

# ARTÍCULO DE REVISIÓN

## REVIEW

### El Blues Materno. Contextualización, definición y presentación de un instrumento de evaluación

### Maternity Blues. Context, definition and presentation of an evaluation instrument

Hans Contreras-Pulache<sup>A</sup>, Elizabeth Mori-Quispe<sup>A</sup>, Nelly Lam-Figueroa<sup>B</sup>

#### RESUMEN

El Blues Materno (BM) es un fenómeno clínico ampliamente reconocido a nivel mundial. Sin embargo, a pesar del gran interés que han mostrado diversos investigadores en los últimos 50 años, no existe un consenso en definir exactamente en qué consiste el BM, ya desde una perspectiva teórica u operacional. Debido a esto, existe una gran cantidad de datos publicados que no pueden ser integrados en una teoría coherente sobre el BM que se traduzca en medidas de atención clínica o atención pública, incluso menos existe una comprensión del BM a la luz de la dinámica social particular que vive cada mujer embarazada. En la presente revisión, nos proponemos justamente caracterizar el proceso perinatal como un fenómeno social donde la madre no es un ente aislado sino un determinante (del desarrollo fetal) y un determinado (de sus relaciones sociales); en ese contexto, se plantea una definición del BM, tanto teórica como operacional, y se presenta un instrumento de evaluación: Escala del Blues Materno de Lima (EBML). Finalmente se delinearán futuras líneas de investigación en este campo.

**PALABRAS CLAVE:** Blues Materno, EBML

#### CONTEXTUALIZACIÓN del BLUES MATERNO

El Maternity Blues, en las presentes líneas llamado: Blues Materno (BM), fue descrito inicialmente como un fenómeno psicológico leve, banal, transitorio y sin importancia que acontece a ciertas mujeres luego del parto.<sup>1</sup> Esta connotación de benignidad, sin embargo, ha sido rebatida en el transcurrir de las dos últimas décadas donde se han realizado una serie de estudios (clínicos, bioquímicos y epidemiológicos) que han mostrado una nueva y preocupante perspectiva, en la cual las madres con BM presentan mayores probabilidades de desarrollar problemas mentales (trastornos de ansiedad y depresión postparto), presentar patrones de contacto e interacción maternofamiliar débiles y deficientes; así como también realidades biológicas particularmente riesgosas como mayores niveles de cortisol medidos en saliva.<sup>2-9</sup> Finalmente, se ha encontrado que la prevalencia de BM oscila entre un 40 a 60%.<sup>10-13</sup>

Ahora, si bien hay una amplia evidencia publicada, el mayor problema en el campo del BM es que aún no existe, metodológicamente hablando, un consenso en definir el BM ni tampoco existen criterios diagnósticos estandarizados.<sup>7,8,10,12,14-17</sup> Esta grave falencia, hace que no se puedan integrar los datos brindados por las investigaciones en un marco teórico multidisciplinario que permita por un lado, la mejor comprensión de la fenomenología del BM, y por otro un entendimiento que sea capaz de traducirse en intervenciones en salud; ya clínicas, sobre la madre específicamente, ya políticas, sobre el sistema de salud.

Desde nuestro particular punto de vista, creemos que el problema del BM va mucho más allá de la ausencia de un consenso en torno a su definición clínica; consideramos que el problema del BM radica en que no existe una definición de qué es la mujer, qué es la

maternidad, y sobre todo, cuáles son los determinantes sociales de la salud en general, y del proceso perinatal en particular. Conscientes de ello, a continuación nos proponemos esbozar un panorama en torno al embarazo y al proceso perinatal, en el cual trataremos de realizar una definición del BM.

#### DEFINICIÓN del BLUES MATERNO

El principio de la vida involucra una serie de realidades concretas: la planificación del embarazo, el acto sexual copulatorio, la expectación por los primeros signos fisiológicos, la aceptación del concebido en desarrollo, la adaptación a las manifestaciones orgánicas, la comunicación con amigos y familiares, el paulatino asentamiento de la maternidad y la paternidad como procesos sociales: tradicionales, culturales y económicos; en suma: la reorganización de toda la conciencia personal de una mujer que vive su maternidad y un hombre que asume, como un fenómeno eminentemente social, su paternidad. Hacia las últimas semanas del embarazo, acontece la gran transición: el proceso del parto. Frente a las incontables versiones folclóricas y tradicionales escuchadas y vistas, surge la posibilidad de una nueva versión de la historia, y esta versión propia, personal, se anuncia con las primeras contracciones uterinas. En este momento, el embarazo goza su más alto galardón de irremediable e impostergable esperanza. La experiencia del parto es única, y hay quien afirma, con razón, que el parto pone punto final

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

Correspondencia a Hans Contreras: c.i.anastomosis@gmail.com

Recibido el 3 de agosto de 2011.

Cita sugerida: Contreras H, Mori E, Lam N. El Blues Materno. Contextualización, Definición y Presentación de un Instrumento de Evaluación *Rev peru epidemiol* 2011;15(2) [3 pp.]

al acto sexual que dio motivo al inicio de la vida.<sup>18</sup> Sea cierto ello, pero más cierto es que el primer llanto coronará el relato. La calma posterior, seguida por la paz punzante de las mamas, los sorbos inconscientes de la primera lactancia, y con ella: la interacción maternofamiliar de la cual derivarán las motivaciones de los actos por venir.

