REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana

Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de la ansiedad materna durante el puerperio inmediato en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el 2024.

Tesis presentada por los Bachilleres:

Llerena Ventura, Gabriela Yoseline

ORCID: 0009-0004-7759-2697

Rodriguez Quispe, Augusto Helud

ORCID: 0000-0003-0485-2326

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Alvarado Aco, Jose Eliseo

ORCID: 0000-0002-1675-972X

Arequipa - Perú

2025

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 14 de Febrero del 2025

Dictamen: 013767-C-EPMH-2025

Visto el borrador del expediente 013767, presentado por:

2018101062 - RODRIGUEZ QUISPE AUGUSTO HELUD
2018810272 - LLERENA VENTURA GABRIELA YOSELINE

Titulado:

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE HAMILTON MODIFICADA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ANSIEDAD MATERNA DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO EN EL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL 2024.

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

29220477 - LINARES MORANTE LUIS FERNANDO
DICTAMINADOR

29448066 - AGUILAR FLORES JULIO DAMIAN
DICTAMINADOR

29629971 - ALIAGA CAYO MIRIAM
DICTAMINADOR

Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de la ansiedad materna durante el puerperio inmediato en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el 2024.

INFORME DE ORIGINALIDAD

13%	14%	5%	9%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	4%
2	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	comego.org.mx Fuente de Internet	3%
4	medicosinternoshemil.blogspot.com Fuente de Internet	1%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
6	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Adtalem Global Education, Inc. Trabajo del estudiante	1%

Excluir citas	Apagado	Excluir coincidencias	< 1%
Excluir bibliografía	Apagado		

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

DEDICATORIA

A mi Padre Celestial y a mis padres Francisca y Jorge, por su amor, esfuerzo, apoyo y paciencia durante este camino, por creer en mi en los buenos y malos momentos y por aquellos cafés durante las madrugadas largas.

A Yohana por ser un ejemplo en mi vida desde sus 8 años, por su fuerza, dedicación, apoyo, por los consejos de vida y por ser la mejor hermana que pude haber pedido.

A mi mamita Haydee, por coincidir en este momento de mi vida con sus experiencias contadas, por ser la doctora que giraría mi internado, por la técnica del muñeco, su cariño, su tiempo y por el lazo que formamos juntas.

A mis amigos que me acompañaron en las dificultades y éxitos con risas y sarcasmo.

A mis maestros, por su tiempo, enseñanzas y consejos para ser una mejor persona y ejercer con bien mi profesión.

Gabriela Yoseline Llerena Ventura

Dedicado a mis padres Hilda y Henry, quienes, con su amor incondicional, esfuerzo y guía han sido la base de cada uno de mis logros, su ejemplo y sacrificio han sido mi mayor motivación para alcanzar esta meta.

A mi hermana mayor Naomi, a quien admiro profundamente por su fortaleza, sabiduría y determinación. Gracias por ser un modelo para seguir y por demostrarme que los sueños se alcanzan con perseverancia y valentía.

A mi hermanita menor Sofia, cuya ternura y alegría han llenado de luz los días más difíciles. Tu cariño me ha recordado siempre la importancia de mantener el corazón lleno de amor y esperanza.

Y a mis compañeros de internado del Hospital Rebagliati, con quienes compartí desafíos, aprendizajes y momentos inolvidables. Gracias por su apoyo.

Augusto Helud Rodríguez Quispe

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

AGRADECIMIENTOS

A Nuestro Padre Celestial por bendecir nuestros caminos con éxitos, fracasos, aprendizajes y paciencia para culminar una meta más en nuestras vidas.

Al Doctor Alvarado Aco José Eliseo nuestro asesor, gran maestro y persona.

A la Universidad Católica de Santa María.

A los grandes docentes con quienes tuvimos la oportunidad de ser testigos de su conocimiento y quienes nos compartieron sus experiencias de vida y laborales para nuestro crecimiento personal y profesional.

A nuestros amigos y a aquellas personas con las que pudimos coincidir en estos 7 años que estuvieron en los buenos y malos momentos haciendo más ligero el camino al final de nuestra meta.

Gracias.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

EPÍGRAFE

"Donde quiera que se ama el arte de la medicina, se ama también a la humanidad"

Hipócrates

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

RESUMEN

Introducción: Los trastornos mentales son una causa significativa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, con una prevalencia del 22.1% en situaciones de conflicto o emergencias, y trastornos de ansiedad que afectan al 21.7% de la población general. Dentro de estos, el trastorno de ansiedad generalizada es altamente prevalente, especialmente durante el embarazo y el posparto, con una tasa combinada del 22.9% de síntomas de ansiedad en mujeres gestantes.

Objetivo: Determinar los factores sociodemográficos, obstétricos y neonatales asociados al grado de ansiedad materna durante el puerperio inmediato en pacientes del Hospital Edgardo Rebagliati Martins durante el trimestre octubre-diciembre de 2024, evaluados mediante la escala de Hamilton modificada.

Materiales y Métodos: Se realizo una investigación transversal en el Servicio de Obstetricia del HNERM, ubicado en Lima con pacientes en puerperio inmediato (postparto o cesárea) hospitalizadas en el servicio de Obstetricia durante el trimestre Octubre-diciembre. Basada en una población de 997 pacientes, se calculó una muestra de 213 participantes con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. A quienes se les aplico Escala de Hamilton modificada, fichas de recolección de datos, y análisis estadístico mediante Excel y STATA v18 a mujeres de 18 a 50 años en puerperio inmediato atendidas en el hospital. Los datos fueron obtenidos de historias clínicas y sistematizados en una matriz electrónica. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y correlacional para identificar características sociodemográficas, clínicas y neonatales. Posteriormente, se aplicó regresión logística para identificar factores asociados con la ansiedad, evaluando variables como ocupación, controles prenatales y patologías obstétricas. Se obtuvo consentimiento informado de las pacientes, garantizando la confidencialidad de los datos, usados exclusivamente para los fines de la investigación. La investigación fue autofinanciada, utilizando herramientas como Excel y STATA para análisis. El estudio permite comprender los factores asociados a la ansiedad materna y su impacto en complicaciones obstétricas y neonatales, contribuyendo al diseño de intervenciones preventivas y terapéuticas.

Resultados: De 213 pacientes, el 81.70% presentó ansiedad, dividida en 40.85% con ansiedad leve y 40.85% con ansiedad severa. El 18.30% no mostró ansiedad. Dentro de los factores asociados y significativos la mayor cantidad de controles prenatales (p=0.01), ser primeriza (p=0.024), ser ama de casa (p=0.023) y los No significativos se obtuvo que la procedencia de provincia (p=0.066), escolaridad, estado civil, psicoprofilaxis, edad, ejercicio, embarazo planificado y vía de parto (p>0.05). La mayor frecuencia de amenaza de aborto en pacientes con ansiedad (39.16% vs. 27.66%, p=0.008), la anemia, preeclampsia, amenaza de parto prematuro y otras condiciones como RCIU, RPM, oligohidramnios y colestasis gestacional (p>0.05). Dentro de morbilidad neonatal las más frecuentes en madres con ansiedad son sepsis neonatal (14.37%) y bajo peso al nacer (6.32%). y dentro de las no significativas se encuentran las patologías neonatales, como sepsis y bajo peso al nacer, no mostraron asociación estadísticamente significativa con la ansiedad materna (p>0.05).

Conclusiones: El 81.70% de las pacientes en el puerperio inmediato presentó ansiedad, con un 40.85% de ansiedad leve y otro 40.85% de ansiedad severa, lo que destaca la necesidad de detectar y tratar la ansiedad tempranamente. La ansiedad fue más frecuente en primerizas (p=0.024) y amas de casa (p=0.023), y se asoció con más controles prenatales (p=0.01). La amenaza de aborto fue la única patología obstétrica asociada significativamente con ansiedad

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

(p=0.008). No se encontraron asociaciones significativas entre otras complicaciones obstétricas y neonatales con ansiedad. Estos resultados subrayan la importancia de implementar programas de apoyo psicológico, especialmente para mujeres primerizas y amas de casa, y sugieren que la ansiedad afecta más al bienestar materno que a los resultados neonatales

Palabras clave: Ansiedad, puerperio inmediato, Escala de Ansiedad de Hamilton.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ABSTRACT

Introduction: Mental disorders are a significant cause of morbidity and mortality worldwide, with a prevalence of 22.1% in conflict or emergency situations, and anxiety disorders affecting 21.7% of the general population. Among these, generalized anxiety disorder is highly prevalent, especially during pregnancy and the postpartum period, with a combined rate of 22.9% of anxiety symptoms in pregnant women.

Objective: To determine the sociodemographic, obstetric and neonatal factors associated with the degree of maternal anxiety during the immediate puerperium in patients at the Edgardo Rebagliati Martins Hospital during the October-December 2024 trimester, evaluated using the modified Hamilton scale.

Materials and Methods: A cross-sectional study was conducted in the Obstetrics Service of HNERM, located in Lima with patients in the immediate postpartum period (postpartum or cesarean section) hospitalized in the Obstetrics Service during the October-December quarter. Based on a population of 997 patients, a sample of 213 participants was calculated with a confidence level of 95% and a margin of error of 5%. The modified Hamilton Scale, data collection forms, and statistical analysis using Excel and STATA v18 were applied to women aged 18 to 50 years in the immediate postpartum period treated at the hospital. The data were obtained from medical records and systematized in an electronic matrix. A descriptive statistical analysis was performed to identify sociodemographic, clinical, and neonatal characteristics. Subsequently, logistic regression was applied to identify factors associated with anxiety, evaluating variables such as occupation, prenatal check-ups, and obstetric pathologies. Informed consent was obtained from the patients, guaranteeing the confidentiality of the data, used exclusively for the purposes of the research. The research was self-financed, using tools such as Excel and STATA for analysis. The study allows us to understand the factors associated with maternal anxiety and its impact on obstetric and neonatal complications, contributing to the design of preventive and therapeutic interventions.

Results: Of 213 patients, 81.70% presented anxiety, divided into 40.85% with mild anxiety and 40.85% with severe anxiety. 18.30% did not show anxiety. Among the associated and significant factors were the highest number of prenatal check-ups (p=0.01), being a first-time mother (p=0.024), being a housewife (p=0.023) and the non-significant factors were the province of origin (p=0.066), education, marital status, psychoprophylaxis, age, exercise, planned pregnancy and delivery route (p>0.05). The highest frequency of threatened abortion in patients with anxiety (39.16% vs. 27.66%, p=0.008) anemia, preeclampsia, threatened premature delivery and other conditions such as IUGR, PROM, oligohydramnios and gestational cholestasis (p>0.05). Within neonatal morbidity, the most frequent in mothers with anxiety are neonatal sepsis (14.37%) and low birth weight (6.32%). Within the non-significant are neonatal pathologies, such as sepsis and low birth weight, did not show a statistically significant association with maternal anxiety (p>0.05).

Conclusions: 81.70% of patients in the immediate postpartum period presented anxiety, with 40.85% mild anxiety and another 40.85% severe anxiety, which highlights the need to detect and treat anxiety early. Anxiety was more frequent in first-time mothers (p=0.024) and housewives (p=0.023) and was associated with more prenatal check-ups (p=0.01). Threatened abortion was the only obstetric pathology significantly associated with anxiety (p=0.008). No significant associations were found between other obstetric and neonatal complications and

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

anxiety. These results underline the importance of implementing psychological support programs, especially for first-time mothers and housewives, and suggest that anxiety affects maternal well-being more than neonatal outcomes

Keywords: Anxiety, immediate postpartum period, Hamilton Anxiety Scale

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ÍNDICE

DEDICATORIA
AGRADECIMIENTOS
EPÍGRAFE
RESUMEN
ABSTRACT
INTRODUCCIÓN 1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO 4
1. Problema de Investigación 5
1.1. Enunciado del problema 5
1.2. Descripción del problema 5
1.3. Justificación 7
2. OBJETIVOS 8
2.1. Objetivo general 8
2.2. Objetivos específicos 8
3. MARCO TEÓRICO 8
3.1. Ansiedad y su relevancia de diagnóstico en el puerperio inmediato 8
3.2. Análisis de Antecedentes Investigativos 21
4. HIPÓTESIS 23
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL 24
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN 25
1.1. Técnica 25
1.2. Instrumento 25
1.3. Materiales 25
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN 25
2.1. Ámbito 25
2.2. Unidades de estudio 25
2.3. Temporalidad 26
2.4. Ubicación espacial 26
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS 26
3.1. Organización 26
3.2. Recursos 27
3.3. Validación de los instrumentos 27
3.4. Criterios para manejo de resultados 27
CAPITULO III: RESULTADOS 29

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS 30
CAPITULO IV: DISCUSIÓN 36
DISCUSIÓN 37
CONCLUSIONES 38
RECOMENDACIONES 39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 40
ANEXOS 43
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO 44
ANEXO 2 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS. 45
ANEXO 3 ESCALA DE HAMILTON MODIFICADA. 46
ANEXO 4 DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM. 47
ANEXO 5 DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM. 49
ANEXO 6: MATRIZ DE DATOS 50
ANEXO 7: PROYECTO DE TESIS 51

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ÍNDICE DE TABLAS.

TABLA 1 PREVALENCIA DE ANSIEDAD EN PACIENTES QUE CURSAN EL PUERPERIO INMEDIATO DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL TRIMESTRE DE OCTUBRE-DICIEMBRE DEL 2024. 30

TABLA 2 GRADO DE ANSIEDAD EN PACIENTES QUE CURSAN EL PUERPERIO INMEDIATO DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL TRIMESTRE DE OCTUBRE-DICIEMBRE DEL 2024. 30

TABLA 3 ANALISIS DE REGRESIÓN LOGISTICA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS ASOCIADAS CON ANSIEDAD. 31

TABLA 4 ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DE PRINCIPALES PATOLOGIAS OBSTETRICAS ASOCIADAS CON ANSIEDAD 32

TABLA 5 ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGISTICA DE VARIABLES DE PRINCIPALES PATOLOGÍAS OBSTETRICAS ASOCIADAS CON ANSIEDAD.....33

TABLA 6 ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DE PRINCIPALES CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD NEONATAL ASOCIADAS CON ANSIEDAD.....34

TABLA 7 ANALISIS DE REGRESIÓN LOGISTICA DE PRINCIPALES CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD NEONATAL ASOCIADAS CON ANSIEDAD.....35

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ÍNDICE DE GRÁFICOS.

