

## Blues Materno en puérperas de Lima Metropolitana y Callao: Validación de un instrumento y factores asociados. Estudio multicéntrico en cinco hospitales, 2009\*

### Maternity Blues among postpartum women of Lima Metropolitana and Callao: Validation of an instrument and associated factors. Multicenter study in five hospitals, 2009

Hans Contreras-Pulache<sup>A</sup>, Elizabeth Mori-Quispe<sup>A</sup>, Nelly Lam-Figueroa<sup>B</sup>, Katherine Quino-Villanueva<sup>A</sup>, Willy Hinostroza-Camposano<sup>A</sup>, Eduardo Espinoza-Lecca<sup>A</sup>, Enrique Gil-Guevara<sup>A</sup>, Erasmo Torrejón-Reyes<sup>A</sup>

#### RESUMEN

**Objetivo:** Validar un instrumento de evaluación del Blues Materno (BM) y evaluar las variables biopsicosociales asociadas a BM, en madres puérperas durante el segundo día postparto. **Métodos:** Estudio analítico observacional transversal multicéntrico en 5 hospitales de Lima Metropolitana y Callao. Muestra por conglomerados con afijación de Neyman constituida por 772 puérperas. Consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional Materno Perinatal. Aplicación de la Escala del Blues Materno de Lima (EBML), información obtenida mediante revisión de historias clínicas, cuestionarios de autorreporte y entrevista personal. Se calcularon estadísticos univariados, bivariados y se realizó regresión logística lineal. **Resultados:** Alfa de Cronbach para EBML: 0.86. La media para BM fue de  $6.4 \pm 4.8$  y las variables asociadas fueron: edad, controles prenatales, tipo de parto, planificación del embarazo, alojamiento conjunto, apoyo social (amigos y familiares) y antecedente de maltrato. El modelo de regresión explicó el 10% de la variabilidad de la muestra. **Conclusiones:** La EBML presenta alta consistencia interna. El BM es una entidad multifactorial con factores determinables en su dinámica. Implementar talleres, para identificar/controlar dichos factores, es una tarea pendiente a fin de establecer los lineamientos adecuados para una buena adaptación de la mujer en el periodo temprano del embarazo.

**PALABRAS CLAVE:** Blues Materno, Puérpera, Escala del Blues Materno de Lima, EBML.

#### INTRODUCCIÓN

Históricamente se ha considerado al Blues Materno (BM) como un fenómeno leve, banal y transitorio,<sup>1</sup> sin embargo, la evidencia acumulada en las dos últimas décadas permite afirmar que el BM es una entidad que evidencia no sólo una mala adaptación de la mujer a los requerimientos de su maternidad temprana sino que además constituye un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental posteriores, como trastornos de ansiedad y depresión postparto.<sup>2</sup>

En nuestro país, la salud mental de la mujer que enfrenta el proceso de la maternidad es aún un tema que exige elucidación (a través de estudios poblacionales) e intervención (a través de políticas de salud, o mejor: de estudios en salud pública); éstas son tareas que pertenecen a una agenda aún pendiente.

El BM es una entidad frecuente, transcultural y de repercusiones negativas tanto para la madre como para con el recién nacido. A pesar de la abundante bibliografía publicada al momento actual, aún no existe un consenso en definir el BM ni tampoco existen criterios diagnósticos estandarizados.<sup>2,9</sup>

Los primeros reportes pueden rastrearse hacia tres cuartos del siglo XIX cuando Savage (1875) describía las “insanías” propias de la gestación y el postparto.<sup>2</sup> A inicios de la década de 1950, Moloney (1952) describió un cuadro de depresión reactiva leve luego del parto, caracterizado por fatiga, tendencia al llanto y dificultad de pensamiento; utilizó por primera vez la expresión: “Third Day Depression”.<sup>10</sup> Yalom (1968) describió una gama similar de síntomas bautizando el cuadro con la expresión: “Postpartum Blues

Syndrome”.<sup>11</sup> Recién fue con Pitt (1973), que se introdujo el término “Maternity Blues” o “Mother’s Blues”, definiendo al cuadro como: una depresión transitoria y facilidad de llanto que suelen ocurrir en el transcurso de los diez primeros días luego del nacimiento.<sup>1</sup> En este concepto del síndrome (mal llamaríamos a esto en su “definición”) se ven implicados el *discomfort* físico, las dificultades psicológicas, la pérdida del narcisismo, los dolores perineales y los cambios hormonales.<sup>11,12,13</sup> En este contexto, numerosos estudios (principalmente en las décadas de 1970 y 1980) utilizaron para evaluar sintomatología de “Maternity Blues” cuestionarios originalmente ideados para detectar síntomas depresivos.<sup>14-16</sup> Éste es un punto importante, pues marca una tendencia que luego se ha ido generalizando (y que es responsable en parte de la confusión actual en relación al fenómeno): la concepción según la cual el llamado “Maternity Blues” es una especie de trastorno depresivo leve, de corta duración y sobre todo de benignidad en tanto problema clínico. Entendemos mejor esto cuando leemos en Pitt (1973): “El Blues es

\*El presente estudio recibió el Primer Premio Nacional a la Mejor Investigación en el Campo Perinatal 2010, convocado por el Instituto Nacional Materno Perinatal.

(A) Centro de Investigación ANASTOMOSIS, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. (B) Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina UNMSM.

Correspondencia a Hans Contreras Pulache: c.i.anastomosis@gmail.com  
Recibido el 02 de junio de 2011 y aprobado el 26 de agosto de 2011.

Cita sugerida: Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Lam-Figueroa N, Quino-Villanueva K, Hinostroza-Camposano W, Espinoza-Lecca E, Gil-Guevara E, Torrejón-Reyes E. Blues Materno en puérperas de Lima Metropolitana y Callao: Validación de un instrumento y factores asociados. Estudio multicéntrico en cinco hospitales, 2009. *Rev peru epidemiol* 2011; 15 (2) [8 pp.]

un desorden trivial, común, transitorio; pero deberían estar avisadas las mujeres gestantes de la posibilidad de experimentar Blues, así de este modo no serán tomadas por sorpresa”.<sup>1</sup>

La poco clara definición del problema (o mejor dicho: la no definición del problema, salvo como acumulación o caracterización fenoménica) ha conllevado a la situación actual en la que no se cuenta con una descripción epidemiológica clara (por ejemplo en tanto prevalencia y asociaciones), menos con una caracterización clínica (es decir sintomatológica), y mucho menos desde su perspectiva de factor determinante del psiquismo materno y del desarrollo neonatal (lo que trae repercusiones en la organización de la familia naciente y por tanto en la sociedad).

