A mis padres.

Que sin ellos no hubiera logrado una meta más en mi vida profesional.  
compartiendo experiencias, conocimientos y consejos, por todo su amor,

Gracias

A mis hermanos.

Por sus palabras, compañía y confianza brindada, especialmente a mi hermano  
José Miguel porque siempre está conmigo y ha sido mi ejemplo de fuerza y  
superación para salir adelante y dar lo mejor de mi

Gracias

A mis maestros.

Por el tiempo y esfuerzo que dedicaron a compartir sus conocimientos, sin su  
instrucción profesional no habría llegado a este nivel. Quienes brindaron  
dedicación de tal forma que lo aprendido sea utilizado en la vida real, por el apoyo

brindado

Gracias.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad San Pedro, por darme la oportunidad de formarme como profesional de la Psicología dentro de sus claustros universitarios.

A mi asesor de tesis por sus orientaciones metodológicas y apoyo incondicional.

Y, a todas aquellas madres anónimas, por su valiosa y desinteresada contribución.

La autora.

## RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo Determinar la relación entre el blues materno y la depresión posparto en puérperas atendidas en un hospital público de Chimbote, 2018. Se desarrolló un estudio básico de nivel relacional y diseño transeccional correlacional-causal, con muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicó una encuesta voluntaria a 98 puérperas atendidas en un hospital público de Chimbote durante los meses de junio y julio de 2018, para lo cual se utilizó la Escala del Blues Materno de Lima (EBML) y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPPS), la primera se aplicó a las 48 horas posparto y la segunda a las mismas mujeres entre los 30 y 45 días de puerperio. Para el análisis estadístico se utilizó el estadístico Chi cuadrado de independencia y la Corrección de Yates. Se encontró una intensidad alta de blues materno en el 23.5% de las puérperas y una probable depresión en el 17.3%, existiendo una relación altamente significativa entre la intensidad del blues materno y la depresión posparto ( $p < 0,01$ ).

## **ABSTRACT**

The objective of the study was to determine the relationship between maternal blues and postpartum depression in postpartum women attended in a public hospital in Chimbote, 2018. A basic study of relational level and correlational-causal transectional design was developed, with non-probabilistic sampling for convenience. A voluntary survey was applied to 98 puerperal women treated in a public hospital in Chimbote during the months of June and July 2018, for which the Lima Blues Maternal Scale (EBML) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPPS) were used. ), the first was applied at 48 postpartum and the second at the same women between 30 and 45 days postpartum. For the statistical analysis, the Chi square of independence statistic and the Yates Correction were used. A high intensity of maternal blues was found in 23.5% of the puerperal women and a probable depression in 17.3%, there being a highly significant relationship between maternal blues intensity and postpartum depression ( $p < 0.01$ ).

## INDICE

<b>Tema</b>	<b>Página</b>
Palabras clave	ii
Título de la investigación	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Resumen	vi
Abstract	vii
Índice	viii
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	x
<b>INTRODUCCIÓN</b>	
Antecedentes y fundamentación científica	1
Justificación de la investigación	12
Problema	13
Conceptuación y operacionalización de las variables	15
Hipótesis	18
Objetivos	18
<b>METODOLOGÍA</b>	
Tipo y diseño de investigación	19
Población y muestra	20
Técnicas e instrumentos de investigación	22
Procesamiento y análisis de la información	25
<b>RESULTADOS</b>	26
<b>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b>	29
<b>CONCLUSIONES</b>	
<b>RECOMENDACIONES</b>	



**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**  
**ANEXOS Y APÉNDICES**

**INDICE DE TABLAS**

Tabla 1	Características demográficas de las puérperas--Hospital público de Chicmbote, 2018.	21
Tabla 2	Características reproductivas de las puérperas--Hospital público de Chicmbote, 2018.	22
Tabla 3	Blues materno y depresión posparto--Hospital público de Chicmbote, 2018.	28

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1	Intensidad del blues materno en puérperas-Hospital público de Chimbote, 2018.	26
Figura 2	Depresión posparto en puérperas--Hospital público de Chimbote, 2018.	27

## INTRODUCCIÓN

### **Antecedentes y fundamentación científica**

El puerperio es el período que se extiende desde la finalización del alumbramiento o salida de la placenta, hasta 45-60 días del posparto, en el que se producen modificaciones de orden anatómico y funcional que hacen regresar progresivas todas las modificaciones gravídicas, esto se logra mediante un proceso involutivo que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pregravido, siendo solo la glándula mamaria la que experimenta un gran desarrollo por fines de la lactancia. Tales modificaciones, así como las posibles alteraciones, se presentan en diferentes momentos, por lo cual el puerperio se puede dividir en: a) puerperio inmediato, comprendido en las primeras 24 horas y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos; b) puerperio mediano o propiamente dicho, que abarca del segundo al décimo día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia; y c) puerperio tardío, el cual se extiende aproximadamente hasta los 45 días luego del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización (Cassella, Gómez y Maidana, 2015).

Durante este periodo se producen una serie de cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad en la mujer para la aparición de trastornos psíquicos (Pérez, 2011). Cerca del 80% de las mujeres padecen algún tipo de alteración psicológica durante el puerperio, pudiendo ir desde molestias leves y transitorias como la tristeza y el llanto,

incluyendo síntomas como la angustia y la dificultad de vincularse con su hijo, hasta situaciones graves como inclinaciones suicidas (Oviedo y Jordán, 2006).

A nivel mundial cada año se producen de más de 136 millones de partos, de los cuales unos 20 millones presentan complicaciones posteriores relacionadas con el embarazo (Organización Mundial de la Salud, 2012). En Latino América se reporta que entre el 50 y 80% de mujeres sufren algún tipo de alteración emocional durante el puerperio. Sin embargo, la ausencia de profesionales de la Psicología durante el periodo prenatal y el postnatal en los servicios de maternidad del país dificulta la identificación, comprensión y manejo de las distintas eventualidades psicológicas (emocionales, afectivas y conductuales) de las mujeres y sus hijos durante el postparto, existiendo actualmente un subdiagnóstico de estas alteraciones, lo que retrasa la intervención especializada, trayendo severas consecuencias sobre la salud psicológica de la mujer, su hijo y familia (Medina-Serdán, 2013).

En el Perú, la salud mental y psicológica de la mujer que atraviesa el proceso de la maternidad necesita dilucidar muchos aspectos relacionados con la adaptación materna, la vinculación afectiva prenatal y estados psicológicos anormales. Según cifras del Ministerio de Salud aproximadamente un 10% de mujeres que padecen alteraciones del ánimo, como la tristeza puerperal, durante el puerperio progresan a una forma más severa de depresión que requieren medicación y el asesoramiento especializado (Vásquez, 2016).

El Blues materno o tristeza puerperal se describe como una alteración del estado de ánimo, debida principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales (Romero y Camirro, 2013). Esta alteración emocional que padece la madre tiene una intensidad y duración variable que suele aparecer entre los dos y cuatro días posteriores al parto y desaparecer tras unos 15 días aproximadamente (Medina-Serdán, 2013; Contreras-Pulache, Mori-Quispe, Lam-Figueroa, Quino-Villanueva, Hinojosa-Camposano, Espinoza-Lecca et al, 2009).

La prevalencia del blues materno varía dependiendo de la población estudiada y del sistema de salud que se estudie, en general la mayoría de investigadores coinciden que se puede presentar entre el 50 y 80% de las mujeres que han dado a luz (Medina-Serdán, 2013). En Europa, específicamente en Alemania se comunicó una prevalencia de 55.2% (Reck, Stehle, Reinig y Mundt, 2009). En Asia, concretamente en Japón se reporta una prevalencia de 15.3% (Murata, Nadaoka, Morioka y Oiji, 1998). En Latinoamérica, en México se diagnosticó tristeza materna en el 1.8% de madres durante el puerperio inmediato (Romero-Gutiérrez, Dueñas-de la Rosa, Regalado-Cedillo y Ponce-Ponce de León, 2010). En Perú, el primer estudio multicéntrico sobre Blues Materno en púerperas de Lima Metropolitana y Callao reportaron un 18.8% de mujeres con alta intensidad de síntomas asociados a blues maternos, 55.2% con moderada intensidad y 26% con baja intensidad (Contreras-Pulache et al, 2009). Recientemente en un centro materno perinatal de Chimbote se identificó en 51.9% de púerperas un nivel moderado de blues materno, en 20.7% un nivel alto y en el restante 27,4 un nivel bajo (Loyaga, 2017).

