



USP
UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD DE CIENCIAS DE
LA SALUD
Escuela Profesional de
Psicología

**BLUES MATERNO EN PUERPERAS DEL CENTRO DE OBRAS
SOCIALES MATERNIDAD DE MARIA, CHIMBOTE, 2017**

Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología que presenta

la Bachiller:

CANDICE GERALDINE LOYAGA ALVAREZ

ASESORA: MG. ERICA MILLONES ALBA

CHIMBOTE- PERÚ

2017

PALABRAS CLAVES

Blues materno, tristeza puerperal, puérpera.

KEYWORDS

Maternal blues, puerperal sadness, puerperium.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi hija, porque más que una motivación en mi vida es mi inspiración de cada día ,a ella por recordarme el camino que debo seguir a base de mi esfuerzo y dedicación , a mis padres por su gran apoyo e importancia a cada paso de mi vida profesional.

Candice Loyaga A.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme destinado esta vida, por tener a mi familia unida y por las oportunidades que me brinda constantemente. A mis padres por apoyarme a continuar con mi carrera.

Así también agradezco de una manera muy especial a mí asesora Mg. Érica Millones Alva, por la comprensión, y brindarme los ánimos, y sentirme segura de mi trabajo.

Candice Loyaga A .

DERECHO DE AUTORÍA

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de los autores en el DECRETO LEGISLATIVO 822 de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, solo puede ser usado total o parcialmente por la universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes nuestra autorización correspondiente.

La Escuela Académico Profesional de Psicología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la universidad San Pedro ha tomado las preocupaciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación.

Candice Loyaga A.

PRESENTACIÓN

Dando cumplimiento al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro, tengo el agrado de presentar al jurado evaluador, la comunidad universitaria y la comunidad científica los resultados correspondientes a la investigación titulada Blues Materno en centro de obras sociales Maternidad de María, Chimbote 2017. El presente documento está estructurado de la siguiente manera: La introducción, donde se incluye los antecedentes y fundamentación científica, la justificación del estudio, el problema, el marco teórico-conceptual y los objetivos de la investigación. Los materiales y métodos, donde se describe el tipo y diseño de investigación, la población y muestra, las técnicas e instrumentos así como los procedimientos para la recolección de la información y protección de los derechos humanos. Los resultados, que incluye el análisis y discusión. Las conclusiones y recomendaciones; y finalmente las referencias bibliográficas y los apéndices.

El investigador y el equipo asesor apreciamos que los contenidos del trabajo sean bien recibidos por quienes están interesados en el tema.

INDICE DE CONTENIDOS

	i
Carátula	
Palabras clave	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Derecho de autoría	v
Presentación	vi
Índice de contenidos	vii
Índice de tablas	viii
Resumen	ix
Abstract	x
Introducción	
Antecedentes y fundamentación científica	11
Justificación de la investigación	12
Problema	13
Marco teórico	15
Objetivos	24
Material y métodos	
Tipo y diseño de investigación	25
Población y muestra	25
Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos	27
Procedimiento de la recolección de datos	28
Protección de los derechos humanos	29
Resultados	
Análisis	30
Discusión	39
Conclusiones y recomendaciones	46
Referencias bibliográficas	48
Apéndices	52

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Matriz de operacionalización de la variable principal.	22
Tabla 2	Variables de caracterización.	23
Tabla 3	Caracterización de la muestra.	27
Tabla 4	Nivel del blues materno de las puérperas atendidas en el centro de obras sociales Maternidad de María.	30
Tabla 5	Nivel de Blues Materno de puérperas atendidas, según características biológicas- edad.	31
Tabla 6	Nivel de Blues Materno en puérperas según, características sociodemográficas – ocupación.	32
Tabla 7	Nivel de Blues Materno en puérperas, según características sociodemográficas – grado de instrucción.	33
Tabla 8	Nivel de Blues Materno en puérperas, según características obstétricas – planificación de embarazo.	34
Tabla 9	Nivel de Blues Materno, según características obstétricas, según N° de embarazos.	35
Tabla 10	Nivel de Blues Materno en puérperas, según características obstétricas – tipo de parto.	36
Tabla 11	Nivel de Blues Materno en puérperas, según características psicológicas – violencia doméstica.	37
Tabla 12	Nivel de Blues Materno en puérperas, según características psicológicas - apoyo de la pareja.	38

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo describir el nivel de blues materno y sus características biológicas, socio demográficas, obstétricas y psicológicas en puérperas atendidas en un centro materno perinatal de Chimbote, 2017. Se desarrolló una investigación básica de nivel descriptivo y diseño no experimental de corte transversal. Se aplicó una encuesta voluntaria a 135 madres durante el 2 a 4 días de puerperio, cuyo parto fue atendido en el Centro de Obras Sociales Maternidad de María, durante el periodo marzo del 2017. El instrumento utilizado fue la Escala de Blues Materno de Lima (Coeficiente alfa de Cronbach de 0.86), la presente investigación toma como referencia una experiencia previa desarrollada en Lima metropolitana y el Callao, con la intención de aclarar la situación del BM a partir de la caracterización de este estado, así mismo validar un instrumento en nuestra realidad. Los resultados registran que el 51.9% de puérperas presenta un nivel moderado de blues materno, el 20.7% un nivel alto y el 27,4 un nivel bajo. En conclusión la población de puérperas evaluadas se encuentran en un nivel moderado de Blues Materno.

Palabras claves: Blues materno, tristeza puerperal, puérpera.

ABSTRACT

The study aimed to describe the level of maternal blues and their biological characteristics, obstetric, demographic and psychological partner in postpartum women attending a maternal perinatal center of Chimbote, 2017. A basic research of relational and non-experimental design of cross-section unfolded. A voluntary survey was applied to 135 mothers during the 2 to 4 days of puerperium, whose birth was attended in the Centre works social maternity of Mary, during the period March-April 2017. The instrument used was the scale of maternal Blues of Lima (0.86 Cronbach's alpha coefficient), this research referenced a previous experience developed in metropolitan Lima and Callao, with the intention of clarifying the situation of the World Bank from the characterization of this State, also validate an instrument in our reality. The results recorded to the 51.9% of postpartum women presents a moderate intensity of maternal blues, the 20.7% a high intensity and the 27.4 low-intensity. In conclusion the population evaluated postpartum women are in a moderate intensity of maternal Blues.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes y fundamentación teórica

Romero-Gutiérrez, Dueñas-de la Rosa, Regalado-Cedillo, Ponce-Ponce de León (2010) utilizando la Escala de Edimburgo en 1,134 mujeres diagnosticaron tristeza materna en 21 pacientes (1.3%). Los factores significativos relacionados con el estado de tristeza puerperal fueron: el antecedente de hijos muertos ($p < 0.002$), episodios de depresión ($p < 0.001$) y alteraciones en el sueño ($p < 0.003$). De las 21 pacientes con tristeza materna, tres eran primigestas. La escolaridad de las mujeres con tristeza fue 9.2 años. El promedio de embarazos de las mujeres con tristeza materna fue 2.7. En relación con la variable de si el embarazo fue planeado no hubo casos en las mujeres con tristeza (0.0%). Estos investigadores concluyen que la frecuencia de tristeza materna es baja en nuestra población. Los factores asociados con este padecimiento pueden identificarse durante el control prenatal para proporcionar atención especial a estas mujeres, y así prevenir las complicaciones resultantes.