Ahora bien, el problema se agrava cuando se intenta traducir la nomenclatura al idioma castellano porque muchas veces se llama al cuadro: Síndrome de Tristeza Postparto,<sup>17</sup> con lo cual se suprime toda la connotación tradicional-afectiva propia del folclore popular afroamericano (el Blues como ritmo, como melodía que canta el grito solitario del campo: la injusticia de una sociedad que se estructura en base a la inequidad y frente a la cual no se encuentra sino en la música la mejor expresión). Debido a esto, en la presente investigación utilizaremos la expresión: Blues Materno (BM).

Por todo lo anteriormente descrito, existe la necesidad de desarrollar una teoría que englobe y explique lo que en las últimas 6 décadas se ha venido acumulando como evidencia en torno al BM. Así, aunque no existe una definición consensuada y estandarizada del BM, diversos autores han referido que la prevalencia de BM oscila entre un 40 a 60%.<sup>5,8,18,19</sup> Además, debido a su naturaleza de fenómeno social (es decir psíquico consciente y por tanto humano solamente) el BM se vislumbra en el entramado de una multifactorialidad puesta en evidencia muchas veces por los estudios publicados principalmente en las dos últimas décadas (tanto a nivel internacional como nacional). Así, la mayoría de estudios han encontrado asociación entre BM y variables tales como: edad, nivel educativo, estado laboral, estado civil, planificación del embarazo, parto por cesárea, paridad, inicio y decisión de la lactancia, soporte social, relación de pareja, entre otros.<sup>2-9</sup> Muchos de estos resultados a veces resultan contradictorios, y esto llama la atención de los investigadores como si fuese un fenómeno trascendente, y creemos se debe a que no existe una concepción de qué es el ser humano en sí, y por tanto de sus fenómenos; creemos que las “contradicciones” que se pueden evidenciar en el curso de los estudios publicados reflejan la naturaleza misma de la mujer, a la que conceptualizamos no desde su biología natural sino desde su naturaleza social, naturaleza que refleja finalmente en sí las dinámicas sociales, que son esencia contradictorias y que son justamente esas contradicciones las que configuran los ritmos que marcan las pautas del tiempo histórico que determina finalmente la actividad de las personas, sus modos de actuación, de pensamiento, de imaginación y de percepción de las cosas. La cuestión de la transculturalidad ha sido puesta ya en evidencia por varios autores,<sup>2,5,18-22</sup> aunque no desde la posición que adoptamos en las presentes líneas.

Por otro lado, estudios de corte psicológico han demostrado asociación entre BM y ciertos rasgos de personalidad como neuroticismo, hipocondriasis, depresión y paranoia.<sup>23,24</sup> Kohl y cols. (2005), en un estudio de corte biológico, encontró que aquellas mujeres con diagnóstico de BM presentaban diferencias significativas en cuanto a concentraciones de triptófano y en cuanto a degradación del mismo (esto posiblemente debido a que existiría una alteración en la enzima catabólica del triptófano).<sup>25</sup>

En el, probablemente, único estudio desarrollado en nuestro país,<sup>17</sup> el diagnóstico de BM se asoció con ausencia de controles prenatales, preocupaciones económicas, falta de habilidades, incompetencia en la resolución de problemas, sentimiento de soledad, aislamiento

social, insatisfacción de expectativas, aburrimiento, falta de tiempo personal, maternidad no entendida como motivo de felicidad, ausencia de pareja o poco tiempo de convivencia, privación del sueño, trabajo excesivo, demandas simultáneas, primiparidad, embarazo no planificado.

Otros estudios similares, pero llevados a cabo en otras geografías, encontraron que el BM se asociaba directamente con técnicas pasivas de afrontamiento de problemas, insatisfacción marital, no aceptación de rol de madre, aumentados niveles de cortisol durante las horas de la mañana y condiciones afectivas pobres antes del embarazo.<sup>14,15,18,19,22,23</sup>

En un afán de comprensión global, diremos que la evidencia acumulada en torno al BM se basa en dos perspectivas que siguen un desarrollo cronológico que prueba un entendimiento cada vez mejor del fenómeno:

1.- En un inicio, se consideró al BM como un desorden trivial, común y pasajero<sup>1,10,11,14-16,26</sup> “que requiere empatía y apoyo” puesto que “rara vez tiene la severidad de un trastorno depresivo mayor”.<sup>17</sup>

2.- Actualmente podemos decir que el BM es una anunciación de desajustes presentes tanto como de problemas mayores por venir, especialmente trastornos depresivos y ansiosos. En cuanto a los desarreglos presentes vale la pena mencionar: retraso en la lactancia y pobre interacción maternofamiliar.<sup>8,27</sup> Al respecto, Reck y cols (2009), en un estudio prospectivo con 853 mujeres germanas, encontró que el BM se asocia casi con cuatro veces más riesgo de desarrollar depresión postparto y trastorno de ansiedad.<sup>2</sup> Resultados similares han sido reportados en China. Otras evidencias han reportado que aproximadamente el 20% de los casos que presentan BM desarrollan depresión al cabo de un año.<sup>9,15</sup>

Sin embargo, en el contexto de lo anteriormente descrito aún existen falencias claramente identificables, anotadas ya por otros investigadores.<sup>2,5,21,28</sup> La principal quizá radique en cuanto al diagnóstico del BM en base a criterios estandarizados. Una vez superado este punto restaría el desarrollo de un instrumento confiable que permita el estudio de la dinámica del BM desde una perspectiva epidemiológica y clínica que finalmente tendrán que traducirse en medidas de salud pública y manejo clínico considerando siempre que la atención global de la mujer que vive el proceso perinatal es en sí misma la atención del ser humano en desarrollo que se constituye en el futuro de la sociedad.

Debido a todo ello, el motivo central por el cual se propone el presente estudio es construir un instrumento confiable para evaluar BM e identificar los factores epidemiológicos, clínicos y sociales asociados y así contribuir al desarrollo de un concepto del BM (esbozado ya en las líneas precedentes). La presente investigación se llevó a cabo en cinco hospitales de los más representativos de Lima Metropolitana y Callao (incluyendo los dos hospitales de máximo nivel resolutivo a nivel nacional en el campo materno-perinatal). A saber de los autores éste sería el primer estudio desarrollado en nuestro medio encaminado en el rumbo de enfoque del problema del BM.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de tipo analítico observacional, multicéntrico, de corte transversal. La población considerada fueron todas las púerperas sanas de los cinco hospitales más representativos de atención pública del Ministerio de Salud (MINSA) en Lima y Callao: Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), Hospital Nacional Docente Madre Niño (HONADOMANI), Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), Hospital Nacional 2 de Mayo (HN2M)

Contreras-Pulache H, et al. Blues Materno en puérperas de Lima Metropolitana y Callao: validación de un instrumento y factores asociados. Estudio multicéntrico en cinco hospitales, 2009.

y Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC). El periodo de estudio fue: mayo y junio 2009. De una población total de 3700 mujeres que dieron a luz en las instalaciones de los hospitales mencionados (estimado a partir de los registros 2008 para mayo y junio, considerando una misma tasa de natalidad para el año en estudio, 2009), se calculó un tamaño de muestra estratificada por conglomerados con afijación de Neyman, de tipo probabilística con un nivel de confianza del 95%. La selección de cada una de las puérperas fue sistemática con un arranque 2 para cada sede según muestra y población. Formó parte del estudio toda puérpera que se encontraba en las instalaciones de reposo postparto. El tiempo de reposo hospitalario mínimo fue de 2 días en caso de no haber complicaciones asociadas. Todas las participantes firmaron un consentimiento informado donde se detallaban los alcances de la investigación; dicho consentimiento fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional Materno Perinatal. Se excluyó a toda puérpera que presentara alguna incapacidad para desarrollar el cuestionario de preguntas auto-administrado como: trastorno psiquiátrico al momento del estudio o antes, puérperas hospitalizadas en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y/o en una Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) al momento del estudio, puérperas que presenten retraso mental severo o incapacitante, puérperas iletradas y menores de 20 años por razones legales para la autorización del consentimiento informado.

La información recogida se obtuvo mediante la revisión de las historias clínicas, el llenado de cuestionarios de autorreporte y finalmente una entrevista personal que duró aproximadamente 10 minutos. Se consideraron las siguientes variables: edad de la madre, estado civil, grado de instrucción, estado laboral, hábitos nocivos (alcohol y tabaco), planificación del embarazo, antecedentes médicos previos al embarazo, primigravidad, antecedente de aborto, primiparidad, controles prenatales, tipo de parto, complicaciones asociadas, condiciones neonatales (sexo del recién nacido, edad gestacional, peso del recién nacido, tipo de parto, puntaje Apgar al minuto 1 y 5), contacto inmediato, alojamiento conjunto, experiencia del embarazo y el parto, soporte social (amigos y familia), relación con la pareja y antecedente de violencia.

El BM, variable principal del estudio, no cuenta (como se ha mencionado ya en líneas previas) con criterios diagnósticos estandarizados. Sin embargo varios son los autores que han venido recapitulando en torno a sintomatología prevalente en el síndrome clínico. El estudio se enmarcó en una nueva concepción del psiquismo humano como reflejo de toda la estructura de la salud personal y al mismo de las condiciones sociales en las que se desenvuelve la persona,<sup>29,30</sup> y por tanto en una concepción humanista del proceso perinatal, no desde una perspectiva de riesgo, sino desde su perspectiva de acto fisiológico humano y normal del desarrollo cuyas repercusiones van, a fin de cuentas, a reestructurar todos los niveles de la personalidad. Nuestro estudio contribuye al establecimiento de una psicoperinatología científica, ciencia que finalmente debe plantear los lineamientos que habrán de traducirse en medidas preventivas y políticas de salud pública encaminadas a encarar el estado actual de las cosas: el proceso perinatal como problema prioritario de salud pública. Considérese el desconocimiento de la sexualidad en la adolescencia, el número en crescendo de embarazos a temprana edad, la prevalencia de embarazos no planificados, la prevalencia de maltrato durante el embarazo, la tasa de mortalidad materna y las complicaciones en el recién nacido, entre otros indicadores de gravedad de la situación.

A la luz de los resultados, urgen nuevos estudios que amplíen de una manera más profunda los aspectos relacionados a la salud mental materna teniendo en cuenta que el proceso perinatal es el inicio, acaso la eclosión de toda una amalgama de cambios concretos y perdurables. Perdurables por medio de la combinación dinámica del

amor, la genética, las hormonas y la práctica social; toda una transformación comparable sólo con las que acompañan a la pubertad y la menopausia.<sup>31</sup> La maternidad debe valorarse como un evento en el desarrollo de la personalidad que conlleva a una consolidación de la identidad de género, del rol social de la familia como organizadora de la espiritualidad humana, de la puesta en escena del aporte neto hacia la próxima generación.

Se sugieren abrir nuevas líneas de trabajo en el campo de la salud mental. Líneas de trabajo que permitan una mejor comprensión de la interacción entre los fenómenos mentales de la madre y los niveles de bienestar fetal.

Así, para evaluar el BM en la presente investigación se siguieron dos etapas. En una primera etapa se identificaron los síntomas más sugerentes del BM: tendencia al llanto, tristeza, angustia, irritabilidad, labilidad del humor y fatiga; esta caracterización coincide con uno de los pocos estudios clínicos desarrollados en este campo.<sup>2</sup> En una segunda etapa del presente estudio se estructuró un cuestionario destinado a evaluar los síntomas antes definidos; resultado de esto se desarrolló la Escala del Blues Materno de Lima (EBML). La EBML fue sometida a juicio de expertos con lo cual se obtuvo un instrumento de seis ítems con respuestas tipo Likert de cuatro opciones según frecuencia (Cuadro 1).

CUADRO 1. Escala del Blues Materno de Lima (EBML)

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

Se realizó una prueba piloto con el objetivo de adaptar el lenguaje al grupo poblacional que se pretendía estudiar.

Otras variables cualitativas que se evaluaron fueron el antecedente de violencia durante el embarazo, para lo cual se indagó sobre la presencia de actos de coerción y agresión realizados contra la mujer en cuatro niveles: verbal (insultos, gritos, ridiculización), físico (jalones del brazo, de los cabellos, empujones), agresión directa (puñetas, cachetadas, patadas, quemaduras) y relación sexual no consentida. El soporte social se evaluó preguntando por el apoyo percibido por la madre tanto de amigos, familiares y de la pareja. Se evaluó la relación de pareja preguntando qué tanto se siente la madre amada por su pareja. Ya el antecedente de violencia, el apoyo social y la relación de pareja fueron evaluadas por preguntas que han sido utilizadas previamente en nuestro medio, reconociéndose su validez y confiabilidad.<sup>32-36</sup>

El análisis estadístico se realizó en varias etapas. Para efecto de descripción se utilizaron estadísticos univariados de tendencia central y dispersión (media, mediana, desviación estándar, rango). Para evaluar psicométricamente la EBML se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach, y luego se procedió a realizar un análisis dimensional y de correlación ítem-total, mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Para efecto de un análisis bivariado, se utilizaron: prueba t de student y ANOVA (con método post-hoc en caso de encontrarse significancia). Finalmente, las variables que en el análisis bivariado demostraron asociación significativa se incluyeron en un modelo de regresión lineal múltiple con el objetivo de evaluar variables independientes asociadas con el fenómeno del BM. Se consideró como significativo todo valor p menor de 0.05.

## RESULTADOS

El estudio tuvo una muestra de 772 puérperas conformada del siguiente modo: HONADOMANI, 272 (35.2%); INMP, 199 (25.8%), HNAL, 65 (8.4%); HN2M, 80 (10.4%); HNDAC, 156 (20.2%).