GRÁFICO 1: DIAGRAMA CIRCULAR. GRADO DE ANSIEDAD EN PACIENTES QUE CURSAN EL PUERPERIO INMEDIATO DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL TRIMESTRE DE OCTUBRE-DICIEMBRE DEL 2024. 30

GRÁFICO 2: DIAGRAMA DE BARRAS AGRUPADAS. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DE PRINCIPALES PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS ASOCIADAS CON ANSIEDAD. 32

GRÁFICO 3 DIAGRAMA DE BARRAS AGRUPADAS. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DE PRINCIPALES CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD NEONATAL ASOCIADAS CON ANSIEDAD. 34

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales representan una causa significativa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Según las nuevas estimaciones de la Organización Mundial de Salud (1), la prevalencia de los trastornos mentales en situaciones afectadas por conflicto o emergencias sanitarias alcanzan alrededor del 22.1% y solo los trastornos de ansiedad afectaron al 21.7% de la población general. Como se observa, los trastornos mentales representan una carga significativa en las poblaciones afectadas por conflictos o estados de estrés, las cuales requieren apoyo y el imperativo humanitario de aliviar el sufrimiento. En ese sentido, es crucial implementar con urgencia intervenciones de salud mental escalables para enfrentar esta problemática.

Uno de los trastornos mentales con cifras más altas es el trastorno de ansiedad generalizada (8,5%-9,5%), el cual puede presentarse durante el embarazo o en el primer año posparto, e incluso involucra trastornos de salud mental que aparecen antes del embarazo. En esa línea, un estudio publicado por la sociedad de psiquiatría (2) analiza la prevalencia de los trastornos de ansiedad durante el embarazo y el posparto. Este indica que 1 de cada 5 mujeres de una muestra típica cumple los criterios de diagnóstico de al menos un trastorno. Así, la prevalencia combinada durante el embarazo es de 22,9 % para los síntomas de ansiedad (3). Estos hallazgos resaltan la necesidad de detección, educación y derivación de casos de ansiedad en los ámbitos de obstetricia y ginecología (2 y 4).

Particularmente, la literatura muestra que existe una mayor prevalencia de estos trastornos en países en vía de desarrollo. Un estudio realizado en Centro América encontró una prevalencia de depresión y ansiedad de 41% y 57%, respectivamente, en mujeres gestantes en Nicaragua frente a otros estudios a nivel global (5). La evidencia en Perú es escasa, sin embargo, una investigación realizada en el Instituto Nacional Materno Perinatal demostró que la prevalencia de depresión en gestantes era de 40.1% (6). Otro estudio posterior mostró que la prevalencia de depresión y ansiedad fue de 82.8% y 68.9 %, respectivamente; mientras que, la frecuencia estimada de riesgo de depresión en las pacientes gestantes fue 30.56% (7). En cuanto a la frecuencia determinada por trimestre gestacional se obtuvo que el 54.55% de las embarazadas con riesgo de depresión se encontraban en el segundo trimestre (8).

A pesar de contar con enfoques eficaces para la detección y el tratamiento, los trastornos de salud mental perinatal siguen siendo poco reconocidos y tratados. La falta de tratamiento adecuado conlleva efectos perjudiciales tanto a corto como a largo plazo, los cuales pueden reducirse con una intervención oportuna, especialmente si se inicia de manera temprana. Además de los impactos significativos en la salud mental y la calidad de vida de la persona en etapa perinatal, existe un mayor riesgo de baja adherencia a la atención médica, empeoramiento de condiciones físicas, consumo de tabaco, trastornos por abuso de sustancias, y un aumento de la morbilidad y mortalidad materna (9).

La Escala de Hamilton para la Ansiedad (HAMA, por sus siglas en inglés) (Hamilton, 1959) es la medida de ansiedad evaluada por médicos más utilizada en los estudios de tratamiento de la depresión (10). La HAMA se publicó hace más de 50 años. Como uno de los primeros instrumentos confiables y válidos administrados por entrevistadores para evaluar la gravedad de la ansiedad, por ello no es sorprendente que se haya convertido en el estándar en el campo.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Los 14 elementos del HAMA se califican de 0 a 4 con pautas generales para distinguir las gradaciones de gravedad (0 = ausente, sin síntomas; 1 = leve, ocurre de manera irregular y por períodos cortos de tiempo; 2 = moderado, ocurre de manera más constante y de mayor duración, requiriendo un esfuerzo considerable por parte del paciente para afrontarlo; 3 = grave, continuo y domina la vida del paciente; 4 = muy grave, incapacitante). Los elementos incorporan grupos de síntomas (p. ej., síntomas autonómicos, síntomas respiratorios, miedos) en lugar de síntomas específicos y únicos (11). Un estudio del proyecto MIDAS (12) evaluó si la Entrevista del Especificador de Angustia Ansiosa del DSM-5 (DADSI) es tan válida como la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAMA) para medir la gravedad de la ansiedad en pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM). Se entrevistó a 203 pacientes y se correlacionaron tanto la DADSI como la HAMA con medidas de ansiedad, mostrando resultados similares. La HAMA se correlacionó más con síntomas depresivos, mientras que la DADSI fue más específica para la ansiedad (12).

Las afecciones de salud mental están vinculadas a resultados adversos en el ámbito obstétrico, fetal, neonatal e infantil, como muerte fetal, parto prematuro, restricción del crecimiento, bajo peso al nacer, tamaño pequeño para la edad gestacional, problemas en el vínculo madre-hijo, alteraciones en el desarrollo neurológico infantil, y un mayor riesgo de trastornos mentales en la descendencia a largo plazo 18 y 19 (13).

Un metaanálisis de la sociedad de psiquiatría (3) analiza cómo la ansiedad prenatal está relacionada con una serie de resultados adversos en el embarazo y el nacimiento del bebé. Los hallazgos indican que la ansiedad durante el embarazo se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro (54% más probable), parto prematuro espontáneo (41% más probable), menor peso al nacer (en promedio 55.96 g menos), mayor probabilidad de bajo peso al nacer (80% más probable) y nacimiento antes de lo previsto (en promedio 0.13 semanas más temprano). Además, los bebés de madres con ansiedad tienen una mayor probabilidad de ser pequeños para su edad gestacional y de tener una circunferencia craneal ligeramente menor. La diferencia entre mujeres con ansiedad diagnosticada y aquellas identificadas mediante escalas de calificación también mostró que los bebés de las primeras nacen con un peso significativamente menor. Sin embargo, no se encontraron asociaciones significativas entre la ansiedad prenatal y otros factores como la preeclampsia, el parto por cesárea, o las puntuaciones de Apgar. Esto sugiere que la ansiedad prenatal afecta principalmente el crecimiento y el desarrollo del bebé, más que el proceso de parto o la salud inmediata del recién nacido (15 y 16).

Asimismo, un estudio realizado en mujeres gestantes en Perú mostró que el riesgo de parto prematuro aumentaba conforme se incrementaba la severidad de la depresión, la ansiedad y los síntomas de estrés. Se encontró una asociación fuerte y significativa entre la depresión y la ansiedad con el parto prematuro, con un odds ratio (OR) de hasta 3.82 para la depresión y 2.76 para la ansiedad. Esto significa que las mujeres embarazadas que experimentaban niveles elevados de depresión tenían un riesgo casi cuatro veces mayor de tener un parto prematuro, mientras que las que sufrían de ansiedad tenían un riesgo casi tres veces mayor. Estos hallazgos subrayan la importancia de abordar la salud mental durante el embarazo para reducir las complicaciones obstétricas (13 y 14).

Según la Oficina de Relaciones Institucionales de Essalud, durante el primer trimestre de 2024 se registraron 997 partos en el Hospital Rebagliati (17). Este volumen refleja una población considerable que merece ser objeto de estudio, dado lo anteriormente mencionado sobre la alta

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

prevalencia de ansiedad en mujeres gestantes, especialmente en países en desarrollo, y su notable impacto en los resultados maternos y neonatales. Asimismo, se destaca la escasez de investigaciones en Perú, particularmente en hospitales del Seguro Social y en centros de referencia nacional como el Hospital Rebagliati Martins. Para ello, es crucial realizar una evaluación mediante la escala de Hamilton modificada, la cual es ampliamente utilizado en la actualidad para valorar el grado de ansiedad en forma global, ya que discrimina adecuadamente entre pacientes con ansiedad y sanos.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

1. Problema de Investigación

1.1.Enunciado del problema

¿Cuáles son los resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de la ansiedad materna durante el puerperio inmediato en el hospital Edgardo Rebagliati Martins?

1.2.Descripción del problema

1.2.1. Área del conocimiento

Área general: Ciencias de la Salud

Área específica: Medicina Humana -Ginecología Psiquiatría

Subespecialidad: Psiquiatría

Línea: Ansiedad materna

1.2.2. Análisis u operacionalización de variables

Variable	Tipo y Naturaleza	Escala de Medición	Indicador
Grado de Ansiedad Según Escala de Hamilton.	Cualitativa Politómica	Ordinal	No Ansiedad Ansiedad Leve Ansiedad severa
Edad	Cuantitativa Discreta	Razón	- 18-25 - 26- 35 - 35-50
Nivel de Instrucción	Cualitativa Politómica	Ordinal	- Sin estudios - Primaria Completa - Secundaria Completa - Estudio Superior
Estado civil	Cualitativa Politómica	Nominal	- Soltera - Conviviente - Casada
Procedencia		Nominal	- Lima

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

	Cualitativa Dicotómica		- Provincia
Ocupación	Cualitativa Dicotómica	Nominal	- Otras - Ama de Casa
Embarazo deseado o no	Cualitativa Dicotómica	Nominal	- Si - No
Psicoprofilaxis	Cualitativa Dicotómica	Nominal	- Si - No
Numero de controles prenatales	Cuantitativa Discreta	Nominal	- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 > 9
Vía de Parto	Cualitativa Dicotómica	Nominal	- Vaginal - Cesárea
Complicaciones obstétricas	Cualitativa Politómica	Nominal	- Preeclampsia -Amenaza de aborto -Amenaza de parto prematuro - RPM - RCIU -Anemia Gestacional -Oligohidramnios -Polihidramnios
Complicaciones Neonatales	Cualitativa Politómica	Nominal	- Bajo Peso al Nacer - Sepsis neonatal -Taquipnea transitoria del recién nacido -Asfixia Neonatal - Óbito Fetal

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Paridad	Cuantitativa Discreta	Razón	- Primípara - Secundípara - Multípara

1.2.3. Interrogantes básicas

¿Cuál es la prevalencia y los grados de ansiedad materna durante el puerperio inmediato, evaluados mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton modificada, en pacientes del Hospital Edgardo Rebagliati Martins?

¿Cuáles son los factores sociodemográficos, obstétricos y neonatales asociados a la ansiedad materna durante el puerperio inmediato en pacientes del Hospital Edgardo Rebagliati Martins?

¿Cuáles son las complicaciones materno-fetales más frecuentes en gestantes con diagnóstico de ansiedad en comparación con aquellas sin diagnóstico, evaluadas mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton modificada?

1.2.4. Tipo de Investigación

Transversal

1.2.5. Nivel de investigación

Retrospectivo

1.2.6. Diseño

Analítico.

El estudio es una investigación transversal puesto que se da en un solo momento en el tiempo para observar y analizar las diferentes variables de la muestra de la población en un momento especifico, retrospectivo puesto que los datos fueron obtenidos en el año 2024 y analítico debido a que se trata de un estudio de prueba clínica para medir gravedad de ansiedad, comparando cada resultado con los posibles complicaciones materno-fetales

1.3.Justificación

1.3.1. Justificación científica

Este estudio se formuló en base del desconocimiento de los posibles efectos y eventos que pueden presentar las pacientes gestantes que presentan ansiedad desconocida o ya diagnosticada y no tener una técnica científica correcta para el manejo y control de tal diagnostico junto con sus efectos materno-fetales.

1.3.2. Justificación social

El presente estudio busca mejorar la precisión diagnostica en las madres que padezcan ansiedad y las posibles complicaciones materno-fetales, y en

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

consecuencia se opte por el mejor manejo en beneficio de los pacientes madre y recién nacido además de su entorno familiar.

1.3.3. Factibilidad

Este proyecto es factible ya que se tiene a disposición las historias clínicas de las madres y recién nacidos de este centro de salud además de no interrumpir el proceso de las pacientes ni del personal médico encargado de los respectivos pacientes. Además, se cuenta con la disponibilidad de recursos, tiempo, de unidades documentales y literatura basada en la evidencia sobre dicha patología.

1.3.4. Justificación personal.

Por la conveniencia del investigador y la concordancia del tema con las políticas de la investigación de dicho estudio de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Determinar los factores sociodemográficos, obstétricos y neonatales asociados al grado de ansiedad materna durante el puerperio inmediato en pacientes del Hospital Edgardo Rebagliati Martins durante el trimestre octubre-diciembre de 2024, evaluados mediante la escala de Hamilton modificada.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia y grados de ansiedad materna durante el puerperio inmediato, evaluados mediante la escala de Hamilton modificada, en pacientes del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.
- Comparar las complicaciones materno-fetales de gestantes con diagnóstico de ansiedad frente a gestantes sin diagnóstico.
- Proponer recomendaciones basadas en los hallazgos del estudio para mejorar la identificación y manejo de la ansiedad materna en el contexto del puerperio inmediato.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Ansiedad y su relevancia de diagnóstico en el puerperio inmediato

3.1.1. Definición

La ansiedad en el puerperio inmediato es un estado emocional caracterizado por una preocupación persistente y excesiva ante las demandas reales o percibidas relacionadas con la maternidad, el cuidado del recién nacido y los cambios físicos y emocionales propios de esta etapa. Este estado se manifiesta mediante síntomas cognitivos, como dificultad para concentrarse, pensamientos intrusivos e inquietud, y síntomas físicos, como tensión muscular, palpitaciones y alteraciones del sueño. Estos síntomas pueden impactar considerablemente el bienestar de la madre y su capacidad para atender al recién nacido. (19)(20)(21)

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Desde la perspectiva del DSM-5, se subraya:

- La diferencia entre el miedo, como una respuesta inmediata ante una amenaza, y la ansiedad, que surge al anticipar posibles problemas futuros. Esto es especialmente relevante en el puerperio, donde las madres pueden experimentar preocupaciones anticipatorias sobre su rol materno o la salud del bebé.
- Criterios diagnósticos que ayudan a distinguir la ansiedad puerperal de otros trastornos, como la depresión posparto. (19)

Por su parte, el enfoque del CIE-11 enfatiza:

- El papel de los factores culturales y sociales en la manifestación de la ansiedad puerperal, incluyendo el apoyo familiar, las expectativas sociales y el acceso a servicios de salud.
- Una clasificación más inclusiva que aborda los síntomas desde un enfoque integral y contextualizado. (20)

En esta etapa, la ansiedad puede generar repercusiones fisiológicas importantes, como la activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, alteraciones hormonales e inmunológicas, y efectos clínicos adversos. Entre ellos, se incluyen un mayor riesgo de parto pretérmino, dificultades en la lactancia y una posible afectación en el vínculo entre madre e hijo. (21)

3.1.2. Contexto del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, ubicado en Lima, Perú, es uno de los principales centros de referencia del país y forma parte de la red de EsSalud. Fundado en 1958, es un hospital de nivel III-2 (23), especializado en la atención de casos complejos y equipado con tecnología avanzada. Atiende a una amplia población asegurada, principalmente de Lima Metropolitana y regiones cercanas, y cuenta con una capacidad de más de 1,500 camas hospitalarias. (22)

Este hospital se caracteriza por su alto nivel de especialización y capacidad resolutiva en el tratamiento de diversas enfermedades. Además, destaca por contar con personal asistencial altamente calificado y un equipamiento tecnológico de punta, al servicio de la población asegurada del país, lo que refuerza su posición como un centro de referencia nacional.

