



**UNIVERSIDAD NACIONAL
FEDERICO VILLARREAL**

**Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PREVALENCIA DE BLUES MATERNO EN PUERPERAS DE UN INSTITUTO DE SALUD MATERNO DE LIMA METROPOLITANA

**Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con
mención en Psicología Clínica**

AUTORA:

Moreno Valles, Luisa Marlene

ASESOR:

Anicama Gómez, José

JURADO:

Becerra Flores, Sara

Franco Guanilo, Roxana

Flores Vásquez, Elizabeth

Lima-Perú

2019

PENSAMIENTO

“A veces la fuerza de la maternidad es mayor que las leyes naturales”

- Barbara Kingsolver-

DEDICATORIA

A Dios, a mi querida familia por su apoyo constante. A los licenciados a cargo del servicio de psicología del Instituto Nacional Materno Perinatal. A los profesores de mi alma mater, en especial a mi asesor por todo el apoyo y enseñanzas impartidas, y a todas aquellas mujeres quienes atraviesan con valentía y tenacidad la maternidad.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis es un esfuerzo en el cual participaron de manera directa e indirecta personas que forman parte importante de mi vida.

Agradezco infinitamente a Dios por haberme permitido ser parte de este mundo, que si bien no es perfecto, pero nos ha puesto en él para aportar una mejora, como psicólogos facilitar el entendimiento de cada uno y permitirle comprender y conocer aquel potencial humano que hay en cada uno de ellos.

A mis padres, Alberto Moreno H. y Marlene Valles B., quienes me brindaron su apoyo incondicional durante todos estos años de vida, sobre todo en la etapa universitaria, alimentándome con aquella perseverancia que los caracteriza, y logrando así que pudiera culminar dicha etapa con éxito, a mis hermanos, por confiar en mis capacidades y entregarme aquella cuota de confianza e impulsarme a seguir en este nuevo camino.

A mi mejor amiga, Daniela López C. por motivarme incondicionalmente durante todos estos años, agradecida por la confianza depositada en mí y el cariño brindado día a día.

A mis profesores y asesores, Mg. Sara Becerra y Dr. José Anicama Gomez, por ayudarme a confiar en mí misma durante esta etapa de preparación y por todos los conocimientos brindados para la realización de esta investigación.

Al servicio de Psicología del Instituto Nacional Materno Perinatal, por volverme a abrir sus puertas y confiar en el trabajo realizado, en especial a la Jefa del Servicio, Lic. Ana María Mejía Muñoz y licenciados de áreas, Lic. Juan Artica Martinez, y Lic. David Palacios Monteagudo, gracias por todo el apoyo y respaldo que me brindaron.

A todos ustedes, mi mayor reconocimiento y gratitud.

RESUMEN

La presente investigación es de tipo descriptivo comparativo con diseño no experimental cuyo objetivo principal es conocer la prevalencia de Blues Materno en puérperas de un Instituto Nacional Materno de Lima Metropolitana. En este estudio participaron 100 puérperas en su tercer día después de dar a luz por parto vaginal, entre las edades de 18 a 41 años. Se empleó como instrumento la Escala de Blues Materno de Lima (EBML) para medir la prevalencia del Nivel de riesgo de Blues materno, y se empleó también una ficha sociodemográfica para recoger variables de interés. Los resultados indicaron que existe una prevalencia del 63% de Riesgo de Blues Materno en las puérperas evaluadas; las madres adolescentes son quienes tuvieron una mayor tendencia a contar con riesgo de Blues Materno, entre los hallazgos se encontró también que el Blues Materno cuenta con mayor incidencia en puérperas quienes no planificaron su embarazo, no cuentan con el apoyo de la pareja en la gestación y no cuentan con apoyo de la familia, a sí mismo no se encontró diferencias en el riesgo de Blues Materno según número de gesta sin embargo la tendencia se direccionó a las madres multíparas .

Palabras Clave: Blues Materno, puérperas, embarazo. Maternidad.

ABSTRACT

The present investigation is a descriptive and comparative study with no- experimental desing, which is used like main objective the knowledge of the prevalence of Baby Blues in post partum womans of the National Institute of Maternity in Lima. In this study 100 womens participated on their third day after giving birth by vaginal birth, between the ages of 18 to 41 years. The Scale of Baby Blues of Lima (EBML) was used as an instrument to measure the prevalence of the risk level of baby Blues, and a sociodemographic file was also included to collect variables of interest. The results indicate that there is a prevalence of 63% of Baby blues Risk in the population evaluated; teenages mothers are the ones who have a high tendency to have risk of baby blues, also the baby blues has a higher incidence in people who have not planned their pregnancy, womens who didn't have the support of their couples in the gestation and womens who didn't have the support of their family, to itself there are no differences in the risk of Blues Maternal according to the number of deed, however the tendency points to the multiparous mothers to have higher risk.

Keywords: *Baby blues, post partum, pregnancy, maternity.*

INDICE

CARATULA	I
PENSAMIENTO	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INDICE	VII
INDICE DE TABLAS	IX
INTRODUCCIÓN	10
I. CAPITULO I	
1.1 DESCRIPCIÓN Y FORMULACION DEL PROBLEMA	12
1.2 ANTECEDENTES	15
1.3 OBJETIVOS	18
-Objetivo General	18
-Objetivos Específicos	18
1.4 JUSTIFICACIÓN	18
1.5 HIPOTESIS	20
II. CAPITULO II	
MARCO TEORICO	21
2.1 Bases teóricas	21
III. CAPITULO III	
MÉTODO	
3.1 Tipo de investigación	26
3.2 Ámbito temporal espacial	26
3.3 Variables	26
3.4 Población y Muestra	27
3.5 Instrumento	30
3.6 Procedimientos	30
3.7 Ética	31
3.8 Análisis de Datos	33
IV. CAPITULO IV :	
RESULTADOS	34
V. CAPITULO V :	
DISCUSIÓN	42

VI.	CAPITULO VI: CONCLUSIONES	48
VII.	CAPITULO VII RECOMENDACIONES	50
VIII.	REFERENCIAS	51
IX.	ANEXOS	
	10.1 Anexo 1: Ficha Sociodemográfica	56
	10.2 Anexo 2: Escala de Blues Materno de Lima	57
	10.3 Anexo 3: Consentimiento Informado	58
	10.4 Anexo 4: Tabla de Fisher-Arkin-Colton	59
	10.5 Anexo 5: Matriz de Consistencia	60
	10.6 Anexo 6: Definición Operacional de Variables	61
	10.7 Anexo 7: Carta de Aprobación de Proyecto de Investigación por la Unidad Funcional de Investigación del Instituto Nacional Materno Perinatal	62
	10.8 Anexo 8: Ficha Técnica del EBML	65

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: <i>Descripción de la población de estudio</i>	29
Tabla 2: <i>Análisis de ítems</i>	34
Tabla 3: <i>Análisis de Fiabilidad</i>	34
Tabla 4: <i>Puntos de Corte</i>	35
Tabla 5: <i>Prevalencia de Blues Materno en la población total</i>	35
Tabla 6: <i>Prueba de Bondad de ajuste a la curva normal para la variable de estudio Nivel de Riesgo de Blues Materno</i>	36
Tabla 7: <i>Nivel de riesgo de Blues Materno según periodo de desarrollo</i>	37
Tabla 8: <i>Análisis comparativo del nivel de riesgo del Blues Materno según periodo de desarrollo</i>	37
Tabla 9: <i>Nivel de Riesgo de Blues Materno según planificación de la gesta</i>	38
Tabla 10: <i>Niveles de Blues Materno según apoyo de pareja</i>	39
Tabla 11: <i>Nivel de Riesgo de Blues materno según apoyo de familia</i>	40
Tabla 12: <i>Nivel de Riesgo de Blues Materno según número de gesta.</i>	41
Tabla 13: <i>Análisis comparativo del nivel de riesgo del Blues Materno según número de gestas (primigestas- múltipara)</i>	41

INTRODUCCIÓN

La etapa de la maternidad en una mujer si bien es una etapa de satisfacción debido a la llegada de un nuevo ser al núcleo familiar, sin embargo también es un periodo de cambios constantes, sobre todo para aquella que acaba de convertirse en madre.

Estas nuevas experiencias y vivencias en los primer días después de dar a luz pueden desatar diversas reacciones en la mujer al momento de adaptarse a este nuevo comienzo, reacciones que pueden tal vez opacar el inicio de la maternidad, y eventualmente el vínculo entre la madre y el recién nacido.

El Blues Materno, o también llamado tristeza puerperal, es una denominación que se le acuñó al conjunto de características específicas que se tiende a presentar en las madres quienes acaban de dar a luz, presentándose con mayor fuerza entre el tercer y cuarto día después del parto. Entre las características que se describen en este periodo se encuentran: Labilidad emocional, tristeza, llanto sin razón aparente, ansiedad o preocupación, irritabilidad y fatiga.

Según la literatura, este tipo de sintomatología suele presentarse en los primeros quince días del puerperio mediato, sin embargo desaparece durante ese mismo periodo, solo si la madre tiene los recursos para afrontarlo y si cuenta con apoyo en su ambiente. Sin embargo, si no se logra superar estas sintomatologías en el periodo de tiempo indicado y se prolonga en el tiempo, se podría hablar de una posible depresión post- parto, el cual agravaría el panorama tanto para la madre como para el recién nacido quien en estos primeros meses depende de la figura materna.

Según lo antes expuesto, el objetivo general del presente estudio es conocer la prevalencia de Blues Materno en puérperas hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el espacio temporal del mes de noviembre del 2018, teniendo como población

100 mujeres en su tercer día después del alumbramiento. Entre los objetivos específicos tendremos el describir y comparar el nivel de riesgo de Blues Materno según periodo de desarrollo (adolescente- adulta), el describir el nivel de riesgo de blues materno según planificación del embarazo, apoyo de la pareja, apoyo de la familia, y también se tomará como objetivo específico el describir y comparar el nivel de riesgo de Blues materno según número de gesta (primigestas y multíparas)

Para lo cual se ha organizado el trabajo en siete capítulos. En el Capítulo I se presenta la descripción del problema, siendo explicado de manera detallada el planteamiento del mismo, los antecedentes tanto nacionales como internaciones, objetivos generales y específicos, la justificación del estudio y las hipótesis de estudio. En el Capítulo II se puede encontrar el marco teórico donde se ubican las bases teóricas sobre el tema de investigación, en el Capítulo III se detalla el método, en el cual se explica el tipo de investigación, ámbito temporal espacial, variables, población y muestra, instrumentos a emplear para medir las variables, lo procedimientos y el análisis de los datos.

En el Capítulo IV se detallan los resultados recogidos en el estudio, en el Capítulo V se desarrolla la discusión de los resultados obtenidos, en el Capítulo VI se exponen las conclusiones, en el Capítulo VII se encuentran las recomendaciones, finalmente en los últimos capítulos se encuentran las referencias y anexos.

CAPITULO I

1.1 DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La maternidad es considerada como un evento trascendental en la vida de la mujer, traer un nuevo ser al mundo engloba consigo un sin número de cambios en la madre, yendo más allá de lo biológicamente establecido –proceso de gestación y el eventual parto-, los cambios tanto psicológicos y aspectos emocionales se ven también involucrados en este nuevo escenario.

Si bien los cambios fisiológicos son los más notorios y tratados durante el puerperio, es también la salud mental una de las grandes protagonistas en esta etapa, ya que gracias a ésta se desligan diversos procesos que el recién nacido transitará junto a la madre y viceversa, y por tanto, si esta área se ve afectada entonces existe la probabilidad de que el curso de la adaptación al rol materno se vean alterados, trayendo consigo un posible riesgo en la calidad de vida del recién nacido.