Inicialmente el blues materno fue definido como un fenómeno psicológico leve, superficial y transitorio que no merecía mayor importancia clínica que acontece a ciertas mujeres luego del parto en el puerperio inmediato. Sin embargo, durante las dos últimas décadas esta connotación de benignidad viene siendo rebatida a partir de una serie de estudios (clínicos, bioquímicos y epidemiológicos), que han mostrado una nueva y preocupante perspectiva, en la cual las madres que presentan sintomatología de tristeza puerperal presentan mayores probabilidades de desarrollar problemas mentales, presentar patrones de contacto e interacción materno-filial débiles y deficientes; así como también realidades biológicas particularmente riesgosas como mayores niveles de cortisol medidos en saliva (Contreras-Pulache, et al., 2009).

De acuerdo con Reck et al (citado por Contreras-Peluche et al, 2009), el Blues materno está caracterizado por infelicidad, tristeza, ansiedad, irritabilidad, inestabilidad del ánimo y fatiga. Para este autor, así como la persona es hechura de sus circunstancias, el blues materno viene a ser la manifestación de cómo la mujer va traduciendo en ella (como psiquismo consciente) su maternidad. De ahí que, el equilibrio a nivel social que viva la familia en formación, los mecanismos personales (de la mujer) de afronte, de resiliencia, de autoconfianza y de su experiencia, así como del apoyo de los agentes de salud son cruciales para entender, sobrellevar y finalmente sobreponerse a las vicisitudes en esta etapa de transición (Contreras-Pulache, Mori-Quispe y Lam-Figueroa, 2011).

Actualmente, no se ha determinado que exista una causa específica del blues materno, únicamente se han encontrado factores de riesgo, los cuales, al estar presentes, pueden producir mayor susceptibilidad de padecerlo. A pesar de esto, hay casos en que las mujeres poseen uno o varios antecedentes, sin que se dé la presencia de esta alteración. La evidencia señala como factores asociados a riesgo los internamientos previos, cambios en la autoestima y eventos estresantes durante el embarazo, tener un hijo del género femenino, terminación del embarazo por cesárea, sentimientos de depresión durante el mes previo al parto, ansiedad el día del nacimiento del niño, hipocondriasis, vivir en unión libre y el tabaquismo (Faisal-Cury, Menezes, Tedesco y Kahalle, 2008). Recientemente se identificó relación significativa ( $p < 0,05$ ) entre la intensidad del blues materno con la experiencia de la atención del parto, la experiencia de violencia verbal, física y económica infligida por la pareja y el no recibir apoyo por parte de la pareja ( $p < 0,010$ ) (Vásquez, 2016).

Respecto a sus consecuencias, se puede decir que una mujer con alta intensidad de síntomas se encuentra en riesgo de no lograr el pleno desarrollo de su maternidad, lo que se traducirá en infelicidad, baja estimulación del recién nacido, problemas en el establecimiento de la lactancia materna, estructuración deficiente de la pareja y por tanto de la futura familia, trayendo como consecuencia la posibilidad de desarrollar alguna patología no sólo mental sino también orgánica en el mediano o largo plazo (Contreras-Pulache, et al., 2011).

En ese sentido, la comunidad científica internacional afirma que el blues materno es una entidad nosológica que no solo dificulta la adaptación de la mujer a los requerimientos de su maternidad temprana, sino que además constituye un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental posteriores, como trastornos de ansiedad y depresión postparto (Miller, Kroska y Grekin, 2017; Contreras-Pulache, Mori-Quispe y Lam-Figueroa, 2011; Romero-Gutiérrez et al., 2010; Medina-Serdán, 2013;; Lartigue, Maldonado-Durán, González-Pacheco y Saucedo-García, 2008; Henshaw, Foreman y Cox, 2004; Romero y Carrillo, 2002).

Al respecto, en Latino América entre el 50 y 80% de mujeres sufren algún tipo de alteración emocionales durante el puerperio (Medina-Serdán, 2013) y un 13% padecería de depresión después de tener un bebé y esta complicación incluye síntomas tales como ganas de llorar, tristeza, irritabilidad, ansiedad y confusión (Acosta y Varela, 2013).

La depresión postparto es definida como un trastorno del estado de ánimo que comparte los mismos síntomas de un episodio depresivo mayor, diferenciándose de este en los niveles de ansiedad, los cuales tiende a ser mayores durante el posparto, las mujeres que la experimentan sienten que no están preparadas para cuidar de su hijo y tiende a ser más agresivas (Oiberman, 2013). Tiene su aparición desde las 4 a 6 semanas después del parto, y puede durar desde un mes hasta más de un año (Ministerio de Salud, 2014).



Sin embargo, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-V se clasifica como trastorno depresivo mayor de inicio en el periparto, considerando su desarrollo durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas del postparto, incluyendo a un grupo heterogéneo de trastornos del humor como la depresión bipolar, el trastorno depresivo unipolar mayor o menor, la distimia, o el trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido que comparten su momento de aparición durante la gestación o el puerperio. Las actitudes maternas frente al niño pueden incluir desinterés, miedo a encontrarse sola con el niño o excesiva atención que dificulta su descanso adecuado (American Psychiatric Association, 2014).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2012), en los países en desarrollo 20 y 40% de las mujeres sufren de depresión durante el posparto. Aunque, debido a lo estricto de los sistemas de clasificación vigentes se puede llegar a dificultar su detección (Medina-Serdán, 2013). Al respecto, diversos estudios reportan un amplio rango de prevalencias de depresión posparto que va desde el 1% hasta cerca del 40%, dependiendo de la población, sistema de salud estudiado e instrumentos de evaluación empleados. Al usar la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, en Inglaterra la prevalencia es de 8.2% a 14.9%, en Estados Unidos de 8% a 26%, en España 25.8%, en Chile 43% y en Brasil 12%. (Rodríguez, 2016). Así mismo, se reporta una mayor prevalencia en países como la India (32%), Korea (36%), Guyanas (57%) y Taiwán (61%) (Mostaccero, 2016; Organización Mundial de la Salud (2012).

Específicamente, en Perú es difícil determinar la prevalencia real de este problema de salud, debido a las distintas metodologías e instrumentos usados y la dificultad de criterios para su diagnóstico, pero puede aceptarse que del 10 al 20% de las puérperas son afectadas por esta entidad (Medina-Serdá, 2015). Recientemente, en la localidad de Chimbote, empleando la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo para evaluar una muestra de puérperas a los 30 días posparto, se identificó que 58.3% de las participantes tenían una probable depresión posparto y 22.9% de mujeres con riesgo de depresión posparto (Mostaccero, 2016).

Respecto a su etiología, como sucede con la mayoría de patologías mentales no existe una causa única para la depresión posparto (Friedman y Resnick, 2009). Sin embargo, existe consenso en el uso del Modelo de vulnerabilidad-estrés propuesto para la depresión en otros momentos de la vida para explicar, predecir y pronosticar la depresión en el postparto (Pedrós, 2008). Este modelo considera que vulnerabilidad puede presentarse por tres vías diferentes: a) Vulnerabilidad genética, que destaca una relación entre los antecedentes psiquiátricos personales y familiares de la mujer con un riesgo significativamente mayor de presentar depresión posparto (Johnstone et al, 2001); b) vulnerabilidad neurohormonal, que señala asociación entre diferentes acontecimientos hormonales (descenso hormonal mayor y brusco del estradiol y progesterona) en el postparto inmediato y la aparición de un incremento en la susceptibilidad a sufrir depresión posparto y otras alteraciones del estado anímico (Bloch, Rubinow, Schmidt, Lotsikas, Chrousos & Cizza, 2005; Zonana y Gorman,

2005); c) vulnerabilidad psicológica, que hace referencia a un conjunto de constructos psicológicos implicados en la evaluación y afrontamiento de las exigencias del entorno, pues el impacto de las experiencias perinatales es distinto según los rasgos de la personalidad, el estilo cognitivo, las estrategias de afrontamiento utilizadas y los recursos de apoyo disponibles (Adam, 2013).