En el área materno-infantil, el hospital cuenta con un destacado departamento de obstetricia que dispone de aproximadamente 110 camas hospitalarias distribuidas en tres servicios especializados:

3.1.2.1. Servicio de Cuidados Críticos Obstétricos (5toB): Destinado al manejo de gestantes y puérperas con condiciones críticas, como preeclampsia severa, hemorragias obstétricas y complicaciones graves.

3.1.2.2. Servicio de Enfermedades de la Gestación (5toA2): Enfocado en la atención de patologías asociadas al embarazo, como diabetes gestacional, hipertensión y otras condiciones médicas que requieren hospitalización prolongada.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3.1.2.3.Servicio Materno Fetal (5toA1): Especializado en embarazos de alto riesgo, con énfasis en la vigilancia del bienestar fetal y la atención multidisciplinaria de madres con complicaciones complejas

3.1.2.4.Servicio de Urgencias Obstétricas (5toC): Diseñado para la atención inmediata de emergencias obstétricas, incluyendo amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y otras situaciones críticas. (24)

Este departamento integral permite brindar una atención personalizada y de alta calidad a gestantes y puérperas, lo que lo posiciona como un modelo de referencia en la región.

Como hospital de referencia nacional, el Edgardo Rebagliati Martins atiende una alta prevalencia de casos complejos, lo que lo convierte en un entorno idóneo para la realización de investigaciones clínicas. En el área de salud materna, este hospital desempeña un papel crucial en la generación de conocimiento, especialmente en condiciones relacionadas con el embarazo y el puerperio, como la ansiedad materna.

El desarrollo de investigaciones en este hospital no solo permite optimizar el diagnóstico y manejo de condiciones específicas, sino que también contribuye a reducir las brechas en salud mental materna, un área históricamente desatendida en el sistema de salud peruano. La aplicación de herramientas diagnósticas, como la escala de Hamilton modificada, en este contexto refuerza la pertinencia de estudios que puedan impactar positivamente en la calidad de atención y los resultados perinatales.

3.1.3. Prevalencia

La prevalencia de trastornos mentales en contextos de conflicto o emergencias sanitarias alcanza aproximadamente el 22.1%, siendo los trastornos de ansiedad responsables de afectar al 21.7% de la población general. Esto evidencia que los trastornos mentales representan una carga significativa para las poblaciones expuestas a altos niveles de estrés, subrayando la necesidad de brindar apoyo y atender el imperativo humanitario de aliviar el sufrimiento asociado. Por ello, resulta fundamental implementar de manera urgente intervenciones de salud mental escalables para enfrentar esta problemática.

Entre los trastornos mentales más prevalentes se encuentra el trastorno de ansiedad generalizada, cuya frecuencia oscila entre el 8.5% y el 9.5%. Este trastorno puede manifestarse durante el embarazo o el primer año posparto, aunque también puede involucrar condiciones preexistentes antes del embarazo. En este sentido, un estudio publicado por la Sociedad de Psiquiatría destaca que 1 de cada 5 mujeres en una muestra típica cumple los criterios diagnósticos para al menos un trastorno de ansiedad durante el embarazo o el puerperio. (2) Además, la prevalencia combinada de síntomas de ansiedad durante el embarazo es del 22.9%(3), lo que pone de relieve la necesidad de fortalecer la detección temprana, la educación y la derivación de casos en los servicios de obstetricia y ginecología.

La literatura también indica que la prevalencia de estos trastornos es mayor en países en vías de desarrollo. Por ejemplo, un estudio en Centroamérica encontró que en Nicaragua la prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres gestantes era del 57% y 41%, respectivamente, cifras superiores a las reportadas a nivel global. En Perú, aunque la evidencia es limitada, un estudio del Instituto Nacional Materno Perinatal reveló que la

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

prevalencia de depresión en gestantes era del 40.1% (6). Otro estudio posterior mostró tasas más altas, con una prevalencia del 82.8% para la depresión y del 68.9% para la ansiedad. Además, se estimó que el riesgo de depresión en gestantes alcanzaba el 30.56%, siendo más frecuente en el segundo trimestre de gestación (54.55%) (7).

Estos datos resaltan la necesidad de abordar la salud mental materna como una prioridad, especialmente en contextos obstétricos y ginecológicos, donde las intervenciones tempranas pueden mejorar significativamente los resultados tanto para la madre como para el recién nacido.

3.1.4. Factores de riesgo asociados a la ansiedad en la gestación

La ansiedad durante el embarazo es una condición común que afecta significativamente la salud mental y física de las mujeres gestantes, con consecuencias adversas tanto para la madre como para el niño. Diversos factores de riesgo han sido identificados, destacándose aquellos relacionados con aspectos demográficos, obstétricos, psicosociales y cognitivos.

Un estudio realizado con una muestra de 3,021 mujeres gestantes identificó que:

- El 23% de las mujeres experimentaron ansiedad en al menos un momento durante el embarazo.
- La ansiedad crónica (presente en el segundo y tercer trimestre) afectó al 8.6% de las participantes.
- La ansiedad transitoria (solo en el segundo trimestre) fue del 6.8%. (25)

3.1.4.1. Factores de Riesgo Identificados

3.1.4.1.1. Factores Demográficos

- Edad materna joven (<25 años) (OR 1.84).
- Ingresos bajos (<$40,000 anuales).
- Ser inmigrante reciente (<5 años en el país) (OR 1.81).
- Pertenencia a grupos étnicos no caucásicos.

3.1.4.1.2. Factores obstétricos y de Salud Física

- Embarazo no planificado (OR 1.87 para ansiedad transitoria y OR 3.05 para ansiedad crónica).
- Historia de complicaciones reproductivas (abortos, partos prematuros, etc.).
- Mala salud física durante el embarazo (OR 2.54).
- Uso de tratamientos de fertilidad (OR 4.98).

3.1.4.1.3. Factores Psicosociales

- Tensiones en la relación de pareja (OR 1.94 para ansiedad transitoria y OR 2.31 para ansiedad crónica).
- Baja percepción de apoyo social (OR 1.86 para ansiedad transitoria y OR 3.37 para ansiedad crónica).
- Historia de problemas de salud mental previos (OR 1.73 para ansiedad transitoria y OR 1.74 para ansiedad crónica).
- Historia de abuso o negligencia.

3.1.4.1.4. Factores Cognitivos y Emocionales

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

- Alta percepción de estrés (OR 4.84 para ansiedad transitoria y OR 17.16 para ansiedad crónica).
- Bajo nivel de optimismo (OR 4.30 para ansiedad crónica). (25)
- Relevancia de los factores psicosociales
- El estrés percibido, las tensiones en la pareja y el bajo apoyo social son consistentemente predictores de ansiedad, especialmente en su forma crónica.
- Las mujeres con historia de salud mental previa son particularmente vulnerables, ya que tienden a responder de manera más intensa a eventos estresantes durante el embarazo. (26)

3.1.4.2.Impacto de los Embarazos No Planificados y las tensiones de pareja

- Los embarazos no planificados están asociados con una mayor carga emocional y financiera, aumentando el riesgo de ansiedad crónica.
- Las tensiones en la pareja subrayan la importancia de las relaciones interpersonales como determinantes de la salud mental perinatal.

Con base en la evidencia, el estrés percibido se concluye como el principal factor de riesgo para la ansiedad durante la gestación. Este factor tiene una asociación significativamente alta con la ansiedad crónica (OR 17.16) y también influye en la ansiedad transitoria (OR 4.84). Además, el estrés amplifica el impacto de otros factores, como el bajo apoyo social y las tensiones en la pareja, convirtiéndolo en un desencadenante clave. Su importancia también radica en que es un factor modificable, lo que permite abordarlo mediante intervenciones específicas como programas de reducción de estrés y soporte psicosocial. (25)(26)

3.1.5. Implicancias clínicas de la Ansiedad en la Gestación

3.1.5.1.Efectos sobre el parto y el recién nacido

- La ansiedad está asociada con nacimientos prematuros y bajo peso al nacer, condiciones que incrementan el riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal.
- Los efectos adversos en el peso y desarrollo del feto pueden deberse a la activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA), que altera el flujo sanguíneo uteroplacentario.

3.1.5.2.Impacto en el desarrollo neuroconductual

- La ansiedad materna durante el embarazo afecta el desarrollo del sistema nervioso del feto, lo que puede manifestarse en problemas de regulación emocional, cognitivos y de comportamiento en la infancia y adolescencia.
- Estos efectos están relacionados con el "programado fetal", un proceso mediante el cual las condiciones intrauterinas influyen en la fisiología del feto a largo plazo

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3.1.5.3.Riesgo de problemas de salud mental en el postparto

Las mujeres con ansiedad prenatal tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos afectivos en el posparto, como depresión y ansiedad persistente, lo que puede afectar su capacidad para cuidar del recién nacido.

La ansiedad durante el embarazo tiene repercusiones significativas tanto para la madre como para el niño, y su manejo adecuado es esencial para prevenir complicaciones perinatales y mejorar los resultados de salud a largo plazo. La ACOG destaca la importancia de la detección temprana y de un enfoque de tratamiento integral, que combine intervenciones psicoterapéuticas, farmacológicas (si es necesario) y el apoyo social. La identificación temprana de los factores de riesgo y la intervención adecuada pueden mejorar significativamente los resultados perinatales y reducir la carga de problemas de salud mental en las madres y sus hijos. (28)(32)

3.1.6. Diferencias Clínicas y Diagnosticas entre Ansiedad Puerperal y Depresión Postparto

3.1.6.1.Diagnóstico Clínico y Criterios según la ACOG y Guías Psiquiátricas

- Ansiedad Puerperal: Según la ACOG, la ansiedad puerperal se caracteriza por preocupaciones excesivas y persistentes relacionadas con la capacidad de la madre para cuidar al bebé, su salud o el ajuste a la maternidad. Los síntomas comunes incluyen preocupación excesiva, irritabilidad, dificultad para relajarse, síntomas físicos de ansiedad como palpitaciones, tensión muscular, sudoración excesiva y dificultad para dormir. La ansiedad puede estar acompañada de una sensación general de estar abrumada, pero sin síntomas de tristeza profunda.
- Diagnóstico según la ACOG: No existe un conjunto específico de criterios diagnósticos para la ansiedad puerperal en la ACOG, pero se reconoce que es común y puede ser evaluada utilizando herramientas como la Escala de Ansiedad de Hamilton o cuestionarios de autoevaluación en la consulta prenatal y postnatal.
- Depresión Postparto: La ACOG y las guías de psiquiatría, como el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), especifican que la depresión postparto es un trastorno del estado de ánimo que se presenta dentro de las primeras cuatro semanas después del parto, aunque puede aparecer hasta un año después. Se caracteriza por tristeza profunda, pérdida de interés en actividades previas placenteras, fatiga extrema, sentimientos de inutilidad y culpa, y en algunos casos, pensamientos suicidas o de daño al bebé.
- Diagnóstico según el DSM-5: Para el diagnóstico de depresión postparto, el DSM-5 requiere la presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas durante un período de al menos dos semanas:
  - Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
  - Pérdida de interés o placer en actividades previamente placenteras.
  - Cambios en el apetito o el peso.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

- Insomnio o hipersomnia.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva.
- Pensamientos suicidas o de daño al bebé (en casos graves).

3.1.6.2.Características clínicas diferenciales

3.1.6.2.1. Ansiedad Puerperal

- Preocupación excesiva sobre el bienestar del bebé, la maternidad o el futuro.
- Síntomas físicos: Tensión muscular, malestar estomacal, palpitaciones, sudoración excesiva.
- Dificultad para relajarse, irritabilidad y dificultad para dormir.
- Sin síntomas de tristeza profunda: A diferencia de la depresión postparto, la madre con ansiedad puerperal no suele experimentar tristeza extrema ni pérdida de interés en la vida.

3.1.6.2.2. Depresión postparto

- Tristeza profunda y persistente, acompañada de pérdida de interés por actividades cotidianas.
- Fatiga extrema y sensación de no poder hacer frente a las demandas diarias.
- Pensamientos negativos y sentimientos de inutilidad o culpa.
- En casos graves, pueden aparecer pensamientos suicidas o de hacerle daño al bebé.
- Cambios en el apetito y el sueño (insomnio o hipersomnia). (27)(29)

3.1.6.3.Impacto en el diagnostico

3.1.6.3.1. Ansiedad puerperal

Evaluación clínica: El diagnóstico de ansiedad puerperal se realiza mediante la evaluación de los síntomas de ansiedad en el contexto del puerperio. Es importante que el diagnóstico se realice mediante herramientas estandarizadas de evaluación de ansiedad, como la Escala de Ansiedad de Hamilton o la Escala de Ansiedad Específica del Embarazo

3.1.6.3.2. Depresión Postparto

Evaluación clínica: El diagnóstico de depresión postparto debe basarse en los criterios del DSM-5 y una evaluación exhaustiva de los síntomas. Se debe descartar cualquier causa médica subyacente que pueda estar contribuyendo a los síntomas.