Diversos estudios afirman que los cambios anímicos en la madre responden a un estrés fisiológico tanto para el cuerpo como para la psique de la mujer (Bianco, 2014), un estrés para lo cual la mujer está preparada gracias a la intervención de las hormonas propias de su fisiología que son segregadas durante la gestación y el postparto. Sin embargo este estrés se vuelve patológico si la mujer no tiene la suficiente capacidad de afrontamiento ante este evento. Según Marin, Toro, Montejo, Peñacoba, Velasco y Carretero, (como se citó en Sastre, 2015) el descenso de las hormonas como la progesterona y los estrógenos generan cierta inestabilidad en el estado anímico de la madre, una inestabilidad que puede tornarse perjudicial si es que la mujer se encuentra expuesta a estresores en su ambiente.

Éste fenómeno que se desata en los días tempranos del puerperio ha sido denominado por diversos autores como el “Blues Materno”, un estadio de transición que

responde tanto a los desbalances hormonales en la madre como a los estresores ambientales por la que ésta pueda estar atravesando. Valencia (2016) describe al “Blues Materno” como la fase de cambios anímicos tras los diez días del postparto, el cual alcanza su punto más alto entre el tercer y quinto día del puerperio mediato, siendo como rasgo característico labilidad emocional, periodos de ansiedad, confusión intercalado con irritabilidad y llanto.

La literatura afirma que este periodo transitorio de inestabilidad emocional suele superarse en con el transcurso de los días y desaparecer por sí solo, sin embargo, si la madre no cuenta con un ambiente favorable para el bienestar tanto de ella misma como para su recién nacido, las posibilidades de que la mujer viva una óptima maternidad se ven disminuidas, Contreras, Mori, Lam, Quino, Hinostroza, Espinoza, Gil y Torrejón (2011) afirman que quienes padecen de Blues Materno se encuentran en riesgo de no generar una correcta estimulación en su recién nacido, aunado a ello el establecimiento de la lactancia puede tornarse problemática de manera temprana, y también presentar problemas en la pareja así como en la futura familia, por lo tanto la posibilidad de desarrollar algún tipo de patología no sólo mental, sino también orgánica a mediano o largo plazo se hace mayor.

Debido a lo anteriormente mencionado cabe entonces la probabilidad de que si estas sintomatologías iniciales logran extenderse y agudizarse, se corre el riesgo de llegar a un eventual cuadro de Depresión Post-Parto, un diagnóstico clínico de mayor complejidad en su tratamiento, que puede dañar la vinculación entre la madre y su recién nacido, un vínculo de suma importancia que, como afirma Roncallo, Sanchez y Arranza (2015), éste “Ofrecería efectos positivos a corto y largo plazo de los que las familias pudieran beneficiarse, como el apego infantil, las pautas de crianza y parentalidad positiva y la prevención entre otras del abuso y maltrato.”(p.21).

Según los datos recogidos por Medina- Serdan (2013) la prevalencia del Blues Materno es de 50%-80% en las mujeres que dan a luz, cifras que los indican la alta frecuencia con la que este fenómeno se presentan en las puérpera y por tanto requieren de abordaje y seguimiento psicológico.

En nuestro medio actual, el Instituto Nacional Materno Perinatal (2017) reportó el registro de mujeres atendidas, las cuales el 37.7% de ellas convivían en un riesgo social medio, sumado a ello el 72.6% de la población cuenta únicamente con educación secundaria. Estos datos sugieren la probabilidad de que las madres convivan en ambiente que faciliten la presencia de estresores de diversa índole, sumado al precario acceso a la información teniendo como único recurso la educación básica regular, posibilitando el desconocimiento de diversos cambios y etapas transitorias durante la maternidad.

Existen escasos estudios dirigidos directamente al Blues Materno, debido a la diversas nomenclaturas con la que éste fenómeno es denominado en distintos medios sociales, así como también la limitada cantidad de instrumentos para su medición y la poca investigación actualizada acerca de éste estadio ya que la mayoría de las investigaciones se centran en la etapa de mayor exaltación y complejidad como es la Depresión post-Parto, dejándose de lado el Blues Materno, el cual su pronta detección puede aportar con la prevención de una depresión mayor, y su tratamiento ser oportuno.

Debido a lo anteriormente expuesto, la investigación busca responder la siguiente pregunta.

¿Cuál es la prevalencia de Blues Materno en Puérperas de un Instituto de Salud Materno de Lima Metropolitana?

1.2 ANTECEDENTES

El campo de la investigación respecto al Blues Materno es aún escaso tanto a nivel nacional como internacional, sin embargo se ha tratado de compilar los estudios directamente relacionados como también los campos afines con la temática expuesta.

Faisal, Menezes, Tedesco, Kahalle y Zugaib (2009) estudiaron en la ciudad de Inglaterra la prevalencia del Blues Materno y sus factores de riesgo en 113 mujeres en su décimo día del puerperio, encontrando una prevalencia del 32,7% de acuerdo con la escala de Stein (1980), instrumento el cual emplearon para el estudio. Entre los hallazgos obtenidos se encontró también una asociación entre el estado civil y el consumo de tabaco, debido a que las mujeres no fumadoras y casadas mostraron un riesgo cuatro veces menos de sufrir Blues Materno. Dicho estudio concluyó en que la prevalencia en la población fue alta y por tanto el personal de atención debía de estar alerta a los indicios ya que puede asociarse con una depresión futura.

Años más tarde, Takahashi y Tamakoshi (2014) investigaron acerca de los factores asociados con el Blues materno y la tendencia a la depresión en el postparto temprano en 100 madres japonesas con niños saludables a término, madres quienes estaban entre su cuarto y quinto día de hospitalización y con un seguimiento después de un mes del postparto, obteniendo como resultado que el 15% de la población contaba con Blues Materno y el 10% con depresión postparto, encontrando así una asociación positiva entre el Blues materno y la depresión post parto, afirmando también de que la presencia de un acompañante, madre o pareja, está asociada con el estado anímico en el postparto.

Entre los estudios afines tenemos la investigación realizada por Caamaño y Contreras (2015) quienes estudiaron las características de la depresión perinatal en mujeres de Bogotá, contando para su estudio con un grupo de 151 gestantes de 36 a 41 semanas y

un grupo de 121 puérperas en postparto tardío, encontrándose una prevalencia del 10% en el grupo prenatal y un 9.09% en el grupo postnatal, agregado a ello encontró también una asociación entre la relación de pareja disfuncional con la depresión perinatal.

En el ámbito nacional tenemos el estudio realizado por Logaya (2017) quien en la ciudad de Chimbote, evaluó a 200 puérperas del Centro de Obras Sociales Maternidad de María, con el objetivo de describir el nivel de Blues Materno, encontrando así que el 51.9% de la población estudiada alcanzaba un nivel moderado de Blues Materno, siendo las madres primigestas quienes presentaban un nivel mayor de Blues Materno en comparación con madres múltiparas.

Encontramos también en el 2011 el estudio realizado por Contreras et al (2011) quienes buscaban investigar acerca de las variables biopsicosociales asociadas al Blues Materno en una población constituida por 772 puérperas de 5 hospitales de Lima Metropolitana, para ello diseñaron la Escala de Blues Materno de Lima (Contreras, Mori y Lam, 2011) al no hallar un instrumento que pueda medir dicha variable, validando así también el instrumento en la población estudiada, teniendo como resultado un instrumento con un alto nivel de consistencia interna (Alfa de Cronbach de 0,86) , a la vez obteniendo también que el 55.2% de la población presentaba un moderado nivel de Blues Materno, 62.2% de la población contaba con un embarazo no planificado, el 85,6% refería su gestación como una experiencia agradable , y el 43,7% de ellas había sufrido de violencia verbal por parte de su pareja, concluyendo así que el Blues Materno cuenta con una naturaleza multifactorial, por tanto es importante que se tenga una concepción global y holística de la realidad que vive cada mujer estudiada.

Continuando en el campo nacional, en cuanto a los estudios en los campos afines a la temática a investigar, encontramos a Cerda (2017) quien se interesó en investigar acerca de los factores sociodemográficos, primiparidad y su relación con la depresión post parto

en una población de 90 puérperas de un hospital en la ciudad de Lima, 30 quienes tenían un diagnóstico de depresión post parto y 60 puérperas quienes no contaban con dicho diagnóstico, hallando que los factores sociodemográficos tomados en el estudio; como fueron la edad, estado civil, ocupación y grado de instrucción, constituyen un grado de asociación mínima en relación con la depresión post parto.

Siguiendo con el ámbito sociodemográfico, Romero (2016) estudió la relación entre las características sociodemográficas y el riesgo de depresión postparto en una clínica de la ciudad de Lima, evaluando a 110 puérperas, encontrando que el 20% de las evaluadas presentan riesgos de desarrollar una depresión postparto, el 96% de ellas contaban con compañía de la pareja y el 50% de las puérperas manifestaban haber planificado el embarazo, concluyendo así en que no existe asociación significativa entre el riesgo de depresión postparto y las variables sociodemográficas.

Almazán (2014) dirigió su investigación con variables similares, estudiando la Frecuencia y características socio-demográficas del Trastornos de depresión post parto en la ciudad Arequipa, contando con una población de 196 de puérperas encontrando que el 45,9% de ellas presentaron depresión mayor, y que factores como las complicaciones durante la gesta y la no planificación del embarazo son factores que facilitan la aparición de la depresión post parto, concluyendo que la prevalencia de depresión mayor en las gestantes en estudio fue elevada. Esta última investigación en mención se contrapone a las demás expuestas anteriormente, sin embargo enriquece el bagaje bibliográfico para poder profundizando la investigación en este campo.

1.3 Objetivos

Objetivo General

- Determinar la prevalencia de Blues Materno en puérperas de un Instituto de Salud Materno de Lima Metropolitana

Objetivos Específicos

- Validación de constructo de la “Escala de Blues Materno de Lima” en la población de estudio.
- Describir y diferenciar el nivel de riesgo de Blues Materno según periodo de desarrollo (adolescencia tardía-adultez) en puérperas de un Instituto de Salud Materno de Lima Metropolitana.
- Describir el nivel de riesgo de Blues Materno según planificación del embarazo en puérperas de un Instituto de Salud Materno de Lima Metropolitana.
- Describir el nivel de riesgo de Blues Materno según apoyo de la pareja en puérperas de un Instituto de Salud Materno de Lima Metropolitana.
- Describir el nivel de riesgo de Blues Materno según apoyo de la familia en puérperas de un Instituto de Salud Materno de Lima Metropolitana.
- Describir y diferenciar el nivel de riesgo de Blues Materno entre primigestas y múltiparas de un Instituto de Salud Materno de Lima Metropolitana.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación servirá de aporte en el campo de la investigación referente a la Psicología Perinatal, ya que son escasos los estudios de corte psicológico los que se han realizado en la etapa del puerperio; siendo los estudios de corte médico y obstétrico los que predominan en el ámbito científico, sin embargo la psicología es un campo que también puede explicar y aportar conocimientos referentes a los distintos estadios de la maternidad , generando mayores herramientas a todo profesional relacionado con el ámbito

ginecológico- materno y así poder resaltar también la importancia de una atención multidisciplinaria tanto hacia la madre, al recién nacido y a familiares cercanos quienes también se verán involucrados en este suceso emergente e importante que es la llegada de un nuevo miembro al núcleo familiar.

La trascendencia e importancia de esta investigación radica en lo poco estudiado que ha sido el Blues Materno y cómo es que este estado, de estar presente en la madre, puede ser una posible amenaza a la óptima vinculación madre- hijo como también a la lactancia, entiéndase que durante los primeros meses y años de vida del recién nacido, éste depende de la figura materna, y si ésta no se encuentra en un estado anímico favorable puede repercutir en muchos aspectos de la vida del menor, más aún si el Blues Materno no logra superarse en el tiempo determinado y logre llegar a una depresión Post-parto. Es por ello que se considera de utilidad la realización de este estudio en beneficio tanto como de la madre como para el recién nacido quien será el mayor favorecido.

