



Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados

Gustavo Romero-Gutiérrez,* Erika Marcela Dueñas-de la Rosa,** Claudia Araceli Regalado-Cedillo,***
Ana Lilia Ponce-Ponce de León****

Nivel de evidencia: II-3

RESUMEN

Antecedentes: durante el embarazo y el puerperio son frecuentes los cambios emocionales que pueden ocasionar sentimientos de tristeza, ansiedad o temor. En la mayoría de las mujeres, estos sentimientos denominados "tristeza materna" o *baby blues* desaparecen rápidamente, si no ocurre así o empeoran se catalogan como depresión postparto.

Objetivo: determinar la prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados.

Material y método: estudio transversal en el que se captaron mujeres durante el puerperio inmediato. Mediante interrogatorio directo se aplicó la escala de Edimburgo para determinar tristeza materna. Otros datos registrados fueron: edad, escolaridad, embarazos, hijos muertos, episodios de depresión, antecedentes de alteraciones del sueño y si el embarazo fue planeado. El análisis estadístico incluyó media aritmética, valores porcentuales, prueba de la ji al cuadrado y de la t de Student; y análisis de regresión logística para determinar los factores asociados con la tristeza materna. Se asignó un valor alfa de 0.05.

Resultados: de 1,134 mujeres, 21 (1.8%) tuvieron diagnóstico de tristeza materna. Los factores significativos relacionados con ésta fueron: el antecedente de hijos muertos, $p < 0.002$; episodios de depresión, $p < 0.001$; y alteraciones en el sueño, $p < 0.003$.

Conclusiones: 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.

Palabras clave: tristeza materna, depresión postparto, embarazo.

ABSTRACT

Background: Frequently occur emotional changes during pregnancy and postpartum. These changes can produce feelings of sadness, anxiety, or fear. In most women, these feelings called "maternity blues" or "baby blues" disappear quickly, if they do not disappear or worsen, they are catalogued as postpartum depression.

Objective: To determine the prevalence of maternity blues and the associated factors.

Material and method: In a cross-sectional study, women at immediate postpartum were recruited. It was applied face-to face the Edinburgh test for determining maternity blues. Other registered data were: maternal age, education level, parity, death sons, history of depressive episodes, sleeping disorders, and if the pregnancy was planned or unplanned. The statistical analysis included arithmetic mean, percentages, Chi², Student t test; and logistic regression analysis for determining the associated factors with the maternity blues. An alpha value was set at 0.05.

Results: Overall 1,134 women, 21 of them (1.8%) were diagnosed as maternity blues. The significant factors associated with maternity blues were: the history of death sons, $p < 0.002$; depressive episodes, $p < 0.001$; and sleeping disorders, $p < 0.003$.

Conclusion: The frequency of maternity blues is low in our population. The associated factors with this disease should be identified during antenatal care in order to offer special care to these women, in order to avoid the complications associated with this entity.

Key words: maternity blues, postpartum depression, pregnancy.

RÉSUMÉ

Antécédents: Au cours de la grossesse et après l'accouchement est commun changements émotionnels qui peuvent provoquer des sentiments de tristesse, d'anxiété ou de peur. Dans la plupart des femmes, ces sentiments appelée "baby blues" ou "blues Baby disparaissent rapidement, si elle n'est pas vraie ou pire encore, sont classés comme la dépression post-partum.

Objetif: déterminer la prévalence de la tristesse de la mère et facteurs associés.

Matériel et méthode: Cross-études transversales ont été recrutés pendant les femmes post-partum immédiat. Par l'examen direct du barème a été appliqué pour déterminer baby blues Edimbourg. D'autres données enregistrées sont: l'âge, l'éducation, les grossesses, les enfants morts, des épisodes de dépression, des antécédents de troubles du sommeil et si la grossesse était planifiée. L'analyse statistique comprenait que la moyenne arithmétique des valeurs en pourcentage, test de chi-carré et t de Student et l'analyse de régression logistique pour déterminer les facteurs associés avec le baby blues. A été attribuée une valeur alpha de 0,05.