La edad promedio de las participantes fue de  $26.7 \pm 5.9$  años (rango: 20-53); 63.2% era conviviente, 19.7% casada y 17.1% soltera; solo el 20.2% refirió una situación de empleo; 64.4% contaban con estudios secundarios completos, 16.7% secundarios incompletos y 18.9% estudios superiores (técnicos o universitarios); 70.7% refirió profesar alguna religión y 76.9% no refirió hábitos nocivos (alcohol, tabaco).

En relación al proceso perinatal: 86.8% no refirió antecedente médico previo; 35.8% era primigesta y 59.1% primípara; 25.4% presentaron antecedente de aborto; la frecuencia de embarazo no planificado fue de 62.6%; 85.6% se refirió al embarazo como una experiencia agradable; 89.9% se controlaron el embarazo adecuadamente (más de 4 controles prenatales), 8.7% tuvieron solo entre uno y cuatro controles prenatales y 2.5% no tuvo controles. Más de la mitad (57.9%) acudieron a su primer control prenatal durante el primer trimestre. El 34.2% de los partos fueron por

TABLA 1. Caracterización del apoyo social: familiar, amical y de pareja; y perfil de la violencia: verbal, física y sexual de las 772 puérperas de Lima y Callao.

Variable	Frecuencia	
Tengo buenos amigos que me brindan su apoyo:	Nunca o raramente	19.6%
	A veces	39.2%
	Siempre o casi siempre	41.2%
Siempre puedo contar con la ayuda de mi familia:	Nunca o raramente	6.6%
	A veces	19.9%
	Siempre o casi siempre	73.4%
Mi pareja me ayuda bastante	Nunca o raramente	12.4%
	A veces	16.8%
	Siempre o casi siempre	70.7%
Me siento amada por mi pareja	Nunca o raramente	14.4%
	A veces	11.5%
	Siempre o casi siempre	74.1%
Violencia verbal: insultos, gritos, ridiculización	Sí	43.7%
	No	56.3%
Violencia física: jalones del brazo, de los cabellos, empujones	Sí	11%
	No	89%
Agresión directa: puñetes, cachetadas, patadas, quemaduras	Sí	4%
	No	96%
Relaciones sexuales sin consentimiento	Sí	3.1%
	No	96.9%

TABLA 2. Análisis dimensional de la Escala del Blues Materno de Lima (EBML).

Ítem	Blues materno (BM)
He estado llorando frecuentemente porque me siento infeliz	0.81
Me he sentido triste y desafortunada	0.60
Me he sentido ansiosa y preocupada sin motivo	0.80
Me siento muy irritable	0.85
Siento que mi humor cambia de manera frecuente con cualquier cosa	0.75
Me fatigo fácilmente con cualquier cosa	0.79
58.9% de la varianza	

cesárea, 67.6% de las madres refirió una experiencia desagradable del parto, 71.2% de las madres refirió haber pasado por la experiencia del contacto piel a piel inmediato al parto. El 90.3% de las madres se encontraba en alojamiento conjunto.

Tipos de violencia encontrados: 43.7% refirió antecedente de violencia verbal, 11% de violencia física y 4% de agresión directa durante el embarazo. El 3.1% refirió haber tenido relaciones sexuales sin su aprobación o consentimiento durante el embarazo.

En cuanto al recién nacido: 52.5% fue de sexo masculino, el peso promedio fue  $3358.9 \pm 491$  grs. (rango: 1.020-4.845), el puntaje de Apgar fue normal al primer minuto en el 96.1% y al minuto 5 en el 98.7%. La mayoría de recién nacidos fueron a término (94.7%), 3.9% pre-término y 1.4% pos-término.

En la Tabla 1 se muestra un resumen de los aspectos relacionados al soporte social, antecedente de violencia y relación de pareja.

Los ítems de la EBML, presentaron un coeficiente alfa de Cronbach de 0.86; con un rango de interrelación ítem-total de: 0.453 a 0.658 ( $p < 0.001$ ). Al análisis dimensional, la EBML presentó una dimensión única (Tabla 2) que explicaba el 58.9% de la varianza.

La media para la EBML fue de  $6.4 \pm 4.8$  (rango: 0-18). En el análisis bivariado, el BM se asoció de modo estadísticamente significativo con una serie de variables, tal como se muestra en la Tabla 3.

Considerándose como puntos de corte para bajo, moderado y alto BM al quintil 1 y al quintil 5. Se obtuvo un 18.8% en el grupo de alto BM, 55.2% en el grupo de moderado BM, y 26% en el grupo de bajo BM. Los grupos mostraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad de la madre (26.2 vs. 26.7 vs. 27.4;  $p < 0.05$ ) y al peso del recién nacido (3475.4 vs. 3336.6 vs. 3261.6;  $p < 0.001$ ).

Ya que se consideró al BM como una variable continua, se procedió a realizar un modelo de regresión lineal múltiple con las variables que demostraron asociación en el análisis bivariado (Tabla 4).

## DISCUSIÓN

En base al análisis descriptivo, se puede caracterizar a la población estudiada como adultas jóvenes (26.7 años en promedio), aunque se debe resaltar que no se incluyeron madres menores de 20 años. El 82.9% viven con su pareja. La prevalencia de desempleo fue de 79.8%. Más de la mitad de las madres (64.4%) refirió tener educación secundaria completa. En promedio, nueve de cada diez mujeres comenzaron el embarazo sin antecedente médico previo. Aproximadamente seis de cada diez embarazos (62.6%) no fueron

Contreras-Pulache H, et al. Blues Materno en puérperas de Lima Metropolitana y Callao: validación de un instrumento y factores asociados. Estudio multicéntrico en cinco hospitales, 2009.

TABLA 3. Análisis bivariado entre BM y variables demográficas, obstétricas, postnatales y de apoyo social

Variable		Blues Materno (BM)	Valor p
Estado Civil	Casada	7.3 ± 4.8	0.048
	Conviviente	6.2 ± 4.8	
	Soltera	6.1 ± 4.8	
Estado laboral de la madre	Empleada	7.2 ± 4.6	0.033
	Desempleada	6.2 ± 4.8	
Controles prenatales	CPN cubiertos	6.6 ± 4.8	0.002
	CPN no cubiertos	5.2 ± 4.7	
	No CPN	3.5 ± 3.5	
Primer control prenatal	Primer trimestre	6.9 ± 4.9	<0.001
	Segundo trimestre	6.1 ± 4.6	
	Tercer trimestre	4.9 ± 4.6	
Planificación del embarazo	Sí	5.9 ± 4.7	0.022
	No	6.7 ± 4.8	
Tipo de parto	Vaginal	7.2 ± 4.9	<0.001
	Cesárea	5.3 ± 4.4	
Alojamiento conjunto	Sí	6.2 ± 4.7	<0.001
	No	8.4 ± 5.3	
Tengo buenos amigos que me brindan su apoyo	Nunca o raramente	7.0 ± 4.6	0.005
	A veces	6.8 ± 4.7	
	Siempre o casi siempre	5.7 ± 4.6	
Puedo contar con la ayuda de mi familia	Nunca o raramente	7.8 ± 4.7	0.046
	A veces	6.7 ± 4.4	
	Siempre o casi siempre	6.2 ± 4.9	

planificados. Todos estos resultados coinciden en revelar una realidad ya descrita por la literatura previa nacional.<sup>32-37</sup>