La información recogida por este estudio busca generar un reflejo del escenario actual en el que se encuentra la salud mental materna en la etapa del puerperio, más aún ahora que en estos últimos años la salud mental ha cobrado mayor importancia en nuestra sociedad y con el pasar de los días gana mayor protagonismo. Este estudio también busca generar apertura a futuras investigaciones y así logren abrirse mayores líneas de investigación en cuanto a la maternidad.

Actualmente no se tiene los suficientes estudios en el campo donde se haga referencia o especifique la sintomatología del Blues Materno, de igual forma no se cuenta con instrumentos específicos para su medición, siendo esta la mayor limitación existente, por ello, como uno de los aportes de esta investigación, se espera que los resultados recabados sirvan en un futuro para la elaboración de instrumentos de medición referentes

al Blues Materno que logren englobar mayores aspectos psicosociales que se encuentren fuertemente ligados a este estadio y así su detección sea más práctica y con mayor alcance.

1.5 HIPOTESIS

Al ser un estudio de tipo descriptivo la presente investigación no cuenta con una hipótesis de investigación relacionada con el objetivo general de la misma.

➤ Hipótesis Específicas

- Existen diferencias de nivel de riesgo de Blues Materno entre las puérperas primigestas y multíparas de un Instituto de Salud Materno de Lima Metropolitana.
- Existen diferencias de nivel de riesgo de Blues Materno entre adolescentes y adultas puérperas de un Instituto de Salud Materno de Lima Metropolitana.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 BASES TEORICAS SOBRE EL TEMA DE INVESTIGACIÓN

La Maternidad

Popularmente la maternidad es vista como una etapa de espera y expectativas por la llegada de un nuevo ser al núcleo familiar, sin embargo, contrario a lo que se menciona, es la maternidad también una etapa en la vida de la mujer que cuenta con distintos matices.

Freixas (2013) afirma que la maternidad actualmente se presenta como algo maravilloso e ideal para la mujer, sin embargo se deja de lado que más allá del nuevo rol materno que llevará consigo; la mujer, en calidad de humano, cuenta también con sus propias dudas, incertidumbres y propias reflexiones frente a la llegada de un nuevo ser que se gesta dentro de ella.

Esta idealización por parte de la sociedad y la cultura puede llevar consigo problemas para la madre -gestante o puérpera-, puesto que concebir un nuevo ser, el proceso del crecimiento en el vientre materno y la llegada de éste en la vida de la mujer es de por sí un hecho biográfico de importancia, donde, por lo tanto, se verán influido diversos factores, entre ellos de índole psicológica , pues la mujer ahora debe de adaptarse a un nuevo estilo de vida, realizar cambios en su entorno personal y familiar, cambios que generarán en ella reacciones distintas, produciéndose sentimientos encontrados, como felicidad, angustia, alegría y tristeza, temor, satisfacción, y esperanza, dependiendo del contexto en que viva la madre (Cáceres Molina y Ruiz , 2013) .

Blues Materno

El Blues Materno, también denominado “*Baby Blues*”, “*Tristeza Puerperal*” o “*Disforia Post parto*”, es definido por diversos autores como un trastorno leve, de adaptación

a la vida materna, el cual aparece entre los primeros 15 días después del alumbramiento, alcanzando sus puntos más álgidos entre el segundo y cuarto día del puerperio mediato, teniendo como características principales la aparición de labilidad emocional, irritabilidad, ansiedad y tristeza (Marín,2013; Medina,2013; Navas,2013; Romero,2016;Valencia,2015), sin embargo, al no ser de gran intensidad refieren los autores no requerir de algún tipo de tratamiento profesional.(Medina,2013;Romero,2016).

Existen diversos enfoques que nos explican las causas de este estadio después del alumbramiento, los más estudiados son los modelos médicos quienes afirman que este desequilibrio responde a motivos fisiológicos como los hormonales los cuales tanto estrógenos como progesterona se están estabilizando y generan esta inestabilidad emocional, como también puede responder a motivos muy particulares de la propia paciente, según el contexto por el que esté viviendo en esta etapa, y si ésta no cuenta con los recursos necesarios para poder afrontar este periodo adaptativo existe el riesgo de desarrollar una depresión post parto o cuadros ansiosos en el post parto(Contreras,2011; Bianco,2014)

En cuanto al campo de la psiquiatría y psicología, no existe un diagnostico específico para este estadio en los manuales de trastornos mentales, ni tampoco una sintomatología definitiva, siendo este uno de los puntos donde radica la dificultad para su detección.

Schmitt (como se cita en Valencia,2015) resalta que las diferencias existentes entre un trastorno depresivo en el puerperio y un trastorno depresivo que puede sufrir la población en general radica en los factores de riesgos asociados al postparto y sobre todo en las consecuencias de como este trastorno puede ser perjudicial tanto para su hijo como para ella y su entorno.

Existe un escaso número de instrumentos que nos puedan ayudar a detectar el Blues Materno, siendo ésta una de las grandes limitaciones para su estudio, debido a la poca

practicidad para su aplicación y debido a la falta de validación de estos en las poblaciones estudiadas y a nivel nacional.

En cuanto a las opciones de tratamiento para este tipo de cuadros, encontramos a Naval (2013) quien afirma que es necesaria una debida educación a la madre acerca de este periodo transitorio, al igual que el apoyo emocional por parte de los profesionales de salud mental como también de parte de la familia, lo cual le brindará la tranquilidad necesaria para sobrellevar el Blues Materno.

Enfoque Cognitivo de la depresión

La depresión es uno de los trastornos de estado de ánimo que con mayor frecuencia se encuentra entre la población, y el cual ha sido base de diversos estudios en búsqueda de una debida explicación.

En el ámbito de la psicología, según la perspectiva cognitiva, Beck (como se cita en Rivadeneira, Dahab y Minici ,2013) la depresión se desarrolla debido a la presencia de esquemas cognitivos que giran en torno a una visión negativa de uno mismo, del entorno en donde se desenvuelve y del futuro. Este modelo fue denominado por el autor como la triada cognitiva, en donde la persona presenta sentimientos de minusvalía, incapacidad de sobrellevar diversas situaciones de su vida y por lo tanto percibe la incapacidad de controlar su vida, respondiendo entonces con pasividad hacia su entorno y su futuro.

Entendiendo este modelo podemos sugerir que un ambiente estresor en la vida de la madre durante el proceso propio de adaptación a la vida materna pueden ser facilitadores de que la visión de su entorno o de sí misma tenga matices negativos, y por tanto la sintomatología depresiva cobre mayor protagonismo.

Esto podría apoyarse en lo postulado por Urrizaga (como se cita en Lewis,Byers, Deann y Dawson,2010) acerca de la depresión postparto, quien refiere que las madres

principalmente atribuyen los factores depresivos en el post parto a factores sociales o relacionados con la confianza en sí misma, mas no a los factores hormonales y biológicos. Entre los factores que Urrizaga (como se cita en Lewis,Byers, Deann y Dawson,2010)menciona acerca de estas mujeres se encuentra: “Falta de confianza en habilidades parentales, complicaciones con la lactancia, falta de sueño (no asociado con trastornos del sueño), sentirse sobrecogida por las responsabilidades parentales, parto por cesárea, la adaptación a los nuevos roles y la poca asistencia de la familia o amigos” (p.6)

Por tanto las condiciones antes mencionadas funcionarían como posibles factores de riesgo para que la sintomatología depresiva haga aparición y eventualmente, si la madre no cuenta con la debida orientación, desarrolle un cuadro depresivo.

Factores Asociados al Blues Materno

Según la literatura, durante los primeros días y meses del recién nacido se desarrollan diversos procesos de vital importancia los cuales dependerán del estado de la madre para que estos se den de manera óptima.

Schore(como se cita en Mira,2009) detalla que :

“Las interacciones afectivas entre la madre y el bebé influyen en el desarrollo de los sistemas de regulación cerebral, responsables a su vez de la regulación de la conducta, cognición y afectos del bebé . A través de los encuentros afectivos entre la madre y el infante, se empieza a desarrollar en éste un conjunto de habilidades y mecanismos para enfrentar y regular el estrés, las emociones, las situaciones novedosas, el aprendizaje y los estados mentales, en épocas posteriores”(p.3)

Se puede inferir entonces que esta afectividad que el niño recibirá de los padres dependerá del estado anímico con el que ellos cuenten y con la actitud con la que ellos enfrenten el nuevo rol de padres.

Esto se refuerza con lo expuesto por Medina, Caro, Muñoz, Leyva, Moreno y Vega (2015) quienes enfatizan que en los últimos años el neurodesarrollo exitoso en el recién nacido descansa en una sólida base científica con el ambiente de afectividad y estimulación que rodea al niño, ya que estos influyen decisivamente en una mayor producción de sinapsis cerebral, lo cual favorece a su vez a la integración de las funciones cerebrales.

Entiéndase entonces, que si la madre no se encuentra en un estado anímico óptimo, ni cuenta con la apertura necesaria para poder brindar las atenciones básicas al recién nacido, entonces el desarrollo de los sistemas de regulación cerebral del bebé pueden verse perjudicados.

Por otro lado, diversos autores enfatizan la importancia de la participación de la pareja durante la etapa prenatal y el post-parto, debido a que este se identificará con el recién nacido de manera temprana, reduciendo así las sensaciones abrumadoras propias del puerperio, evitando también que la madre pueda atravesar por episodios de ansiedad y estrés al sentirse acompañada del padre del bebé, y fortaleciendo lazos con el neonato. Así mismo reduce los índices de depresión post parto y produce una mejora en la satisfacción por parte de la gestante. (Ramírez y Rodríguez, 2014)

Chaj (2015) explica también que es en el embarazo adolescente donde se generan también dificultades psicológicas con respecto al puerperio, debido al rechazo por la sociedad, un mal concepto de sí misma problemas en la relación de pareja y la interrupción de planes a largo plazo. Lo antes mencionado si bien responde a factores según el contexto situacional propio de la madre, también responde a la rapidez en que la adolescente tiene que madurar en un lapso muy corto de tiempo, y el proceso de aceptación por la cual la familia, de la que mayormente depende, tiene que atravesar.

CAPITULO III

METODO

3.1.TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es un estudio de tipo No experimental descriptivo debido a que se busca especificar las características del Blues Materno; y a su vez es un estudio comparativo ya que se tomaron en cuenta variables sociodemográficas con las cuales ese estudiaron la existencia de diferencias entre ellas.

El diseño del estudio es ex.postfacto ya que no hubo un control directo sobre las variables por parte del investigador y porque las manifestaciones a estudiar ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables. A su vez nos encontramos frente a un estudio de corte transversal ya que se midió la prevalencia del Blues Materno en la muestra poblacional en un solo momento temporal, estimándose la magnitud del Blues Materno en un momento determinado.

3.2.ÁMBITO TEMPORAL ESPACIAL

El presente estudio se realizó en el espacio temporal del mes de Noviembre del año 2018 en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

3.3.VARIABLES

3.3.1. VARIABLE

Se cuenta como variable de investigación al “Blues Materno”, tomando el concepto dado por Reck (Citado por Contreras, 2011) , quien define el Blues Materno como:

“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”.(p.02)

Aunado a la variable principal de investigación se tomaron en cuenta variables sociodemográficas como:

- Edad: Años de vida de la paciente y con la que se categorizó por etapa de desarrollo (adolescente- adulta)
- Apoyo de la pareja: Se toma como la participación de la pareja durante la gestación
- Apoyo de la familia: Se toma como la presencia de soporte emocional que ha brindado la familia durante la gestación
- Paridad: Número de gestaciones que haya tenido la paciente

3.4.POBLACIÓN Y MUESTRA

Las participantes de la presente investigación fueron pacientes puérperas hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, quienes contaban con los criterios de inclusión y exclusión, y a la vez quienes se encontraban en su tercer día de hospitalización

Tamaño de la muestra

Para efectos de la investigación se realizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional en el cual no todos los sujetos tienen la probabilidad de ser escogidos debido a ciertos criterios que serán descritos líneas abajo.