Aunque tanto la ansiedad puerperal como la depresión postparto afectan a las mujeres en el puerperio, sus características clínicas y criterios diagnósticos son distintos. La ACOG y las guías de psiquiatría, como el DSM-5, proporcionan pautas claras para el diagnóstico y tratamiento de ambos trastornos, destacando la importancia de la detección temprana y un enfoque terapéutico adecuado para mejorar los resultados de salud materno-infantil. La ansiedad puerperal se caracteriza por preocupaciones excesivas y síntomas físicos de ansiedad,

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

mientras que la depresión postparto implica una tristeza profunda y síntomas de pérdida de interés en la vida, lo que requiere un enfoque de tratamiento integral y personalizado. (30)

3.1.7. Diagnóstico de Ansiedad en la Gestación y Puerperio Inmediato

3.1.7.1. Definición y Caracterización Clínica

La ansiedad perinatal incluye una gama de trastornos como el trastorno de ansiedad generalizada (GAD), el trastorno de pánico, las fobias específicas y el trastorno obsesivo-compulsivo. El DSM-5 define la ansiedad como la "anticipación de una amenaza futura" y distingue este estado del miedo, que es una respuesta a una amenaza inmediata. Durante el embarazo, la ansiedad se manifiesta con síntomas cognitivos, emocionales y físicos, como preocupación excesiva por la salud fetal, tensión muscular, insomnio, irritabilidad y dificultad para concentrarse. (19)(31)

3.1.7.2. Herramientas Diagnosticas

El diagnóstico se apoya en herramientas validadas que permiten identificar la gravedad de los síntomas y diferenciar la ansiedad de otros trastornos:

3.1.7.2.1. Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A)

- Diseñada para evaluar la gravedad de los síntomas de ansiedad en 14 ítems que cubren aspectos somáticos y psíquicos.
- Es ampliamente utilizada en la investigación y práctica clínica, incluyendo poblaciones perinatales. Estudios han demostrado su eficacia en correlacionar los síntomas de ansiedad con cambios clínicos tras el tratamiento. En el contexto perinatal, permite evaluar tanto la ansiedad específica del embarazo como los síntomas asociados a trastornos

3.1.7.2.2. Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS-3)

- Incluye una subescala validada para detectar ansiedad perinatal.
- Evalúa síntomas específicos como sensación de pánico y preocupación excesiva sin razón aparente, facilitando el tamizaje en visitas prenatales y posparto.

3.1.7.2.3. Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)

- Aunque no está validada específicamente para el periodo perinatal, es una herramienta útil para evaluar la gravedad de los síntomas de GAD y establecer un diagnóstico preliminar.

3.1.7.2.4. Entrevista del Especificador de Angustia Ansiosa del DSM-5 (DADSI)

- Comparada con la HAM-A en el proyecto MIDAS, demostró ser igual de válida para medir la gravedad de la ansiedad, aunque más específica para identificar síntomas relacionados exclusivamente con la ansiedad y menos con la depresión. (31)(33)

3.1.7.3. Retos en el Diagnostico

El diagnóstico de la ansiedad perinatal se complica por varios factores:

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

- Superposición de síntomas: La fatiga, el insomnio y las dificultades cognitivas son comunes tanto en el embarazo normal como en los trastornos de ansiedad.
- Comorbilidad: Los trastornos de ansiedad a menudo coexisten con la depresión, lo que dificulta diferenciar ambos diagnósticos.
- Falta de herramientas específicas: Aunque las herramientas existentes son útiles, no han sido diseñadas exclusivamente para el contexto perinatal, lo que podría limitar su sensibilidad en esta población.

3.1.7.4.Consideraciones Clínicas

Es fundamental que los proveedores de salud evalúen las preocupaciones maternas en el contexto del embarazo, identificando signos como:

- Preocupación excesiva por la salud del bebé.
- Conductas hiper vigilantes, como visitas frecuentes al médico sin justificación médica clara.
- Síntomas físicos persistentes que no se explican por condiciones obstétricas comunes. (33)

3.1.7.5.Recomendaciones para el diagnostico

Tamizaje temprano y regular: El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomienda realizar al menos un tamizaje de ansiedad durante el periodo perinatal, combinado con evaluaciones de seguimiento para garantizar un diagnóstico oportuno y preciso.

Evaluación multidimensional: Integrar herramientas diagnósticas con una entrevista clínica que explore el contexto social, familiar y obstétrico de la mujer embarazada.

Enfoque colaborativo: Los obstetras deben trabajar en conjunto con psiquiatras y psicólogos especializados para abordar casos complejos o resistentes al tratamiento inicial (21)

3.1.8. Tratamiento y Manejo Integral de la Ansiedad en el puerperio inmediato

Las recomendaciones del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) proporcionan un marco sólido para abordar esta condición, integrando tratamientos farmacológicos, no farmacológicos y un enfoque multidisciplinario. (34)

3.1.8.1.Importancia del tratamiento

- La ansiedad no tratada durante la gestación y el posparto está asociada con:
- Complicaciones obstétricas: Parto prematuro, bajo peso al nacer y preeclampsia.
- Efectos neonatales: Dificultades en la adaptación neonatal, desarrollo neurocognitivo afectado y problemas de comportamiento a largo plazo.
- Impacto materno: Incremento en el riesgo de depresión posparto, alteración en las relaciones interpersonales y afectación del autocuidado.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

El tratamiento adecuado de la ansiedad perinatal no solo mejora la calidad de vida de la madre, sino que también optimiza los resultados neonatales y fomenta un vínculo saludable entre madre e hijo.

3.1.8.2.Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico es esencial en casos de ansiedad moderada a severa, o cuando el manejo conservador no es suficiente.

3.1.8.2.1. Indicaciones para iniciar tratamiento farmacológico

- Ansiedad que afecta significativamente la funcionalidad diaria.
- Comorbilidad con depresión u otros trastornos psiquiátricos.
- Falta de respuesta a terapias no farmacológicas.
- Riesgo de autolesión o pensamientos intrusivos graves.

3.1.8.2.2. Opciones farmacológicas recomendadas por la ACOG

3.1.8.2.2.1.Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)

- Sertralina y escitalopram son los de primera línea por su eficacia y perfil de seguridad.
- Se ajustan las dosis considerando cambios fisiológicos del embarazo, como el aumento del volumen de distribución y el aclaramiento renal.

3.1.8.2.2.2.Inhibidores de la Recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)

Alternativa razonable cuando los ISRS no son efectivos, aunque con mayor riesgo de complicaciones como preeclampsia y aborto espontáneo.

3.1.8.2.2.3.Benzodiacepinas

Uso limitado en casos graves debido a riesgos neonatales como sedación y síndrome de abstinencia.

3.1.8.2.2.4.Brexanolona

Indicada para casos de depresión posparto severa con ansiedad comórbida, aunque requiere monitorización hospitalaria. (34)

3.1.8.2.3. Principios de manejo farmacológico

- Uso de la dosis más baja efectiva para minimizar riesgos.
- Evitar la polifarmacia siempre que sea posible.
- Mantener el tratamiento al menos 6-12 meses después de la remisión de los síntomas para prevenir recaídas.

3.1.8.3.Tratamiento no farmacológico

3.1.8.3.1. Psicoterapia

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es el tratamiento de primera línea para ansiedad leve a moderada. También se recomienda la terapia interpersonal

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

(TIP) para abordar conflictos relacionados con la transición a la maternidad. (34)

3.1.8.3.2. Estrategias de estilo de vida

- Actividad física regular, yoga y mindfulness para reducir el estrés.
- Higiene del sueño y dieta equilibrada como pilares del autocuidado.

3.1.8.3.3. Educación y soporte

La educación temprana sobre los riesgos de la ansiedad no tratada y la importancia del autocuidado empodera a las madres. Además, involucrar redes de apoyo familiar mejora los resultados.

3.1.8.3.4. Manejo integral

El manejo integral requiere un enfoque multidisciplinario que combine estrategias farmacológicas y no farmacológicas.

3.1.8.3.5. Tamizaje y diagnóstico temprano

La ACOG recomienda el uso de herramientas validadas como la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) y el Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) durante las visitas prenatales y posparto

3.1.8.3.6. Enfoque multidisciplinario

La colaboración entre obstetras, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales garantiza un manejo holístico que aborde las dimensiones médicas, psicológicas y sociales de la paciente.

3.1.8.4.Recomendaciones de la ACOG

- Individualización del tratamiento: Adaptar las estrategias terapéuticas según la severidad de los síntomas, el historial clínico y las preferencias de la paciente.
- Evitar sub-tratamiento: La ansiedad severa no tratada representa mayores riesgos que los asociados al tratamiento farmacológico.
- Mantener el tratamiento: Continuar con el manejo durante al menos un año tras la remisión de los síntomas para prevenir recaídas.
- Educación del paciente: Informar sobre los riesgos de la ansiedad no tratada y las opciones de tratamiento disponibles. (28)

3.1.9. Escala de Hamilton Modificada

La Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAMA) fue desarrollada en 1959 por Hamilton con el objetivo de evaluar el nivel de ansiedad en los pacientes.

Inicialmente, la escala contaba con 15 ítems, pero con el tiempo, cuatro de ellos fueron combinados, lo que redujo el número a 13. Posteriormente, en 1969, el ítem titulado “síntomas somáticos generales” fue subdividido en dos categorías: “somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”, resultando en una escala de

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

14 ítems. Es importante destacar que la escala no está diseñada para cuantificar la ansiedad en presencia de otros trastornos mentales, como agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria o esquizofrenia, según las indicaciones del propio autor.

En 1986, Carrobles y colaboradores desarrollaron una versión en español de esta escala, que se ha convertido en la más utilizada en estudios actuales. Esta versión incluye 14 preguntas, cada una con cinco opciones de respuesta, que van del 0 al 4. En esta escala, el 0 indica la ausencia de síntomas, el 1 corresponde a síntomas leves, el 2 a síntomas moderados, el 3 a síntomas graves y el 4 a síntomas completamente incapacitantes. Al final de la evaluación, se suman los puntos obtenidos por cada paciente, y los resultados se agrupan en tres categorías: sin ansiedad (0-5 puntos), ansiedad leve (6-14 puntos) y ansiedad severa (15 o más puntos), con un puntaje máximo posible de 56.

En cuanto a su funcionamiento, la HAMA se utiliza ampliamente en estudios sobre tratamiento de la depresión y otros trastornos relacionados con la ansiedad. Este instrumento ha sido fundamental debido a su fiabilidad y validez en la evaluación de la gravedad de la ansiedad, y ha sido uno de los primeros métodos en ser administrados por entrevistadores en un entorno clínico. (10)(11)(12)

3.1.10. Fisiopatología de la ansiedad con complicaciones obstétricas y neonatales

3.1.10.1. Mecanismo Fisiopatológico de la Ansiedad Materna

La ansiedad durante el embarazo activa de manera persistente sistemas biológicos que impactan tanto a la madre como al feto. Este proceso implica alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), el sistema inmunológico y el sistema neuroendocrino. A continuación, se detalla el mecanismo fisiopatológico paso a paso:

3.1.10.1.1. Activación del Eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal (HHA)

- Estímulo inicial: Factores estresantes percibidos activan el eje HHA. El hipotálamo secreta hormona liberadora de corticotropina (CRH), que estimula la adenohipófisis para liberar hormona adrenocorticótropa (ACTH).
- Liberación de cortisol: La ACTH actúa sobre la corteza suprarrenal, aumentando la síntesis de cortisol. Durante el embarazo, la placenta también secreta CRH, amplificando la respuesta del HHA.
- Efecto placentario: La enzima placentaria 11β-hidroxiesteroide deshidrogenasa tipo 2 (11β-HSD2) regula el paso de cortisol al feto al convertirlo en cortisona inactiva. En estados de ansiedad, la expresión de 11β-HSD2 disminuye, permitiendo un exceso de cortisol en el ambiente fetal.
- Consecuencias fetales:
  - Alteración del desarrollo del eje HHA fetal.
  - Modificaciones en la estructura cerebral, afectando la amígdala y el hipocampo, áreas críticas para la regulación emocional y la memoria.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

- Aumento del riesgo de trastornos emocionales y metabólicos en la vida postnatal.

3.1.10.1.2. Disfunción del Sistema Inmunológico

- Producción de citoquinas proinflamatorias: La ansiedad crónica eleva niveles de interleucina-6 (IL-6) y factor de necrosis tumoral alfa (TNF-α), promoviendo un estado inflamatorio sistémico.
- Efecto sobre la placenta:
  - La inflamación afecta la vascularización placentaria, reduciendo el flujo sanguíneo y el transporte de nutrientes al feto.
  - Se genera una restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).
- Parto prematuro: La inflamación estimula la síntesis de prostaglandinas, desencadenando contracciones uterinas y parto prematuro.

3.1.10.1.3. Alteraciones neuroendocrinas

- Incremento de catecolaminas:
  - La activación del sistema nervioso simpático eleva niveles de adrenalina y noradrenalina, lo que afecta el tono vascular.
  - Este efecto contribuye a hipertensión gestacional y disminuye el flujo uteroplacentario.
- Hipoxia fetal: La reducción del flujo sanguíneo hacia la placenta genera hipoxia, lo que afecta el desarrollo fetal y aumenta el riesgo de complicaciones neonatales.

3.1.10.1.4. Programación fetal

- Alteración epigenética:
  - La exposición prolongada al cortisol modifica la expresión de genes relacionados con el desarrollo del eje HHA y la respuesta al estrés.
  - Estas alteraciones predisponen al feto a trastornos metabólicos, como obesidad y diabetes, y a problemas neuropsiquiátricos en etapas posteriores de la vida.

3.1.10.2. Consecuencias obstétricas

3.1.10.2.1. Preeclampsia

- La disfunción endotelial inducida por inflamación y cortisol elevado contribuye al desarrollo de hipertensión gestacional.
- La inflamación crónica afecta la adaptación vascular materna, aumentando la resistencia vascular periférica.

3.1.10.2.2. Parto prematuro

- La inflamación uterina y la liberación de prostaglandinas aceleran el inicio del trabajo de parto.

3.1.10.2.3. Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)

- El cortisol elevado reduce la proliferación celular y la vascularización placentaria.

3.1.10.3. Consecuencias neonatales

3.1.10.3.1. Bajo peso al nacer

- Asociado a la RCIU por insuficiencia placentaria.

3.1.10.3.2. Alteraciones del neurodesarrollo

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

- Problemas de regulación emocional y mayor riesgo de trastornos del espectro autista (35)(36)

3.2.Análisis de Antecedentes Investigativos

3.2.1. A nivel local

Título: “Factores psicológicos relacionados a la adaptación psicosocial al embarazo en gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2024” (37)

Objetivos: Identificar la relación entre ansiedad, depresión y la adaptación psicosocial al embarazo en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, durante el año 2024.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo y correlacional, clasificado según Altman como observacional, transversal y prospectivo. La muestra estuvo conformada por 170 gestantes hospitalizadas en el mencionado hospital. Para la recolección de datos se emplearon instrumentos como la ficha de recolección de datos, la Escala de Ansiedad de Hamilton, la Escala de Desesperanza de Beck y el Cuestionario de Autoevaluación Prenatal (adaptado del PSQ) para medir la adaptación psicosocial al embarazo. Se utilizaron métodos de estadística descriptiva y las pruebas de chi cuadrado de Pearson, con un intervalo de confianza del 95%, para analizar la asociación entre las variables.