Desde este último punto, el psicológico, Beck señala que la depresión se basa en la vulnerabilidad ante el estrés, donde la persona modifica pensamientos, cogniciones, sensaciones y percepciones sobre sí mismo, el mundo y su futuro, creando estados de profunda tristeza y sensaciones de malestar e impotencia frente a la vida (Beltrán, Feyre y Guzmán, 2011; Sudupe, Taboada y Castro, 2006). En otras palabras, esto es denominado triada cognitiva: que en primer lugar se caracteriza por la visión negativa e irrealista de la realidad (visión negativa del mundo), por otro lado, la pérdida de la esperanza respecto al futuro (visión negativa del futuro) y finalmente la baja autoestima con pensamientos autodestructivos (visión negativa de sí mismos) (Arranz et al, 2008). Constituyendo así una patología que presenta necesidades psicológicas específicas, toda vez que pueden llegar a suicidios y -aunque rara vez- pueden presentarse infanticidios (Mostacero, 2016).

De acuerdo con Oiberman (2013), existen diversos factores demográficos, psicosociales y perinatales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos en el postparto inmediato.

Entre los factores sociales, la mayoría de las mujeres que padecen depresión posparto poseen sólo estudios básicos, bajo nivel socioeconómico, carecen de un adecuado apoyo social (Pardo, Osorio y Velasco, 2012), edades extremas, mujeres solteras, consumen sustancias psicoactivas (Urdaneta y Rivera, 2011), pareja que no cuenta con trabajo y no tener el apoyo económico de la pareja (Atencia, 2015), mujeres trabajadoras, mayores de 40 años, que conviven con la familia de la pareja (Durán, Téllez y Velasco, 2015).

En cuanto a los factores psicológicos, se halló asociación entre el mayor riesgo de depresión posparto y los antecedentes personales o familiares de depresión mayor, acontecimientos vitales estresantes, historia de disforia premenstrual, estrés psicosocial, actitud negativa hacia el embarazo, ansiedad prenatal, depresión prenatal y durante la gestación, vivencia de un hecho estresante, mala relación de pareja y no contar con el apoyo emocional de la pareja, y la violencia de pareja violencia de pareja, con la consecuente sensación de melancolía y de culpabilidad (Rodríguez, 2016; Atencia, 2015) y no contar con el apoyo familiar (Urdaneta et al, 2011).

Respecto a las variables obstétricas, se logró determinar relación entre la depresión posparto y la primiparidad, complicaciones obstétricas en el embarazo y parto (Mostaccero, 2016). Específicamente, enfermedades durante el embarazo que conlleven hospitalización, complicaciones durante el parto, parto por cesárea y bebe hospitalizado por complicaciones (Atencia, 2015), ausencia del contacto piel a piel con el recién nacido y dificultades para el inicio precoz de la lactancia

materna, adolescente con parto por cesárea (Aramburú, Arellano, Jáuregui, Pari, Salazar et al, 2008).

Son las variables psicológicas las que tienen mayor influencia en la intensidad de la depresión posparto, dado que la evidencia señala que la depresión prenatal, ansiedad prenatal, acontecimientos vitales, neuroticismo y bajo apoyo social tienen mayor influencia en la predicción de este trastorno, mientras que el antecedente de depresión, el blues materno y autoestima son factores de riesgo moderado y finalmente las variables obstétricas y el estatus socioeconómico son factores de riesgo bajo para depresión posparto (Gelabert, 2010, citado en Mostaccero, 2016).

Es a partir de este último punto que se ratifica la relación entre el blues materno y la depresión posparto como un continuo en la afectación de la salud psicológica de la novel madre.

Finalmente, sobre el tratamiento de la depresión posparto la evidencia señala a la terapia cognitivo-conductual como el instrumento terapéutico de elección preferencial para su manejo, por su capacidad de lograr modificaciones importantes en un lapso breve, debido a que puede reintegrar a la madre a una situación de bienestar personal y de cuidado del menor (Adam, 2013; Pardo et al, 2012; Arranz, 2008).

## **Justificación de la investigación**

A pesar del reconocimiento del impacto directo que el blues materno tiene sobre la salud emocional de la madre, el recién nacido, la pareja y la familia, en el Perú son escasas las investigaciones al respecto, principalmente debido a su aún poco clara definición epidemiológica y la ausencia de instrumentos específicos para su medición y entendimiento. Del mismo modo, la depresión posparto aun presenta limitaciones en cuando a su estudio y manejo, ya que su sintomatología puede confundirse con comportamientos asociados a la adaptación normal al puerperio, por lo que alrededor de 50% de los casos no se diagnostica ni se trata oportunamente, afectando dramáticamente la salud de la madre y su entorno más cercano.

Menos estudiado aún es la relación entre el blues materno y la depresión posparto, a pesar de la evidencia internacional que señala una asociación de continuidad débil pero significativa entre ambas alteraciones. Manteniendo la línea de trabajo científico de la Psicología Perinatal, el lograr establecer con claridad la relación entre ambos fenómenos de salud permitirá a los profesionales de la salud dilucidar la real situación de la salud mental y psicológica de las puérperas, ampliando la fundamentación teórica en un contexto como el nuestro, donde la mayoría de gestantes y puérperas se caracteriza por aspectos sociales, culturales, psicológicos y de salud extremos y diversos. Del mismo modo, servirá de base para la génesis de futuras investigaciones que permitan evaluar el aporte del profesional de psicología en la promoción, protección y apoyo durante el periodo puerperal.

Así mismo, el identificar el blues materno como factor asociado a la depresión posparto tiene una implicancia práctica en el sector salud, pues demandará de los profesionales de la salud mental y psicológica una mayor participación en el diagnóstico e intervención temprana, impulsando una mayor participación del psicólogo en las maternidades así como fortaleciendo el trabajo multidisciplinario en bien de la madre y su hijo/a, pues todos los profesionales involucrados en la atención materna tengan un mejor entendimiento de esta sintomatología durante el puerperio. Es decir, los resultados permitirán poner mayor énfasis en la sintomatología ligada a la tristeza de la madre durante en el puerperio y evitar de esta manera el progreso a un estado depresivo mayor.

Finalmente, proporciona a los profesionales instrumentos de evaluación válidos y confiables para la identificación de la intensidad de sintomatología y el riesgo de padecer estas enfermedades.

### **Problema**

En el país y en todo Chimbote el Sistema Nacional de Salud garantiza el acceso universal a la atención y cuidados obstétricos establecidos por la Organización Mundial de la Salud tanto para la madre como para el feto y recién nacido. Sin embargo, al referirse a la salud mental esta atención y cuidados no están presentes, ya que no se cuenta con la participación del psicólogo en las unidades de Obstetricia, atendiéndose las demandas de salud de las gestantes y púerperas. De ahí que muchos de los mitos de la maternidad o distorsiones cognitivas a cerca del nacimiento y maternaje, no son atendidos de manera

profesional generando mayor ansiedad y tristeza en la madre por no poder cumplir su rol materno esperado.

En ese sentido, los escasos trabajos de investigación sobre los trastornos del ánimo durante el puerperio ofrecen un poco clara descripción epidemiológica del blues materno y la depresión posparto, con una caracterización clínica insipiente y una pobre perspectiva de factor determinante de riesgo para la alteración del psiquismo materno, dificultándose así su identificación y manejo apropiado. EN ese sentido es necesario determinar si asociación entre la tristeza materna es un factor de riesgo asociado con la depresión postparto.

Teniendo en cuenta que Chimbote cuenta con el hospital público de referencia de la Red de Salud Pacífico Norte, que abarca las Microredes Pallasca, Cabana, Miraflores, Progreso, Santa y Magdalena Nueva. Se trata de un hospital de nivel II-2, que respecto a la salud materna ofrece servicios de salud especializados (médicos gineco-obstetras y obstetras especializados) y cuenta con sala de parto y centro quirúrgicos, donde se atienden alrededor de 1,500 partos anuales, entre eutócicos y distócicos. Sin embargo, en este hospital los profesionales de la Psicología no participan de la asistencia materna, por lo que poco o nada se conoce sobre la epidemiología de los trastornos del ánimo durante el proceso reproductivo.