El tamaño de la población fue considerado en base a un aproximado de los partos vaginales atendidos durante el periodo del 2017 en el Instituto Nacional Materno Perinatal (2017), el cual, según el reporte estadístico del Instituto, es de 10,605 partos.

De esta población se obtuvo el tamaño muestral de acuerdo a la Tabla de Fisher-Arkin-Colton (Anexo 4), considerando un margen de error del 10%, quedando así con la cantidad de 100 puérperas como muestra.

Para la selección de la unidad de análisis se consideraron los siguientes criterios

Criterios de inclusión:

- Puérperas hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de Noviembre
- Puérperas con edades comprendidas entre los 18 y 41 años

Criterios de exclusión:

- Puérperas las cuales sus embarazos hayan sido producto de abuso sexual
- Puérperas que cuenten con antecedente y/o cuadros psiquiátricos
- Pacientes con dificultades en el lenguaje y habla y/o cuenten con habilidades especiales.
- Pacientes puérperas que sus recién nacidos se encuentren hospitalizados.

Como se muestra en la tabla 1, podemos observar la frecuencia y los porcentajes referente a las edades de las participantes, las cuales el 44% que representa la muestra total contaba con edades comprendidas entre los 18 y 21 años, entrando en la etapa de la adolescencia tardía, según la American Academy of Pediatrics (2015), y el 56% restante se encontraban entre las edades comprendidas de 22 a 41 años, entrando en la categoría de adultas.

Entre otras características de la población estudiada encontramos que el 31% reporta haber tenido pérdida de gestas anteriores, 28% reporta haber tenido complicaciones durante su último embarazo, y solo el 43% refiere haberlo planificado.

Por otro lado el 92% de la población cuenta con una pareja estable, sin embargo el 85% de ellas refieren haber tenido apoyo de los mismos, y el 87% ha contado con apoyo familiar durante su gestación.

Tabla 1. Descripción de la población de estudio

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-21 años	44	44%
22-40 años	56	56%
Perdidas de Gestación		
Reporta perdida	31	31%
No reporta perdida	69	69%
Complicaciones en la Gestación		
Reporta complicaciones	28	28%
No reporta complicaciones	72	72%
Planificación del embarazo		
Planificado	43	43%
No Planificado	57	57%
Pareja		
Cuenta con pareja	92	92%
No cuenta con pareja	8	8%
Apoyo de la pareja		
Cuenta con apoyo de pareja	85	85%
No cuenta con apoyo de pareja	15	15%
Apoyo de la familia		
Cuenta con apoyo Familiar	87	87%
No cuenta con apoyo familiar	13	13%

3.5.INSTRUMENTOS

El instrumento a utilizar fue la “Escala de Blues Materno de Lima” (EBML) (Anexo 2) creada por Contreras et al (2011) el cual mide el nivel de riesgo de Blues Materno. Este instrumento es una escala tipo likert que cuenta con 6 ítems de dimensión única que explica el 58,9% de varianza, cuenta con un Alfa de Cronbatch de 0,86 , siendo este cuestionario confiable para ser utilizado en la identificación de lo que se pretende medir.

Sumado al instrumento se hizo empleo de una ficha sociodemográfica con el cual se recabó la información necesaria acerca de las variables que fueron tomadas en cuenta en el estudio en relación a los objetivos anteriormente expuestos (edad, número de gestación, apoyo de pareja, apoyo familiar)(Anexo 1)

3.6.PROCEDIMIENTOS

Para efectos del presente estudio se presentó el proyecto de investigación a la Unidad Funcional de Investigación del Instituto Nacional Materno Perinatal, para la debida evaluación el mismo, siendo este aprobado (Anexo 7) para su posterior aplicación.

Se tomó en cuenta como paso indispensable antes de la aplicación, el brindar la respectiva información acerca del estudio a las pacientes quienes aceptaron voluntariamente a formar parte de la muestra, solicitando por consiguiente su autorización y consentimiento, expresado mediante su firma en la ficha de consentimiento informado (Anexo 3).

Las madres entrevistadas fueron abordadas el tercer día de hospitalización en el cual se les da de alta, para garantizar que se encuentren en condiciones de rendir una evaluación

Se realizó previamente una pequeña entrevista a la paciente para poder conocer si cumple o no con los criterios de inclusión y exclusión.

Referente a la aplicación se administró de manera oral y personal, toda información fue registrada en las fichas correspondientes donde al final de la aplicación se le pidió a la paciente que corroborara todos los datos recolectados.

Al ser la “Escala de Blues Materno” una prueba de rápida administración y corrección se pudo conocer con brevedad un resultado; en caso se hubiera identificado algún tipo de riesgo, se le brindó orientación psicológica. De ser necesaria una intervención de mayor tiempo, se les hizo la invitación a continuar su atención por consultorio externo del Servicio de Psicología de la institución o en el centro de salud más cercano.

Para la ejecución del presente estudio se respetaron las normas éticas de investigación en humanos, mostrados en el anexo del consentimiento informado (Anexo 3).

3.7.ETICA

Este proyecto de investigación se encuentra fundamentado en los principios nacionales e internacionales que rigen la investigación realizada en humanos.

Si bien la presente investigación no es de carácter experimental, sin embargo se tomaron como base los principios de la Declaración de Helsinki (2017), promulgado por la Asociación Médica Mundial (AMM).

Por tanto se incluyen los siguientes aspectos tanto para la elaboración de este documento como para la confección del consentimiento escrito e informado:

1. Principios básicos del respeto por el individuo, incluyendo la participación del investigador durante el inicio y el curso de la investigación, así también como su total responsabilidad durante la aplicación de la investigación. (contemplado en el Artículo 8,20,21 y 22)
2. El deber del investigador de salvaguardar la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de los participantes (Artículo 9).
3. Se tomará toda clase de precaución para salvaguardar la intimidad y confidencialidad de su información personal (Artículo 24)

Agregado a ello se tomaron también en cuenta los principios contemplados en el Código de Ética del Psicólogo Peruano, haciendo referencia a los siguientes artículos:

Artículo 36^a: El psicólogo no debe de modificar el contenido de la historia y de cualquier otro documento realizado con la investigación, sea para perjudicarlo o para obtener algún beneficio indebido para éste, para sí o para terceras personas.

Artículo 23^a: Todo psicólogo que investiga debe hacerlo respetando la normatividad internacional y nacional que regula la investigación con seres humanos.

Artículo 24^a: Todo psicólogo que elabore un proyecto de investigación con seres humanos debe contar, para su ejecución, con la aprobación de un Comité de Ética de Investigación debidamente acreditado.

Artículo 25^a: El psicólogo debe tener presente que toda investigación con seres humanos debe, necesariamente, contar con el consentimiento informado de los sujetos comprendidos, el consentimiento sustituto en caso de incompetencia o incapacidad y el asentimiento en caso de niños y adolescentes de 8 a 18 años.

Artículo 37^a: El psicólogo debe mantener el anonimato de la persona cuando la información sea utilizada para fines de investigación o docencia.

Artículo 47^a: Explicar a la persona que se atiende sobre la naturaleza, propósito y resultado de la prueba, en lenguaje comprensible y constructivo salvaguardando de cualquier situación que ponga en peligro su estabilidad emocional

3.8. ANALISIS DE DATOS

El análisis de los datos obtenidos se procesó con el paquete estadístico SPSS 25, haciéndose uso de los estadísticos apropiados para efectos de la investigación.

Se confeccionó la base de datos ubicando en ella la variable principal de estudio aunado con las variables sociodemográficas de interés.

Se validó la escala de Blues Materno de Lima en la población de estudio haciendo uso del análisis de ítems mediante correlación “r” de Pearson, como también se midió la confiabilidad y validez de la misma.

Se usaron frecuencias y porcentajes para el cálculo de los objetivos descriptivos. Así mismo se hizo uso de la prueba de normalidad de Kolmogorov- Smirnov concluyendo que la prueba no posee el requisito de normalidad, utilizándose por lo tanto estadísticos no paramétricos, entre ellos la U- de Mann Whitney con el fin de realizar los objetivos de investigación y constatar la hipótesis.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Validación de la Escala de Blues Materno de Lima (EBML)

En cuanto a las evidencias de validación de la Escala de Blues Materno de Lima (EBML) se realizó el análisis de ítems, mediante correlación ítem- total usando la “r” de Pearson, obteniéndose valores mayores a 0.4* y con una significancia aceptable ($p < .01$); evidenciando que cada ítems se encuentra adecuadamente correlacionado entre sí.

Tabla 2. Analisis de ítems

Correlación Item Total		
	r	p
Item1	,707**	,000
Item2	,659**	,000
Item3	,801**	,000
Item4	,768**	,000
Item5	,774**	,000
Item6	,449**	,000

En cuanto a la confiabilidad de la prueba se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,775 contando con una validez total de 0,880, garantizando una medida fiable del constructo en la muestra concreta en la que se está trabajando. Estos datos evidencian que la Escala de Blues Materno de Lima mide un mismo constructo y se encuentra altamente correlacionado entre sí.

Tabla 3. Análisis de Fiabilidad

Alfa de Cronbach	0,775
Validez	0,880

Los baremos se ejecutaron en base a tres puntos de cortes mediante los percentiles 25, 50 y 75 para poder categorizar los resultados en la población de estudio, obteniéndose un categoría de “Nivel de Riesgo de Blues Materno Bajo” a las puntuaciones totales que se encuentren ente 0 a 2 (Percentil 25), “Nivel de Riesgo de Blues Materno Moderado” a las

puntuaciones totales que se ubiquen de 3 a 5 (Percentil 50) y “Nivel de Riesgo de Blues Materno Alto” a las puntuaciones totales que se encuentren de 6 a 18 (Percentil 75) . Por tanto para los análisis descriptivos se tomará con mayor énfasis las categorías de mayor relevancia como son los Niveles de Riesgo Altos y Moderados de Blues Materno.

Tabla 4. Puntos de Corte

Percentil	Puntuaciones	Categoría
25	0-2	Nivel de Riesgo de Blues Materno Bajo
50	3-5	Nivel de Riesgo de Blues Materno Moderado
75	6-18	Nivel de Riesgo de Blues Materno Alto”

Prevalencia del Blues Materno en puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal

En cuanto a la población total, se encontró que el 37% de la población de estudio contó con bajo nivel de riesgo de Blues materno, siendo éste el mayor porcentaje presentado entre las categorías, por otro lado el 35% que representa la población total presenta un riesgo moderado de Blues Materno, por ultimo reportándose que el 28% de la población cuenta con un Alto Riesgo de Blues Materno en su 3 día después del alumbramiento.

En cuanto al porcentaje acumulado, considerandos las categorías medias y altas del riesgo de Blues Materno, se observó que el 63% de la población cuenta con una presencia de mayor riesgo de Blues Materno.

Tabla 5. Prevalencia de Blues Materno en la población total

Categoría	f	%
Bajo Riesgo	37	37%
Moderado Riesgo	35	35%
Alto riesgo	28	28%
Totales	100	100%

Ajuste a la curva de la variable de estudio

En la tabla 6 se realiza el ajuste de bondad de ajuste a la curva normal del instrumento, donde se puede observar que la Escala de Blues Materno de Lima ($p < 0.00$, $K-S = .178$) no se ajusta a la curva normal, por lo que se usarán estadísticos no paramétricos.