Se dice que la confiabilidad de un cuestionario es óptima si el coeficiente Alfa de Cronbach se encuentra entre 0.7 y 0.9.<sup>38</sup> El instrumento utilizado (EBML) mostró una alta consistencia interna (Alfa de Cronbach: 0.86). El análisis exploratorio de factores corroboró el supuesto teórico univalente considerado al elaborar la EBML, la dimensión única encontrada explicó el 58.9% de la varianza. Del estudio psicométrico aplicado a la EBML se puede resaltar su consistencia teórica (factorial) y psicométrica, lo que constituye a la EBML como un cuestionario confiable, y posiblemente válido, para ser utilizados en la identificación de lo que pretende medir: Blues Materno.

En el modelo de regresión lineal aplicado encontramos como significativas las siguientes variables: edad de la madre, controles prenatales, planificación del embarazo, tipo de parto, alojamiento conjunto, soporte social (de amigos y familia), y antecedente de maltrato físico. En conjunto las variables descritas explican el 10% de la variabilidad del BM como variable dependiente. En cuanto a los valores individuales de Beta se observa que todos evidencian una fuerza de asociación leve, aunque significativa. Creemos que esto se debe a la naturaleza multifactorial del fenómeno en estudio (BM),

TABLA 4. Modelo de regresión lineal múltiple para BM y variables demográficas, obstétricas, postnatales y de apoyo social

Ítem	Beta	Valor p
Edad	0.096	<0.001
Controles prenatales [cubiertos (0), no cubiertos (1), sin CPN (2)]	-0.120	0.025
Primer CPN [1er trimestre (0), 2do trimestre (1), 3er trimestre (3)]	-0.078	0.032
Tipo de parto [vaginal (0), cesárea (1)]	-0.18	<0.001
Planificación del embarazo [sí (0), no (1)]	0.097	0.008
Alojamiento conjunto [sí (0), no (1)]	0.153	<0.001
Tengo buenos amigos que me brindan su apoyo [casi siempre o siempre (0), a veces (1), raramente o nunca (2)]	0.106	0.007
R cuadrado corregido	0.096	

evidenciándose entonces que todo intento por explicar una realidad psíquica consciente (como el BM) no se puede, y no se debe, hacer a la luz de un reduccionismo (sea este cual fuere en su naturaleza metodológica) sino sólo en tanto se tenga una concepción global y holística de la realidad que vive la mujer en estudio. Como revelan nuestros resultados la edad se asoció de modo directo con el BM, el grupo con alto BM tuvo un promedio de edad de 27.4 años en relación al grupo de bajo BM (26.2 años). Llama la atención ciertos valores de asociación como los obtenidos en relación a la variable “controles prenatales”: aquellas madres con controles prenatales completos presentaron mayor BM que las que no tuvieron controles; además, de acuerdo al momento del primer control prenatal, las más afectadas fueron aquellas que tuvieron su primer control durante el primer trimestre. Esto puede ser explicado en parte, y sólo en parte, por la poca muestra de mujeres sin controles prenatales incluidas en el estudio, pero al mismo tiempo podría estar evidenciando una realidad mucho más problemática. Se esperaría que una mujer que acude a sus controles prenatales reciba durante la consulta la información necesaria para llevar del mejor modo que le fuera posible su embarazo, el parto y el postparto. Estudios en Francia han demostrado que aquellas mujeres que reciben información durante el embarazo en relación al BM tienen menos riesgo de desarrollar síntomas de BM,<sup>39-41</sup> contraponiendo esta evidencia a nuestros resultados podríamos formular la hipótesis que esto se debe a que los controles prenatales no se están dando en la calidad que debieran darse.

El tipo de parto es otra variable que llama la atención, estudios previos (internacionales) han reportado una mayor incidencia de BM en aquellas madres que dan a luz por cesárea;<sup>5,6</sup> sin embargo, nuestros resultados plantean una realidad contraria ya que el BM es más prevalente en aquellas mujeres que dan a luz por vía vaginal. Un estudio previo<sup>39</sup> encontró que el BM es más prevalente en aquellas mujeres que experimentan más dolor durante el parto. Que en nuestro modelo de regresión sea el parto vaginal el que se asocia a mayor prevalencia de BM evidenciaría hasta qué punto dicho parto vaginal sería un evento traumático para la mujer. Consideramos que en este punto jugaría un rol importantísimo un estudio que ponga en evidencia la percepción de la mujer en relación al parto como evento traumático, y en donde se compare los tipos de parto: vaginal y cesárea. En nuestra población de estudio, el 67.8% refirió una experiencia desagradable en relación al parto. De aquellas mujeres que dieron a luz por cesárea el 65.4% refirieron experiencia negativa

en relación al parto; mientras que 69% de las mujeres que dieron a luz por vía vaginal refirió experiencia desagradable. Creemos que más que probar si uno u otro tipo de parto está más o menos asociado a BM, nuestras cifras, de por sí, revelan al parto como acto violento, resta ahora preguntarse: ¿Es violento el parto de por sí o es la atención médica la que vuelve violento el parto? La experiencia práctica, si bien no constituye evidencia suficiente (ni estadísticamente válida) nos hace inclinarnos por la segunda opción, y es así como entendemos los resultados obtenidos: mayor prevalencia de BM en aquellas mujeres cuyo parto fue atendido por vía vaginal, y alta prevalencia de percepción negativa en relación al parto, sea éste por cesárea como por vía vaginal. La planificación del embarazo, el alojamiento conjunto, el soporte social (de amigos y familia) se asociaron de modo inverso con el BM, lo cual es entendible además de coincidir con resultados revelados en estudios previos.<sup>2,4,5,15,18-22,24,27,41</sup>

Nuestros resultados no revelan asociación significativa entre el antecedente de violencia y el BM. En cuanto a la agresión directa y a la violencia sexual, en nuestro estudio, las prevalencias fueron bajas (4% para agresión directa y 3.1% para violencia sexual), esto podría explicar en parte la ausencia de asociación estadística. En relación a la violencia verbal y a la violencia física entendemos que la no asociación podría deberse, además de la poca prevalencia de los fenómenos, a que ambas muestras de actividad se han constituido, en un país como el nuestro donde impera la corrupción, el machismo y la inmoralidad, en un continuo dentro de las relaciones humanas, llegando muchas veces a asumirse como algo cotidiano, inclusive normal dentro de la relación de pareja. Esto debe dar pie a estudios de base cualitativos en relación a la percepción y a la experiencia de la violencia de género. Además, vale la pena resaltar que podría existir un subregistro en cuanto al antecedente de violencia, cosa por demás establecida ya por la literatura contemporánea.<sup>42-45</sup>