En ese sentido, el presente estudio toma como referencia experiencias investigativas desarrolladas previamente en la localidad, con la intención de



complementar tales esfuerzos científicos dilucidando la relación que existe entre los problemas de salud mental durante el puerperio, por lo cual se plantea la siguiente interrogante de investigación: ¿Existe relación entre el blues materno y la depresión posparto en púerperas atendidas en un hospital público de Chimbote, 2018?

### **Conceptuación y operacionalización de las variables**

#### **Blues materno**

Conjunto de desequilibrios personales traducidos a nivel corporal (neuroendocrinoinmunológico) y a nivel mental (sentimientos, pensamientos y conductas); caracterizado por infelicidad, tristeza, ansiedad, irritabilidad, inestabilidad del ánimo y fatiga (Reck et al, 2009).

#### **Depresión posparto**

La presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta a partir de las cuatro semanas y durante el primer año postparto, que se caracteriza por las mamás que experimentan síntomas tales como irritabilidad, cambios de humor, fatiga, interrupción del sueño, miedo de estar sola, falta de concentración, tristeza, culpa, pérdida de interés y placer en actividades y cambios en el apetito (Beltrán, Freyre y Guzmán, 2011).

Definición operacional del blues materno

Variable	Definición conceptual	Indicador	Escala	Definición operacional
Blues materno	Conjunto de desequilibrios personales traducidos a nivel corporal (neuroendocrinoimmunológico) y a nivel mental (sentimientos, pensamientos y conductas); caracterizado por infelicidad, tristeza, ansiedad, irritabilidad, inestabilidad del ánimo y fatiga (Reck et al, 2009).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- He estado llorando frecuentemente porque me siento infeliz.</li> <li>- Me he sentido triste y desafortunada.</li> <li>- Me he sentido ansiosa y preocupada sin motivo.</li> <li>- Me siento muy irritable.</li> <li>- Siento que mi humor cambia de manera frecuente con cualquier cosa.</li> <li>- Me fatigo fácilmente con cualquier cosa.</li> </ul>	Ordinal	Intensidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baja</li> <li>- Moderada</li> <li>- Alta</li> </ul>

Definición operacional de la depresión posparto

Variable	Definición conceptual	Indicador	Escala de medición	Definición operacional
Depresión postparto	La presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta a partir de las cuatro semanas y durante el primer año postparto, que se caracteriza por las mamás que experimentan síntomas tales como irritabilidad, cambios de humor, fatiga, interrupción del sueño, miedo de estar sola, falta de concentración, tristeza, culpa, pérdida de interés y placer en actividades y cambios en el apetito (Beltrán, Freyre y Guzmán, 2011).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas.</li> <li>2. He mirado el futuro con placer.</li> <li>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal.</li> <li>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo.</li> <li>5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno.</li> <li>6. Las cosas me oprimen o agobian.</li> <li>7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir.</li> <li>8. Me he sentido triste y desgraciada.</li> <li>9. He estado tan infeliz que he estado llorando.</li> <li>10. He pensado en hacerme daño a mí misma.</li> </ol>	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin riesgo de depresión.</li> <li>- Riesgo de depresión.</li> <li>- Probable depresión.</li> </ul>

## **Hipótesis**

H<sub>1</sub>: Existe relación estadística significativa entre el blues materno y la depresión posparto en puérperas atendidas en un hospital público de Chimbote, 2018.

H<sub>0</sub>: No existe relación estadística significativa entre el blues materno y la depresión posparto en puérperas atendidas en un hospital público de Chimbote, 2018.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Determinar la relación entre el blues materno y la depresión posparto en puérperas atendidas en un hospital público de Chimbote, 2018.

### **Objetivos específicos**

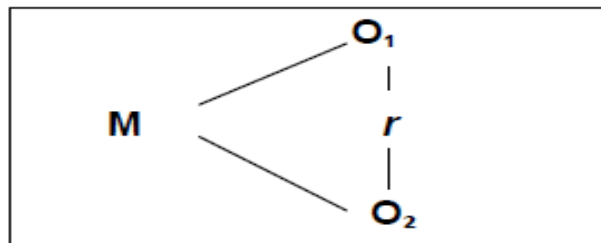
1. Establecer la intensidad del blues materno en puérperas atendidas en un hospital público de Chimbote, 2018.
2. Establecer la depresión posparto en puérperas atendidas en un hospital público de Chimbote, 2018.
3. Determinar si la intensidad del blues materno y la depresión posparto en puérperas atendidas en un hospital público de Chimbote, 2018, se asocian.

## METODOLOGÍA

### Tipo y diseño de investigación

La investigación es de tipo básica, porque tiene como finalidad ampliar y profundizar el conocimiento de un problema poco estudiado hasta ahora (Gómez, 2003), como lo es la relación entre el blues materno y la depresión posparto. Por su enfoque cuantitativo y en concordancia con los objetivos propuestos el proyecto se enmarca en un nivel de investigación relacional (Supo, 2012), de diseño no experimental transeccional correlacional-causal, pues se busca establecer relaciones entre variables en un momento determinado, sin precisar el sentido de causalidad (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

### Esquema:



### Dónde:

- M : Puérperas.  
O1 : Blues materno.  
O2 : Depresión posparto.  
R : Relación entre O1 y O2.

## **Población-muestra**

La población en estudio estuvo conformada por todas las puérperas cuyo parto eutócico fue atendido en el hospital ámbito del estudio durante el periodo junio y julio del año 2018.

Se utilizó un muestreo no probabilístico, estableciéndose una cuota inicial de 100 puérperas, de las cuales dos desistieron del estudio, terminando finalmente con 98 mujeres. La selección de cada sujeto de estudio fue manera accidental y por conveniencia, porque se requería de una cuidadosa y controlada elección de los sujetos con las características especificadas en el planteamiento del problema (Supo, 2012).

En un primer momento, las puérperas fueron captadas dentro de las primeras 48 horas posparto antes de su alta del nosocomio; y posteriormente fueron encuestadas entre los 30 y 45 días pos parto, cuando acudieron al control de su hijo, inmediatamente después de recibir su hijo atención de Pediatría. Previamente a la aplicación de la encuesta se informó a las puérperas en qué consistía el estudio y cuál era su objetivo, finalmente se solicitó su consentimiento informado (Anexo 1).

## **Criterios de inclusión**

- Puérperas entre de 16 y 40 años de edad.
- Para la primera encuesta con un tiempo de 48 horas de posparto; y para la segunda encuesta un periodo de 30 a 45 días de puerperio.

- Primíparas o segundípara de parto único y eutócico.
- Aceptación voluntaria escrita de participación en el estudio.

### **Criterios de exclusión**

- Puérpera cuyo hijo falleció.
- Puérpera con antecedente de diagnóstico de trastorno mental o psicológico.
- Puérpera con capacidades distintas y/o con dificultades para comunicarse.
- No ser capaz de leer y escribir correctamente en castellano.
- No firmar el consentimiento informado.

**Tabla 1.** Características demográficas de las puérperas-Hospital público de Chimbote, 2018.

<b>Característica</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
Adolescente	19	19.4
Joven	37	37.8
Adulta	42	42.9
Total	98	100.0
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria	7	7.1
Secundaria	28	28.5
Superior	63	64.3
Total	98	100.0
<b>Estado civil</b>		
Soltera	16	16.3
Conviviente	14	14.3
Casada	68	69.4
Total	98	100.0
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	6	6.1
Empleada	7	7.1
Empleadora	76	77.6
Estudiante	9	9.2
Total	98	100.0
<b>Religión</b>		
Católica	70	71.4
No católica	28	28.6
Total	98	100.0

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 2.** Características reproductivas de las púerperas--Hospital público de Chimbote, 2018.

<b>Característica</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Paridad</b>		
Primípara	36	36.7
Segundípara	62	63.3
Total	98	100.0
<b>Embarazo planificado</b>		
Si	47	48.0
No	51	52.0
Total	98	100.0
<b>Asistencia prenatal</b>		
Controlada	82	83.7
No controlada	16	16.3
Total	98	100.0
<b>Complicación durante el parto</b>		
Si	12	12.2
No	87	87.8
Total	98	100.0
<b>Complicaciones con la lactancia</b>		
Si	28	28.6
No	70	71.4
Total	98	100.0

Fuente: Elaboración propia.