Resultados: Se observó que el 100% de las gestantes hospitalizadas presentó algún nivel de ansiedad, siendo la ansiedad severa la más prevalente con un 42.3%. En cuanto a la depresión, el 66.4% mostró un nivel asintomático, seguido de un 25.8% con depresión leve. Respecto a la adaptación psicosocial al embarazo, el 82.3% de las gestantes mostró una buena adaptación, mientras que el 17.6% presentó desadaptación. Se halló una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad ($P = 0.000$, $P < 0.05$) y la depresión ($P = 0.000$, $P < 0.05$) con la adaptación psicosocial al embarazo.

Conclusiones: Las gestantes con niveles más altos de ansiedad y/o depresión tienden a tener una menor adaptación psicosocial al embarazo.

Cita: La Torre Quispe FB. Factores psicológicos relacionados a la adaptación psicosocial al embarazo en gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2024 [tesis de licenciatura en Internet]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2024 Disponible en: https://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/17479

3.2.2. A nivel nacional

Título: “Ansiedad y depresión en gestantes adolescentes en un Hospital de lima, Perú” (7)

Objetivo:

El estudio buscó determinar la relación entre la ansiedad y la depresión en gestantes adolescentes.

Material y métodos:

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Se realizó un estudio correlacional de corte transversal con una muestra de 45 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho durante mayo y junio de 2017. Se aplicaron la Escala de Depresión de Edimburgo y el Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad de Ostrosky.

Resultados: El 82.8% de las gestantes adolescentes presentaron depresión, y el 68.9% mostraron un alto nivel de ansiedad. Se encontró una relación inversa significativa entre ambas variables, con un coeficiente de correlación de Pearson de -0.748 (p=0.000). Las dimensiones de la ansiedad (manifestaciones físicas, cognitivas y quejas somáticas) también mostraron correlaciones inversas significativas, con coeficientes de Pearson entre -0.612 y -0.691 (p=0.000).

Conclusión: Los puntajes de depresión tienen una correlación inversa con la ansiedad en las gestantes adolescentes.

Cita: Vega-Gonzales E, Guerrero-Rosa A, Guzmán-Castillo B, Huamaní-Morales E, Herrera-Chenett G. Ansiedad y depresión en gestantes adolescentes en un hospital de Lima, Perú. Rev Int Salud Materno Fetal. 2019;4(3):3-7. Disponible en: https://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/107

3.2.3. A nivel internacional

Título: "Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna durante el puerperio inmediato"

Objetivo: Evaluar, a través de la Escala de Ansiedad de Hamilton modificada, el nivel de ansiedad en madres durante el puerperio inmediato y su relación con complicaciones materno-fetales.

Material y método: Se llevó a cabo un estudio transversal con 384 mujeres de entre 18 y 50 años en puerperio inmediato. Se utilizó la Escala de Ansiedad de Hamilton modificada para medir la ansiedad y analizar su relación con factores de morbilidad materno-fetal. Los datos se procesaron mediante regresión logística, estableciendo un nivel de significancia de 0.05.

Resultados: De las participantes, 135 (35%) presentaron ansiedad relacionada con el puerperio. Los factores asociados fueron: nivel educativo ($p = 0.0034$), número de embarazos ($p = 0.0001$) y ocupación laboral ($p = 0.0001$). Las mujeres con ansiedad mostraron una mayor incidencia de amenaza de aborto ($p = 0.0061$), amenaza de parto prematuro ($p = 0.0001$), sepsis neonatal ($p = 0.0123$) y taquipnea transitoria en el recién nacido ($p = 0.0016$).

Conclusiones: Durante el puerperio, una proporción significativa de mujeres experimenta ansiedad, lo cual se asocia con una mayor morbilidad materno-fetal. Se recomienda la detección temprana de este trastorno para mitigar su impacto en el cuidado neonatal.

Cita: Romero-Gutiérrez G, Rocha-Morales D, Ruiz-Treviño AS. Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

durante el puerperio inmediato. Ginecol Obstet Mex. 2013;81(4):180-185. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom134c.pdf

4. HIPÓTESIS

- H0: La aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de la ansiedad materna durante el puerperio inmediato en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el 2024 no evidencia diferencias significativas en la incidencia de ansiedad ni efectos notables en las pacientes evaluadas.

- H1: La aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de la ansiedad materna durante el puerperio inmediato en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el 2024 evidencia diferencias significativas en la incidencia de ansiedad y efectos en las pacientes evaluadas.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1.Técnica

Aplicación de escala encuesta de Escala de Hamilton modificada más la revisión de datos de historias clínicas del Servicio de Obstétrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

1.2.Instrumento

Ficha de recolección de datos

1.3.Materiales

Escala de Hamilton modificada, Historias clínicas, Computadora portátil con programa office, material de escritorio.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1.Ámbito

Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. El estudio se realizó con información del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins ubicado en el distrito de Jesús María en la provincia de Lima.

2.2.Unidades de estudio

Pacientes que cursan el puerperio inmediato que ingresaron al servicio de hospitalización del servicio de Obstetricia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el trimestre Octubre – Diciembre en el año 2024

2.2.1. Universo

Totalidad de pacientes que cursan el puerperio inmediato que ingresaron al servicio de hospitalización del servicio de Obstetricia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el trimestre octubre – diciembre en el año 2024.

2.2.2. Criterios de selección

Criterio de inclusión

- Mujeres de 18 a 50 años, que cursan el puerperio inmediato por parto o cesárea, atendidas en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins

Criterios de exclusión

- Pacientes en quienes no pudo completarse la hoja de captura de datos por falta de conocimiento de la información interrogada o no estar descrita en la historia clínica.
- Pacientes que sufren complicaciones en el puerperio inmediato con necesidad de ser transportada a servicio de unidad de cuidados intensivos.

2.2.3. Tamaño de la muestra

Se tomarán datos de todas las pacientes puérperas inmediatas que se encuentren hospitalizadas del servicio de obstetricia del HNERM durante el trimestre octubre - diciembre del año 2024.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Para el cálculo de tamaño de muestra se usa la fórmula estandarizada para el tamaño de muestra en poblaciones finitas:

$$n = \frac{N.Z^2.p.(1-p)}{(N-1).E^2 + Z^2.p.(1-p)}$$

Donde:

N = 997

Z = 1.96

P= 0.229

E = 0.05

Con una población de 997 pacientes se calcula una muestra de 213 participantes teniendo como antecedente una prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad de 22.9 %, un intervalo de confianza del 95%, un error del 5 % y asumiendo una distribución normal.

2.3.Temporalidad

Se realizó la escala de Hamilton a pacientes que cursan el puerperio inmediato en el periodo correspondiente de 01 octubre de 2024 al 31 de diciembre del 2024.

2.4.Ubicación espacial

El presente estudio se desarrolló con información recopilada en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Rebagliati Martins

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1.Organización

Posterior a la aprobación del proyecto de tesis por el Comité de Ética de la Universidad Católica de Santa María, se solicitó la autorización y los permisos correspondientes para la realización del trabajo de investigación a la oficina de Investigación y Docencia del Hospital Edgardo Rebagliati Martins para acceder a las historias clínicas. A continuación, se procederá con la recolección de los datos obtenidos en una base de datos electrónica que serán analizados estadísticamente. Los resultados obtenidos serán comparados con estudios similares anteriormente revisados de nivel local, nacional e internacional.

3.1.1. Aspectos éticos

Para la realización de este estudio, se solicitará el consentimiento informado de todos los pacientes incluidos en la muestra. Se garantizará la confidencialidad de todos los datos recopilados, los cuales serán utilizados exclusivamente para los propósitos mencionados en esta investigación.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3.2.Recursos

3.2.1. Humanos

- Investigadores
- Asesor

3.2.2. Materiales

- Historia clínica del servicio de Ginecología
- Historia clínica del servicio de Neonatología
- Ficha de recolección de datos
- Computadora con programa Microsoft Office Excel y Programa SPSS para análisis estadístico de los datos obtenidos

3.2.3. Financieros

Autofinanciado

3.3.Validación de los instrumentos

No se requiere por tratarse de una ficha de recolección de datos

3.4.Criterios para manejo de resultados

3.4.1. Recolección

La recolección de datos se realizó de las historias

3.4.2. Procesamiento

Los datos recolectados se transcribieron en una matriz de sistematización para facilitar su uso

3.4.3. Codificación

Se codifico la información para facilitar el ingreso y entendimiento de los datos

3.4.4. Recuento

Se realizo el recuento de datos por medio de los programas estadísticos anteriormente mencionados

3.4.5. Plan de análisis

Para el cálculo del tamaño de muestra, se utilizó la fórmula para poblaciones finitas, considerando un nivel de confianza del 95%, una prevalencia esperada del 22.9% y un error de precisión del 5%. La información recopilada fue procesada con los programas Microsoft Office Excel 2019 y STATA v18. En el análisis estadístico descriptivo, se calcularon frecuencias absolutas, porcentajes medias y errores estándar para describir las características sociodemográficas, clínicas y neonatales de las pacientes incluidas en el estudio.

Posteriormente, se realizó un análisis inferencial mediante regresión logística para identificar los factores sociodemográficos, obstétricos y neonatales asociados al grado de ansiedad materna. En este análisis, las variables independientes incluyeron factores

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

como ocupación, numero de controles prenatales, procedencia, patologías obstétricas y neonatales, mientras que la variable dependiente fue la presencia o no de ansiedad, determinada por la Escala de Hamilton Modificada. Los coeficientes obtenidos en la regresión logística permitieron determinar las asociaciones y sus respectivas probabilidades, estableciendo un nivel de significancia estadística con un valor alfa de 0.05.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPITULO III: RESULTADOS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

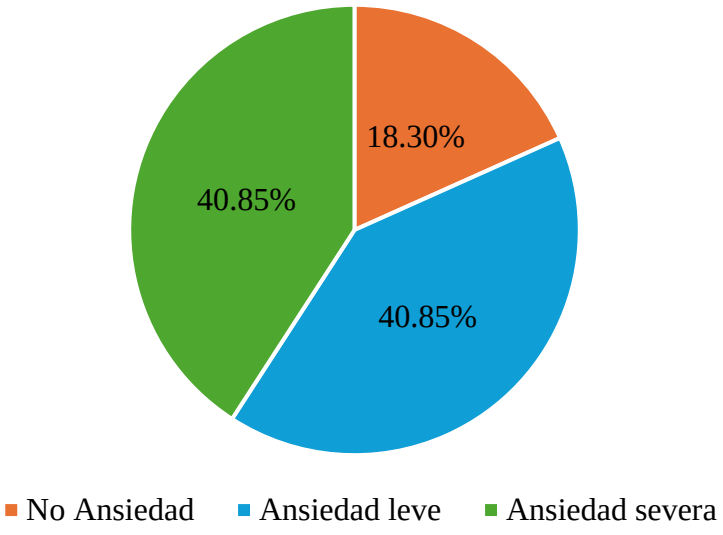
TABLA 1 PREVALENCIA DE ANSIEDAD EN PACIENTES QUE CURSAN EL PUERPERIO INMEDIATO DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL TRIMESTRE DE OCTUBRE-DICIEMBRE DEL 2024.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
No ansiedad	39	18.30
Ansiedad	174	81.70
TOTAL	213	100

TABLA 2 GRADO DE ANSIEDAD EN PACIENTES QUE CURSAN EL PUERPERIO INMEDIATO DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL TRIMESTRE DE OCTUBRE-DICIEMBRE DEL 2024.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
No Ansiedad	39	18.30
Ansiedad leve	87	40.85
Ansiedad severa	87	40.85
TOTAL	213	100

GRÁFICO 1: DIAGRAMA CIRCULAR. GRADO DE ANSIEDAD EN PACIENTES QUE CURSAN EL PUERPERIO INMEDIATO DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL TRIMESTRE DE OCTUBRE-DICIEMBRE DEL 2024.



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

De acuerdo con las Tablas N°1 y N°2, en un total de 213 pacientes que cursaron el puerperio inmediato en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins durante el trimestre de octubre-diciembre de 2024, el 81.70% (n=174) presentó ansiedad, mientras que el 18.30% (n=39) no presentó ansiedad.

Del total, el 18.30% (n=39) no mostró ansiedad, el 40.85% (n=87) presentó ansiedad leve y otro 40.85% (n=87) mostró ansiedad severa, evidenciando una distribución uniforme entre los niveles de severidad de ansiedad entre las pacientes evaluadas.

TABLA 3 ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS CON ANSIEDAD.

Variable	Coeficiente de regresión	Nivel de probabilidad
Escolaridad	-0.0118	0.982
Estado Civil	0.1353	0.646
Controles Prenatales	1.615	0.01
Psicoprofilaxis	-0.279	0.508
Edad	0.008	0.98
Ocupación	1.807	0.023
Realización de Ejercicio	-0.099	0.816
Embarazo planificado	-0.157.	0.723
Número de Gestación	-0.929	0.024
Vía de Parto	-0.811	0.171
Procedencia	-1.017	0.066

De acuerdo con la Tabla N°3, el análisis de regresión logística muestra que las pacientes provenientes de provincia presentaron menor ansiedad (p=0.066, no significativo). A mayor cantidad de controles prenatales, mayor grado de ansiedad (p=0.01, significativo). Las pacientes primerizas mostraron mayor grado de ansiedad en comparación con las multíparas (p=0.024, significativo). En cuanto a la ocupación, ser ama de casa se asoció con un mayor grado de ansiedad (p=0.023, significativo).

Por otro lado, las variables escolaridad (p=0.982), estado civil (p=0.646), psicoprofilaxis (p=0.508), edad (p=0.98), realización de ejercicio (p=0.816), embarazo planificado (p=0.723) y vía de parto (p=0.171) no mostraron resultados estadísticamente significativos.