Contreras-Pulache, Mori-Quispe, Lam-Figueroa, Quino Villanueva, Hinostroza-Camposano, Espinoza-Lecca, Gil-Guevara y Torrejón (2009), en su estudio multicéntrico en sobre Blues Materno en puérperas de Lima Metropolitana y Callao reportaron 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; $p < 0.001$). La muestra se caracterizó por ser 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 planificados. El BM es más prevalente en aquellas mujeres que dan a luz por vía vaginal.

Las bajas investigaciones en nuestro país, hacen de este tema muy poco conocido en la realidad, no se toma mucha importancia al estado de la madre en puerperio, lo cual se ven los efectos en la relación madre e hijo, causando un malestar emocional que puede ser temporal, que de quedarse podría causar problemas dentro de la familia.

Justificación de la investigación

El blues materno se concibe como una alteración del estado de ánimo, debida principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales. Éstos tienen una intensidad y duración variable (Medina-Serdán, 2013). Una inapropiada adaptación a la gestación y al nacimiento del nuevo ser condicionaría en la madre un estado emocional desequilibrado, caracterizado por tristeza, angustia y ansiedad que a la larga podría condicionar la instalación de la depresión postparto y serias complicaciones en la adaptación del recién nacido y la familia.

A pesar del reconocimiento del impacto que tiene el Blues Materno sobre la salud física y emocional de la madre, al igual que la del recién nacido y la pareja, produciendo inestabilidad en el entorno familiar y social de quien la padece, convirtiéndose actualmente en una de las complicación perinatales y problema de salud pública en el Perú, son escasas las investigaciones al respecto. Una limitación del estudio de la tristeza puerperal es su clara definición epidemiológica y la ausencia de instrumentos específicos para su medición y entendimiento.

Ante esta realidad, la presente investigación toma como referencia un estudio multicéntrico de caracterización del Blues Materno y validación de una escala para su medición, el cual recomienda desarrollar investigaciones en realidades distintas a Lima, esto contribuirá teóricamente en la identificación y caracterización epidemiológica de esta entidad médica y psicológica en Chimbote, contribuyendo a la estructuración conceptual del Blues Materno.

Teniendo en consideración que el Centro de Obras Sociales Maternidad de María es un centro de asistencia obstétrico-perinatal, donde se atienden alrededor de 1,500 partos anuales, donde se presta atención prenatal a toda la provincia del Santa y ante la ausencia de profesionales de la psicología, los resultados de la presente investigación contribuirán de manera práctica a la identificación de la presencia del Blues Materno en esta realidad, para así generar el espacio apropiado para la participación de los Psicólogos en el manejo terapéutico.

A nivel práctico, el reconocimiento de este fenómeno en nuestra realidad permitiría el trabajo interdisciplinario de los Psicólogos dentro de la maternidad aumentando el bienestar y la salud de la mujer, el bebé y la familia, fomentando las capacidades y habilidades y la autoestima de la mujer, así como tratar las dificultades que puedan surgir por el camino.

Por otro lado, metodológicamente se estaría posibilitando la adaptación e inclusión de nuevos instrumentos psicológicos para la práctica clínica. Finalmente, teniendo en cuenta las palabras de Michel Odent: *“para cambiar el mundo debemos cambiar la forma de nacer”*, la contribución social es inminente, ya que investigaciones como estas permitirían generar las bases para futuros estudios e intervenciones de manera holística en la promoción de la salud enfocado en el desarrollo de los niños y las familias futuras.

Problema

La ausencia de profesionales de la Psicología durante el periodo prenatal y el postnatal que acompañen a los Obstetras para la comprensión y participación del manejo de las distintas eventualidades psicológicas (emocionales, afectivas y conductuales) de las mujeres y sus hijos, propicio que recién a mediados del decenio de 1960 se identificó un tipo leve de depresión atípica que se manifiesta entre la primera y la segunda semana después del parto. Para diferenciarla de la depresión postparto se le denominó tristeza materna (Romero-Gutiérrez et al., 2010).

La evidencia científica internacional permite afirmar que el Blues Materno (BM) es una entidad nosológica que no solo dificulta la adaptación de la mujer a los requerimientos de su maternidad temprana sino que además constituye un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental posteriores, como trastornos de ansiedad y depresión postparto.

La prevalencia de la tristeza materna o Blues materno varía dependiendo de la población estudiada, por ejemplo en Japón se reporta una prevalencia de 15.3% (Murata, Nadaoka, Morioka y Oiji, 1998); mientras que en Europa, específicamente en Alemania recientemente se comunicó una prevalencia de 55.2% (Reck, Stehle, Reinig y Mundt, 2009). La mayoría de los investigadores concuerdan en que la TPP se puede presentar entre el 50 y 80% de las mujeres que han dado a luz (Medina-Serdán, 2013).

En el Perú, la salud mental de la mujer atraviesa el proceso de la maternidad necesita dilucidar muchos aspectos relacionados con la adaptación materna, la vinculación afectiva prenatal y estados psicológicos anormales. Según cifras del Ministerio de Salud aproximadamente un 60% de mujeres progresan a una forma más severa de depresión que requieren medicación y el asesoramiento especializado.

Sin embargo, la poca clara definición del problema y los escasos trabajos de investigación en el país conllevan a una preocupante situación actual en la que no se cuenta con una descripción epidemiológica clara, con una caracterización clínica insipiente y una pobre perspectiva de factor determinante del psiquismo materno y del desarrollo neonatal. Por otro lado, la diferencia en el manejo, calificación e interpretación de las pruebas e instrumentos que se utilizan para detectar y medir los trastornos del estado de ánimo y la poca experiencia metodológica para el abordaje del Blues materno, dificulta aún más su identificación y manejo apropiado (Almanza-Muñoz, Salas-Cruz, y Olivares-Morales, 2011).

Ante lo expuesto se plantea la siguiente interrogante de investigación: ¿Cómo se presenta el blues materno en puérperas atendidas en el Centro de Obras Sociales Maternidad María durante el periodo 2017?

Marco Teórico

Blues materno

Blues materno, se describe como una alteración del estado de ánimo, debida principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales. Esta alteración emocional que sufre la madre tiene una intensidad y duración variable, y suele aparecer entre los dos y cuatro días posteriores al parto (Contreras-Pulache, et al., 2009).

El Blues materno fue descrito como un fenómeno psicológico leve, banal, transitorio y sin importancia que acontece a ciertas mujeres luego del parto en el puerperio inmediato).