### **Técnicas e instrumentos de investigación**

La recolección de datos se realizó mediante el desarrollo de una encuesta a anónima y voluntaria. La aplicación del formulario se realizó por la autora de la investigación.

Para la evaluación del blues materno se utilizó la Escala del Blues Materno de Lima (EBML) (Anexo 2), diseñada y validada por Romero-Gutiérrez et al (2010). Este instrumento cuenta con las siguientes propiedades psicométricas: Los ítems de la EBML, presentaron un coeficiente alfa de Cronbach de 0.86; con un rango de interrelación ítem-total de: 0.453 a 0.658 ( $p < 0.001$ ). Al análisis dimensional, la EBML presentó una dimensión única que explicaba el 58.9% de la varianza. Del estudio psicométrico aplicado a la EBML



se puede resaltar su consistencia teórica (factorial) y psicométrica, lo que constituye a la EBML como un cuestionario confiable, y posiblemente válido, para ser utilizados en la identificación de lo que pretende medir.

En el presente estudio se considera como puntos de corte para la intensidad baja, moderada y alta de blues materno al percentil 25 y 75:

Intensidad alta :  $> p75$  (16 puntos).

Intensidad moderada :  $\geq p25$  y  $\leq p75$

Intensidad baja :  $< p25$  (9 puntos).

La escala consta de 6 ítems referidos al estado de ánimo en el pos parto inmediato y mediato con una escala de respuestas de cuatro alternativas: no en absoluto (1 punto), no muy a menudo (2 puntos), sí, bastante a menudo (3 puntos) y sí, casi siempre (4 puntos); haciendo un puntaje mínimo de 6 y máximo de 24.

Para valorar la depresión posparto se empleó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPPS) (Anexo 3). La EPDS fue diseñada por Cox et al (1987) en los centros de salud de Livingston y Edimburgo para ayudar a los profesionales de atención primaria en la detección y despistaje de la depresión posnatal. Es instrumento de autoreporte, el cual ha sido validado en múltiples países, estimándosele una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad de 82% para evaluar la intensidad de la depresión durante el posparto. En el país se encontró una consistencia interna Alfa de 0.80 en la muestra después del parto.

Según Beltrán et al (2011) la escala de Edimburgo mide varios síntomas depresivos que se pueden presentar en el periodo posparto, tales como: la disforia, sentimiento de culpa, ideas suicidas y dificultades de concentración. La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos, consta de 10 ítems o preguntas cortas con cuatro opciones de respuesta cada uno que hacen referencia a cómo se han sentido las madres durante la última semana. En su estructura interna, 5 de estas preguntas incluyen la disforia, 2 están relacionados con ansiedad, 1 con sentimiento de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultad de concentración. Las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos. La madre tiene que elegir la respuesta que más se acerque a su estado de ánimo en los 7 últimos días, aplicándose después de 1 mes del parto.

Según los resultados obtenidos la puérpera puede ser clasificada en tres grupos:

- EPDS menor que p25: sin riesgo de depresión posparto (9 puntos)
- EPDS entre p25 y p75: puntaje límite para riesgo de depresión
- EPDS mayor que p75: puntaje indicador de probable depresión (17 puntos).

Es importante mencionar que durante la recolección de la información se respetaron los principios éticos para la investigación con seres humanos: Respeto a la dignidad de las personas, Beneficencia y Justicia.

Dado que la participación voluntaria siempre puede incurrir en un potencial sesgo de selección, puesto que las puérperas que decidieron participar de la encuesta y contestar el instrumento no fueron comparadas a las que no querían participar en el estudio. Y por ello, se recogieron determinadas variables de todas las madres que cumplieron los criterios de inclusión (variables demográficas y obstétricas) con la intención de poder caracterizar a la población en general.

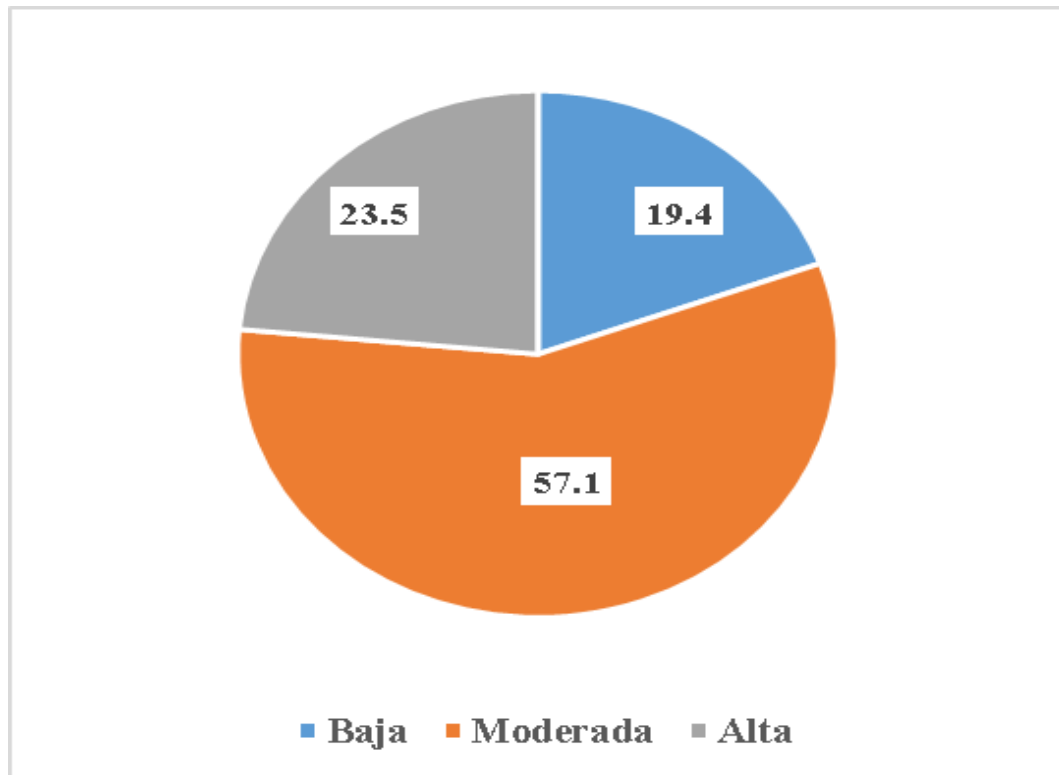
### **Procesamiento y análisis de la información**

Se realizó un análisis estadístico descriptivo para establecer las proporciones porcentuales relativas y absolutas. Se estableció la relación estadística entre variables mediante la prueba de Chi cuadrado de independencia y la Corrección por Continuidad de Corrección de Yates. Para todos los análisis se supone un nivel de significancia del 5% ( $\alpha = 0.05$ ). Como regla de decisión se tomó en cuenta lo siguiente:

- Si el valor de  $p < \alpha$  se considera región de rechazo, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula.
- Si el valor de  $p > \alpha$  se considera región de aceptación, por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula.