Tabla 6. Prueba de Bondad de ajuste a la curva normal para la variable de estudio Nivel de Riesgo de Blues Materno

Variable	Media	D.E	K-S	p
Nivel de riesgo de Blues Materno	4.19	3.123	.178	0.000

Análisis descriptivo del Nivel de Riesgo de Blues Materno según periodo de desarrollo (Adolescente-adulta)

Se observa en la tabla 7 que entre los niveles de alto riesgo de Blues materno la población que la predomina es el de adolescentes, entre las cuales se reportaron 16 casos los cuales representan el 36.36% de la muestra total de adolescentes evaluadas.

Entre los niveles moderados de Blues materno, se encuentra que la predominancia de éste se encuentra en la población adulta, teniendo al 39.29% de las adultas ubicadas en esta categoría, siendo reportados 22 casos con este nivel. De igual forma, la población adulta predomina entre los niveles bajos de Blues Materno con el mismo porcentaje de incidencia, reportándose 22 casos de bajos niveles de riesgo de Blues Materno.

En cuanto al porcentaje acumulado, tomando en cuenta las categorías de nivel de riesgo moderado y alto como categorías de consideración, se obtiene que el 64.9% de la población adolescente presenta mayores niveles de riesgo de Blues materno en comparación con la población adulta la cual llega a un 60.71% .

Tabla 7. Nivel de riesgo de Blues Materno según periodo de desarrollo

Niveles	f		%	
	Adolescente	Adulta	Adolescente	Adulta
Alto	16	12	36.36	21.42
Moderado	13	22	29.54	39.29
Bajo	15	22	34.10	39.29
Totales	44	56	100	100

Diferencia del Nivel de Riesgo de Blues Materno según periodo de desarrollo (Adolescentes- Adultas)

La prueba de contraste U de Mann- Whitney, utilizada para comparar los grupos de estudio nos permite observar en la tabla 8 que no existen diferencias significativas ($U=1063,500$; $p > 0.05$) en el nivel de riesgo de Blues materno según periodo de desarrollo. Los valores de la media indican que son las adolescentes ($X=54.33$) quienes muestran cierta tendencia a presentar mayores niveles de riesgo de Blues materno en contraste con las adultas ($X= 47.40$) sin embargo no se evidencia una diferencia marcada.

Tabla 8. Análisis comparativo del nivel de riesgo del Blues Materno según periodo de desarrollo

Grupos	n	Rango Promedio	Suma de Rangos	U	p
Adolescentes	44	54.33	2390,50	1063,500	,238
Adultas	56	47.49	2659,50		

**Diferencias significativas ($p < 0.05$)

Análisis Descriptivo del Nivel de Riesgo de Blues Materno Según planificación del embarazo

Se observa en la tabla 9 que la población de mujeres quienes no planificaron su embarazo, representada en el 42.55% muestran un nivel moderado de riesgo de Blues Materno, presentándose 20 casos de estos, sin embargo el 34.88% de la población que planificó su embarazo presenta de igual forma un moderado riesgo de Blues Materno, siendo estos dos porcentajes los valores más elevados en ambas poblaciones.

En cuanto al alto nivel de riesgo de Blues Materno , tenemos que el 32.56% de la población que planificó su embarazo se encuentran ubicados en esta categoría, presentándose 14 casos de estos, habiendo entonces una mínima diferencia (2.32%) entre los niveles moderados y altos de riesgo de Blues Materno en cuanto a las mujeres que planificaron su gestación.

Con respecto a al bajo nivel de riesgo de Blues Materno, se encuentra una predominancia de la población quien planificó su embarazo, representada por el 32.56% de esta población. Finalmente se observa que con respecto a la población que planificó su embarazo, los niveles de riesgo de Blues Materno son muy cercanos entre sí.

En cuanto al porcentaje acumulado, tomando en cuenta las categorías de nivel de riesgo moderado y alto como categorías de consideración, se obtuvo que el 72.34% de la población que no planificó su embarazo presenta mayores niveles de riesgo de Blues materno en comparación con la población que si planificó su gestación quien cuenta con un 67.44% .

Tabla 9. Nivel de Riesgo de Blues Materno según planificación de la gesta

Niveles	f		%	
	Planificó	No planificó	Planificó	No planificó
Alto	14	14	32.56	29.79
Moderado	15	20	34.88	42.55
Bajo	14	13	32.56	27.66
Totales	43	47	100	100

Análisis Descriptivo del Nivel de Riesgo de Blues Materno según apoyo de la pareja

Como se aprecia en la tabla 10, el 53.33% que representa la población quienes no contaron con apoyo de la pareja durante la gestación (8 casos de 15), reportan altos niveles de riesgo de Blues Materno en comparación a la población que si contó con el apoyo de la pareja, representado en un 23.53%, evidenciándose considerable diferencias entre estos valores.

En cuanto a los niveles moderados de riesgo de Blues Materno la población que predomina esta categoría es de aquellas quienes contaron con el apoyo de la pareja, representadas en el 37.64%, siendo un porcentaje cercano a los casos quienes evidencian bajos niveles de Blues materno en esta población, representados en el 38.83%

En cuanto al porcentaje acumulado, tomando en cuenta las categorías de nivel de riesgo moderado y alto como categorías de consideración, se obtiene que el 73.33% de la población que no contó con el apoyo de la pareja en el embarazo presenta mayores niveles de riesgo de Blues materno en comparación con la población que sí contó con apoyo de la pareja, la cual se representa en un 61.17% de ellas.

Tabla 10. Niveles de Blues Materno según apoyo de pareja

Niveles	f		%	
	Contó con apoyo	No contó con apoyo	Contó con apoyo	No contó con apoyo
Alto	20	8	23.53	53.33
Moderado	32	3	37.64	20.00
Bajo	33	4	38.83	26.67
Totales	85	15	100	100

Análisis Descriptivo del Nivel de Riesgo de Blues Materno según apoyo de la familia

En la tabla 11 se puede apreciar que el 61.54% de la población quien no contó con apoyo familiar durante su gestación presentan altos niveles de riesgo de blues materno, en comparación a la población que si conto con apoyo familiar, quienes solo se reporta que el 22.99% de esta población cuenta con altos niveles de riesgo de Blues materno.

Con respecto al moderado nivel de riesgo de Blues materno se encuentra una predominancia del 37.93% de la población quienes contaron con apoyo familiar, al igual que esta población predomina en la categoría de bajo nivel de riesgo de blues materno contando con un 39.08% de la población con estas características.

En cuanto al porcentaje acumulado, tomando en cuenta las categorías de nivel de riesgo moderado y alto como categorías de consideración, se obtiene que el 76.92% de la población que no contó con apoyo de la familia durante la gestación presenta mayores niveles de riesgo de Blues materno en comparación con la población que si contó con apoyo familiar durante el embarazo, representado en un 60.92%.

Tabla 11. Nivel de Riesgo de Blues materno según apoyo de familia

Niveles	f		%	
	Contó con apoyo familiar	No contó con apoyo familiar	Contó con apoyo familiar	No contó con apoyo familiar
Alto	20	8	22.99	61.54
Moderado	33	2	37.93	15.38
Bajo	34	3	39.08	23.08
Totales	87	13	100	100

Análisis Descriptivo del Nivel de Riesgo de Blues Materno según número de gesta (primigesta- múltipara)

Como se observa en la tabla 12, en cuanto a los niveles altos de blues materno el 29.03% de la población múltipara predomina en esta categoría, reportándose 18 casos, a comparación de la población primigesta la cual reporta el 26.32% de madres primerizas con un nivel de riesgo alto de blues materno.

Son las madres múltiparas quienes también predominan en la categoría de moderado nivel de riesgo de blues materno, reportándose el 37.10% de la población en esta condición a comparación del 31.58% que representa la población de primigestas.

Sin embargo, es el 42.10% de la población de primigestas quienes presentan niveles de riesgo bajo de Blues Materno, predominando en esta categoría.

En cuanto al porcentaje acumulado, tomando en cuenta las categorías de nivel de riesgo moderado y alto como categorías de consideración, se obtiene que el 66.13% de la población

multípara presenta mayores niveles de riesgo de Blues materno en comparación con la población de primigestas la cual llega a un 57.9% .

Tabla 12. Nivel de Riesgo de Blues Materno según número de gesta.

Niveles	f		%	
	Primigesta	Multípara	Primigesta	Multípara
Alto	10	18	26.32	29.03
Moderado	12	23	31.58	37.10
Bajo	16	21	42.10	33.87
Totales	38	62	100	100

Diferencia del Nivel de Riesgo de Blues Materno según número de gestas (U de Mann Whitney)

Como se muestra en la tabla 13, con respecto a la prueba de contraste U de Mann-Whitney utilizada para comparar los grupos de estudio, se observa que no existen diferencias significativas ($U=1067,500$; $p> 0.05$) en el nivel de riesgo de Blues materno según el número de gestas . Los valores de la media indican que son las madres quienes han tenido más de una gesta ($X=52,28$) quienes muestran cierta tendencia a presentar mayores niveles de riesgo de Blues materno en contraste con las madres quienes son primigestas ($X= 47.59$) sin embargo no se evidencia una diferencia marcada.

Tabla 13. Análisis comparativo del nivel de riesgo del Blues Materno según número de gestas (primigestas- múltipara)

Grupos	n	Rango Promedio	Suma de Rangos	U	p
Primigestas	38	47,59	1808,50	1067,500	,429
Multíparas	62	52,28	3241,50		

****Diferencias significativas ($p<0.05$)**

CAPITULO V

DISCUSION

La Escala de Blues Materno de Lima, si bien es una escala breve de 6 ítems, muestra adecuados valores en cuanto a su confiabilidad y validez (Alfa de Cronbach=0,775, Validez=0.880), siendo estos valores cercanos a los obtenidos por su creador Contreras et al. (2011) quien reportó un alfa de Cronbach de 0.86; demostrándose así también que la escala mide adecuadamente el constructo de Blues Materno siendo descrito por diversos autores como Reck (Citado por Contreras, 2011) ; Marín(2013); Medina(2013); Navas(2013); Romero(2016);Valencia(2015) ,quienes explican que el Blues Materno engloba características como labilidad emocional, periodos de ansiedad, confusión intercalada con irritabilidad y llanto.

Se encontró en la población estudiada que el 63% de puérperas evaluadas presentan mayores niveles de riesgo de Blues Materno, lo cual se acerca a lo postulado por Medina-Serdan (2013) quienes indican que la prevalencia de este fenómeno en las madres se encuentra entre el 50-80% de la población, y siendo también, en el plano nacional, concordante con los hallazgos de Contreras et al (2011) quien reportó en su estudio en la población limeña un 55.2% de predominancia de riesgo moderado de Blues Materno.

Se confirma entonces de que la aparición de la sintomatología descrita por Valencia (2017) en la etapa del puerperio es preponderante, encontrándose en menor o en mayor medida presencia de fatiga, labilidad emocional, sensación de tristeza, llanto sin razón aparente al igual que preocupación, e irritabilidad .

Estos hallazgos también coinciden con lo encontrado por Faisal et al. (2009) en la población Inglesa, quien encontró una alta prevalencia de Blues Materno por lo cual se debe resaltar la importancia de estar alerta ante una futura depresión en las madres.

Cabe tomar en cuenta que una de las posibles causas externas que pudieron facilitar la aparición del Blues Materno entre las puérperas es el factor social en la que conviven las madres que se hospitalizan en el Instituto Nacional Materno Perinatal (2017) quienes se caracterizan por vivir en el riesgo social medio (37.7%), viéndose expuestas a estresores en su día a día y las cuales posiblemente no cuentan con un debido acceso a la información relacionada a los cuidados del puerperio en lo que respecta el aspecto emocional de la madre.