Ahora bien, a pesar de las primeras caracterizaciones del cuadro clínico aún no existe un consenso en la sociedad científica de su definición clínica. Se recomienda visualizar el blues materno como una etapa de transición (que usualmente consiente los primeros diez días) y no como una patología en sí, sino como la manifestación de las contradicciones que vive una mujer en el inicio de su maternidad (Contreras-Pulache, et al., 2009).

Visión psicosocial del Blues materno

Desde un punto de vista social y más allá de las cuestiones orgánicas y mentales, la madre y el padre son realidades sociales: tradición, cultura y economía. El éxito de la maternidad, en esta primera instancia, va a depender no solamente de la ausencia de enfermedad obstétrica, ni de la ausencia de desorden mental, sino ante todo, por sobre todo, y junto a todo lo anterior: del equilibrio a nivel social que viva la familia en formación, ya que dicho equilibrio es eminentemente económico, entonces es que el proceso del nacimiento de la vida humana permite reflejar las condiciones de un sistema social que la alberga, y que distingue al parto humano del parto del mamífero, del parto del primate (Contreras-Pulache, et al., 2009).

En este sentido, siempre, en mayor o menor medida, existirán disturbios, desequilibrios en el principio de la maternidad. Estas desavenencias que son vividas conscientemente por la madre, habrán de traducirse a nivel corporal (neuroendocrinoimmunológico) así como también a nivel mental (ya como sentimientos, pensamientos y conductas) (Contreras-Peluche, et al., 2009).

El Blues materno es el conjunto de dichos desequilibrios personales. Clínicamente, Reck et al citado por Contreras-Peluche, et al. (2009) afirman que el Blues materno está caracterizado por: infelicidad, tristeza, ansiedad, irritabilidad, inestabilidad del ánimo y fatiga.

Bajo esta perspectiva, dependerá de sus mecanismos personales de afronte, de resiliencia, de autoconfianza y de su experiencia; pero también, y sobre todo, del apoyo del entorno social (pareja, amigos y familia) y de los agentes de salud

(facilitadores de los saberes en el campo perinatal) para entender, sobrellevar y finalmente sobreponerse a las vicisitudes en esta etapa de transición. En todo caso, si dichas eventualidades se asientan en ella, producirán repercusiones negativas en la mujer, manifestándose entonces como trastornos en mediano y largo plazo (Contreras-Pulache, Mori-Quispe, y Lam-Figueroa, 2011).

Factores de riesgo asociados

Actualmente, no se ha determinado que exista una causa específica del Blues materno, únicamente se han encontrado factores de riesgo, entre ellos tenemos los siguientes:

Factores biológicos

Inmediatamente antes del parto, los niveles de estrógenos y de progesterona son unas 50 veces más altos que antes del embarazo. En el curso de pocos días estos niveles bajan bruscamente hasta los valores normales. Aquí los niveles de estrógenos y progesterona disminuyen rápidamente después de las 48 horas del parto, es probable que las mujeres que desarrollen algún trastorno posparto sean más sensibles a estos cambios.

Factores psicosociales

Presencia de episodios de depresión o síntomas depresivos durante el embarazo, así como de sucesos estresantes durante la gestación, especialmente durante el último mes. Se ha visto que las alteraciones del sueño, haber padecido un síndrome premenstrual, o el antecedente de hijos muertos, aumenta las posibilidades de que

aparezca (Carro García, T., Sierra Anzano, M., Hernández Gómez, J., Ladrón Oreno, L., y Ntolín Barrio, E.).

Factores estresantes

Problemas de pareja, falta de apoyo social, tener un aborto involuntario o muerte fetal, los cambios físicos, problemas económicos, embarazo no deseado.

Por otro lado, cambios en la autoestima, eventos estresantes durante el embarazo; tener un hijo del género femenino; terminación del embarazo por cesárea; sentimientos de depresión durante el mes previo al parto; ansiedad el día del nacimiento del niño; hipocondriasis; el tabaquismo son otros factores vinculados a la tristeza puerperal (Faisal-Cury, Menezes, Tedesco, y Kahalle, 2008).

Factores protectores

Apoyo de la Familia y Pareja

El apoyo familiar tomo mayor relevancia ya que de ello va a depender de que la madre retome la idea de seguir con su formación en su nueva familia. Las experiencias y sentimientos positivos de la madre durante el embarazo y el apoyo recibido por parte de sus familiares ayudan en su adaptación en la maternidad. De la misma manera el apoyo de la pareja parece ser decisivo en este periodo, ya que se relaciona significativamente con el bienestar psicológico de la madre, lo cual les hace sentir satisfechas proporcionándoles bajos niveles de ansiedad, depresión, y niveles más altos de autoestima.

Por estas razones, se recomienda informar a la madre, la pareja y los familiares acerca de la existencia de esta entidad clínica, especialmente sobre la diferencia con la Depresión Postparto. Se puede sugerir, también, que haya acompañamiento y apoyo familiar durante estos momentos, con el propósito de que la mujer pueda atravesar esta etapa con mayor facilidad. Es indispensable informar que el estado de tristeza postparto se debe primordialmente a los cambios hormonales, así como al ajuste familiar y social que enfrenta la madre. Así mismo, es preciso enfatizar que si los síntomas aumentan o no han desaparecido después de dos a tres semanas, se debe contactar a un profesional de la salud (Contreras-Peluche, et al., 2009).

El apoyo del entorno más cercano de la paciente es una pieza fundamental para el desarrollo de unas intervenciones efectivas, fundamentalmente el de la pareja. Los puntos de vista que posee la pareja sobre la maternidad están basados en los valores y opiniones dadas por la sociedad, la familia y amigos de su círculo vital, que representan influencias dominantes ante sus comportamientos y decisiones.

Puerperio / Etapas

Se define puerperio a la etapa biológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta y se considera que dura seis semanas o 42 días, aunque el la CIE-10 considera como período puerperal hasta seis semanas del postparto; sin embargo, la DSM-IV sólo hasta cuatro semanas postparto. Este periodo es de suma importancia desde el punto de vista educativo y preventivo, en el que se inician y desarrollan la adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno.

Etapas

El puerperio se divide en tres períodos sucesivos:

- ✓ **Puerperio inmediato:** Hace referencia a las primeras 24 horas postparto. En esta etapa la mujer, puede mostrarse cansada después del esfuerzo realizado en el parto. Transcurrido este tiempo sin problemas, se procede a trasladar a la mujer al servicio de puerperio, donde se reúne con su entorno personal.
- ✓ **Puerperio Mediato:** El puerperio mediato, va del 2 a los 10 días después del parto. Por lo general, en este período la madre y el bebé reciben el alta hospitalaria. El personal sanitario asesorará a la madre sobre las pautas que debe seguir en cuanto al cuidado del bebé, curar las posibles heridas del parto o los controles médicos que debe llevar tanto ella como su bebé. Pero además, en este período comienza la involución genital de la mujer, la aparición de los loquios, la subida de la leche materna y trastornos del sueño y cambio de humor.