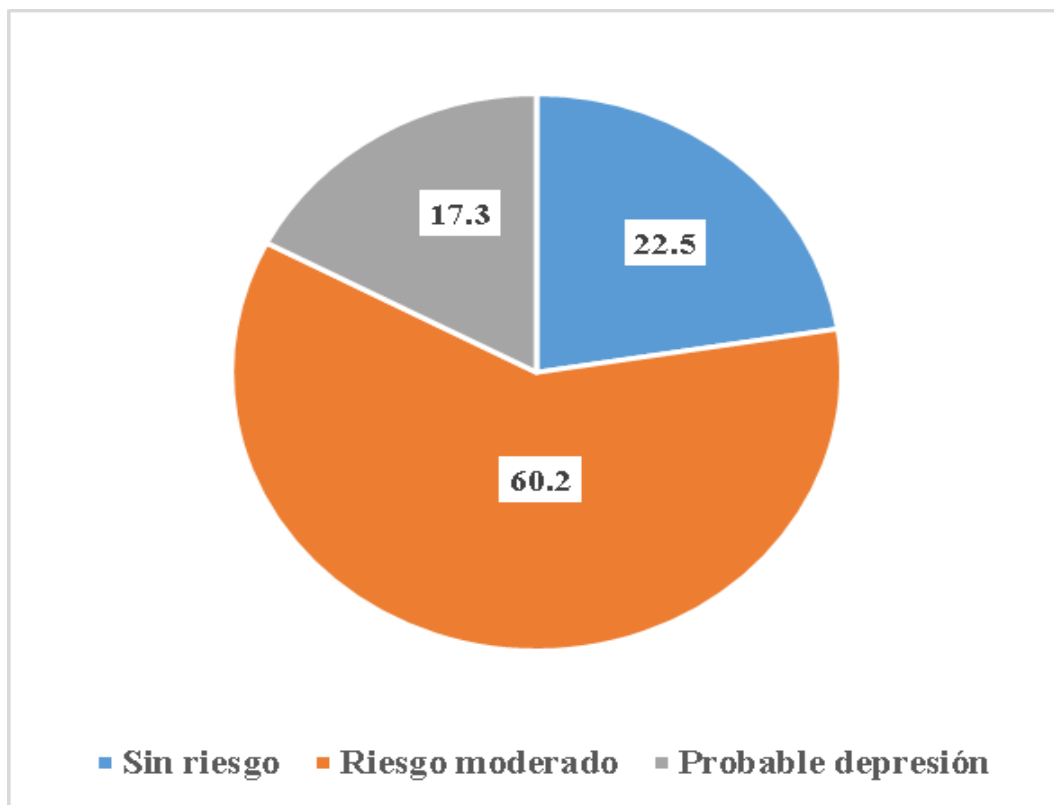
El análisis de los datos se realizó a través del software IBM SPSS Statistics para Windows versión 21.0.

## RESULTADOS



**Figura 1.** Intensidad del Blues materno en puérperas-Hospital público de Chimbote, 2018.

En la figura 1, a partir de la frecuencia de los síntomas que presenta la puérpera, se puede ver que 57.1% tiene una intensidad moderada de blues materno, seguido por el 23.5% con intensidad alta y finalmente 19.4% con intensidad baja.



**Figura 2.** Depresión posparto en puérperas--Hospital público de Chimbote, 2018.

En la figura 2, a partir de la valoración de los síntomas de las puérperas se puede ver que 60.2% tiene riesgo moderado de padecer depresión posparto, seguido por el 22.5% que no presenta riesgo y finalmente por el 17.3% que recae en la categoría de probable depresión.

**Tabla 3.** Blues materno y depresión posparto--Hospital público de Chimbote, 2018.

Blues materno	Depresión posparto						Total	
	Sin riesgo		Riesgo moderado		Probable depresión		f	%
	f	%	f	%				
Baja intensidad	14	63.6	5	8.5	0	0	19	19.4
Moderada intensidad	8	36.4	40	67.8	8	47.1	56	57.1
Alta intensidad	0	0	14	23.7	9	52.9	23	23.5
Total	22	100.0	59	100.0	17	100.0	98	100.0

Fuente: Sistematización de la información.

**Nota:** Para fines del análisis estadístico inferencial se reagruparon los datos en dos categorías por variable.

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,539 <sup>a</sup>	1	,000
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	31,982	1	,000
N de casos válidos	98		

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,27.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

En la tabla 3 se puede apreciar que de las puérperas que no tienen riesgo de depresión posparto el 63.65 tiene una intensidad baja de blues materno y el restante 36.4% intensidad moderada. Entre las puérperas que tienen riesgo moderado de depresión posparto el 8.5% tiene baja intensidad de blues materno, 67.8% intensidad moderada y 23.7% intensidad alta. Finalmente, de las puérperas con probable depresión el 52.95 tiene intensidad alta de blues materno y el restante 47.1% intensidad moderada. Al aplicar el estadístico de prueba Chi Cuadrado y luego de realizar la Corrección de Yates se halló una relación altamente significativa ( $p < 0.01$ ) entre la intensidad del blues materno y la depresión posparto.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El puerperio es el período que se extiende desde la finalización del alumbramiento o salida de la placenta, hasta 45-60 días, donde se producen una serie de cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad en la mujer para la aparición alteración psicológica durante el puerperio, pudiendo ir desde molestias leves y transitorias como la tristeza y el llanto, incluyendo síntomas como la angustia y la dificultad de vincularse con su hijo, hasta situaciones graves como inclinaciones suicidas (Pérez, 2011; Oviedo y Jordán, 2006).

Una de las alteraciones del ánimo más frecuentes, pero menos conocida, es el Blues materno o tristeza puerperal, que suele aparecer entre los dos y cuatro días posteriores al parto y desaparecer tras unos 15 días aproximadamente (Medina-Serdán, 2013; Contreras-Pulache, Mori-Quispe, Lam-Figueroa, Quino-Villanueva, Hinostroza-Camposano, Espinoza-Lecca et al, 2009); en el estudio, a partir de la frecuencia de los síntomas que presenta la puérpera, se pudo identificar que 57.1% tiene una intensidad moderada de blues materno, seguido por el 23.5% con intensidad alta y finalmente 19.4% con intensidad baja. Resultados que se encuentran dentro del rango hallado por diversos estudios en el mundo, donde se señala una ocurrencia de entre el 50 y 80% en las mujeres que han dado a luz (Medina-Serdán, 2013).

Sin embargo, la prevalencia del blues materno varía dependiendo de la población estudiada y del sistema de salud que se estudie (Medina-Serdán, 2013). En ese sentido, los resultados coinciden con estudios realizados en población peruana, donde la mayor proporción de puérperas (51.9% a 55.2%) presenta moderada intensidad de síntomas asociados a blues maternos<sup>9</sup>, con una importante proporción de puérperas con intensidad alta de tristeza, que va de 18.8% a 20.7% (Loyaga, 2017; Contreras-Pulache et al, 2009). Estos hallazgos ratifican el preocupante estado de la salud mental de las madres en el país, quienes se encuentran en estado de vulnerabilidad a partir de la creencia de benignidad de esta alteración del ánimo, dado que quienes presentan mayor intensidad de síntomas también tienen mayores probabilidades de desarrollar problemas mentales, presentar patrones de contacto e interacción materno-filial débiles y deficientes (Contreras-Pulache, Mori-Quispe y Lam-Figueroa, 2011).

En esa misma línea, se ubica la depresión posparto, trastorno del ánimo que comparte los mismos síntomas de un episodio depresivo mayor, pero con mayores niveles de ansiedad durante el posparto y que afecta la percepción de la mujer quien conciben que no están preparadas para cuidar de su hijo, y que aparece desde las 4 a 6 semanas después del parto, pudiendo durar desde un mes hasta más de un año (Ministerio de Salud, 2014; Oiberman, 2013). Debido a su multicausalidad existe controversia en cuanto a su diagnóstico, explicación y posible intervención (Friedman y Resnick, 2009). Sin embargo, existe consenso en el uso de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo para la identificación del riesgo y la probable depresión durante el postparto. Al respecto, en el estudio



empleando este instrumento, que permite valorar los síntomas de las puérperas se identificó que 60.2% tiene riesgo moderado de padecer depresión posparto, seguido por el 22.5% que no presenta riesgo y finalmente por el 17.3% que recae en la categoría de probable depresión. Resultados que coinciden con lo hallado en diversos estudios internacionales que emplearon la misma, en Inglaterra la prevalencia es de 8.2% a 14.9%, en Estados Unidos de 8% a 26%, en España 25.8%, en Chile 43% y en Brasil 12%. (Rodríguez, 2016).