Esto también responde a lo postulado por Contreras et.al (2011) quien en sus estudios explica que el Blues Materno es de naturaleza multifactorial, por lo cual hay que prestar la debida atención a las mujeres quienes atraviesen por este periodo.

Con estos resultados se confirma lo expresado por Freixas (2013) quien refiere que si bien la maternidad es una etapa única y de dicha para la mujer, se deja de lado el aspecto humano de la misma, por lo tanto se deja en un segundo plano la incertidumbre, las dudas, y propias reflexiones de la madre quien atraviesa por el puerperio, una etapa aún de adaptación al rol materno y que muchas veces la aparición de emociones de esta índole caen en la estigmatización, traduciéndose como un posible rechazo a la maternidad, lo cual es un escenario muy lejano a lo que realmente pueden sentir las mujeres en ese periodo.

En cuanto a la población adolescente encontramos que el 64.9% de ellas presentan mayores niveles de riesgo de Blues Materno, esto puede estar ligado a lo propuesto por Bianco (2014) quien afirma que uno de los factores que pueden facilitar a la aparición del Blues Materno es la falta de capacidad de afrontamiento ante los estresores ambientales y también ante el estrés situacional del propio contexto de la madre. Tomando en cuenta lo último mencionado es necesario tomar la propuesta realizada por Chaj (2015) quien explica que las adolescentes pueden presentar dificultades psicológicas debido a la rapidez a las que se ven expuestas a madurar para tomar la responsabilidad de cuidar una nueva vida, poniéndola en

una posición vulnerable, a comparación de la población adulta quienes predominantemente se encontraron en los niveles moderados y bajos de riesgo de Blues Materno con 39.29% cada uno de los grupos mencionados. Aunado a estos factores, también se toma en consideración lo expuesto por Urrizaga (como se cita en Lewis, Byers, Deann y Dawson, 2010), quien explica que tanto la falta de confianza en habilidades parentales como también la adaptación a los nuevos roles que desempeñara la madre, en este caso, adolescente a una edad temprana, responden a la causa de aparición de bajas en su estado anímico y por lo tanto un mayor riesgo de Blues Materno. Sin embargo las madres adultas tampoco son la excepción en este panorama ya que los valores son cercanos al porcentajes en la población adolescente.

Cabe resaltar que esto también eleva las probabilidades de no generarse una correcta vinculación entre la madre y el recién nacido, elevando también no solamente la probabilidad de desarrollar alguna patología mental, sino también orgánica a mediano o largo plazo en caso no se logre superar el tiempo debido. (Contreras et al., 2011)

En cuanto a la planificación del embarazo, se encontró que el 72.34% de la población que no planificó su embarazo cuenta con mayores riesgo de Blues Materno en comparación a la población quien si lo planificó, teniendo un 67.44% de riesgo, si bien los valores son cercanos, sin embargo la tendencia sugiere que son los embarazos no planificados los que cuentan con un mayor riesgo de padecer Blues Materno.

Estos hallazgos se respaldan con los obtenidos en el estudio realizado por Almazan (2015) quien direccionó su investigación con estudios de variables sociodemográficas en la depresión post parto en la ciudad de Arequipa, afirmando que uno de los factores como es la no planificación del embarazo facilitan la aparición de depresión post- parto. Si bien el Blues Materno y la depresión post parto son figuras distintas sin embargo se encuentran muy

relacionadas, ya que una es la antesala de un posible cuadro de mayor magnitud como la depresión post-parto por tanto la importancia de prestar atención al factor planificación es alta.

En cuando a los niveles de riesgo según apoyo de la pareja, se encuentra que el 73.33% de la población que no contaba con apoyo de la pareja presenta mayores riesgos de Blues Materno a comparación de las puérperas quienes si contaron con apoyo de la pareja, quienes obtuvieron un 61.17%. Estos hallazgos se respaldan por lo encontrado en el estudio de Takahashi y Tamakoshi (2014) en la ciudad de Japón, quienes al estudiar el Blues Materno y sus factores asociados encontraron que la presencia de un acompañante, como es la pareja de la madre se asocia al estado anímico de la misma durante la gestación y el posterior puerperio.

Es entonces la pareja un personaje de importancia durante la etapa del embarazo, como indican Ramirez y Rodrigues (2014) al exponer que su participación durante las etapas pre y post natales ayuda a que este se identifique con el recién nacido de manera temprana, ayudando así a reducir las sensaciones abrumadoras que son propias al puerperio y ayudando a evitar también que la madre atraviese por periodos de ansiedad ya que se siente acompañada de la pareja, ayudando también a fortalecer los lazos de la pareja con el recién nacido. Los autores explican también que este tipo de intervenciones por parte de la pareja reduce así también el índice de depresión post-parto y se evidencia una mejora en la satisfacción por parte de la madre, siendo esta última afirmación corroborada por los estudios de Caamaño y Contreras (2015) quienes investigaron en la población Colombiana que existe una asociación entre la presencia de parejas disfuncionales y la depresión perinatal. Por tanto se resalta no solamente la participación de la pareja sino también su desenvolvimiento de ésta como un soporte emocional eficaz para la madre durante y después de la gestación.

Se muestra entre los resultados en relación al Apoyo familiar en el puerperio de que existe mayores riesgos de Blues Materno en las mujeres quienes no contaron con apoyo

familiar (76.92%) en comparación con quienes si contaron con apoyo familiar (60.92%), estos hallazgos se apoyan en lo expuesto por Bianco (2015), quien también menciona que la presencia de estresores ambientales, en este caso, ausencia del apoyo familiar, sí genera una diferencia en cuanto al riesgo de aparición del Blues Materno en comparación a las gestantes quienes si presentaron apoyo de las mismas, esto se asocia con lo postulado por Urrizaga (como se cita en Lewis, Byers, Deann y Dawson, 2010) quien afirma que una de las causas de la baja en el estado anímico de la madre se presenta debido a factores como la poca asistencia de la familia o pares durante su gestación y posterior alumbramiento.

Este escenario pone en riesgo a la madre la cual, al no contar con un ambiente favorable probablemente visualice su entorno con matices negativo, cumpliendo con uno de los elementos de la triada cognitiva propuesto por Beck (citado en Rivadeneira, Dahab y Minici, 2013), elevándose entonces las probabilidades de desarrollar una posterior depresión postparto en caso la madre cuenta con una óptica negativa no tan solo de su entorno, sino también de sí misma y del futuro.

En cuanto a los hallazgos encontrados entre el Blues Materno y el número de gestas se evidenció en el estudio que son las mujeres multíparas quienes presentan mayores riesgos de Blues Materno obteniéndose el 66.13% de la población con estas características, a comparación de las madres primigestas quienes contaron con un 57.9%. Estos resultados se contraponen a lo investigado por Logaya (2017) quien en su estudio en la población de Chimbote encontró que son las primigestas quienes cuentan con mayores niveles de Blues Materno en contraposición a las multíparas. Sin embargo en la presente investigación se encuentra que no existe alguna diferencia significativa entre ambas poblaciones, pero quienes marcarían la tendencia sería la población multípara.

Estos resultados se apoyan en lo estudiado por Cerda (2017) quien encontró en la ciudad de Lima que existe una asociación mínima entre la primiparidad y la depresión post parto.

Los hallazgos encontrados en la actual investigación pueden responder a lo expuesto por Urrizaga (como se cita en Lewis, Byers, Deann y Dawson, 2010)) quien explica que en el puerperio la madre puede sentirse sobrecogidas por las responsabilidades parentales y falta de confianza en habilidades de las mismas . Esto sin hacer distinción entre la primiparidad y multiparidad.

Siendo la prevalencia global un porcentaje elevado, cabe hacer énfasis en lo postulado por Roncallo et al. (2015) quienes mencionan que un estado emocional poco favorable en la madre puede poner en riesgo la vinculación entre madre e hijo en los primeros días después del alumbramiento, siendo este vínculo uno de suma importancia ya que ofrece efectos positivos en el desarrollo del recién nacido y en donde la familia también se ve beneficiada, como un adecuado apego infantil, desarrollo de optimas pautas de crianza y eventualmente prevención del abuso y maltrato. Entre otros de los puntos importantes relacionados con los beneficios que proporciona el cuidado del estado emocional de la madre, Medina et. al (2015) afirman que el exitoso neurodesarrollo del recién nacido dependerá de un ambiente de afectividad y estimulación que rodea al niño desde sus primeros días. Esto último podría darse con mayor efectividad si la madre se encuentra anímicamente estable en un ambiente óptimo para poder atravesar los cambios impredecibles que conlleva la etapa del puerperio y el continuo aprendizaje que se tiene en este periodo.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

- La prevalencia de Blues Materno se encuentra en un 63% de las puérperas evaluadas en su tercer día posterior al alumbramiento.
- La Escala de Blues Materno de Lima (EBML) cuenta con un adecuado nivel de confiabilidad (Alfa de Cronbach=0,775), así mismo con adecuados valores de validez (0,880) para el estudio de la población evaluada, siendo un instrumento que mide adecuadamente el constructo principal.
- Los niveles de riesgo de Blues materno según periodo de desarrollo se encuentran en un 64.8% en adolescentes y en un 60.71% en adultas, siendo la población adolescente quien contó con mayor riesgo evidenciándose cierta tendencia de mayor riesgo de Blues Materno en las adolescentes a comparación de las adultas.
- Los niveles de Riesgo de Blues Materno según planificación de embarazo se encuentra en 67.44% en las madres quienes planificaron el embarazo y en un 72.34% en quienes no la planificaron, habiendo una tendencia entre las madres quienes no planificaron la gestación a padecer de Blues Materno.
- Los niveles de riesgo de Blues Materno según apoyo de la pareja se encuentran en un 61,17% en las madres quienes contaron con apoyo de la pareja y un 73.33% en las madres quienes no contaron con el apoyo de la pareja, generándose una posible tendencia de mayores niveles de riesgo en las madres quienes no contaron con apoyo de la pareja.
- Los niveles de riesgo de Blues Materno según apoyo de la familia se encuentran en un 60.92% en las madres quienes contaron con apoyo de la familia y un 76.92% en las madres quienes no contaron con el apoyo de la familia, generándose una marcada

tendencia de contar con mayores niveles de riesgo en las madres quienes no contaron con apoyo de la familia.

- Los niveles de riesgo de Blues materno según el número de gesta se encuentran en un 57.9% en primigestas y un 66.13% en multiparas, siendo la población múltiparas quienes contaron con un mayor riesgo de Blues Materno. No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos, sin embargo se evidencia cierta tendencia de mayor riesgo de Blues Materno en las múltiparas a comparación de las primigestas.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

- Ampliar líneas de investigación en el ámbito perinatal al tenerse evidencias de que es ésta una etapa de vulnerabilidad para la mujer y eventualmente podría hacer mella en el desarrollo del infante.

- Se recomienda la futura elaboración de nuevos instrumentos psicométricos que midan a variable de Blues Materno abarcando mayores aspectos.