Existen otras variables que no demostraron asociación significativa con BM. El caso del uso de sustancias psicoactivas y el antecedente médico previo, se podría explicar desde una posición retrospectiva, debido a la poca prevalencia de las variables en la población de estudio. Más difícil nos resulta explicar la ausencia de asociación con el antecedente de contacto precoz que a vivas luces se esperaría como factor protector frente al BM; sin embargo, creemos que nuestros resultados lo que reflejan no es la ausencia de asociación con el contacto en sí, sino con la forma como se practica el contacto precoz en los hospitales en cuestión (ninguno fue un Hospital Amigo de la Madre y del Niño, por tanto las prácticas de contacto precoz se limitan a reducidos periodos temporales). Esto debería servir para empezar a considerar prácticas como el contacto precoz (durante la primera hora del parto inmediato) que contribuyan a la humanización del parto, habiéndose demostrado, en nuestro medio, sus efectos tremendamente protectores tanto para la madre como para el recién nacido.<sup>46</sup>

El principal problema en relación al BM es que se le ha definido por aproximación, es decir por acumulación de síntomas, o por paralelismo, como trastorno depresivo leve principalmente. Prueba de estas deficiencias son los diversos métodos empleados en los estudios publicados, la nomenclatura diversa con que se designa al mismo fenómeno y finalmente el desarrollo de modelos animales con lo que se pone en relieve el desconocimiento de qué es la mujer, y cuál es el sentido de la maternidad para con ella, el padre, la familia y la sociedad. Estos puntos, creemos, deben solucionarse urgentemente antes de seguir inundando las revistas científicas con publicaciones que generaran un panorama cada vez más confuso, y que en última instancia se traducirán en ausencia de políticas de salud adecuadas o en presencia de políticas inadecuadas, que en lugar de preservar el estado de salud de la mujer embarazada y de la parturienta (que son el hábitat primario del ser humano en

desarrollo) se encaminan a enfrentar los problemas como quien pone parches o intenta contener un problema que a vivas luces se cae de maduro (nuestros indicadores de desnutrición y mortalidad materna son ya de por sí prueba suficiente de esto que decimos).

Por definición, la llegada de un nuevo ser es (o debiera ser) un evento de felicidad, alegría y satisfacción para la madre, el padre, la familia y la sociedad; sin embargo, esto, en la realidad concreta que vivimos de país subdesarrollado, no sucede tal cual, sino que en muchos casos acontece de modo totalmente contrario. Así, la maternidad (no sólo desde su razón natural sino desde su naturaleza social) se comporta como un fenómeno sociopatogénico: la mujer que vive los estragos del trabajo de parto se ve ahora enfrentada a la lactancia (como pensamiento pero sobre todo como actividad), a los cuidados del recién nacido y los suyos propios, a sus íntimos procesos biológicos (los consabidos cambios hormonales) y psíquicos (el procesamiento consciente de la maternidad como acto volitivo). Ésta es justamente la dialéctica que vive una mujer luego de dar a luz. Resultará entonces necesario poner en juego todas sus armas (las suyas personales tanto como las de su entorno) para sobrellevar de la mejor manera el puerperio temprano. Es en este proceso de adaptación constante en que surgirán los síntomas de maladaptación (la fatiga, la facilidad de llanto, la irritabilidad, la inestabilidad del humor). En este contexto, conceptualizamos al BM como al conjunto de dichas maladaptaciones que acontecen en los primeros días luego del nacimiento. Sin embargo, aquellas que no puedan (ya por sus condiciones propias como por las de su entorno familiar y/o social) sobrellevar los inconvenientes antes descritos se verán sumidas en un continuum de desorganización cuyo asentamiento finalmente se verá traducido en el desarrollo de problemas, dentro de los cuales por ejemplo la depresión postparto y los trastornos de ansiedad.<sup>2,28</sup>

En cuanto a las limitaciones del presente estudio se pueden mencionar la metodología seguida, la naturaleza transversal no permite un análisis de asociación a través del tiempo. La definición operacional del BM, así como el instrumento utilizado (EBML) pueden también ser motivo de discusión, aunque como muestran los hallazgos, el instrumento presentó una solidez estadística confiable que facilitó el análisis. Urgen nuevos estudios que repliquen/complementen la presente investigación; sea en relación al instrumento (EBML) como en relación al fenómeno del BM.

### Recomendaciones

El estudio se enmarcó en una nueva concepción del psiquismo humano como reflejo de toda la estructura de la salud personal y al mismo de las condiciones sociales en las que se desenvuelve la persona,<sup>29,30</sup> y por tanto en una concepción humanista del proceso perinatal, no desde una perspectiva de riesgo, sino desde su perspectiva de acto fisiológico humano y normal del desarrollo cuyas repercusiones van, a fin de cuentas, a reestructurar todos los niveles de la personalidad. Nuestro estudio contribuye al establecimiento de una psicoperinatología científica, ciencia que finalmente debe plantear los lineamientos que habrán de traducirse en medidas preventivas y políticas de salud pública encaminadas a encarar el estado actual de las cosas: el proceso perinatal como problema prioritario de salud pública. Considérese el desconocimiento de la sexualidad en la adolescencia, el número en crecimiento de embarazos a temprana edad, la prevalencia de embarazos no planificados, la prevalencia de maltrato durante el embarazo, la tasa de mortalidad materna y las complicaciones en el recién nacido, entre otros indicadores de gravedad de la situación.

A la luz de los resultados, urgen nuevos estudios que amplíen de una manera más profunda los aspectos relacionados a la salud mental materna teniendo en cuenta que el proceso perinatal es el inicio,

Contreras-Pulache H, et al. Blues Materno en puérperas de Lima Metropolitana y Callao: validación de un instrumento y factores asociados. Estudio multicéntrico en cinco hospitales, 2009.

acaso la eclosión de toda una amalgama de cambios concretos y perdurables. Perdurables por medio de la combinación dinámica del amor, la genética, las hormonas y la práctica social; toda una transformación comparable sólo con las que acompañan a la pubertad y la menopausia.<sup>31</sup> La maternidad debe valorarse como un evento en el desarrollo de la personalidad que conlleva a una consolidación de la identidad de género, del rol social de la familia

como organizadora de la espiritualidad humana, de la puesta en escena del aporte neto hacia la próxima generación.