De lo anterior decimos entonces que por encima de su cuestión orgánica y su cuestión mental, 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. 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 (neuroendocrino-inmunológico) así como también a nivel mental (ya como sentimientos, pensamientos y conductas). Lo que llamamos Blues Materno, entonces, es justamente el conjunto de dichos desequilibrios personales. Clínicamente, coincidimos con Reck y colaboradores que en una revisión reciente afirman que el BM está caracterizado por: infelicidad, tristeza, ansiedad, irritabilidad, inestabilidad del ánimo y fatiga.<sup>8</sup> Pero, ¿es el BM un problema de la madre solamente?, o acaso ¿es un desorden materno que afecta al recién nacido de modo directo o indirecto? No. Así como la persona es hechura de sus circunstancias,<sup>19</sup> el BM es justamente manifestación de cómo la mujer va traduciendo en ella (como psiquismo consciente) la transición que vive y que constituye la más alta circunstancia que le toca por experimentar: la maternidad.

Ahora bien, como manifestación de una etapa de transición (que usualmente consiente los primeros diez días), el BM debe ser considerado no como una patología en sí, sino como la manifestación de las contradicciones que vive una mujer en el inicio de su maternidad. 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.<sup>20,21</sup> En todo caso, dichas eventualidades se asientan en ella, producirán repercusiones negativas en la mujer, manifestándose entonces como trastornos en mediano y largo plazo.<sup>8,9</sup>

#### PRESENTACIÓN de un INSTRUMENTO de EVALUACIÓN

En un afán de comprensión, y por tanto de intervención, se diseñó un instrumento para evaluar el BM: Escala del Blues Materno de Lima (EBML). La EBML (Cuadro 1) consta de seis ítems con respuesta tipo Likert de cuatro opciones según frecuencia. La EBML ha sido validada en puerperas adultas, en un estudio multicéntrico que involucró un total de 772 puerperas de Lima y Callao.<sup>22</sup> También ha sido validada en puerperas adolescentes, en un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal que involucró 298 puerperas adolescentes.<sup>23</sup> En ambas investigaciones, se demostró que la EBML posee excelentes características psicométricas, siendo un instrumento válido para ser utilizado en razón de medir el BM. La característica principal de la escala es que arroja un puntaje continuo que permite identificar un mayor o menor riesgo, no es un instrumento de diagnóstico, ya que según nuestra definición, el BM no es una enfermedad en sí, un trastorno o una patología sino una

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	0	1	2	3
Me he sentido triste y desafortunada	0	1	2	3
Me he sentido ansiosa y preocupada sin motivo	0	1	2	3
Me siento muy irritable	0	1	2	3
Siento que mi humor cambia de manera frecuente con cualquier cosa	0	1	2	3
Me fatigo fácilmente con cualquier cosa	0	1	2	3

realidad que vive toda mujer. Urgen estudios longitudinales que evalúen la utilidad de la EBML a lo largo de los primeros días del puerperio, y posibles puntos de corte para considerar distinguir población en bajo riesgo o en alto riesgo. Por otro lado, creemos que estudios centrados en evaluar el valor predictivo de la EBML pueden ser interesantes desde un afán teórico, sin embargo desde una perspectiva práctica consideramos, más importante evaluar la asociación prospectiva entre el BM con alguna patología, con el afán de identificar a las mujeres en riesgo, es decir, aquellas que presentan problemas para adaptarse y sobrellevar las vicisitudes de su maternidad temprana, para, una vez identificadas, ver el mejor modo de intervenir en pro de dotarla de las capacidades necesarias para afrontar mejor su rol de madres. Aquí, serían de suma vitalidad e importancia estudios cualitativos que permitan conocer la experiencia personal del BM, así como también identificar aquellos factores que son pilares en el equilibrio temprano de la mujer.

Pero, ¿qué significa que una mujer tenga un alto puntaje en la EBML? ¿Qué quiere decir que está en riesgo? ¿En riesgo de qué, finalmente? Si nos guiáramos por el paradigma biomédico, centrado en el diagnóstico, y si consideráramos al BM como una entidad en sí, podríamos decir que la mujer está en riesgo de desarrollar BM. Ahora bien, si consideramos al BM como un estado intermedio, enunciativo de otro posterior, podríamos decir que la mujer está en riesgo de desarrollar un trastorno mental tipo trastorno de ansiedad o depresión mayor, o alguna otra entidad. Desde nuestro punto de vista, el BM no es ni un fin ni un medio, sino una realidad común a todas las mujeres; por tanto, debemos decir que una mujer, por ejemplo, con alto puntaje en la EBML se encuentra en riesgo de no lograr el pleno desarrollo de su maternidad, lo cual habrá de traducirse entre otros problemas en 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, y 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.