- Se recomienda a partir de los resultados la implementación de protocolos de atención para la población

Referencias

- Almazan,L. (2014). *Frecuencia y características socio-demográficas del trastorno de depresión postparto en puérperas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013*. Tesis de pregrado. Universidad de Santa María. Arequipa, Perú
- American Academy of Pediatrics (2015).*Stages of Adolescence*.Estados Unidos. Recuperado de: <https://www.healthychildren.org/english/ages-stages/teen/pages/stages-of-adolescence.aspx>
- Asociación Médica Mundial. (2017). Declaración de Helsinki- Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ferney-Voltaire,Francia. Recuperado de: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Beck, A.T. (1983). Cognitive therapy of depression: New Perspectives. In P.J. Clayton & J.E. Barretts (Eds), *Treatment of depression : Old controversies and new approaches* (pp. 265-290). New York: Raven.
- Bianco,G. (Noviembre del 2014). Aspectos Psicofisiológicos del Embarazo, parto y puerperio. En J. Ventosa (Presidencia). VII Jornada de Salud Perinatal. Congreso llevado a cabo en Santiago de Compostela, España. Recuperado de https://www.sergas.es/docs/muller/VIIIPerinatal/Documentacion/3_aspectos_psicofisioloxicos_Gabriella.pdf
- Caamaño,A. , Contreras,D.(2015). *Caracterización de depresión perinatal en mujeres atendidas en hospitales de la Ciudad de Bogotá*. Tesis de pregrado. Universidad

Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://bdigital.unal.edu.co/50873/1/52713916.2015.pdf>

Cáceres, F., Molina, G., Ruiz, M. (2014). Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. *Aquichan*; (14)3, 316-326. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n3/v14n3a04.pdf>

Cerda, M. (2017). *Factores sociodemográficos, primiparidad y su relación con la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé*. Tesis de pregrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Chaj Coyoy G. (2015). *Adaptación emocional en el embarazo precoz*. Tesis de grado. Universidad Rafael Landívar. Quetzaltenango, Guatemala. Recuperado de: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/05/42/Chaj-Gabriela.pdf>

Contreras, H., Mori, E., Lam, N. (2011). El Blues materno. Contextualización, definición y presentación de un instrumento de evaluación. *Revista de epidemiología*. (15)2, 1-3.

Contreras, H., Mori, E., Lam, N., Quino, K., Hinostroza, W., Espinoza, E., Gil, E., Torrejón, E. (2011). Blues Materno en puérperas de Lima Metropolitana y Callao: Validación de un instrumento y factores asociados. Estudio multicéntrico en cinco hospitales, 2009. *Revista de epidemiología*. (15)1, 1-8.

Faisal-Cury, A., Menezes, P., Tedesco, J., Kahalle, S., & Zugaib, M. (2008). Maternity Blues: Prevalence and Risk Factors. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 593-599. Recuperado de <https://www.cambridge.org/core/journals/spanish-journal-of-psychology/article/maternity-blues-prevalence-and-risk-factors/B921B07C482D5B884B50366CD2894107>

Freixas,L.(22 de mayo del 2015). “La cultura idealiza la maternidad pero al mismo tiempo no la valora”. El Diario. Recuperado de https://www.eldiario.es/norte/euskadi/cultura-idealiza-maternidad-tiempo-valora_0_389511383.html

Instituto Nacional Materno Perinatal (2017). Boletín Estadístico 2017.Oficina de Estadística e informática. Lima, Perú. Recuperado de <http://www.inmp.gob.pe/institucional/boletines-estadisticos/1422371837>

Lewis,C., Byers A, Deann,S.Dawson,G.(2010). Challenges in diagnosing and treating postpartum blues, depression and psychosis. *The Alabama Counseling Association Journal*. 36(1).5-13. Recuperado de <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ911988.pdf>

Logaya,C.(2017) . *Blues Materno en puérperas del centro de obras sociales maternidad de Maria,Chimbote,2017*. Tesis de pregrado. Universidad San Pedro, Chimbote,Perú.

Marin,D.(2013) Influencia de la personalidad y las variables cognitivo-afectivas en el embarazo y puerperio”. Tesis doctoral.Universidad Rey Juan Carlos. Madrid, España. Recuperado de https://ciencia.urjc.es/bitstream/handle/10115/12247/Tesis_Dolores_Marin_Morales.pdf?sequence=1%20

Medina-Serdan,E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Revista de perinatología y Reproducción Humana*. (27)3,185-193. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip133h.pdf>

Medina, M.P, Caro, I., Muñoz, P., Leyva, J., Moreno, J. y Vega S. (2015). Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. *Scielo*, 32(3). Disponible desde http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000300022&lng=en&tlng=en#?

- Mira O., A. (2009). La importancia de la relaciones tempranas y el apego en los niños con necesidades especiales. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (9), Pág. 77 - 85.
- Navas, W.(2013). Depresión Postparto. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica*.(70)608, 639-647. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/608/art14.pdf>
- Poncallo,C., Sanchez de Miguel,M., Arranz,E. Vinculo materno fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de psicología*,(8)2,14-23. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v8n2/revision2.pdf>
- Ramírez,H., Rodríguez,I. (2014). Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofilial. Revisión bibliográfica. *Matronas Prof.*; (15)4 : 1-6.
- Rivadeneira,C., Dahab,J., Minici,A.(2013). Modelo Cognitivo de la depresión.*Revista de Terapia Cognitivo Conductual*.22. 1-6 Recuperado de <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/el-modelo-cognitivo-de-la-depresion.pdf>
- Romero,G. (2016). *Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión post parto en puérperas de la Clinica Good Hope,Noviembre del 2015*. Tesis de pregrado. Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú. Recuperado de http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/767/RomeroGuillermo_pdf_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Roncallo, C., Sanchez,M., Arranz, E.(2015). Vinculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de psicología*.;8(2), 14-23

Sastre,I. (2015). *Aspectos Psicológicos y Emocionales durante la gestación y el puerperio*.

(Trabajo de Grado).Universidad de Valladolid, España.

Takahashi,Y., Tamakoshi,K. (2014).Factors asociated with early postpartum maternity blues
ans depression tendency among japanese mothers with full-term healthy infants.*Nagoya
J.Med.* (76) 129-138. Recuperado de <https://www.med.nagoya->

[u.ac.jp/medlib/nagoya_j_med_sci/7612/14_Takahashi.pdf](https://www.med.nagoya-u.ac.jp/medlib/nagoya_j_med_sci/7612/14_Takahashi.pdf)

Ugarriza, D.N. (2002). Postpartum depression women`s explanation of depression. *Journal
of Nursing Schol-arship.* (34)3. 227-233. Retrieved from ProQuest Pyschology Journals
database.

Valencia,S.(2015). La depresión postparto.[Material de curso]. Curso académico 2015-1016-
Universidad Pública de Navarra, España. Recuperado de <https://academica->
[e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/23448/depresion_postparto_saioavalencia.pdf?seq
uence=1&isAllowed=y](https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/23448/depresion_postparto_saioavalencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Nombre: _____ Edad: _____

A continuación se presentarán una serie de preguntas acerca de sus características personales, por favor, trate de responder según la respuesta que más se asemeje a su condición actual.

Número de Gestación : _____

Perdidas anteriores : _____

Complicaciones durante la gesta actual: Si () No ()

Cual: _____

¿Este embarazo fue planeado?: Si () No ()

Actualmente con pareja: Si () No ()

Tipo de relación actual:

- () Casada
- () Conviviente
- () Soltera
- () Divorciada

Su pareja la apoyó durante la gestación Si () No ()

Recibió apoyo de su familia durante la gestación Si () No ()

Asistió a consulta psicológica anteriormente: Si () No ()

Motivo: _____

ANEXO 2**Escala de Blues Materno de Lima (EBML)**
(Contreras- Pulache et al. 2011)

A continuación se presenta una serie de opiniones generales acerca de su estado de ánimo después del parto. Por favor, piense en su condición actual y trate de responder con la mayor honestidad posible. La información recogida es confidencial, ya que los resultados serán analizados de forma general.

N^a	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 siento 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				

**“Prevalencia del Blues Materno en Púerperas de un Instituto de Salud de Lima Metropolitana”
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Descripción

Usted ha sido invitada a participar en una investigación que busca estudiar la presencia de tristeza en el postparto, conocida como el “Blues Materno”, como también la presencia de algunas condiciones (como edad , planificación del embarazo, número de embarazo, apoyo de la pareja y de la familia) que puedan estar asociados. Esta investigación es realizada por Luisa Marlene Moreno Valles, bachiller de la facultad de psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

El propósito de esta investigación es estudiar el nivel de riesgo de la tristeza postparto que pueda aparecer en las madres que se encuentren entre su segundo y tercer día de dar a luz. Usted fue seleccionada para participar en esta investigación debido a que cumple con las características que se buscan para la misma, como es el estar hospitalizada en el Instituto Nacional Materno Perinatal, no contar con antecedentes psiquiátrico y/o habilidades especiales, su gestación no fue producto de abuso, y su recién nacido no se encuentra hospitalizado. Se espera que en esta investigación participen 100 personas de manera voluntaria.

Si acepta participar en esta investigación se le solicita responder a las preguntas que se le consultará con total honestidad, toda la aplicación será de manera oral, se tomará nota de sus respuestas y después se le invitará a corroborar la información brindada por usted. El participar en este estudio le tomará aproximadamente 10 minutos

Riesgos

La presente investigación presenta el riesgo de que algunas de las preguntas formuladas le generen incomodidad debido a que estas se encuentran dirigidas al ámbito emocional y personal en su situación actual de maternidad. Para disminuir las incomodidades usted podrá comunicar al investigador si desea que la entrevista se detenga, o si lo desea usted podrá realizar consultas al investigador acerca de la relevancia de la información para el estudio. De igual forma podrá comunicar libremente si desea no responder algunas de las preguntas.

El beneficio esperado de esta investigación es que usted, como participante, pueda conocer acerca de la tristeza puerperal y sea un espacio seguro en donde usted con total confianza pueda expresar las emociones que ha sentido en estos primeros días después de dar a luz. Por otro lado también tendrá como beneficio que se le brindará la información necesaria ante cualquier consulta que usted desee realizar.

Confidencialidad

Al ser parte de este estudio se le garantiza que toda la información dada, al igual que su identidad serán confidenciales y por tanto protegidos por el investigador, esto como deber nuestro, así mismo como lo contempla el Artículo 37^a del Código de Ética del Psicólogo Peruano. El investigador por tanto se hace responsable de salvaguardar tanto su integridad como dignidad con respecto a los datos que obtendremos.

Solamente Luisa Marlene Moreno Valles tendrá acceso a los datos crudos o que puedan identificar directa o indirectamente a un participante, incluyendo esta hoja de consentimiento. Estos datos serán almacenados en una base de datos, en la cual solo se usará la información que nos ha brindado, más no su identidad, el software contará con una contraseña de acceso exclusivo del investigador para que estos sean procesados al acabar la aplicación del estudio. Cabe resaltar que estos datos serán almacenados por un periodo aproximado de 3 meses una vez concluya el estudio en su respectiva sustentación.

Derechos

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor, entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación o si tuviese alguna pregunta sobre sus derechos como participante o reclamación o queja relacionada por su participación en el estudio, por favor comuníquese con Luisa Moreno Valles al siguiente correo: bluesmaterno2018@gmail.com .

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre del participante

Firma

Fecha

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante, le he explicado los riesgos y beneficios del estudio.

Nombre del investigador

Firma

Fecha

ANEXO 4**DETERMINACION DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Se toma en cuenta la población total y el porcentaje de error. A mayor tamaño de la muestra corresponde un menor porcentaje de error, a menor tamaño de la muestra corresponde mayor porcentaje de error (margen de error).