Se sugieren abrir nuevas líneas de trabajo en el campo de la salud mental. Líneas de trabajo que permitan una mejor comprensión de la interacción entre los fenómenos mentales de la madre y los niveles de bienestar fetal.

\*\*\*\*\*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- PITT B. MATERNITY BLUES. *BR J PSYCHIATRY*. 1973 APR;122(569):431-3.
- RECK C, STEHLE E, REINIG K, MUNDT C. MATERNITY BLUES AS A PREDICTOR OF DSM-IV DEPRESSION AND ANXIETY DISORDERS IN THE FIRST THREE MONTHS POSTPARTUM. *JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS*. 2009 FEB;113(1-2):77-87.
- FERBER SG. THE NATURE OF TOUCH IN MOTHERS EXPERIENCING MATERNITY BLUES: THE CONTRIBUTION OF PARITY. *EARLY HUMAN DEVELOPMENT*. 2004 AUG;79(1):65-75.
- FERBER SG. "WITH SORROW YOU WILL HAVE SONS": THE CONSTRUCTIVE CONSEQUENCE OF MATERNITY BLUES. *PSYCHOANALYTIC REVIEW*. 2006 FEB;93(1):117-30.
- GONIDAKIS F, RABAVILAS AD, VARSOU E, KREATSAS G, CHRISTODOULOU GN. MATERNITY BLUES IN ATHENS, GREECE: A STUDY DURING THE FIRST 3 DAYS AFTER DELIVERY. *JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS*. 2007 APR;99(1-3):107-15.
- HANNAH D, LEE A, GLOVER V, SANDLER M. LINKS BETWEEN EARLY POST-PARTUM MOOD AND POSTNATAL DEPRESSION. *BR J PSYCHIATRY*. 1992;160:777-80.
- HENSAW C. MOOD DISTURBANCES IN THE EARLY PUERPERIUM: A REVIEW. *ARCH WOMENS MENT HEALTH*. 2003;6:S33-S42.
- NAGATA M, NAGAI Y, SOBAYAMA H, ANDO T, NISHIDE Y, HONJO S. MATERNITY BLUES AND ATTACHMENT TO CHILDREN IN MOTHERS OF FULL-TERM NORMAL INFANTS. *ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA*. 2000 MAR;101(3):209-17.
- O'HARA M, LEWIS D, WRIGHT E. PROSPECTIVE STUDY OF POSTPARTUM BLUES. *ARCH GEN PSYCHIATRY*. 1991;48:801-6.
- MOLONEY J. POST PARTUM DEPRESSION OR THIRD DAY DEPRESSION FOLLOWING CHILDBIRTH. *NEW ORLEANS CHILD PARENT DIGEST*. 1952;6:20-32.
- YALOM D, MOOS R, HAMBURG D. POSTPARTUM BLUES SYNDROME. *ARCH GEN PSYCHIATRY*. 1968;18(1):16-27.
- RAILTON I. THE USE OF CORTICOSTEROIDS IN POSTPARTUM DEPRESSION. *JOURNAL OF THE AMERICAN WOMEN'S ASSOCIATION*. 1961;16:450.
- SCLARE A. PSYCHIATRIC ASPECTS OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH. *PRACTITIONER*. 1955;175:146-54.
- BECK C. MATERNITY BLUES RESEARCH: A CRITICAL REVIEW. *ISSUES IN MENTAL HEALTH NURSING*. 1991 JUN-SEP;12(3):291-300.
- BECK C, REYNOLDS M, RUTOWSKI P. MATERNITY BLUES AND POSTPARTUM DEPRESSION. *J OBSTET GYNECOL NEONATAL NURS*. 1992 JUL-AUG;21(4):287-93.
- NOTT P, ARMITAGE C. HORMONAL CHANGES AND MOOD IN THE PUERPERIUM. *BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY*. 1976;128:379-83.
- BETALLELUZ J, QUIROZ R. SÍNDROME DE TRISTEZA POSPARTO HOSPITALARIO EN LA CIUDAD DEL CUSCO. *SITUA* 1997;5(8).
- HU FW, LEVY VA. THE MATERNITY BLUES AND HONG KONG CHINESE WOMEN: AN EXPLORATORY STUDY. *JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS*. 2003 JUL;75(2):197-203.
- NAPPI R, LUISI S, POLATTI F, FARINA C, GENAZZANI A. SERUM ALLOPREGNANOLONE IN WOMEN WITH POSTPARTUM BLUES. *OBST GYNAECOL*. 2001;97(1):77-80.
- ADEWUYA A. THE MATERNITY BLUES IN WESTERN NIGERIAN WOMEN: PREVALENCE AND RISK FACTORS. *AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*. 2005 OCT;193(4):1522-5.
- FAISAL-CURY A, MENEZES P, TEDESCO J, KAHALLE S, ZUGAIB M. MATERNITY "BLUES": PREVALENCE AND RISK FACTORS. *THE SPANISH JOURNAL OF PSYCHOLOGY*. 2008 NOV;11(2):593-9.
- ROHDE LA, BUSNELLO E, WOLF A, ZOMER A, SHANSIS F, MARTINS S, ET AL. MATERNITY BLUES IN BRAZILIAN WOMEN. *ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA*. 1997 MAR;95(3):231-5.
- EHLERT U, KIRSCHBAUM C, PIEDMONT E, HELHAMMER D. POSTPARTUM BLUES: SALIVARY CORTISOL AND PSYCHOLOGICAL FACTORS. *J PSYCHOSOM RES*. 1990;34(3):319-25.
- MURATA A, NADAOKA T, MORIOKA Y, OJII A, SAITO H. PREVALENCE AND BACKGROUND FACTORS OF MATERNITY BLUES. *GYNECOLOGIC AND OBSTETRIC INVESTIGATION*. 1998 AUG;46(2):99-104.
- KOHL C, HUBER R, KEMMLER G, NEURAUER G, FUCHS D, SÖLDER E, ET AL. MEASUREMENT OF TRYPTOPHAN, KYNURENINE AND NEOPTERIN IN WOMEN WITH AND WITHOUT POSTPARTUM BLUES. *JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS*. 2005;86(135-142).
- CONDON J, WATSON T. THE MATERNITY BLUES: EXPLORATION OF A PSYCHOLOGICAL HYPOTHESIS. *ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA*. 1987;76(2):164-71.
- GOLDSTEIN S. THE NATURE OF TOUCH IN MOTHERS EXPERIENCING MATERNITY BLUES: THE CONTRIBUTION OF PARITY. *EARLY HUMAN DEVELOPMENT*. 2004;79:65-75.
- WATANABE M, WADA K, SAKATA Y, ARATAKE Y, KATO N, OHTA H, ET AL. MATERNITY BLUES AS PREDICTOR OF POSTPARTUM DEPRESSION: A PROSPECTIVE COHORT STUDY AMONG JAPANESE WOMEN. *JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY*. 2008 SEP;29(3):206-12.
- ORTIZ P. INTRODUCCIÓN A UNA PSICOBIOLOGÍA DEL HOMBRE. LIMA, PERÚ: UNMSM; 2004.
- ORTIZ P. DESARROLLO FORMATIVO DE LA ACTIVIDAD PSÍQUICA PERSONAL. *PAEDIATRICA*. 2004;6(1).
- ELLISON K. EL CEREBRO DE MAMÁ: CÓMO LA MATERNIDAD ESTIMULA LA INTELIGENCIA. BARCELONA, ESPAÑA: DESTINO; 2007.
- LAM-FIGUEROA N, CONTRERAS-PULACHE H, MORI-QUISPE E, CUESTA-BARRIOS F. RESILIENCIA Y APOYO SOCIAL FRENTE A TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GESTANTES SOMETIDAS A VIOLENCIA DE GÉNERO. *REV PERU EPIDEMIOL*. 2008;12:1-8.
- LAM-FIGUEROA N, CONTRERAS-PULACHE H, MORI-QUISPE E, CUESTA-BARRIOS F, GUTIÉRREZ-VILLAFUERTE C, NEYRA-ZAPATA M, ET AL. COMPARACIÓN DE DOS CUESTIONARIOS AUTOAPLICABLES PARA LA DETECCIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN GESTANTES. *AN FAC MED*. 2009;70(1):28-32.
- LAM-FIGUEROA N, CONTRERAS-PULACHE H, MORI-QUISPE E, HINOSTROZA W, HINOSTROZA R, TORREJÓN E, ET AL. FACTORES PSICOSOCIALES Y DEPRESIÓN ANTENATAL EN MUJERES GESTANTES. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN TRES HOSPITALES DE LIMA, PERÚ. ABRIL A JUNIO DE 2008. *REV PERU EPIDEMIOL*. 2010;14(3):[8 p.].
- LAM-FIGUEROA N. ESTUDIO DEL SENTIMIENTO DE ESTIGMATIZACIÓN EN MADRES ADOLESCENTES DE LIMA METROPOLITANA. LIMA, PERÚ: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS; 2009.
- MORI-QUISPE E. FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y DEPRESIVA EN PUÉRPERAS DE LIMA METROPOLITANA. LIMA, PERÚ: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS; 2009.
- CRIFE S, SANCHEZ S, PERALES M, LAM N, GARCIA P, WILLIAMS M. ASSOCIATION OF INTIMATE PARTNER PHYSICAL AND SEXUAL VIOLENCE WITH UNINTENDED PREGNANCY AMONG PREGNANT WOMEN IN PERU. *INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNAECOLOGY AND OBSTETRICS*. 2008;100(2):104-8.
- OVIEDO H, CAMPO-ARIAS A. APROXIMACIÓN AL USO DEL COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH. *REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA*. 2005;34(4):572-80.
- BOUDOU F, WALBURG V, CHABROL H. RELATION ENTRE L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR DE L'ACCOUCHEMENT ET CELLE DU POSTPARTUM BLUES. *L'ENCÉPHALE*. 2007;33(5):805-10.
- CHABROL N, RUSIBANE S, SÉJOURNÉ N. PRÉVENTION DU BLUES DU POST-PARTUM: ÉTUDE PILOTE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE & FERTILITÉ. 2007;35(12):1242-4.
- MAÏNELLA E, CHABROL H. ÉTUDE DU LIEN ENTRE LE NIVEAU DE CONNAISSANCES DES MÈRES SUR LE BABY-BLUES ET L'INTENSITÉ DE SA SYMPTOMATOLOGIE. *JOURNAL DE THÉRAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE*. 2007;17(3):120-4.
- CAMPBELL J, JONES A, DIENEMANN J, KUB J, SCHOLLENBERGER J, O'CAMPO P. INTIMATE PARTNER VIOLENCE AND PHYSICAL HEALTH CONSEQUENCES. *ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE*. 2002;162(10):1157-63.
- DIENEMANN J, CAMPBELL J, LANDENBURGER K, CURRY M. THE DOMESTIC VIOLENCE SURVIVOR ASSESSMENT: A TOOL FOR COUNSELING WOMEN IN INTIMATE PARTNER VIOLENCE RELATIONSHIPS. *PATIENT EDUCATION AND COUNSELING*. 2002;46(3):221-8.
- TIWARI A, FONG D, CHAN K, LEUNG W, PARKER B, HO P. IDENTIFYING INTIMATE PARTNER VIOLENCE: COMPARING THE CHINESE ABUSE ASSESSMENT SCREEN WITH THE CHINESE REVISED CONFLICT TACTICS SCALES. *BJOG*. 2007;114(9):1065-71.
- WATTS C, ZIMMERMAN C. VIOLENCE AGAINST WOMEN: GLOBAL SCOPE AND MAGNITUDE. *LANCET*. 2002;359(9313):1232-7.
- RIVARA G, CABREJOS K, QUIÑONES E, RUIZ K, MIÑANO K, RUSCA F, ET AL. CONTACTO PIEL A PIEL INMEDIATO: EFECTO SOBRE EL ESTADO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN MATERNA POSPARTO Y SOBRE LA ADAPTABILIDAD NEONATAL HACIA LA LACTANCIA MATERNA PRECOZ. *REV PERU PEDIATR*. 2007;60(3).