Al igual que el blues materno, la prevalencia del de la depresión posparto varía dependiendo de la población estudiada, el sistema de salud que se estudie y las técnicas de diagnóstico empleadas. En ese sentido, en Perú y más aún en la localidad es difícil determinar la prevalencia real de este problema de salud. Concretamente, los resultados del estudio difieren con los hallazgos de Mostaccero (2016), quien identificó en el 58.3% de puérperas una probable depresión posparto y 22.9% de mujeres con riesgo de depresión posparto. Sin embargo, se encuentra dentro del rango a nivel nacional, donde se acepta que del 10 al 20% de las puérperas son afectadas por esta entidad (Medina-Serdá, 2015). Estas diferencias se

La evidencia internacional señala como factores psicológicos de riesgo para depresión posparto los acontecimientos vitales estresantes, ansiedad prenatal y la vivencia de un hecho estresante o todo acontecen que genere sensación de melancolía y de culpabilidad (Rodríguez, 2016; Atencia, 2015; Urdaneta et al, 2011). Por otro lado, el blues materno es considerado un factor de riesgo

moderado (Gelabert, 2010, citado en Mostaccero, 2016). Sobre este último punto el estudio halló que, la puérpera con probable depresión tiene intensidad alta o moderada de blues materno, existiendo una relación altamente significativa ( $p < 0.01$ ). Es a partir de este último punto que se ratifica la relación entre el blues materno y la depresión posparto, como dos alteraciones diferentes pero que se presentan en un continuo en la afectación de la salud psicológica de la novel madre (Gelabert, 2010, citado en Mostaccero, 2016).

## CONCLUSIONES

- Se halló una relación altamente significativa ( $p < 0.01$ ) entre la intensidad del blues materno y la depresión posparto.
- El mayor porcentaje de puérperas (57.1%) tiene una intensidad moderada de blues materno, seguido por quienes tienen intensidad alta y finalmente por aquellas mujeres con intensidad baja.
- Más de la mitad de puérperas presenta riesgo moderado de padecer depresión posparto (60.2%), seguido por las mujeres que no presentan riesgo y finalmente por quienes tienen una probable depresión.

## RECOMENDACIONES

- A la institución de salud, ámbito del estudio, considerar los resultados en el desarrollo de estrategias para el diagnóstico y abordaje psicoterapéutico del blues materno como estrategia preventiva de la depresión posparto. En ese sentido, el abordaje debe poner mayor énfasis en la intensidad y progresión de la sintomatología del blues materno, ya que en el estudio las mujeres con mayor intensidad de blues materno categorizan en probable depresión posparto.
- A la universidad San Pedro, a través de su Escuela Profesional de Psicología en coordinación con el Ministerio de Salud, se le recomienda continuar con el estudio de los trastornos del ánimo durante la etapa concepcional y postconcepcional bajo el contexto de la psicoperinatología, que incluya la población de todos los establecimientos de salud de la localidad donde se desarrolle atención materno-perinatal, propiciando el empoderamiento del Psicólogo en la salud mental perinatal.
- A los futuros investigadores, ampliar el espectro de la población, incluir las propiedades métricas de los instrumentos y realizar estudios longitudinales que permitan disminuir las limitaciones del presente estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, E. y Varela, C. (2013) El embarazo: cambios en las mujeres embarazadas, su repercusión psicológica. En Oliberman, A. (Ed.) *Nacer y acompañar: Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal* (pp. 373-383). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Adam, G. (2013). *Depresión postparto, hostilidad y hábitos de salud*. (Tesis Doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.

American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Five Edition: DSM V®*. USA: American Psychiatric Pub.

Aramburú, P., Arellano, P., Jáuregui, S., Pari, L., Salazar, P. et al (2008). Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. *Rev. Peruana de epidemiología*, 12(3),1-5

Arranz, C., Aguirre, W., Ruiz, J., Gaviño, S., Cervantes, J., Carsi, E. et al (2008). Enfoque multidisciplinario en la depresión posparto. *Revista ginecología y obstetricia*, 6(76), 341-349.

Atencia, S. (2015). *Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión durante abril – junio, 2015*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Beltrán, M., Freyre, M., y Guzmán, L. (2011). El inventario de depresión de Beck: su validez e la población adolescente. *Terapia Psicológica. Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 30(1), 5-13.

Bloch, M., Rubinow, R., Schmidt, J., Lotsikas, A., Chrousos, P., & Cizza, G. (2005). Cortisol response to ovine corticotropin-releasing hormone in a model of pregnancy and parturition in euthymic women with and without a history of postpartum depression. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 90, 6, 95-699.

Casella, C., Gómez, V. y Maidana, D. (2015). Puerperio normal. *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina*, 100, 2-6.

Contreras-Pulache, H., Mori-Quispe, E. y Lam-Figueroa, N. (2011). El Blues Materno. Contextualización, definición y presentación de un instrumento de evaluación. *Revista Peruana de Epidemiología*. 15 (2), 86-88.

Contreras-Pulache, H., Mori-Quispe, E., Lam-Figueroa, N., Quino-Villanueva, K., Hinostroza-Camposano, W., Espinoza-Lecca, E. et al. (2009). Blues

Materno en puérperas de Lima Metropolitana y Callao: Validación de un instrumento y factores asociados. Estudio multicéntrico en cinco hospitales, 2009. *Rev. Peru. Epidemiol.*, 15 (1), 1-6.

Durán, M., Téllez, J. Velasco, N. (2015). Factores asociados a síntomas depresivos en madres con hijos hospitalizados en una unidad de neonatos. DOI: 10.13140/RG.2.1.5169.4246

Faisal-Cury, A., Menezes, P., Tedesco, J. y Kahalle, S. (2008). Blues Materno: prevalencia y factores de riesgo. *Span J Psychol*, 11, 93-599.

Friedman, H., & Resnick, J. (2009). Postpartum depression: an update. *Women's Health*, 5, 287-295.

Gómez, S. (2003). *Técnicas de investigación*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional Abierta y a Distancia-UNAD.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. 6<sup>a</sup> ed. México D.F.: MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

Johnstone, J., Boyce, M., Hickey, R., Morris-Yatees, D. & Harris, G. (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural

community samples. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 35, 69-74.

Loyaga, C. (2017). *Blues materno en puérperas del Centro de Obras Sociales Maternidad de María, Chimbote, 2017*. (Tesis de pregrado). Universidad San Pedro, Chimbote, Perú.

Medina-Serdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol Reprod Hum*, 27(3), 185-193.

Miller, M.L., Kroska, E.B. & Grekin, R. (2017). Immediate postpartum mood assessment and postpartum depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 207, 69-75.

Ministerio de Salud (2014). *Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento*. SANTIAGO: MINSAL.

Mostaccero, C. (2016). *Depresión postparto en puérperas atendidas en un centro materno perinatal de Chimbote, 2015*. (Tesis de licenciatura). Universidad San Pedro. Chimbote.

Murata, A., Nadaoka, T., Morioka, & Oiji, A. (1998). Prevalence and background factors of maternity blues. *Gynecol Obstet Invest*, 46, 99-104.



Oiberman, A. (2013). *Nacer y acompañar: abordajes clínicos de la psicología perinatal*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Lugar Editorial.

Organización Mundial de la Salud (2012). *La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento*. Washintong: Autor.

Oviedo, G. y Jordán, V. (2006). Trastornos afectivos posparto. *Universitas Médica*. 47, 131-40.

Pardo, K., Osorio, A., y Velasco, N. (2012). *Revisión Teórica y Empírica: Depresión Postparto*. Colombia: Universidad de la Sabana

Pedros, A. (2008). Depresión postparto. Factores predictivos e intervención temprana. *Jano*, 1709, 39-41.

Pérez, A. (2011). *Obstetricia*. Santiago de Chile: Mediterráneo.

Reck, C., Stehle, E., Reinig, K. y Mundt, C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord*, 113, 77-87.

- Rodríguez, MF. (2016). *La depresión perinatal es un importante problema de salud pública*. España: Consejo General de la Psicología de España, España.
- Romero, A. y Carrillo, A. (2013). Alteraciones psiquiátricas en el postparto. *JANO Medicina y Humanidad*, 63 (1449), 30-36.
- Romero-Gutiérrez, G., Dueñas-de la Rosa, E. Regalado-Cedillo, C. y Ponce-Ponce de León, A. (2010). Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. *Ginecología y Obstetricia de México*, 78 (1), 53-73.
- Supo, J. (2012). *Seminarios de investigación científica*. México D.F.: Seminarios de Investigación.
- Sudupe, J., Taboada, O. y Castro, C. (2006). Depresión. *Guías Clínicas*, 6(11), 1-6.
- Urdaneta, J. y Rivera, A. (2011). Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Revista de Psicología*, 102-112.
- Vásquez, A. (2016). *Blues materno en puérperas de un centro materno perinatal de Chimbote, 2016*. Universidad San Pedro, Chimbote, Perú.