Résultats: 1.134 femmes, 21 (1,8%) ont été diagnostiqués avec une profonde tristesse du sein. Facteurs importants qui s'y rapportent ont été: une histoire d'enfants morts, $p < 0,002$; épisodes de dépression, $p < 0,001$; et troubles du sommeil, $p < 0,003$.

Conclusions: La fréquence des baby blues est faible dans notre population. Les facteurs associés à cette condition ne peut être identifié au cours des soins prénatals pour leur apporter une attention particulière à ces femmes, à prévenir les complications qui en résultent.

Mots-clés: baby blues, dépression post-partum, la grossesse.

RESUMO

Antecedentes: Durante a gravidez e após o parto é comum as alterações emocionais que podem provocar sentimentos de tristeza, ansiedade ou medo. Na maioria das mulheres, estes sentimentos blues chamado "baby" ou blues "baby desaparecer rapidamente, se não é verdade ou, pior ainda são classificados como depressão pós-parto.

Objetivo: determinar a prevalência da tristeza materna e fatores associados.

Material e método: Cross-estudo transversal foram recrutados durante a mulheres pós-parto imediato. Pelo exame direto da escala foi aplicada para determinar baby blues Edimburgo. Outros dados registrados foram: idade, escolaridade, gravidez, crianças mortas, episódios de depressão, uma história de distúrbios do sono e se a gravidez foi planejada. Análise estatística, a média aritmética, valores percentuais, teste do qui-quadrado e t de Student e análise de regressão logística para determinar os fatores associados com o baby blues. Foi atribuído um valor alfa de 0,05.

Resultados: 1,134 mulheres, 21 (1.8%) foram diagnosticados com a tristeza do peito. Fatores significativos relacionados a ela foram: uma história de crianças mortas, $p < 0,002$; episódios de depressão, $p < 0,001$ e distúrbios do sono, $p < 0,003$.

Conclusões: A frequência de baby blues é baixa na nossa população. Fatores associados a esta condição pode ser identificada no pré-natal para prestar uma atenção especial a essas mulheres, para evitar as complicações decorrentes.

Palavras-chave: baby blues, depressão pós-parto, gravidez.

Aunque los obstetras están en contacto con diversos eventos psicológicos que afectan a las mujeres durante el periodo prenatal y el postparto, no fue sino hasta el decenio de 1960 cuando se identificó un tipo leve de depresión atípica¹ que se manifiesta entre la primera y la segunda semana después del parto. Para diferenciarla de la depresión postparto se le denominó tristeza materna.

La tristeza materna, también conocida como *maternity blues* o *baby blues*, se había considerado una complicación temporal y de evolución benigna. Sin embargo, la tristeza materna grave se identifica como un factor de riesgo asociado con la depresión postparto.² En un estudio prospectivo longitudinal realizado en Japón³ se concluyó que la tristeza materna es un fuerte predictor de depresión postparto, y se evidenció una correlación directa entre la gravedad de la tristeza materna y el riesgo de sufrir este

tipo de depresión. La prevalencia de la tristeza materna varía dependiendo de la población estudiada, por ejemplo, en Japón, Murata y col.⁴ refieren una prevalencia de 15.3%, en tanto que en Alemania, Reck y col.⁵ reportaron recientemente una prevalencia de 55.2%.

Los principales factores asociados con la tristeza materna son: internamientos previos, cambios en la autoestima y eventos estresantes durante el embarazo; tener un hijo del género femenino;⁶ terminación del embarazo por cesárea; sentimientos de depresión durante el mes previo al parto; ansiedad el día del nacimiento del niño; hipocondriasis;⁷ vivir en unión libre y el tabaquismo.⁸

Aunque la tristeza materna se considera un estado de depresión leve y pasajero, algunos estudios refieren que puede ser la primera etapa de un estado depresivo grave e incluso de psicosis puerperal.⁹ Debido a esta asociación clínica es necesario conocer la prevalencia de la tristeza materna en nuestro medio e identificar los factores relacionados.