\*\*\*\*\*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PITT B. MATERNITY BLUES. BR J PSYCHIATRY. 1973 APR;122(569):431-3.
2. BECK C. MATERNITY BLUES RESEARCH: A CRITICAL REVIEW. ISSUES IN MENTAL HEALTH NURSING. 1991 JUN-SEP;12(3):291-300.
3. BECK C, REYNOLDS M, RUTOWSKI P. MATERNITY BLUES AND POSTPARTUM DEPRESSION. J OBSTET GYNECOL NEONATAL NURS. 1992 JUL-AUG;21(4):287-93.
4. EHLERT U, KIRSCHBAUM C, PIEDMONT E, HELLHAMMER D. POSTPARTUM BLUES: SALIVARY CORTISOL AND PSYCHOLOGICAL FACTORS. J PSYCHOSOM RES. 1990;34(3):319-25.
5. 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).
6. MURATA A, NADAOKA T, MORIOKA Y, OJI A, SAITO H. PREVALENCE AND BACKGROUND FACTORS OF MATERNITY BLUES. GYNECOLOGIC AND OBSTETRIC INVESTIGATION. 1998 AUG;46(2):99-104.
7. O'HARA M, LEWIS D, WRIGHT E. PROSPECTIVE STUDY OF POSTPARTUM BLUES. ARCH GEN PSYCHIATRY. 1991;48:801-6.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. HAU FW, LEVY VA. THE MATERNITY BLUES AND HONG KONG CHINESE WOMEN: AN EXPLORATORY STUDY. JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS. 2003 JUL;75(2):197-203.
12. 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.
13. NAPPI R, LUISI S, POLATTI F, FARINA C, GENAZZANI A. SERUM ALLOPREGNANOLONE IN WOMEN WITH POSTPARTUM BLUES. OBST GYNAECOL. 2001;97(1):77-80.
14. FERBER SG. THE NATURE OF TOUCH IN MOTHERS EXPERIENCING MATERNITY BLUES: THE CONTRIBUTION OF PARITY. EARLY HUMAN DEVELOPMENT. 2004 AUG;79(1):65-75.
15. FERBER SG. "WITH SORROW YOU WILL HAVE SONS": THE CONSTRUCTIVE CONSEQUENCE OF MATERNITY BLUES. PSYCHOANALYTIC REVIEW. 2006 FEB;93(1):117-30.
16. HANNAH D, LEE A, GLOVER V, SANDLER M. LINKS BETWEEN EARLY POST-PARTUM MOOD AND POSTNATAL DEPRESSION. BR J PSYCHIATRY. 1992;160:777-80.
17. HENSAW C. MOOD DISTURBANCES IN THE EARLY PUERPERIUM: A REVIEW. ARCH WOMENS MENT HEALTH. 2003;6:S33-S42.
18. PACHECO H, EDITOR. EL PARTO HUMANIZADO. CONGRESO INTERNACIONAL FELSECEM; 2009; LA PAZ, BOLIVIA.
19. ORTIZ P. INTRODUCCIÓN A UNA PSICOBIOLOGÍA DEL HOMBRE. LIMA, PERÚ: UNMSM; 2004.
20. ELLISON K. EL CEREBRO DE MAMÁ: CÓMO LA MATERNIDAD ESTIMULA LA INTELIGENCIA. BARCELONA, ESPAÑA: DESTINO; 2007.
21. 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.
22. CONTRERAS-PULACHE H, MORI-QUISPE E, LAM-FIGUEROA N, QUINO-VILLANUEVA K, HINOSTROZA-CAMPOSANO W, ESPINOZA-LECCA E, ET AL. BLUES MATERNO EN PUÉRPERAS DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO: VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO Y FACTORES ASOCIADOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN CINCO HOSPITALES, 2009. PSICOPERINATOLOGÍA LIMA, PERÚ: ARCHIVO ANASTOMOSIS; 2011.
23. CONTRERAS-PULACHE H, MORI-QUISPE E, LAM-FIGUEROA N, ESPINOZA-LECCA E, TORREJÓN-REYES E. BLUES MATERNO EN PUÉRPERAS ADOLESCENTES. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, 2010. PSICOPERINATOLOGÍA. LIMA, PERÚ: ARCHIVO ANASTOMOSIS; 2011.

## ABSTRACT

## MATERNITY BLUES. CONTEXT, DEFINITION AND PRESENTATION OF AN EVALUATION INSTRUMENT

Maternity Blues (MB) is a clinic phenomenon widely recognized worldwide. However, despite the great interest showed by various researchers over the past 50 years, there is no consensus on the exact definition of BM; from an operational and theoretical perspective. Because of this, there is a large amount of information cannot be integrated into a coherent theory about the BM to be translated into clinic or public health policies, there is even less understanding of BM in the context of the particular social dynamic that every pregnant women lives. In this review, we propose to characterize the perinatal process as a social phenomenon where the mother is not an isolated entity, but a determinant of the fetal development, and determined by their social relations, in this context, we propose a definition of BM, theoretically and operationally, we also present an assessment instrument: Lima Maternity Blues Scale (LMBS). Finally, we formulate future research directions in this field.

KEYWORDS: Maternity Blues, LMBS