Secreción láctea: Los senos comienzan a producir leche. Puede que la mujer sienta dolor, los pechos duros o venas del pecho más visible. Además, puede sentir un ligero malestar, sed, taquicardia y fiebre moderada.

Trastornos del sueño y cambio del humor: Estos síntomas son normales durante las primeras semanas y cuando se presentan de forma leve. Sin embargo, si se alargan en el tiempo (más de 15 días), son intensos e interfieren con el desarrollo normal de la vida en común con el bebé, se debe

consultar con un profesional, la madre puede presentar llanto, tristeza o aislamiento social, entre otros síntomas.

- ✓ **Puerperio tardío:** Abarca desde el día 11 aproximadamente hasta el 45 después del nacimiento del bebe, esta etapa comprende fin de la involución uterina, regreso de la menstruación, recupera el peso del útero antes del embarazo (aprox. 60 gramos).

Actualmente un número importante de estudios, revelan numerosos efectos asociados a la depresión materna después del post parto, estas investigaciones han encontrado efectos negativos a nivel de vinculo madre e hijo y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, cognitivos y conductuales.

Definición conceptual y operacional de las variables

Tabla 1. Matriz de operacionalización de la variable principal.

Variable	Definición conceptual	Indicador	Escala	Definición operacional
Blues materno	Conjunto de desequilibrios personales traducidos a nivel corporal (neuroendocrinoinmunológico) y a nivel mental (sentimientos, pensamientos y conductas); caracterizado por infelicidad, tristeza, ansiedad, irritabilidad, inestabilidad del ánimo y fatiga (Reck et al, 2009).	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	Ordinal	Niveles : <ul style="list-style-type: none"> • Bajo Sin alteración del estado de ánimo después del parto • Moderado Estados eventuales de inestabilidad del ánimo después del parto • Alto Estado continuo de inestabilidad del ánimo después del parto.

Tabla 2. Variables de caracterización

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Escala de medición	Definición operacional
Biológicas	Referida a la edad de las puérperas.	- Juventud	<ul style="list-style-type: none"> • Años cumplidos actuales • Años cumplidos al momento del embarazo 	Ordinal	Alternativa que selecciona la puérpera
Sociodemográficas	Referida a las características sociales, cultural y demográficas de las puérperas.	<ul style="list-style-type: none"> - Ocupación - Grado de instrucción 	<ul style="list-style-type: none"> • Empleada • Desempleada • Primaria • Secundaria • Técnico superior • Superior universitario • Ninguno 	Nominal	
Obstétricas	Referida a los antecedentes reproductivos y obstétricos de la mujer así como a su condición perinatal y la de su hijo.	- Planificación del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	
		- Paridad	<ul style="list-style-type: none"> • Número de gestaciones 	Nominal	
		- Tipo de parto	<ul style="list-style-type: none"> • Inducido • Espontáneo 	Nominal	
Psicológicas	Referida a los antecedentes de hábitos adictivos, violencia doméstica y al apoyo social (familiar, amical y de pareja)	- Violencia doméstica	<ul style="list-style-type: none"> • Agresiones físicas • Agresiones psicológicas • Ninguna 	Nominal	
		- Apoyo pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Buena • Mala 	Nominal	

OBJETIVOS

Objetivo general:

Describir el nivel de blues materno en puérperas atendidas en el Centro de Obras Sociales Maternidad María durante el periodo 2017.

Objetivos específicos:

- Caracterizar el blues materno en puérperas atendidas en el Centro de Obras Sociales Maternidad María según características biológicas (edad)
- Caracterizar el blues materno en puérperas atendidas en el Centro de Obras Sociales Maternidad María según características sociodemográficas (ocupación, grado de instrucción).
- Caracterizar el blues materno en puérperas atendidas en el Centro de Obras Sociales Maternidad María según características obstétricas (planificación de embarazo, número de paridad, tipo de parto).
- Caracterizar el blues materno en puérperas atendidas en el Centro de Obras Sociales Maternidad María según características psicológicas (violencia doméstica, apoyo de la pareja).

MATERIAL Y METODOS

Tipo y diseño de investigación

Investigación de tipo observacional, de nivel descriptivo y diseño transversal. Por sus características de intervención, el presente estudio es de tipo observacional; ya que, “no existe intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador” (Supo, 2012, p 1).

La intención es describir el fenómeno en una circunstancia temporal y geográfica determinada, a través de frecuencias y/o promedios, estimando parámetros con intervalos de confianza (Supo, 2012).

Población y Muestra

Población

La población estuvo conformada por las puérperas cuyos partos fueron atendidos en el COS Maternidad de María de Chimbote, durante el periodo de investigación del mes de marzo del 2017.

Es el conjunto de todas las unidades de estudio (sujetos u objetos) cuya característica observable o reacción que pueden expresar nos interesa estudiar. Las poblaciones deben situarse claramente en torno a sus características de contenido, lugar y tiempo a lo cual se le denomina *marco muestral*, indispensable en los estudios exploratorios y descriptivos (Supo, 2012)

La población estuvo conformada por 200 puérperas, de 20 a 40 años de edad.

Muestra

Para la selección de la muestra se utilizará el muestreo no probabilístico, estableciéndose una cuota y la selección de la unidad de análisis será accidental y por conveniencia, porque se requiere una cuidadosa y controlada elección de

los sujetos con las características especificadas en el planteamiento del problema (Supo, 2012).

La unidad de análisis está constituida por la puérpera que reúna los criterios de inclusión para el estudio. El proceso de selección de cada unidad de análisis se realizará dentro del ámbito del estudio.

Esta muestra ha sido recogida en el Centro de Obras Sociales de la Maternidad de María, que según sus políticas atienden a puérperas por parto normal (Natural)

Criterios de Inclusión.

- Mujer cuyo parto fue atendido en el COS Maternidad de María.
- Puérpera que cursa la etapa del puerperio mediato hospitalizada en el COS Maternidad de María.
- Mujeres en etapa de puerperio que accedieron de forma voluntaria a contestar la encuesta.

Criterios de exclusión.

- Mujeres con historial psiquiátrico .
- Personas con capacidades distintas y/o con dificultades para comunicarse.

Caracterización de la muestra

Tabla 3. Características sociodemográficas de las mujeres estudiadas.

Característica	f	%
Edad		
20 -24	105	84.0
25 - 39	30	16.0
Total	135	100.0
Ocupación		
Empleado	99	73.3
Desempleado	36	26.7
Total	135	100.0
Grado de instrucción		
Primaria	2	1.0
Secundaria	5	4.0
Técnico superior	33	25.0
Superior universitario	95	70.0
Total	135	100.0

Fuente. Elaboración propia

Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

TÉCNICA

La recolección de datos se realizó mediante el desarrollo de una encuesta a las púerperas que voluntariamente aceptaron participar de la investigación. La aplicación del formulario se realizará por la autora de la investigación.