TABLA DE FISHER-ARKIN-COLTON

Nos indica el tamaño de la muestra para que sea representativa de poblaciones finitas, para márgenes de error (óptima) desde 1 al 10%

Nª POBLAC.	1%	2%	3%	4%	5%	10%
500					222	83
1000				385	285	91
1500			638	441	216	94
2000			714	476	338	95
2500		1250	769	500	345	96
3000		1364	611	520	352	97
3500		1458	843	530	359	98
4000		1538	870	541	364	98
4500		1607	891	546	367	98
5000		1667	909	556	370	98
6000		1765	938	585	375	99
7000		1842	958	574	378	99
8000		1905	976	580	381	99
9000		1957	989	584	383	99
10000	5000	2000	1000	588	385	99
15000	6000	2143	1034	600	390	100
20000	6667	2222	1058	606	382	100
25000	7143	2273	1064	610	384	100
50000	8333	2381	1087	617	397	100
100000	9091	2439	1099	621	398	100
1000000	10000	2500	1111	625	400	100

MATRIZ DE CONSISTENCIA : Prevalencia de Blues Materno en Puérperas de un Instituto de Salud Materno

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño	Población y Muestra
<p>¿Cuál es la prevalencia de Blues Materno en Puérperas de un Instituto de Salud Materno de Lima Metropolitana?</p>	<p>Objetivo General Determinar la prevalencia de Blues Materno en Puérperas de un Instituto de Salud Materno de Lima Metropolitana</p> <p>Objetivos Especifico</p> <ul style="list-style-type: none"> Validación de constructo de la “Escala de Blues Materno de Lima” en la población de estudio. Describir y diferenciar el nivel de riesgo de Blues Materno según periodo de desarrollo (adolescente-adulta). Describir el nivel de riesgo de Blues Materno según planificación del embarazo. Describir el nivel de riesgo de Blues Materno según apoyo de la pareja. Describir el nivel de riesgo de Blues Materno según apoyo de la familia. Describir y diferenciar el nivel de riesgo de Blues Materno entre primigestas y multiparas 	<ul style="list-style-type: none"> Existen diferencias de nivel de riesgo de Blues Materno entre adolescentes y adultas. Existen diferencias de nivel de riesgo de Blues Materno entre las puérperas primigestas y multiparas. 	<p>Variable de investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> Blues Materno <p>Definido por Reck et al (2019) como “Conjunto de desequilibrios personales traducidos a nivel corporal (neuroendocrino-inmunológico) y a nivel mental (sentimientos, pensamientos y conductas); caracterizado por infelicidad, tristeza, ansiedad, irritabilidad, inestabilidad del ánimo y fatiga”</p> <p>Variables de consideración</p> <ul style="list-style-type: none"> Edad Planificación del embarazo Antecedente de gestas perdidas Número de gestas Apoyo de la Pareja Apoyo de la Familia 	<p>Tipo de Investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> No experimental- Descriptivo / comparativo <p>Diseño:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ex post facto Transversal 	<ul style="list-style-type: none"> Población Pacientes puérperas hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, quienes se encuentren en su segundo día de hospitalización en el espacio temporal de octubre-noviembre del 2018 Criterios de Inclusión Pacientes puérperas de las edades entre 18 y 40 años de edad hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Criterios de Exclusión -Mujeres puérperas quienes sus embarazos hayan sido producto de abuso sexual. -Mujeres puérperas quienes cuenten con historial psiquiátrico -Puérperas con capacidades distintas y/o dificultades en la comunicación. -Puérperas que sus recién nacidos se encuentren hospitalizados. Muestra No probabilístico por conveniencia, población de 100 puérperas conculado con la Tabla de Fisher-Arkin-Colton considerando un margen de error del 10%.

DEFINICION Y OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLES

Variables	Definición operacional	Tipo de variable	Subtipo de variable	Escala	Indicador
Blues Materno	Definido por Reck et.al(2009) como “Conjunto de desequilibrios personales traducidos a nivel corporal (neuroendocrinoimmunologico) y a nivel mental (sentimientos, pensamientos y conductas); caracterizado por infelicidad, tristeza, ansiedad, irritabilidad, inestabilidad del ánimo y fatiga”	Ordinal	Ninguna	Ordinal	-Infelicidad -Tristeza -Ansiedad -Irritabilidad -Inestabilidad del ánimo -Fatiga
Biológicas*	Referidas a la edad de las participantes	Ordinal	Ninguna	Ordinal	Años cumplidos actualmente
Sociodemográfica*	Referidas a la características sociales de la paciente	Nominal	Ninguna	Nominal	-Grado de instrucción -Ocupación
Obstétrica*	Referida a los antecedentes obstétricos de la paciente	Nominal	Ninguna	Nominal	-Número de gesta -Perdidas anteriores
Psicológica*	Referida al apoyo social (familiar y de pareja)	Nominal	Ninguna	Nominal	-Participación de la pareja durante la gestación -Presencia de apoyo familiar

**variables asociadas que se tomarán en cuenta para el estudio*



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional Materno Perinatal

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

CARGO

H.T. 18-21566-1

Lima, 14 de noviembre de 2018

CARTA N° 0293-2018-DG-N° 070-OEAIDE/INMP

Alumna

LUISA MARLENE MORENO VALLES

Investigadora Principal

Universidad Nacional Federico Villarreal

Presente

Asunto: Aprobación de Proyecto de Investigación

No Experimental, Descriptivo, Comparativo

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y a la vez manifestarle que el proyecto de investigación titulado: **"PREVALENCIA DEL BLUES MATERNO EN PUÉRPERAS DE UN INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MATERNO"**, cuyo tipo de estudio es No Experimental, Descriptivo, Comparativo; ha sido aprobado por el Comité de Evaluación Metodológico y Estadística en la Investigación y el Comité de Ética en Investigación de nuestra institución, cuya vigencia es hasta el 29 de OCTUBRE de 2019.

En consecuencia, por tener características de ser autofinanciado, se autoriza la ejecución del mencionado proyecto, quedando bajo responsabilidad de la investigadora principal.

Sin otro particular, es propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional Materno Perinatal

M.O. Enrique Quevedo Ríos
C.M.P. N° 18786 - R.N.E. N° 8748
DIRECTOR DE INSTITUTO



A. Liñan

c.c.

- DEOG
- DEN

- DEEMSC
- OEAIDE

www.iemp.gob.pe
E-mail: direcciongeneral@iemp.gob.pe

- UFI
- Archivo

Jr. Antonio Miroquesada 941, Lima -
PERU
Telefax: (511) 328-0998



F-08

INFORME TÉCNICO DEL COMITÉ METODOLÓGICO.

N° DE EXPEDIENTE FECHA

1. Título del Protocolo

2. Autor (es)

Resumen de Evaluación. Poner visto bueno en los espacios dando su conformidad

ITEM	Adecuado	Observación
Título de investigación	✓	
Descripción del Problema.	✓	
Formulación del Problema.	✓	
Justificación.	✓	
Antecedentes de la investigación.	✓	
Bases teóricas.	✓	
Definiciones conceptuales.	✓	
Objetivos.	✓	
Hipótesis.	✓	
Tipo de Estudio.	✓	
Diseño Muestral	✓	
Definición y Operacionalización de variables.	✓	
Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.	✓	
Plan de Recolección de datos.	✓	
Plan de procesamiento y Análisis de datos.	✓	
Presupuesto.	✓	
Cronograma de Actividades.	✓	
Referencias bibliográficas	✓	
Anexos	✓	

APROBACION: SI (✓) NO ()

Lima, 26 de OCTUBRE Del 2018

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada

[Signature]
PRESIDENTE
Comité de Evaluación Metodológica y Estadística de la Investigación

Presidente del comité
Metodológico

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada

[Signature]
SECRETARIO
Comité de Evaluación Metodológica y Estadística de la Investigación
UFI



Instituto Nacional Materno Perinatal

F-09

Comité de Ética

Institutional Review Board (IRB)/ Independent Ethics Committee (IEC) N° IRB 5267
Federal Wide Assurance (FWA) for the Protection of Human Subjects for international Institutions N° FWA 9725.

INFORME

Exp. N° 18-21566-1

Título del Proyecto	"Prevalencia del Blues Materno en Púerperas de un Instituto Nacional de Salud Materno"
Investigador Principal	• MORENO VALLES LUISA MARLENE Universidad Nacional Federico Villarreal
Financiamiento	Propio.
Tipo de Estudio	No experimental, descriptivo, comparativo
Apreciación	En el presente estudio de investigación se pretende determinar la prevalencia de Blues Materno en púerperas de un Instituto de Salud Materno en Lima Metropolitana.
Calificación	Aprobado. Tendrá vigencia hasta el 29 de octubre del 2019. Los trámites para la renovación de aprobación deberán iniciarse por lo menos 30 días antes de su vencimiento.

Lima, 30 de octubre del 2018

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y
Docencia Especializada

PRESIDENTE

Comité de Ética en Investigación

Presidente del CIEI

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y
Docencia Especializada

SECRETARIO

Comité de Ética en Investigación

Secretario del CIEI

MATERNO PERINATAL

FICHA TÉCNICA

ESCALA DE BLUES MATERNO DE LIMA (EBML)

Nombre de la escala:	Escala de Blues Materno de Lima
Autor :	Contreras Pulache, H; Mori Quiste, E; Lam Figueroa, N
Constructo evaluado:	Blues Materno
Objetivo:	Evaluar nivel de riesgo de Blues Materno
Edad:	Mujeres en edad fértil en etapa de puerperio
Normas:	Puntuación de corte según el nivel de riesgo de Blues Materno
Administración:	Individual
Duración:	5 minutos aproximadamente
Área de aplicación:	Clínico
Equipos:	Formato de aplicación

En la escala del Blues Materno de Lima (2011) se identifican los síntomas más relevantes del postparto blues para su evaluación, siendo su característica principal la puntuación continua, lo cual permite identificar el riesgo de padecer el postparto blues aunque no sirve como instrumento diagnóstico ya que lo que mide es el riesgo de padecerlo. La escala debe realizarse a lo largo de los primeros días del puerperio.

Cabe resaltar que el presente instrumento fue construido con el propósito de estudiar el Blues Materno en una investigación multicéntrica en Lima Metropolitana debido a la ausencia de instrumentos validados y adaptados a nuestro medio nacional.

La Escala de Blues Materno de Lima se encuentra publicado y presentado en la Revista Peruana de Epidemiología bajo el título de “El Blues Materno. Contextualización, definición y presentación de un instrumento de evaluación” (Contreras et al., 2011)

Calificación

Presenta 6 ítems para su evaluación

- 1) Llanto
- 2) Tristeza
- 3) Angustia
- 4) Irritabilidad
- 5) Labilidad del humor
- 6) Fatiga

Para responder a cada ítem hay cuatro respuestas posibles y se valora según la frecuencia en la que se manifiesta los síntomas, donde 0 sería la puntuación que estaría en relación con la menor frecuencia y 3 cuando la frecuencia es alta

- **Niveles:**

Riesgo Bajo: Sin alteraciones del estado de ánimo después del parto

Riesgo Medio: Estados Eventuales de inestabilidad del ánimo después del parto

Riesgo Alto: Estado continuo de inestabilidad del ánimo después del parto

La escala considera como puntos de corte para bajo, moderado y alto Blues Materno al quintil 1 y al quintil 5, asignando de 0 a 3 puntos.

Validez y Confiabilidad

El instrumento posee características psicométricas. La medición para el blues materno se encuentra en un rango de 0-18. La confiabilidad del cuestionario es óptima ya que su coeficiente Alfa de Cronbach se sitúa en 0.86, y se considera que este coeficiente debe encontrarse entre el 0.7-0.9 para que la confiabilidad se encuentre en niveles aceptables.

Con un rango de interrelación ítem-total de: 0,453 a 0,658 ($p < 0,001$). Al análisis dimensional, el EBML presenta una dimensión única que explica 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 al EBML como un cuestionario confiable para ser utilizado en la identificación de lo que pretende medir.

Esta escala precisa la realización de estudios que validen la puntuación resultante de la misma ya que no se han definido de manera concreta los puntos de corte que permitan clasificar y diferenciar a la población con bajo riesgo de la población con mayor riesgo. También hay que tener en cuenta como se considera al postparto blues, si como una patología o como un problema subclínico anterior. Si se considera como una patología en sí, el resultado de la escala nos daría que la mujer evaluada se encuentra en riesgo de desarrollar el blues materno. En cambio si el blues materno se considera como un estadio que precede a una patología de mayor severidad, se estaría evaluando el riesgo que tiene la mujer para desarrollar algún trastorno mental, normalmente trastornos de ansiedad o depresiones postparto.