En nuestro país no existen estudios que refieran la frecuencia de la tristeza materna ni sus factores asociados, por lo que se diseñó esta investigación.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal efectuado en el Hospital de Gineco-Pediatria núm. 48 del Instituto Mexicano del Seguro Social, León, Guanajuato. Las pacientes se captaron, previo consentimiento informado, mediante muestreo de

* Ginecoobstetra perinatólogo. Director de educación e investigación.

** Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.

*** Pasante de Psicología.

**** Maestría en Epidemiología y Administración en Salud. Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Gineco-Pediatria 48, León, Guanajuato. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia: Dr. Gustavo Romero Gutiérrez. UMAE. Hospital de Gineco-Pediatria 48, primer piso, Instituto Mexicano del Seguro Social. Fuego 216, colonia Jardines del Moral, CP 37160, León, Guanajuato. Correo electrónico: gustavo.romerog@imss.gob.mx
Recibido: julio, 2009. Aceptado: agosto, 2009

Este artículo debe citarse como: Romero-Gutiérrez G, Dueñas-de la Rosa EM, Regalado-Cedillo CA, Ponce-Ponce de León AL. Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78(1):53-57.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.nietoeditores.com.mx

casos consecutivos en el piso de hospitalización durante su puerperio inmediato ya fuera fisiológico o quirúrgico.

El criterio de inclusión fue tener recién nacido sano; no se incluyeron pacientes con feto muerto, con malformaciones congénitas, o bien que decidieron no participar. Los criterios de eliminación fueron: pacientes con datos incompletos o que durante el interrogatorio se rehusaron a contestar todas las preguntas.

Se realizó una entrevista mediante interrogatorio directo aplicada sólo por un investigador, para evitar discrepancia en la interpretación de las respuestas. En la hoja de recolección de datos se incluyeron: edad (en años), escolaridad (en años), embarazos, hijos muertos, episodios de depresión, antecedentes de alteraciones del sueño y si el embarazo fue planeado.

Para evaluar la tristeza materna se utilizó la escala de Edimburgo,¹⁰ validada para aplicarse en la población mexicana desde la semana cuatro hasta la semana 13 después del parto. La escala cuenta con 10 preguntas en las que se ofrecen cuatro posibles respuestas, y se da una puntuación de 0-3 para cada parámetro. Se toma como estado de tristeza materna una puntuación de 10 o mayor.

Los datos se anotaron en hojas especiales y se registraron en una base de datos para su tabulación y análisis. El análisis estadístico se realizó con media aritmética, valores porcentuales, y para comparar los grupos se utilizó ji al cuadrado y t de Student; y análisis de regresión logística para determinar los factores asociados con la tristeza materna. Se asignó un valor alfa de 0.05.

RESULTADOS

De un total de 1,134 mujeres entrevistadas, 21 (1.8%) tuvieron una puntuación mayor de 10 de la escala de Edimburgo, por lo tanto, cumplieron el criterio para diagnosticarse con tristeza materna.

En el análisis univariado el promedio de edad de las pacientes con tristeza materna fue 26.4 años y de las pacientes sanas fue 27.2, $p = 0.736$. De las 21 pacientes con tristeza materna, tres (100%) eran primigestas. La escolaridad de las mujeres con tristeza fue 9.2 años y de las mujeres sanas 8.5 años, $p = 0.262$. El promedio de embarazos de las mujeres con tristeza materna fue 2.7 y de las mujeres sanas 2.6, $p = 0.921$. (Cuadro 1)

El antecedente de haber tenido hijos muertos lo hubo en tres mujeres con tristeza materna (14.2%), y en 51 mujeres