INSTRUMENTOS:

El instrumento para la recolección de la información será la Escala del Blues Materno de Lima (EBML) diseñada y validada por Contreras – Pualache et al (2009).

La escala considera como puntos de corte para bajo, moderado y alto BM al quintil 1 y al quintil 5, asignando de 1 a 4 puntos.

La escala consta de 6 ítems referidos al estado de ánimo en el pos parto mediato (a partir del 2 día y antes de la semana) con una escala de respuestas de cuatro alternativas:

- No en absoluto.
- No muy a menudo
- Si, bastante a menudo
- Si, casi siempre.

Validez y Confiabilidad: El instrumento utilizado (EBML), presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0.86; con un rango de interrelación ítem-total de: 0.453 a 0.658 ($p < 0.001$). Al análisis dimensional, la EBML presentó una dimensión única que explicaba el 58.9% de la varianza. Del estudio psicométrico aplicado a la EBML se puede resaltar su consistencia teórica (factorial) y psicométrica, lo que constituye a la EBML como un cuestionario confiable, y posiblemente válido, para ser utilizados en la identificación de lo que pretende medir: Blues Materno.

Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se seguirá el siguiente procedimiento:

- a) Se presentó una carta a la persona encargada de recursos humanos de la institución solicitando las facilidades para la investigación, así mismo se solicitó su consentimiento informado.
- b) Se estableció la fecha, los horarios y se preparó el material que se realizó para la realización de la investigación.
Del proceso para la aplicación de la prueba:
- c) Se explicó la importancia de la investigación a las pacientes.
- d) Se aplicó la prueba, durante el periodo del mes de marzo en la Maternidad de María.

Una vez que se calificó las pruebas se organizó la información de la siguiente manera:

- Se codifico las pruebas.

- Se elaboró la matriz de datos en SPSS 21
- Se ingresó los datos al programa SPSS 21 y finalmente se realizó el análisis de datos.

Procedimiento y análisis de la información

Se utilizó el siguiente procedimiento:

- Se hizo uso del paquete estadístico SPSS 21 para WINDOWS , versión 21.0 , en español para realizar las siguientes actividades :
- Se diseñó una matriz de datos con la finalidad de hacer el conteo de respuestas dadas en los instrumentos.
- Se utilizó la estadística descriptiva (como frecuencias y porcentajes) para ello se utilizó el Software SPSS para Windows, versión 19.0.
- Se hizo uso de la tabla para la presentación de datos.

A partir de los resultados se realizó las interpretaciones y se orientó la discusión de los resultados.

Protección de los derechos humanos

Según el código de Ética del Psicólogo Peruano se hace referencia a los siguientes artículos:

Art.81. El investigador debe informar al participante de todas las características de investigación. El no revelar aquello que es pertinente añade peso a la responsabilidad del investigador, pues tiene obligación de proteger el bienestar y dignidad del participante.

Art 87. La información obtenida sobre los participantes de una investigación durante el curso de la misma es confidencial, a menos que haya habido un acuerdo contrario previo.

RESULTADOS

ANÁLISIS

Nivel general del Blues Materno

En la tabla 4 se observa de un total de 135 puérperas evaluadas el 51,9% alcanza nivel moderado de Blues materno, seguido por un nivel bajo y finalmente alta, con el 27,4 % y el 20,7% respectivamente.

Tabla 4. Nivel del blues materno de las puérperas atendidas en el Centro de Obras sociales Maternidad de María.

Nivel	f	%
Alto	28	20,7
Moderado	70	51,9
Bajo	37	27,4
Total	135	100,0

Fuente: Elaboración propia 2017

Nivel general del Blues Materno según características biológicas

En esta tabla se evidencia que tanto del grupo, de 20 a 24 años, y de 25 a 39 años tienen un nivel de moderado en características relacionados al blues materno como (cambio de estado de ánimo después del post parto). Mientras que hay un grupo de riesgo alto de padecer el post parto blues que es el 20 – 24 años.

Tabla 5. Nivel de blues materno en puérperas atendidas, según características biológicas- edad.

Edad	Nivel						Total	
	Alto		Moderado		Bajo			
	f	%	f	%	f	%	f	%
20 - 24 años	21	20,0	50	47,6	34	32,3	105	100,0
25 - 39 años	7	23,3	20	66,7	3	10,0	30	100,0
Total	28	20,7	70	51,9	37	27,4	135	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Nivel general del Blues Materno según características sociodemográficas

Del total de mujeres con empleo el 46.5% tienen nivel moderado y 22.2% nivel alto. Mientras que, 66.7% de mujeres sin empleo tienen nivel moderado y 16.7% alto.

Tabla 6: Nivel de blues materno en puérperas según, características sociodemográficas – ocupación.

Ocupación	Nivel						Total	
	Alto		Moderado		Bajo			
	f	%	f	%	f	%	f	%
Empleada	22	22,2	46	46,5	31	31,3	99	100,0
Desempleada	6	16,7	24	66,7	6	16,7	36	100,0
Total	28	20,7	70	51,9	37	27,4	135	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Las mujeres con educación básica tienen de moderada a alto nivel. Mientras que las mujeres con educación superior tienen un nivel de bajo a moderado.

Tabla 7. Nivel de blues materno en puérperas, según características sociodemográficas – grado de instrucción.

Grado de instrucción	Nivel						Total	
	Alto		Moderado		Bajo		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%
Primaria	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	100,0
Secundaria	3	60,0	2	40,0	0	0,0	5	100,0
Técnico superior	3	9,1	19	57,6	11	33,3	33	100,0
Superior universitario	21	22,1	48	50,5	26	27,4	95	100,0
Total	28	20,7	70	51,9	37	27,4	135	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Nivel general del Blues Materno según características obstétricas

Se observa de las puérperas que si planificaron su embarazo alcanzan un 48.1% moderado y el 21.3% alto. Mientras que, las que no planificaron un 66.7% moderado y 18.5% alto.

Tabla 8. Nivel de blues materno en puérperas, según características obstétricas – planificación de embarazo.

Planificación de embarazo	Nivel						Total	
	Alto		Moderado		Bajo		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Si	23	21.3	52	48.1	33	30.6	108	100,0
No	5	18,5	18	66,7	4	14,8	27	100,0
Total	28	20,7	70	51,9	37	27,4	135	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 50% de puérperas que tienen solo 3 hijos alcanzan un nivel bajo de blues materno es decir la proporción disminuye, mientras que las que tienen 1 hijo 54,4% la proporción es mayor.

Tabla 9: Nivel de blues materno en puérperas, según características obstétricas – N° de embarazos.