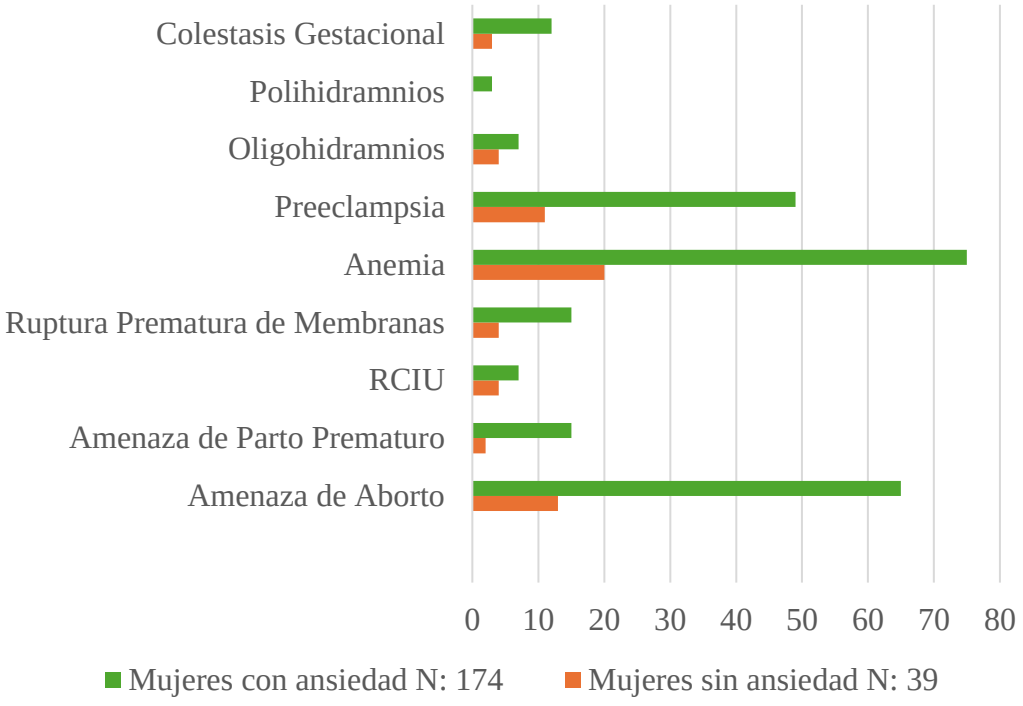
Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

TABLA 4 ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DE PRINCIPALES PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS ASOCIADAS CON ANSIEDAD

Variable	Mujeres sin ansiedad N: 39		Mujeres con ansiedad N: 174	
	n	%	n	%
Amenaza de Aborto	13	27.66	65	39.16
Amenaza de Parto Prematuro	2	4.26	15	9.04
RCIU	4	8.51	7	4.22
Ruptura Prematura de Membranas	4	8.51	15	9.04
Anemia	20	42.55	75	45.18
Preeclampsia	11	23.40	49	29.52
Oligohidramnios	4	8.51	7	4.22
Polihidramnios	0	0.00	3	1.81
Colestasis Gestacional	3	6.38	12	7.23

GRÁFICO 2: DIAGRAMA DE BARRAS AGRUPADAS. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DE PRINCIPALES PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS ASOCIADAS CON ANSIEDAD.



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

TABLA 5 ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE VARIABLES DE PRINCIPALES PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS ASOCIADAS CON ANSIEDAD

Variable	Coeficiente de regresión	Nivel de probabilidad
Amenaza de Aborto	1.003	0.008
Amenaza de Parto Prematuro	1.906	0.068
RCIU	-0.324	0.575
RPM	-0.128	0.804
Anemia	0.165	0.588
Preeclampsia	0.052	0.876
Oligohidramnios	-0.449	0.447
Polihidramnios	-1.609	0.192
Colestasis Gestacional	-0.625	0.422

De acuerdo con las Tablas N°4 y N°5, según análisis descriptivo de las patologías obstétricas asociadas con ansiedad, se observó que las pacientes con ansiedad presentaron mayor frecuencia de amenaza de aborto (39.16% vs. 27.66%, p=0.008, significativo). Las patologías más frecuentes en este grupo también incluyeron anemia (45.18% vs. 42.55%, p>0.05) y preeclampsia (29.52% vs. 23.40%, p>0.05), aunque estas no fueron estadísticamente significativas. Asimismo, la amenaza de parto prematuro fue más frecuente en mujeres con ansiedad (9.04% vs. 4.26%), aunque no fue estadísticamente significativa (p=0.068). En cuanto a otras patologías, como restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), ruptura prematura de membranas (RPM), oligohidramnios, polihidramnios y colestasis gestacional, no se encontraron diferencias significativas entre las mujeres con y sin ansiedad, siendo los niveles de probabilidad p>0.05 en todos los casos.

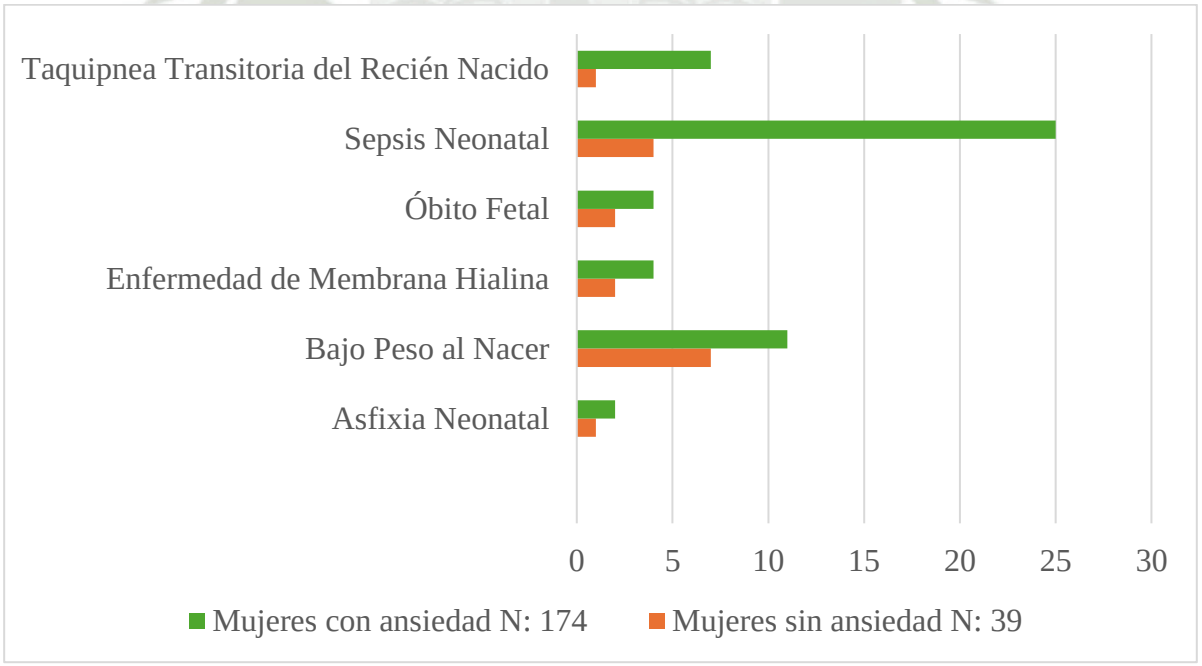
Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

TABLA 6 ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DE PRINCIPALES CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD NEONATAL ASOCIADAS CON ANSIEDAD.

Variable	Mujeres sin ansiedad N: 39		Mujeres con ansiedad N: 174	
	n	%	n	%
Asfixia Neonatal	1	2.56	2	1.15
Bajo Peso al Nacer	7	17.95	11	6.32
Enfermedad de Membrana Hialina	2	5.13	4	2.30
Óbito Fetal	2	5.13	4	2.30
Sepsis Neonatal	4	10.26	25	14.37
Taquipnea Transitoria del Recién Nacido	1	2.56	7	4.02

GRÁFICO 3 DIAGRAMA DE BARRAS AGRUPADAS. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DE PRINCIPALES CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD NEONATAL ASOCIADAS CON ANSIEDAD.



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

TABLA 7 ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE PRINCIPALES CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD NEONATAL ASOCIADAS CON ANSIEDAD.

Variable	Coeficiente de regresión	Nivel de probabilidad
Asfixia Neonatal	-0.497	0.591
Bajo Peso al Nacer	-0.634	0.197
Enfermedad de Membrana Hialina	0.925	0.396
Óbito Fetal	-0.70	0.309
Sepsis Neonatal	0.335	0.40
Taquipnea Transitoria del Recién Nacido	-0.349	0.588

De acuerdo con las Tablas N°6 y N°7, según análisis descriptivo de las causas de morbilidad neonatal asociadas con ansiedad, las patologías más frecuentes fueron sepsis neonatal, que afectó al 14.37% de los recién nacidos de mujeres con ansiedad frente al 10.26% de mujeres sin ansiedad, y bajo peso al nacer, presente en el 6.32% de los recién nacidos de mujeres con ansiedad y en el 17.95% de los recién nacidos de mujeres sin ansiedad. Otras patologías, como taquipnea transitoria del recién nacido (4.02% vs. 2.56%), enfermedad de membrana hialina (2.30% vs. 5.13%), óbito fetal (2.30% vs. 5.13%) y asfixia neonatal (1.15% vs. 2.56%), mostraron frecuencias menores en ambos grupos.

En el análisis de regresión logística (Tabla N°7), ninguna de las causas de morbilidad neonatal presentó una asociación significativa con ansiedad ($p>0.05$ en todos los casos). Por lo tanto, aunque sepsis neonatal y bajo peso al nacer fueron las condiciones más prevalentes, no se encontró evidencia estadísticamente significativa que las relacione con la ansiedad materna.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPITULO IV: DISCUSIÓN

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

DISCUSIÓN

Los datos muestran una prevalencia significativa de ansiedad en el puerperio inmediato (81.70%). Esto sugiere que el puerperio inmediato es una etapa crítica para la salud mental de las mujeres, destacando la necesidad de implementar estrategias específicas de tamizaje y manejo psicológico en esta población. La distribución igualitaria entre ansiedad leve (40.85%) y severa (40.85%) subraya que, aunque los niveles de ansiedad varían, una proporción significativa de pacientes requiere atención especializada.

Los resultados de la regresión logística indican que las mujeres primerizas (p=0.024) y las amas de casa (p=0.023) tienen un mayor riesgo de presentar ansiedad. Esto puede estar relacionado con la falta de experiencia previa en el manejo del puerperio y el aislamiento social asociado con la dedicación exclusiva al hogar. Paradójicamente, la mayor cantidad de controles prenatales también se asoció con mayor ansiedad (p=0.01), lo cual podría reflejar una mayor exposición al sistema de salud o una mayor conciencia de posibles complicaciones.

Variables como escolaridad, estado civil y planificación del embarazo no mostraron una asociación estadísticamente significativa, lo que sugiere que estos factores podrían no ser determinantes en la ansiedad durante el puerperio inmediato.

La amenaza de aborto fue la única patología obstétrica con una asociación significativa con la ansiedad (p=0.008). Esto es comprensible, dado el impacto emocional que esta condición puede generar en las pacientes. Aunque la anemia (45.18%) y la preeclampsia (29.52%) fueron frecuentes en mujeres con ansiedad, no mostraron significancia estadística, lo que podría indicar que su impacto psicológico es más variable y depende de otros factores contextuales.

Las patologías neonatales más frecuentes en el grupo de mujeres con ansiedad fueron sepsis neonatal (14.37%) y bajo peso al nacer (6.32%), aunque ninguna mostró una asociación estadísticamente significativa con la ansiedad materna. Este hallazgo sugiere que, aunque la ansiedad puede influir en el bienestar materno, su impacto en la salud neonatal podría ser mediado por otros factores obstétricos o sociales.

Es importante discutir posibles limitaciones, como el diseño transversal del estudio, que no permite establecer relaciones de causalidad, y el hecho de que los datos fueron recolectados en un único hospital, lo que podría limitar la generalización de los hallazgos.

En resumen, los resultados destacan la necesidad de abordar la ansiedad en el puerperio como un problema prioritario en salud pública, integrando estrategias psicosociales en la atención obstétrica.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CONCLUSIONES

- El 81.70% de las pacientes en el puerperio inmediato estudiadas presentó algún grado de ansiedad, de las cuales un 40.85% mostró ansiedad leve y otro 40.85% ansiedad severa. Este hallazgo subraya la importancia de implementar estrategias de detección temprana y abordaje de la ansiedad en esta etapa.
- Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la ansiedad y el número de gestaciones, observándose un mayor grado de ansiedad en las pacientes primerizas (p=0.024). Asimismo, las mujeres dedicadas exclusivamente al hogar presentaron mayor predisposición a la ansiedad (p=0.023).
- El incremento en el número de controles prenatales estuvo relacionado con mayores niveles de ansiedad (p=0.01). Este resultado podría estar vinculado a una mayor percepción del riesgo durante el embarazo.
- La amenaza de aborto fue la única patología obstétrica asociada significativamente con la presencia de ansiedad (p=0.008), mientras que otras patologías, como preeclampsia, anemia y amenaza de parto prematuro, fueron más frecuentes en mujeres con ansiedad, pero sin alcanzar significancia estadística.
- No se encontraron asociaciones significativas entre otras complicaciones obstétricas (restricción del crecimiento intrauterino, ruptura prematura de membranas, oligohidramnios, polihidramnios y colestasis gestacional) y la ansiedad.
- Aunque las tasas de sepsis neonatal y bajo peso al nacer fueron más altas en recién nacidos de madres con ansiedad, ninguna de las variables neonatales analizadas (asfixia neonatal, bajo peso al nacer, enfermedad de membrana hialina, óbito fetal, sepsis neonatal y taquipnea transitoria del recién nacido) mostró una asociación estadísticamente significativa con la ansiedad materna.
- Los resultados resaltan la necesidad de establecer programas de soporte psicológico durante el embarazo y el puerperio, con especial atención en mujeres primerizas, amas de casa y aquellas con antecedentes de amenaza de aborto.
- La falta de asociación significativa entre la ansiedad materna y las principales causas de morbilidad neonatal sugiere que el impacto de la ansiedad podría estar más relacionado con la percepción de bienestar materno que con resultados clínicos neonatales directos.
- Es necesario realizar estudios adicionales que consideren intervenciones preventivas y terapéuticas enfocadas en la ansiedad durante el puerperio, así como explorar otros factores contextuales que puedan influir en la salud materna y neonatal.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Dado el alto porcentaje de ansiedad severa, se recomienda implementar programas de tamizaje de salud mental desde el embarazo hasta el puerperio.

SEGUNDA: Las mujeres primerizas y amas de casa deben ser priorizadas en intervenciones psicoeducativas y de apoyo social.

TERCERA: La alta frecuencia de ansiedad en mujeres con múltiples controles prenatales sugiere la necesidad de un enfoque más humanizado y menos medicalizado durante la atención prenatal. Este hallazgo sugiere que, aunque la ansiedad puede influir en el bienestar materno, su impacto en la salud neonatal podría ser mediado por otros factores obstétricos o sociales.

CUARTA: Mantener una vigilancia activa en casos de patologías obstétricas frecuentes, como anemia y preeclampsia, aunque no tengan una relación estadísticamente significativa con ansiedad, dado su impacto en la salud materna y neonatal.