Cuadro 1. Análisis univariado para comparar los factores entre los grupos

Variable	Casos (n = 21)	Sanas (n = 1,113)	P
Edad (media)	26.4	27.2	0.736
Escolaridad (media)	9.2	8.5	0.262
Embarazos (media)	2.7	2.6	0.921
Antecedente de hijos muertos	3 (14.2%)	51 (4.5%)	0.145
Episodios de depresión	7 (33.3%)	60 (5.3%)	0.001
Embarazo planeado	0 (0%)	34 (3.0%)	0.867
Alteraciones del sueño	10 (47.6%)	463 (41.5%)	0.741

sanas (4.5%), $p = 0.145$. Hubo siete mujeres con tristeza materna (33.3%), y 60 mujeres sanas (5.3%), $p = 0.001$ con antecedentes de episodios depresivos. En relación con la variable de si el embarazo fue planeado no hubo casos en las mujeres con tristeza (0.0%), y 34 en las mujeres sanas (3.0%), $p = 0.867$. Las alteraciones del sueño se observaron en 10 de las mujeres con tristeza (47.6%) y en 463 de las mujeres sanas (41.5%), $p = 0.741$. (Cuadro 1)

En el análisis multivariado de regresión logística que incluyó a las 1,134 mujeres, los factores analizados fueron: número de embarazos, antecedente de hijos muertos, episodios de depresión, embarazo planeado y alteraciones del sueño. La variable de desenlace fue la presencia de tristeza materna. Los factores significativos fueron: antecedente de hijos muertos ($p = 0.002$), episodios de depresión ($p = 0.001$) y alteraciones del sueño ($p = 0.003$). El coeficiente de determinación del modelo (r^2) fue 0.026, con un valor de $p = 0.001$. (Cuadro 2)

COMENTARIO

La prevalencia de tristeza materna en nuestras pacientes (1.8%) es baja comparada con la reportada prácticamente por la mayoría de los autores que refieren valores entre 15 a 55%;^{4,5} incluso en poblaciones asiáticas se reportan cifras de 44%.¹¹ Este hecho puede deberse a que la prueba para evaluar la tristeza materna se realizó en las primeras 12 horas del puerperio inmediato; y probablemente en este lapso la primera reacción de las mujeres ante el evento del parto es de alegría y felicidad, y no tienen sentimientos negativos que incluyan rasgos de depresión.

Cuadro 2. Análisis de regresión logística de las 1,134 mujeres para determinar la asociación entre los factores de riesgo y la presencia de tristeza materna

<i>Variable</i>	<i>Coefficiente de regresión</i>	<i>Error estándar</i>	χ^2	<i>P</i>
Embarazos	-0.0187	0.1634	0.01	0.908
Hijos muertos	1.6702	0.5599	8.90	0.002
Episodios de depresión	2.2279	0.5034	19.59	0.001
Embarazo planeado	0.4046	0.4591	0.78	0.378
Alteraciones del sueño	1.5130	0.5245	8.32	0.003

Resumen del modelo				
<i>F²</i>	<i>Grados de libertad</i>	χ^2	<i>P</i>	
0.026	6	30.38	0.001	

Sin embargo, las 21 pacientes que resultaron con tristeza materna están en muy alto riesgo de manifestar depresión postparto, y es recomendable realizar un seguimiento para evitar que tengan periodos más graves de ansiedad, baja autoestima y tristeza que puedan ser precursores de depresión postparto en el puerperio mediato.

De los factores de riesgo asociados con la tristeza materna, los episodios depresivos previos al parto fueron significativos en el análisis univariado y en el multivariado; este hallazgo concuerda con Gonidakis y col.⁷ que reportan sentimientos de depresión en el mes previo al parto. Este hecho resalta la importancia de la condición emocional de las mujeres antes del parto; durante el control prenatal pueden identificarse a mujeres con rasgos de baja autoestima, ansiedad y tristeza que predisponen a la tristeza materna y, en casos graves, depresión postparto.