Número de embarazos	Nivel						Total	
	Alto		Moderado		Bajo			
	f	%	f	%	f	%	f	%
1	14	17,7	43	54,4	22	27,8	79	100,0
2	12	26,1	22	47,8	12	26,1	46	100,0
3	2	20,0	5	50,0	3	30,0	10	100,0
Total	28	20,7	70	51,9	37	27,4	135	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 48.6% de mujeres con parto inducido presenta nivel moderado y el 21.6% alto, mientras que el 55.7% de mujeres con parto espontáneo tiene nivel moderado y el 19,7% nivel alto.

Tabla 10: Nivel de blues materno en puérperas, según características obstétricas – tipo de parto.

Tipo de parto	Nivel						Total	
	Alto		Moderado		Bajo			
	f	%	f	%	f	%	f	%
Inducido	16	21.6	36	48.6	22	29.7	74	100,0
Espontaneo	12	19,7	34	55,7	15	24,6	61	100,0
Total	28	20,7	70	51,9	37	27,4	135	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Nivel general del Blues Materno según características psicológicas

El 66,7 % de puérperas evaluadas que sufren de violencia psicológicas, se encuentran en un nivel moderado de blues materno, y el 20% física.

Tabla 11: Nivel de blues materno en puérperas, según características psicológicas – violencia doméstica.

Violencia doméstica	Nivel						Total	
	Alto		Moderado		Bajo			
	f	%	f	%	f	%	f	%
Física	1	20,0	2	40,0	2	40,0	5	100,0
Psicológicas	1	33,3	2	66,7	0	0,0	3	100,0
Ninguna	26	20,5	66	52,0	35	27,6	127	100,0
Total	28	20,7	70	51,9	37	27,4	135	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 57,1% de puérperas que tienen una mala relación con su pareja alcanzan un nivel moderado de blues materno, el 51.6 % que tienen una buena relación un nivel moderado de blues materno.

Tabla 12: Nivel de blues materno en puérperas, según características psicológicas- apoyo de la pareja.

Apoyo de la pareja	Nivel						Total	
	Alto		Moderado		Bajo			
	f	%	f	%	f	%	f	%
Buena	27	21.1	66	51.6	35	27.3	128	100,0
Mala	1	14,3	4	57,1	2	28,6	7	100,0
Total	28	20,7	70	51,9	37	27,4	135	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2017.

DISCUSION

Blues materno

Analizando los resultados obtenidos, muestra que la mayoría de puérperas evaluadas alcanza un nivel moderado de blues materno (51.9%), esto significa que la mujer presenta estados eventuales de inestabilidad del ánimo después del parto caracterizándose como labilidad emocional ,irritabilidad , problemas de sueño , pérdida de apetito y ciertas dificultades para realizar la tareas en el hogar . Estas cifras son similares a lo publicado por Medina (2013) quien menciona que la tristeza post parto PTT, se puede presentar entre el 50 y 80 % de las mujeres que han dado a luz , al igual que Contreras – Pulache (2009), el 55.2% en el grupo de moderado BM, Romero, et al (2010), en tanto que en Alemania, alcanzó un 55.2%. Mientras que los puntajes altos de Blues Materno se alcanzó un 20.7%, datos similares obtuvo (Contreras – Pulache 2009), con un 18.8%, por su parte (Romero, et. al, 2011) refiere prevalencia en Japón con 15.3 % respectivamente.

Según (Medina 2013), estas madres que participaron en el estudio probablemente presenten factores de riesgo, produciéndose que sea más susceptible, puesto que el estado de tristeza postparto se debe a los cambios hormonales, asimismo el ajuste familiar y social que enfrenta la madre. Por lo tanto, se concuerda con lo mencionado por (Reck y cols 2009)en (Contreras, et. al, 2011), que una mujer con alto puntaje en la EBML, trae consigo el riesgo de no lograr el pleno desarrollo de su maternidad, lo cual podría originar otros problemas, como la infelicidad, baja estimulación del recién nacido, problemas tempranos en el establecimiento de la lactancia, estructuración deficiente de la pareja y por tanto de la futura familia; por

consiguiente, como consecuencia de todo ello, o junto a todo ello, la posibilidad de desarrollar alguna patología no sólo mental sino también orgánica en el mediano o largo plazo. Así mismo según los autores Wolff C, Valenzuela P, (2009) manifiestan que también existen factores personales que pudieran estar afectando el estado de ánimo de las puérperas destacan como factores de riesgo: la personalidad altamente neurótica, y la tendencia a la introversión.

Variables de caracterización

Biológica

En cuanto a las características biológicas las puérperas del grupo, de 20 a 24 años, tienen un nivel moderado lo cual significa que pueden tener un riesgo de padecer el blues materno como (cambio de estado de ánimo después del post parto). Mientras que hay un grupo de alto riesgo que es de 20.0 % donde se encuentran las puérperas de 25 – 39 años, de padecer el post parto blues. Estos datos se parecen a los mencionados por a Contreras- Pulache (2009) , donde su muestra se caracterizó por ser adultas jóvenes (26.7 años en promedio) , estos datos son explicados en la literatura donde refieren que las mujeres después de atravesar el periodo de post parto, piensan que nada va a cambiar en torno a su rutina más que en el aspecto físico , pero en la práctica se ha observado que los cambios hormonales que sucede después del parto probablemente juegan un papel importante, algunas de ellas van a ser más sensibles al cambio.

Y si a esto le sumamos el sueño interrumpido el bebé que no duerme ocho horas seguidas, sobre todo al principio, el desgaste fisiológico que representa amamantar y

el cambio en el ritmo de vida, el matrimonio y la vida familiar introducen mayor estrés en la vida de las mujeres, en particular de las mujeres jóvenes (25 a 45 años) y en algunos casos este estrés aumentado se traduce en un trastorno psicológico.

Puesto que la maternidad en jóvenes representa un alto riesgo, debido a que la mujer aún no ha consolidado su desarrollo físico y no se encuentra en las condiciones emocionales y económicas para formar una familia. Esto no solo afecta la vida personal y familiar de las mujeres, sino que también agudiza las condiciones de pobreza del grupo familiar. La falta de recursos económicos es un serio obstáculo para una adecuada atención y alimentación de la madre; la falta de oportunidades laborales y la nueva responsabilidad económica de la crianza del hijo.

Sociodemográfica

De acuerdo a las variables sociodemográficas, en la parte ocupacional las mujeres que se encuentran desempleadas tienen un 66.7% nivel moderado, y las mujeres con empleo alcanza un nivel alto con 46.5 %, datos similares tuvo Contreras – Pulache (2009), la prevalencia de desempleo fue de 79.8%. Según la literatura Padilla Carmona, M, (2002) en su publicación “Desarrollo Profesional Femenino“, hace mención que en la mayoría de mujeres su autoestima se verá aumentado cuando tienen un trabajo remunerado ya que, para algunas mujeres el empleo fuera del hogar parece brindar tipo de beneficios psicológicos, este beneficio se puede concretar cuando las mujeres eligen libremente el trabajo hará que este sea satisfactorio, más aun si reciben y cuentan con el apoyo de la familia y puedan hacer arreglos para el cuidado de los niños.