Zonana, J., y Gorman, M. (2005). The neurobiology of postpartum depression.  
*CNS Spectums*, 10, 792-799.

## ANEXOS

### Anexo 1. Consentimiento informado

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Chimbote, \_\_\_\_\_ de 2018.

A través del presente, declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente, lo siguiente:

He decidido participar en el estudio denominado: **Blues materno y depresión posparto en púerperas atendidas en un hospital público de Chimbote, 2017**, cuyo responsable es la bachiller en Psicología **Flor de María Romero Navarrete**, egresada de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad San Pedro. En el mencionado estudio se desarrollará una encuesta a través de un cuestionario autoaplicado que permite identificar características de la salud mental durante el puerperio. Esta encuesta me será aplicada en dos momentos, a las 48 horas posparto y entre los 30 y 45 días de puerperio.

Declaro que he sido debidamente informado de la metodología que tendrá la investigación y que la información recolectada será utilizada con estricta atención a las normas éticas de la investigación en seres humanos, garantizando en todo momento la confidencialidad de mi identidad.

Entiendo que en este estudio no se me administrará ningún tipo de fármaco ni exámenes médicos, la valoración será a través de una encuesta anónima y voluntaria, en un ambiente de confort, y que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Cabe recalcar que recibiré una copia firmada del presente documento.

Atentamente,

---

Firma

DNI: \_\_\_\_\_

## Anexo 2. Escala de Blues Materno de Lima

CÓDIGO:.....

A continuación, se presenta una serie de interrogantes sobre características personales, por favor trate de responder según la respuesta que más se asemeje a su condición actual:

### Características demográficas

**Edad:** .....

**Tipo de relación actual:**

- (1) Soltero/a
- (2) Casada
- (3) Conviviente

**Ocupación:**

- (1) Estudiante
- (2) Ama de casa
- (3) Empleada
- (4) Empleadora

**Grado de instrucción:**

- (1) Primaria
- (2) Secundaria
- (3) Técnico superior
- (4) Superior universitario
- (5) Ninguno

### Características reproductivas

**Su embarazo fue planificado:**

- (1) Si
- (2) No

**Paridad:**

Número de hijos: .....

**Controles prenatales:**

Número de controles prenatales: .....

**Complicaciones en el parto:**

- (1) Si
- (2) No

**Complicaciones en la lactancia:**

- (1) Si
- (2) No

**Escala del Blues Materno de Lim (EBML)  
(Contreras-Pulache et al, 2009)**

A continuación, se presentan una serie de opiniones generales sobre su estado de ánimo después de su parto. Por favor, piense en su condición actual y trate de responder con la mayor honestidad que le sea posible. La información es confidencial, ya que los resultados serán analizados en forma general, por lo cual no es necesario que coloque su nombre en este formulario.

Nº	Ítem	No en absoluto	No muy a menudo	Si, bastante a menudo	Si, casi siempre
1	He estado llorando frecuentemente porque me siento infeliz				
2	Me he sentido triste y desafortunada				
3	Me he sentido ansiosa y preocupada sin motivo				
4	Me siento muy irritable				
5	Siento que mi humor cambia de manera frecuente con cualquier cosa				
6	Me fatigo fácilmente con cualquier cosa				

### Anexo 3. Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo

#### Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPPS) (Jadresic, Araya y Jara, 1995)

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor marque con un aspa (X) dentro del recuadro de la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

N°	Ítem	
1	<b>He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:</b>	
	Tanto como siempre	
	No tanto ahora	
	Mucho menos ahora	
2	<b>He disfrutado mirar hacia delante:</b>	
	Tanto como siempre	
	Menos que ahora	
	Mucho menos que antes	
3	<b>Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:</b>	
	Si, la mayor parte del tiempo	
	Sí, a veces	
	No con mucha frecuencia	
4	<b>He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:</b>	
	No, nunca	
	Casi nunca	
	Si, a veces	
5	<b>He estado asustadiza sin tener motivo:</b>	
	Si, bastante	
	Sí, a veces	
	No, no mucho	
6	<b>Las cosas me han estado abrumando:</b>	
	Si, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	
	Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	
	No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	
7	<b>Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:</b>	
	Si, la mayor parte del tiempo	
	Sí, a veces	
	No con mucha frecuencia	
8	<b>Me he sentido triste o desgraciada:</b>	
	Si, la mayor parte del tiempo	
	Sí, bastante a menudo	
	No con mucha frecuencia	
9	<b>Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:</b>	
	Si, la mayor parte del tiempo	
	Sí, bastante a menudo	
	Solo ocasionalmente	
	No, nunca	

<b>10</b>	<b>Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño</b>	
	Si, bastante a menudo	
	A veces	
	Casi nunca	
	Nunca	



## APÉNDICE

### **Criterios diagnósticos para Episodio Depresivo, CIE-10**

---

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
  - B. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo.
  - C. Criterio de exclusión con más frecuencia: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- 

### **Síndrome Somático**

Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos, aquí denominados “somáticos” tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se usan términos como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos). Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático. Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de interés o capacidad para disfrutar actividades que normalmente eran placenteras.
  2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente provocan una respuesta emocional.
  3. Despertarse en la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
  4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
  5. Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas).
  6. Pérdida marcada de apetito.
  7. Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes).
  8. Notable disminución de la libido.
- 

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, CIE-10. OMS.

### **Criterios diagnósticos para Episodio Depresivo-APA.**

---

- Llanto fácil
  - Labilidad emocional
  - Desaliento
  - Anorexia
  - Disminución o aumento del apetito
  - Notable desinterés o falta de placer en realizar actividades la mayor parte del día
  - Apatía
  - Indecisión
  - Dificultad en concentrarse
  - Complicaciones somáticas
  - Fatiga
  - Irritabilidad
  - Inapetencia sexual
  - Desánimo
  - Fluctuaciones del estado de ánimo
  - Preocupación por el bienestar del niño, que va desde preocupación excesiva hasta ideas delirantes.
  - Rumiaciones intensas o ideas delirantes sobre el niño, asociado a un aumento significativo de producirle daño
  - Sentimiento de tristeza la mayor parte del día
  - Insomnio o tener demasiado sueño
  - Pesadillas
  - Ideación suicida
  - Miedo a ser rechazada por la pareja
  - Sentimiento de culpa
  - Ataques de pánico
  - Sentimiento de desvalorización
- 

Fuente: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-V.

## Diagnóstico diferencial

	Tristeza postparto	Depresión postparto	Psicosis postparto
Causas	Producida por cambios hormonales, psicológicos y sociales.	Factores de riesgo biológico, psicológico y social.	Factores de riesgo (especialmente hacer padecido trastornos afectivos, esquizofrenia o DPP previa).
Prevalencia	50-80%.	13-32%	0,1-0,2%
Aparición	Entre los 2 y 4 días posteriores al parto. Desaparece por sí sola después de 2 a 3 semanas.	Dentro de las primeras 4 semanas postparto.	Comienza entre el 3 a 9 día, pero puede iniciar incluso hasta el sexto mes.
Síntomas	Ansiedad, labilidad emotiva y a veces el ánimo depresivo.	Destacan el estado de ánimo deprimido, la disminución del interés o de la capacidad para disfrutar de casi todas las actividades, cambios en los patrones de alimentación y sueño (principalmente insomnio), autodesvalorización y autorreproches, generalmente relacionados a su competencia como madre, irritabilidad, problemas de atención, concentración y memoria y dificultad para vincularse con el bebé entre otros.	Aparece con inquietud, irritabilidad y trastornos del sueño. Evolución rápida con el ánimo depresivo o exaltado, el desajuste conductual, la labilidad emocional, como también los delirios y las alucinaciones.
Intervención	Informar a la mujer, pareja y familia; acompañamiento y apoyo familiar.	Terapia (individual y/o grupal); medicación (generalmente antidepresivos y benzodiazepinas).	Tratamiento farmacológico (usualmente antipsicóticos, estabilizadores del ánimo y benzodiazepinas); hospitalización (en la mayoría de los casos) y terapia psicosocial.

Fuente: Mostaccero (2016), basado en el Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto del Ministerio de Salud de Chile.