QUINTA: Aunque ninguna de las causas de morbilidad neonatal mostró una asociación estadísticamente significativa con la ansiedad materna, se recomienda continuar monitoreando a los recién nacidos de madres ansiosas, especialmente en casos de sepsis neonatal y bajo peso al nacer, por su mayor prevalencia relativa.

SEXTA: Ampliar los estudios sobre la relación entre ansiedad y variables socioeconómicas, obstétricas y neonatales, considerando muestras más amplias y análisis longitudinales para explorar posibles relaciones causales.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Viner RM, Allen T, Patton GC, Bonell C, Patton G, Ross D, et al. A future for the world's children? A WHO–UNICEF–Lancet Commission. Lancet. 2019;393(10176):605-58. doi:10.1016/S0140-6736(19)30934-1.
2. Grigoriadis S, Graves L, Peer M, Dennis CL, Brown C, Mamisashvili L, et al. Maternal anxiety during pregnancy and its association with adverse perinatal outcomes: systematic review and meta-analysis. J Clin Psychiatry. 2018;79(5):17r12011.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Treatment and management of mental health conditions during pregnancy and postpartum. Practice Bulletin No. 5. *Obstet Gynecol.* 2023;141:1262–88. doi: 10.1097/AOG.0000000000005202.
4. World Health Organization. Maternal mental health [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 2024 Sep 24]. Disponible en: https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health.
5. Verbeek T, Arjadi R, Vendrik JJ, Burger H, Berger MY. Anxiety and depression during pregnancy in Central America: a cross-sectional study among pregnant women in the developing country Nicaragua. BMC Psychiatry. 2015; 15:292.
6. Luna M, Salinas J, Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(4):310–4.
7. Vega E, Guerrero A, Guzmán B, Huamaní E, Herrera G. Ansiedad y depresión en gestantes adolescentes en un hospital de Lima, Perú. Rev Int Salud Materno Fetal. 2019;4(3):3–7.
8. Tirado L. Prevalencia de ansiedad y depresión en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, 2019 [tesis]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2020. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3203/tirado_lle.pdf?sequence=3&isAllowed=y
9. McKee K, Admon LK, Winkelman TNA, Muzik M, Hall S, Dalton VK, Zivin K. Perinatal mood and anxiety disorders, serious mental illness, and delivery-related health outcomes, United States, 2006–2015. BMC Womens Health. 2020; 20:150–6. doi: 10.1186/s12905-020-00996-6.
10. *Br J Psychiatry Suppl*. Hamilton M. Diagnosis and rating of anxiety in studies of anxiety lander. *Br J Psychiatry Suppl.* 1969;3:76–9.
11. Carrobles JA, Costa M, Del Ser T, Bartolomé P. La práctica de la terapia de conducta. Valencia: Promolibro; 1986.
12. Zimmerman M, Martin J, Clark H, McGonigal P, Harris L, Holst CG. Measuring anxiety in depressed patients: a comparison of the Hamilton anxiety rating scale and the DSM-5 Anxious Distress Specifier Interview. J Psychiatr Res. 2017 Oct; 93:59-63. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.05.014. Epub 2017 May 28. PMID: 28586699.
13. Sanchez SE, Puente GC, Atencio G, Qiu C, Yanez D, Gelaye B, et al. Risk of spontaneous preterm birth in relation to maternal depressive, anxiety, and stress symptoms. J Reprod Med. 2013;58(1-2):25-33.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

14. Mochache K, Mathai M, Gachuno O, Vander Stoep A, Kumar M. Depression during pregnancy and preterm delivery: a prospective cohort study among women attending antenatal clinic at Pumwani Maternity Hospital. Ann Gen Psychiatry. 2018; 17:31.
15. Rose MS, Pana G, Premji S. Ansiedad materna prenatal como factor de riesgo de parto prematuro y los efectos de la heterogeneidad en esta relación: una revisión sistemática y metaanálisis. BioMed Res Int. 2016; 2016:8312158.
16. Ding XX, Wu YL, Xu SJ, et al. Ansiedad materna durante el embarazo y resultados adversos en el parto: una revisión sistemática y metaanálisis de estudios de cohorte prospectivos. J Affect Disord. 2014; 159:103-110.
17. EsSalud. Maternidad saludable: Hospital Rebagliati atiende más de 4 mil partos al año [Internet]. Lima: EsSalud; 2023. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/essalud/noticias/955652-maternidad-saludable-hospital-rebagliati-atiende-mas-de-4-mil-partos-al-ano.
18. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2019;30(1):36–49. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.11.005.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
20. World Health Organization. International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision). Geneva: World Health Organization; 2018. Disponible en: https://icd.who.int.
21. American College of Obstetricians and Gynecologists. Summary of perinatal mental health conditions [Internet]. Washington (DC): ACOG. Disponible en: https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/files/forms/perinatal-mental-health-toolkit/summary-of-perinatal-mental-health conditions.pdf?rev=ed447e563856497d9b1b217056c2ed2a&hash=D31CB6E648F81E484447A6DB8AEB0F96
22. EsSalud. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins: Servicios y especialidades [Internet]. Lima: EsSalud; Disponible en: https://www.essalud.gob.pe.
23. EsSalud. Hospital Rebagliati de EsSalud logra recategorización por su alta especialidad y capacidad [Internet]. Lima: EsSalud; 2023. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/essalud/noticias/1036566-hospital-rebagliati-de-essalud-logra-recategorizacion-por-su-alta-especialidad-y-capacidad.
24. Cuerpo Médico del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Hospital Edgardo Rebagliati Martins: Información general [Internet]. Lima: Cuerpo Médico del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Disponible en: https://cuerpomedicorebagliati.org/portal/?q=taxonomy/term/63.
25. Bayrampour H, McDonald S, Tough S. Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. Midwifery. 2015 Jun;31(6):582-9. doi: 10.1016/j.midw.2015.02.009.
26. Figueiredo B, Canário C, Field T. Risk factors for anxiety and depression during pregnancy and the postpartum period: A systematic review of the literature. J Affect Disord. 2013; 1(150): 12-27.
27. Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. Curr Opin Psychiatry. 2012 Mar;25(2):141-8. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283503680.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

28. American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening and diagnosis of mental health conditions during pregnancy and postpartum. Obstet Gynecol. 2023 Jun;141(6): e1-e17. doi: 10.1097/AOG.0000000000005000.
29. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
30. Matthey S, Ross-Hamid C. La validez de los síntomas del DSM para los trastornos de depresión y ansiedad durante el embarazo. J Affect Disord. 2011;133(3):546-52. doi: 10.1016/j.jad.2011.05.004.
31. Thorsness KR, Watson C, LaRusso EM. Perinatal anxiety: approach to diagnosis and management in the obstetric setting. Am J Obstet Gynecol. 2020;223(4):498-505.
32. Robertson Blackmore E, Gustafsson H, Gilchrist M, Wyman C, O'Connor TG. Pregnancy-related anxiety: evidence of clear clinical significance from a prospective longitudinal study. Arch Womens Ment Health. 2014;17(4): 301-309.
33. Thorsness KR, Watson C, LaRusso EM. Perinatal anxiety: approach to diagnosis and management in the obstetric setting. Am J Obstet Gynecol. 2020;223(4):498-505.
34. Committee on Clinical Practice Guidelines—Obstetrics. Treatment and management of mental health conditions during pregnancy and postpartum. Obstet Gynecol. 2023 Jun;141(6):e1-e17. doi: 10.1097/AOG.0000000000005201.
35. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014;28(1):25-35. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.07.005.
36. Araji S, Griffin A, Dixon L, Spencer SK, Peavie C, Wallace K. An overview of maternal anxiety during pregnancy and the post-partum period. J Ment Health Clin Psychol. 2020;4(4):47-56.
37. La Torre Quispe FB. Factores psicológicos relacionados a la adaptación psicosocial al embarazo en gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – 2024. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2024 Disponible en: https://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/17479.
38. Romero Gutiérrez G, Rocha Morales D, Ruiz-Treviño AS. Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna durante el puerperio inmediato. Ginecol Obstet Mex. 2013;81(4):180-185.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ANEXOS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por IM Gabriela Llerena Ventura e IM Augusto Rodriguez Quispe, de la Universidad Católica de Santa María. La meta de este estudio es Determinar, mediante la escala de ansiedad de Hamilton modificada, el grado de ansiedad materna durante el puerperio inmediato y su asociación con complicaciones materno-fetales en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2024.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por IM Gabriela Llerena Ventura e IM Augusto Rodriguez Quispe. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es Determinar, mediante la escala de ansiedad de Hamilton modificada, el grado de ansiedad materna durante el puerperio inmediato y su asociación con complicaciones materno-fetales en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2024.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Augusto Helud Rodriguez Quispe (Interno de medicina del Servicio de Obstetricia del HNERM) al teléfono 959149128.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a 959149128 al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante Firma del Participante Fecha.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ANEXO 2 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS					
DATOS GENERALES SOCIODEMOGRAFICOS					
EDAD:		PROCEDENCIA (DISTRITO)		NIVEL DE INSTRUCCIÓN	
ESTADO CIVIL:		OCUPACION ACTUAL			
DATOS PERSONALES					
SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA		TOMA ALGUN MEDICAMENTO DE MANERA HABITUAL			
FUE UN EMBARAZO PLANIFICADO		REALIZA EJERCICIOS DE MANERA HABITUAL			
DATOS GINECOBSTETRICOS					
REALIZÓ PSICOPROFILAXIS		CUANTOS CONTROLES PRENATALES TUVO EN LA GESTACIÓN.			
NUMERO DE EMBARAZOS (CONTANDO EL ACTUAL)		VIA DE PARTO (VAGINAL O CESAREA)			
SUFRIO ALGUNA COMPLICACION EN EL EMBARAZO		ALGUNA COMPLICACION EN EL RECIEN NACIDO			

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ANEXO 3 ESCALA DE HAMILTON MODIFICADA.

ITEMS En cada item marque usted el numero según la intensidad que usted considere. Síntomas ausentes marque 0, 1 intensidad leve, 2 intensidad moderada, 3 intensidad grave y 4 intensidad severa	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Usted sufrio de inquietud, espera de lo peor, aprensión (anticipación temerosa) irritabilidad					
Usted sintio imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar					
Usted sintió miedo a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo , a los animales grandes, a las multitudes, etc)					
Usted sintió dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, malos sueños, pesadilla, terrores nocturnos					
Usted sufrió dificultad de concentración, mala memoria					
Usted sintió falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, variaciones del humor a lo largo del día.					
Usted sufriño de dolores y molestias musculares, rigidez muscular, rechinar de dientes.					
Usted sintió zumbidos en oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de hormigueo.					
Usted sintió taquicardia (pulso acelerado), palpitaciones, dolores en el pecho.					
Usted sufrió sensación de peso en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire					
Usted sintió dificultad para pasar los alimentos, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis (quemazón en garganta), náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, diarrea, estreñimiento.					
Usted sufrió micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia					
Usted sintió sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, cefaleas de tensión, piloerección (pelo erizado)					
Al llenar la enuesta se sintió tenso, incomodo, temblor de manos, ceño fruncido, palidez facial, tragó saliva, eructa, taquicardia de reposo.					

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ANEXO 4 DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM.

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM

DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 4 de diciembre de 2024

Investigadores Rodriguez Quispe, Augusto Helud
Llerena Ventura, Gabriela Yoseline

Presente. –

De mi especial consideración.

Me dirijo a ustedes para hacerles llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: "Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de la ansiedad materna durante el puerperio inmediato en el hospital Edgardo Rebagliati Martins en el 2024".

Investigadores: Rodriguez Quispe, Augusto Helud y Llerena Ventura, Gabriela Yoseline.

TIPO Y DISEÑO: Transversal, analítico.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Determinar, mediante la escala de ansiedad de Hamilton modificada, el grado de ansiedad materna durante el puerperio inmediato y su asociación con complicaciones materno-fetales en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2024.

PROCEDIMIENTOS: Cuestionario.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM

DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

SUJETOS DE ESTUDIO:

Pacientes que cursan el puerperio inmediato que ingresaron al servicio de hospitalización del servicio de Obstetricia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el trimestre octubre – diciembre en el año 2024.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE
319 - 2024

Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ANEXO 5 DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM.

CARTA DE ACEPTACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN POR EL JEFE DEL DEPARTAMENTO/SERVICIO/ÁREA O JEFE INMEDIATO SUPERIOR

Dr. Francisco Zambrano Reyna; Gerente de la Red Prestacional Rebagliati

De mi consideración:

El Jefe del Departamento De Obstetricia /Servicio de Medicina Materno Fetal 5to A/Área de Obstetricia Materno Fetal 5to A1 del Establecimiento de Salud "Hospital Nacional Edgardo Rebagliarti Martins" de la Red Asistencial Rebagliati, donde se ejecutará el estudio titulado " RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE HAMILTON MODIFICADA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ANSIEDAD MATERNA DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO EN EL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL 2024 ", cuyo investigador principal es Augusto Helud Rodriguez Quispe /coinvestigador responsable es Dr. Guevara Lazo Pedro Arturo, tiene el agrado de dirigirse a usted para manifestarle mi visto bueno para que el proyecto señalado previamente se ejecute en el Departamento De Obstetricia /Servicio de Medicina Materno Fetal 5to A/Área de Obstetricia Materno Fetal 5to A1 del Establecimiento de Salud "Hospital Nacional Edgardo Rebagliarti Martins" de la Red Asistencial Rebagliati.

Este proyecto deberá contar además con la evaluación del Comité Institucional de Ética en Investigación y la aprobación correspondiente por su despacho antes de su ejecución.

Sin otro particular, quedo de Usted.