Pero es todo lo contrario para las mujeres que se encuentran desempleadas, el desarrollar las tareas domésticas, sumándole las presiones económicas y estar a la dependencia del ingreso del conyugue o esposo, les causa un estado de frustración al no sentirse realizadas y por ende a todo esto constituyen factores de riesgo para trastornos del ánimo.

Respecto al grado de instrucción, las púerperas con educación secundaria alcanzan un 60.0 % nivel alto, datos similares tuvo Contreras – Pulache (2009) donde más de la mitad de las madres (64.4%) refirió tener educación secundaria completa. Según los datos bibliográficos en Seva A. y Seva A. Jr. “Factores sociodemográficos generales y salud psíquica” (1994), el tener estudios universitarios protegería del desarrollo de depresión, las mujeres con dichos estudios precisaban menos consulta psiquiátrica tanto durante el embarazo como en el puerperio. Lo mismo señala (Gaza Ortiz de Urbina, Ana – 2016) en su publicación “Repercusión actual del embarazo y puerperio en la vida laboral de la mujer “, donde mayor nivel de estudio menor temor a comunicar el embarazo, mayor miedo a perder el trabajo, mayor miedo a verse perjudicada laboralmente tras petición de horas de lactancia.

Obstétrica

Dentro de las características obstétricas se observa de las puérperas que si planificaron su embarazo alcanzan un 48.1% nivel moderado y el 21.3% alto, mientras que, las que no planificaron un 66.7% nivel moderado y 18,5% alto, los embarazos no deseados se asocian con el aumento de trastornos depresivos en la fase inicial del embarazo, pero se atribuyen a una salud mental previa deficiente de la madre. En el embarazo planificado, la paridad, la experiencia con la atención del embarazo, y el antecedente de tener hijos muertos , muestra relaciones significativas con el blues materno; asimismo, la planificación del embarazo y el embarazo no planificado se asocia con el blues materno (Contreras, et al 2011).

Del número de embarazos, las puérperas que tienen un hijo alcanzan un 54.4 % nivel moderado. Esto sustentando por (Florenzano R., 2008), el nacimiento del primer hijo es también un momento decisivo en la relación de una pareja, que requiere de muchos ajustes, el romance y la diversión desaparecen a menudo ante el deber y las obligaciones como padres, lo niños pequeños exigen mucho tiempo y energía, lo cual puede dejar a los padres poco tiempo para dedicarse el uno al otro. Los nuevos padres en particular se preocupan por las emociones ambivalentes que sienten en ocasiones hacia su bebe. Todo esto puede incrementar a conflictos entre el desempeño profesional, esto en mujeres que han tenido una carrera activa fuera del hogar.

Entre la variable de tipo de parto estos resultados muestran que las mujeres que dan a luz por tipo de parto inducido alcanzan un 21.6% nivel alto de BM, tal como lo menciona Contreras, et al (2011) en la cual nos indica que el desarrollo del BM dependerá también de los agentes de salud (facilitadores de los saberes en el campo perinatal), que permiten entender, sobrellevar y finalmente sobreponerse a las vicisitudes en esta etapa de transición. En todo caso, si dichas eventualidades se asientan en la madre, producirán repercusiones negativas en la mujer, manifestándose entonces como experiencias en mediano y largo plazo.

Psicológica

En cuanto a la variable violencia domestica alcanza un nivel alto con 33.3 % en violencia psicológica, mientras que un 20.0 % en violencia física, según esto menciona, (JAMA – Revista Asociación Médica Estado Unidense), que la violencia doméstica durante el embarazo puede tener consecuencias psicológicas. La mujer embarazada y agredida por su pareja está en mayor riesgo de sufrir estrés, depresión y adicción al tabaco, el alcohol y las drogas, sumado todo esto pueden incluir la pérdida del interés de la madre en su salud y en la de su hijo, tanto durante el embarazo como después del parto. Además las consecuencias psicológicas a largo plazo de la violencia doméstica durante el embarazo pueden tener un efecto perjudicial severo en el desarrollo psicológico del niño, quien probablemente será testigo de violencia doméstica después de su nacimiento. Además, el hombre que golpea a su compañera probablemente también golpeará a sus hijos.

En cuanto de las características psicológicas apoyo por parte de la pareja, se encontró que hay un nivel moderado con un 57.7 % esto está apoyado por la literatura donde se encuentra en los trabajos de Contreras, et al (2011) el blues materno se asocia directamente con condiciones afectivas pobres antes del embarazo. Por ello consideran que el éxito de la maternidad dependerá de la cuestión mental y del equilibrio social que viva la puérpera en formación, así como en sus sentimientos, pensamientos y conductas, el desarrollo del BM dependerá, del apoyo del entorno social como la pareja, amigos y familiares.

Así como la mujer requiere de preparación, en el hombre también es necesaria, puesta que se encuentra en una situación nueva, que no sabe cómo gestionar, y su rol también ha cambiado. Después del parto empieza una nueva etapa en la que los miembros de la pareja se tienen que adaptar a un nuevo rol, el de padres. La mujer se suele centrar solo al recién nacido, olvidándose de sí misma, la relación de pareja queda en segundo plano.

Muchas parejas fijan sus objetivos finales en el parto y no están suficientemente preparadas para afrontar los cambios físicos, emocionales y relacionales que se producen inmediatamente después del nacimiento. La experiencia de ser padres es una oportunidad de crecimiento, teniendo en cuenta los aspectos físicos y psicológicos, para ayudar a que este tránsito sea más llevadero.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Ψ La mayor cantidad de puérperas presenta un nivel moderado de Blues Materno.
- Ψ El Blues Materno alcanza dentro de las características biológicas un nivel moderado.
- Ψ El Blues Materno alcanza dentro las características sociodemográficas un nivel moderado en el tipo de relación de pareja, ocupación, grado de instrucción.
- Ψ El Blues Materno alcanza dentro de las características obstétricas un nivel moderado en la planificación de embarazo, número de embarazos y tipo de parto.
- Ψ El Blues Materno alcanza dentro de las características psicológicas violencia doméstica y apoyo de la pareja, un nivel moderado.

RECOMENDACIONES

- Trabajar la psicoeducación en las puérperas, explicándole las características del blues materno y los cambios que se presentan.
- Potenciar la autoestima de estas puérperas.
- Trabajar terapia cognitiva – conductual.
- A los futuros investigadores, continuar en investigaciones futuras que pudieran completar los datos obtenidos, profundizando en aspectos como las condiciones laborales de las puérperas, agregar otras variables como personalidad de las puérperas.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora Mg. Erica Millones Alba por sus orientaciones metodológicas y apoyo incondicional.

Al personal del Centro de Obras Sociales Maternidad de María COS, por las facilidades otorgadas para la ejecución del presente estudio; y a todas aquellas mujeres por su gentil aportación.