Las alteraciones del sueño, variable significativa en los resultados, no se había reportado como factor de riesgo relacionado con la tristeza materna; sin embargo, los episodios estresantes durante el embarazo referidos por M'baílara y col.⁹ relacionados con la tristeza materna, pudieran ser precursores de las alteraciones del sueño y, en conjunto, producir un desequilibrio emocional que desencadene en último término la tristeza materna.

El antecedente de hijos muertos fue un factor significativo que no se ha referido previamente en la bibliografía, y que resalta la importancia de los eventos obstétricos previos que dejan una huella psicológica trascendental en los subsecuentes embarazos. Para tratar adecuadamente estas complicaciones, se sugiere la intervención de un equipo multidisciplinario coordinado por un psicólogo

y trabajadoras sociales que intervengan en la crisis y el duelo. De esta manera, la mujer podrá sobrellevar esta situación y reincorporarse lo más pronto posible a sus actividades cotidianas.

Es importante evaluar integralmente a las mujeres embarazadas durante el control prenatal para identificar tempranamente alteraciones psicológicas como: baja autoestima, ansiedad, altos niveles de estrés o trastornos del sueño que, en conjunto, tienden a manifestar tristeza materna en forma inicial y, en caso de ser muy grave y persistente, transformarse en depresión postparto.

La detección de la tristeza materna durante el puerperio inmediato puede ser una estrategia muy valiosa para identificar mujeres con riesgo de depresión postparto y, de esta manera, evitar que vivan con sufrimiento y miedo en forma silenciosa. El diagnóstico oportuno de la tristeza materna permitirá ofrecer a la madre un tratamiento temprano, lo que influirá favorablemente en la relación madre-hijo y evitará problemas emocionales a largo plazo para el niño.¹²

CONCLUSIONES

La frecuencia de tristeza materna en nuestro medio es menor que la reportada en la bibliografía internacional. Los factores asociados son el antecedente de hijos muertos, alteraciones en el sueño y episodios de depresión antes del parto. La identificación temprana y el tratamiento multidisciplinario oportuno de las mujeres con tristeza materna pueden evitar la depresión postparto o, incluso, cuadros más graves como la psicosis postparto.

REFERENCIAS

1. Fossey L, Papiernik E, Bydlowski M. Postpartum blues: a clinical syndrome and predictor of postnatal depression? *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1997;18:17-21.
2. Henshaw C, Foreman D, Cox J. Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004;25:267-272.
3. Watanabe M, Wada K, Sakata Y, Aratake Y, et al. Maternity blues as predictor of postpartum depression: a prospective cohort study among Japanese women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008;29:206-212.
4. Murata A, Nadaoka T, Morioka Y, Oiji A, et al. Prevalence and background factors of maternity blues. *Gynecol Obstet Invest* 1998;46:99-104.
5. 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. *J Affect Disord* 2009;113:77-87.
6. Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: prevalence and risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1522-1525.
7. Gonidakis F, Rabavilas AD, Varsou E, Kreatsas G, et al. Maternity blues in Athens, Greece: a study during the first 3 days after delivery. *J Affect Disord* 2007;99:107-115.
8. Faisal-Cury A, Menezes PR, Tedesco JJ, Kahalle S, et al. Maternity blues: prevalence and risk factors. *Span J Psychol* 2008;11:593-599.
9. M'bailara K, Swendsen J, Glatigny DE, Dallay D, et al. Baby blues: characterization and influence of psycho-social factors. *Encephale* 2005;31:331-336.
10. Alvarado EC, Sifuentes AA, Salas MC, Martínez GS. Validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in a population of puerperal women in Mexico. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006;2:33.
11. Hau FW, Levy VA. The maternity blues and Hong Kong Chinese women: an exploratory study. *J Affect Disord* 2003;75:197-203.
12. Beck CT. Postpartum depression: it isn't just the blues. *Am J Nurs* 2006;106:40-50.