## ABSTRACT

MATERNITY BLUES AMONG POSTPARTUM WOMEN OF LIMA METROPOLITANA AND CALLAO: VALIDATION OF AN INSTRUMENT AND ASSOCIATED FACTORS. MULTICENTER STUDY IN FIVE HOSPITALS, 2009

**Aim:** To validate an assessment tool for Mother Blues (MB) and evaluate biopsychosocial variables associated with MB, in postpartum mothers during the second day postpartum. **Methods:** A multicenter cross-sectional study in 5 hospitals in Lima Metropolitana and Callao. Cluster sample with a Neyman allocation consisted of 772 postpartum women. Informed consent approved by the Ethics Committee of the Maternal-Perinatal National Institute. Information was obtained by Lima Maternity Blues Scale (EMBL), review of medical records, self-report questionnaires and personal interview. Statistical analysis included univariate, bivariate and linear regression. Cronbach alpha EMBL: 0.86. **Results:** Mean MB scale punctuation was  $6.4 \pm 4.8$ . Associated variables were age, prenatal care, delivery, desired pregnancy, place of residence, social support (friends and family) and a history of abuse. Regression model explained 10% of the variability of the sample. EMBL scale had a high internal consistency. **Conclusions:** MB is a multifactorial entity with determining factor in its dynamics. In order to implement workshops to identify / control these factors, it is a pending task to establish appropriate guidelines for good adaptation of women in the early period of pregnancy.

**KEYWORDS:** Mother Blues, Postpartum women, Lima Maternity Blues Scale, EMBL.