A los docentes de la escuela de Psicología, Mg. Lily Padilla, Mg. Oscar Robles Villanueva por sus orientaciones en este el camino de la Investigación Científica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Almanza-Muñoz, J., Salas-Cruz, C., y Olivares-Morales, A. (2011). Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer. *Rev Sanid Milit Mex*, 65, 78-86.

Burt, Vivirn K, Hendrick, Victoria C. Manual clínico de salud mental. Barcelona, España: Ars Médica, 2007

Carro García, T., Sierra Anzano, M., Hernández Gómez, J., Ladrón Oreno, L., y Antolín Barrio, E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Rev. Med General y de Familia* 2000, 24,452, 56.

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

Contreras-Pulache, H., Mori-Quispe, E., Lam-Figueroa, N., Quino Villanueva, K., Hinostroza-Camposano, W., Espinoza-Lecca, E., et al. (2009). Blues Materno en puérperas de Lima Metropolitana y Callao: Validación de un instrumento y factores asociados. Estudio multicéntrico en cinco hospitales, 2009. *Rev. Peru. Epidemiol.*, 15 (1), 1-6.

Faisal-Cury, A., Menezes, P., Tedesco J., y Kahalle S. (2000) Blues Materno: prevalencia y factores de riesgo. *Span J Psychol*, 11, 93-599.

Florenzano R. *En el Camino de la Vida*. Chile: Editorial Universitaria, 1993.

Henshaw, C., Foreman, D., y Cox, J. (2004). Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 25, 267-272.

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

Martínez E, Toledo M, Pineda M, Monleon J, Ferrero J, Barreto MP. La depresión post parto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas. *Psicopatología y psicología clínica* 2001, 6(1), 37 – 48.

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

Padilla Carmona, M^a T.: Desarrollo profesional femenino: la identidad de la mujer en el mundo laboral. En E. Moreno y S. Villegas (Eds.). *Introducción a los estudios de la mujer. Una mirada desde las Ciencias Sociales* (pp. 73-95), 2002.

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

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

Lima da Motta CC, Ojeda Ocampo Moré CL. Enfermería y apoyo emocional: La perspectiva de la parturienta. *Revista de Psicología* 2006XV57-73. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26415103>. Fecha de consulta: 5 de marzo de 2015

Romero, A., y Carrillo, A. (2013). Alteraciones psiquiátricas en el postparto. *JANO: Medicina y Humanidades*. 63 (1449), 30-36.

Shibley, J. & DeLamater, J. (2006). *Sexualidad humana* [Traducido al español de Understanding human sexuality Copyright © MMVI]. México D.F, México: Editorial McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

Supo, J. (2012). *Seminarios de investigación científica*. México D.F.: Seminarios de Investigación.

Valenzuela, R. (2014). *Función sexual de trabajadoras en turno del sector salud*. (Trabajo de grado). Universidad de Concepción, Cocepción, Chile.

Vega, G., Flores, P., Ávila, J., Becerril, A., Vega, A., Camacho, N. et al (2014). Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 79 (2), 81-85.

World Association for Sexual Health. (2009). *Salud sexual para el milenio. Declaración y documento técnico*. Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud.

Wolff C, Valenzuela P, Esteffans K, Zapata D. *Depresión posparto en el embarazo adolescente: Análisis del problema y sus consecuencias*. *Rev. Chil Obstet Ginecol* 2009; 74(3): 151 – 158.

ANEXOS Y APENDICES

Anexo 01. Consentimiento informado

INFORMACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación científica de la Escuela Académico Profesional de Psicología de la Universidad San Pedro, tiene como finalidad describir las características de la tristeza por parto en un grupo de mujeres puérperas atendidas en el COS Maternidad de María de Chimbote. Para lo cual se aplicará una escala auto-diligenciada a las personas que voluntariamente lo acepten. Dicho cuestionario será anónimo para proteger la identidad del participante informante y se desarrollará dentro de un ambiente de respeto mutuo, confidencialidad y responsabilidad, con el compromiso de no utilizar esta información para otros fines que puedan perjudicar a los sujetos de estudio.

Cordialmente,

Candice Loyaga Alvarez

Investigadora responsable

Cualquier consulta, inquietud o comentario, sírvase llamar a los siguientes números:

Celular: 951550066

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

Yo, como sujeto de investigación, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, **EXPONGO:** Que he sido debidamente **INFORMADO/A** por los responsables de realizar la presente investigación científica titulada: **“Blues materno en púerperas del Centro de Obras Sociales Maternidad de María, Chimbote, 2017”**; y he recibido explicaciones, tanto verbales como escritas, sobre la naturaleza y propósitos de la investigación y también he tenido ocasión de aclarar las dudas que me han surgido.

Habiendo comprendido y estando satisfecho/a de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el mencionado trabajo de investigación, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que me sea realizada la encuesta. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento.

Y, para que así conste, firmo el presente documento.

Firma del Participante

Fecha: _____

Anexo 02. Instrumento

Formulario para investigación sobre Sexualidad

CÓDIGO:.....

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

Características biológicas

Edad:

Características sociodemográficas

Actualmente con pareja:

- (1) Si
- (2) No

Tipo de relación actual:

- (1) Casado/a
- (2) Conviviente
- (3) Noviazgo
- (4) Enamorado/a
- (5) Soltero/a

Ocupación:

- (1) Empleada
- (2) Desempleada
- (3) Empleadora

Grado de instrucción:

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

Características obstétricas

Su embarazo fue planificado:

- (1) Si
- (2) No

Paridad:

Número de embarazos:

Número de hijos vivos:

Número de abortos:

Número de hijos fallecidos:

Tiene control prenatal

- (1) Si
- (2) No

Controles prenatales:

Número de controles prenatales:

Lugar del control prenatal:

Profesional que realiza el control prenatal

- (1) Obstetra
- (2) Médico general
- (3) Médico Gineco-obstetra
- (4) Otro profesional:
- (5) Ninguna

Complicaciones obstétricas:

- (1) Hemorragias de la gestación
- (2) Enfermedad hipertensiva del embarazo
- (3) Infecciones
- (4) Otras:
- (5) Ninguna

Tipo de parto:

- (1) Inducido
- (2) Espontáneo

Contacto con el recién nacido:**Contacto piel a piel**

- (1) Sí
- (2) No

Características psicológicas**Hábitos nocivos:**

- (1) Alcoholismo
- (2) Uso de drogas ilegales
- (3) Uso de fármacos
- (4) Ninguno

Violencia doméstica:

- (1) Física
- (2) Sexuales
- (3) Psicológica
- (4) Ninguna

Apoyo social:**Relación con su familia de origen**

- (1) Buena
- (2) Mala

Relación con los amigos

- (1) Buena
- (2) Mala

Relación con su pareja

- (1) Buena
- (2) Mala

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

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

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