Atentamente,

EsSalud H.N.E.R.M. RED ASISTENCIAL REBAGLIATI
Dr. HUAMAN PAUCAR CESAR AUGUSTO
Jefe de Serv. Medicina Materno Fetal -5A1
CMP: 31512 RNE: 14467

Firma, sello, nombre del Jefe de Departamento/Servicio/Área

Dr Huaman Paucar Cesar Augusto

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ANEXO 6: MATRIZ DE DATOS

EDAD	NIVELDEINSTRUCCION	ESTADOCIVIL	PROCEDENCIA	OCUPACION	EMBARAZO PLANIFICADO	EJERCICIOS DE MANERA HABIT	NUMERODE CONTROLES PRENAT	PARIDAD	ESCALA DE HAMI	ANSIEDAD	PSICOPROFILAXIS DE PARTO	RCIU	RPM	ANEMIA	PREECLAMPSIA	OLIGOHIDRAMNIOS	POLIHIDRAMNIOS	COLISTASISGESTACIONAL	AMENAZA DE ABORTO	AMENAZA DE PARTO PREMATURO	ASFIXIA NEONATAL	BPN	DMH	OBITO FETAL	SEPSIS NEO TTRN
36	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CASADA	VILLA EL SALVADO	CONTADORA	SI	SI	14	3	29 si		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
24	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CONVIVIENTE	CERCADO DE LIMA	PSICOLOGA	SI	SI	11	1	6 si		SI	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI
32	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CONVIVIENTE	PROVINCIA	AMA DE CASA	NO	NO	5	1	19 si		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI
32	SUPERIOR UNIVERSITARIA	SOLTERA	PROVINCIA	MEDICO	NO	NO	7	3	1 no		NO	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI
31	SUPERIOR INCOMPLETO	CONVIVIENTE	CERCADO DE LIMA	RECEPCIONISTA	NO	SI	8	1	18 si		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26	TECNICA SUPERIOR	CONVIVIENTE	BREÑA	TECNICA EN ENFERMERIA	NO	SI	6	1	13 si		SI	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
49	SUPERIOR UNIVERSITARIA	SOLTERA	CERCADO DE LIMA	ABOGADA	NO	NO	10	1	15 si		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
24	SECUNDARIA COMPLETA	CASADA	PROVINCIA	AMA DE CASA	NO	NO	5	3	3 no		SI	CESAREA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
28	TECNICA SUPERIOR	CONVIVIENTE	SAN JUAN DE MIRA	ADMINISTRADOR	NO	NO	3	1	12 si		NO	VAGINAL	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI
30	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CASADA	SAN JUAN DE MIRA	CONTADORA	NO	SI	7	3	9 si		SI	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI
48	SECUNDARIA COMPLETA	SOLTERA	LINCE	AMA DE CASA	SI	SI	10	1	16 si		SI	VAGINAL	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
34	TECNICA SUPERIOR	CASADA	SAN JUAN DE MIRA	CONTADORA	NO	NO	7	4	5 no		NO	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
54	SUPERIOR UNIVERSITARIA	SOLTERA	SAN MARTIN DE PO	ADMINISTRADOR	SI	NO	9	1	9 si		SI	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
36	SUPERIOR UNIVERSITARIA	SOLTERA	SAN JUAN DE MIRA	DOCENTE	NO	NO	7	3	22 si		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
31	SUPERIOR UNIVERSITARIA	SOLTERA	JESUS MARIA	TURISMO	NO	NO	6	2	11 si		NO	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
55	SECUNDARIA COMPLETA	CONVIVIENTE	SAN JUAN DE MIRA	AMA DE CASA	NO	NO	5	5	22 si		NO	VAGINAL	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
51	SUPERIOR UNIVERSITARIA	SOLTERA	PROVINCIA	CONTADORA	NO	NO	10	3	10 si		NO	VAGINAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO
37	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CASADA	JESUS MARIA	DOCENTE	NO	NO	8	5	7 si		SI	VAGINAL	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CASADA	SAN BORJA	INGENIERIA CIVIL	NO	SI	8	1	29 si		SI	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
31	SECUNDARIA COMPLETA	CASADA	PROVINCIA	AMA DE CASA	NO	NO	10	4	12 si		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO
39	SUPERIOR INCOMPLETO	CONVIVIENTE	CHORRILLOS	AMA DE CASA	SI	SI	9	3	15 si		SI	CESAREA	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI
40	SUPERIOR UNIVERSITARIA	SOLTERA	CHORRILLOS	CONTADORA	SI	SI	6	3	21 si		SI	CESAREA	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
46	TECNICA SUPERIOR	CONVIVIENTE	BREÑA	VENDEDORA	NO	SI	8	4	3 no		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
40	SECUNDARIA COMPLETA	CONVIVIENTE	PROVINCIA	AMA DE CASA	SI	NO	8	3	13 si		SI	VAGINAL	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
31	SECUNDARIA COMPLETA	CASADA	SURQUILLO	ADMINISTRADOR	SI	SI	6	1	27 si		NO	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23	SECUNDARIA COMPLETA	CONVIVIENTE	CHORRILLOS	AMITRICINA	SI	SI	7	1	16 si		SI	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
34	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CASADA	SURQUILLO	MEDICO	SI	SI	12	1	20 si		SI	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CASADA	LA MOLINA	AMA DE CASA	SI	NO	14	1	13 si		SI	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
28	SECUNDARIA COMPLETA	SOLTERA	CALLAO	AMA DE CASA	SI	NO	7	3	6 si		NO	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
24	TECNICA SUPERIOR	CONVIVIENTE	PROVINCIA	DOCENCIA	SI	NO	10	1	11 si		NO	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO
41	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CASADA	CHORRILLOS	FARMACEUTICA	SI	SI	8	3	23 si		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23	SECUNDARIA COMPLETA	CONVIVIENTE	LA MOLINA	FARMACEUTICA	NO	NO	9	1	7 si		SI	CESAREA	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
40	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CONVIVIENTE	SAN LUIN DE MIRA	FARMACEUTICA	NO	NO	6	3	5 si		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
36	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CASADA	PROVINCIA	ADMINISTRADOR	NO	NO	4	3	12 si		NO	CESAREA	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO
34	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CONVIVIENTE	SAN LUIN DE MIRA	TURISMO	SI	SI	7	3	22 si		SI	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27	SECUNDARIA COMPLETA	CASADA	VILLA EL SALVADOR	AMA DE CASA	NO	NO	6	1	12 si		NO	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO
40	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CASADA	VILLA MARIA DEL T	ADMINISTRADOR	NO	NO	6	3	14 si		NO	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
38	SECUNDARIA COMPLETA	CONVIVIENTE	CERCADO DE LIMA	ECONOMISTA	SI	SI	11	4	5 no		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO
46	SUPERIOR UNIVERSITARIA	SOLTERA	PROVINCIA	SOCIOLOGA	NO	SI	10	3	23 si		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO
34	SUPERIOR UNIVERSITARIA	SOLTERA	CERCADO DE LIMA	OBSTETRIZ	NO	NO	10	2	18 si		NO	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
39	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CASADA	CERCADO DE LIMA	MEDICO	NO	NO	10	2	6 si		NO	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
47	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CASADA	CERCADO DE LIMA	MEDICO	NO	NO	10	2	6 si		NO	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
37	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CONVIVIENTE	LINCE	MEDICO	SI	SI	8	4	24 si		SI	VAGINAL	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
39	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CASADA	CERCADO DE LIMA	DOCENTE	SI	SI	8	4	3 no		SI	CESAREA	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO
39	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CONVIVIENTE	CERCADO DE LIMA	ADMINISTRADOR	NO	NO	8	3	9 si		NO	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
36	TECNICA SUPERIOR	CONVIVIENTE	LINCE	ADMINISTRADOR	NO	NO	6	3	1 no		SI	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
30	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CONVIVIENTE	CERCADO DE LIMA	CAJERA	NO	NO	6	3	3 no		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
25	TECNICA SUPERIOR	CASADA	VENTANILLA	ENFERMERA	NO	NO	6	3	3 no		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
40	TECNICA SUPERIOR	SOLTERA	CERCADO DE LIMA	AMA DE CASA	NO	NO	6	3	17 si		NO	VAGINAL	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CASADA	CERCADO DE LIMA	MEDICO	NO	NO	10	2	6 si		NO	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
37	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CONVIVIENTE	LINCE	MEDICO	SI	SI	8	4	24 si		SI	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
39	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CASADA	CERCADO DE LIMA	DOCENTE	SI	SI	8	4	3 no		SI	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO
36	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CONVIVIENTE	CERCADO DE LIMA	CAJERA	NO	NO	6	7	18 si		SI	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
30	SUPERIOR UNIVERSITARIA	SOLTERA	SAN LUIN DE MIRA	VENDEDORA	NO	NO	6	3	14 si		NO	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
31	TECNICA INCOMPLETO	SOLTERA	CERCADO DE LIMA	CURSADORA	NO	NO	5	3	10 si		NO	CESAREA	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
32	TECNICA SUPERIOR	CONVIVIENTE	LINCE	ADMINISTRADOR	NO	NO	5	3	1 no		SI	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27	SECUNDARIA COMPLETA	CONVIVIENTE	SAN JUAN DE MIRA	PROFESORA	NO	NO	13	3	9 si		SI	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
45	SECUNDARIA COMPLETA	CONVIVIENTE	SAN JUAN DE MIRA	PROFESORA DE IN	NO	NO	8	4	41 si		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CONVIVIENTE	CERCADO DE LIMA	PROFESORA	NO	NO	9	1	12 si		SI	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO
30	TECNICA INCOMPLETO	CONVIVIENTE	VILLA EL SALVADO	AMA DE CASA	SI	SI	5	3	18 si		NO	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
30	SECUNDARIA COMPLETA	CASADA	SAN JUAN DE MIRA	AMA DE CASA	NO	SI	8	3	16 si		NO	CESAREA	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
32	SUPERIOR UNIVERSITARIA	SOLTERA	PROVINCIA	ADMINISTRADOR	NO	NO	5	3	19 si		SI	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
39	SECUNDARIA COMPLETA	CONVIVIENTE	CERCADO DE LIMA	AMA DE CASA	NO	NO	3	2	12 si		SI	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
47	SUPERIOR UNIVERSITARIA	SOLTERA	JESUS MARIA	ENFERMERA	SI	SI	12	1	17 si		SI	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
25	TECNICA SUPERIOR	CASADA	LOS OLIVOS	AMA DE CASA	NO	NO	7	2	19 si		SI	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
31	TECNICA SUPERIOR	CASADA	ATE	AMA DE CASA	NO	NO	10	2	27 si		SI	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CASADA	JESUS MARIA	INGENIERIA DE S	NO	NO	5	3	9 si		NO	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26	SECUNDARIA COMPLETA	CASADA	VILLA MARIA DEL T	AMA DE CASA	NO	SI	8	3	10 si		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
28	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CONVIVIENTE	MAGDALENA	COMERCIANTE	NO	NO	4	2	2 no		NO	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
41	SECUNDARIA COMPLETA	CONVIVIENTE	CHORRILLOS	ESTUDIANTE	NO	NO	5	3	9 si		NO	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19	SECUNDARIA COMPLETA	CONVIVIENTE	CERCADO DE LIMA	TEXTIL	SI	SI	6	1	19 si		NO	VAGINAL	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO
38	TECNICA SUPERIOR	CONVIVIENTE	BARRANCO	CAJERA	SI	SI	11	1	12 si		SI	VAGINAL	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
47	SUPERIOR UNIVERSITARIA	SOLTERA	JESUS MARIA	ENFERMERA	SI	SI	12	1	17 si		SI	CESAREA	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
25	TECNICA SUPERIOR	CASADA	LOS OLIVOS	AMA DE CASA	SI	SI	7	2	19 si		SI	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
31	TECNICA SUPERIOR	CASADA	ATE	AMA DE CASA	NO	NO	10	2	27 si		SI	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CASADA	VILLA MARIA DEL T	AMA DE CASA	NO	SI	8	3	10 si		SI	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
24	SUPERIOR UNIVERSITARIA	SOLTERA	SAN BORJA	ABOGADA	NO	NO	8	1	29 si		NO	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21	SECUNDARIA COMPLETA	SOLTERA	SURQUILLO	ADMINISTRADOR	NO	NO	5	1	13 si		SI	VAGINAL	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
28	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CONVIVIENTE	SURCO	VENDEDORA	NO	SI	6	1	6 si		NO	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
34	SECUNDARIA COMPLETA	CASADA	CERCADO DE LIMA	AMA DE CASA	NO	SI	15	2	11 si		NO	VAGINAL	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
28	SUPERIOR INCOMPLETO	CONVIVIENTE	LA MOLINA	PERSONAL DE LIM	NO	NO	9	3	25 si		NO	CESAREA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
30	TECNICA SUPERIOR	CASADA	LA MOLINA	AMA DE CASA	NO	NO	7	3	9 si		NO	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
28	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CASADA	SAN JUAN DE MIRA	ECONOMISTA	SI	NO	8	2	5 no		SI	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20	TECNICA SUPERIOR	SOLTERA	LINCE	AMA DE CASA	SI	NO	6	1	2 no		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
30	SUPERIOR INCOMPLETO	SOLTERA	SURCO	DOCENTE	NO	SI	10	3	5 no		SI	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CONVIVIENTE	VENTANILLA	DOCENTE	SI	SI	7	1	27 si		NO	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
39	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CONVIVIENTE	BREÑA	CONTADORA	SI	SI	10	2	14 si		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
33	SECUNDARIA COMPLETA	CONVIVIENTE	JESUS MARIA	LABORATORISTA	SI	SI	6	1	27 si		SI	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
33	SUPERIOR UNIVERSITARIA	SOLTERA	SAN JUAN DE MIRA	PERSONAL DE LIM	NO	NO	10	3	23 si		NO	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27	SECUNDARIA COMPLETA	CASADA	LOS OLIVOS	INGENIERIA DE S	NO	NO	6	1	18 si		SI	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
28	TECNICA SUPERIOR	CONVIVIENTE	PROVINCIA	ABOGADA	SI	SI	6	1	1 no		NO	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
51	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CONVIVIENTE	CERCADO DE LIMA	ADMINISTRADOR	NO	NO	10	4	15 si		SI	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
36	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CASADA	CERCADO DE LIMA	FARMACEUTICA	NO	SI	9	3	10 si		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
32	TECNICA SUPERIOR	SOLTERA	SAN JUAN DE MIRA	ENFERMERA	NO	NO	8	3	20 si		SI	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
30	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CASADA	CERCADO DE LIMA	FARMACEUTICA	NO	SI	9	1	20 si		NO	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
31	SUPERIOR UNIVERSITARIA	SOLTERA	CHORRILLOS	CAJERA	NO	NO	10	3	5 no		NO	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
31	SUPERIOR UNIVERSITARIA	SOLTERA	SAN JUAN DE MIRA	ENFERMERA	NO	NO	6	3	20 si		SI	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23	SECUNDARIA COMPLETA	SOLTERA	SAN JUAN DE MIRA	AMA DE CASA	NO	NO	9	3	10 si		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
39	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CONVIVIENTE	SAN JUAN DE MIRA	AMA DE CASA	SI	NO	10	4	30 si		SI	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
51	SUPERIOR INCOMPLETO	SOLTERA	CERCADO DE LIMA	TEXTIL	NO	NO	5	1	13 si		SI	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO
51	SECUNDARIA COMPLETA	CONVIVIENTE	CHORRILLOS	AMA DE CASA	SI	SI	10	3	25 si		SI	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
31	SECUNDARIA COMPLETA	SOLTERA	SAN JUAN DE MIRA	AMA DE CASA	NO	SI	7	4	27 si		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23	TECNICA SUPERIOR	CONVIVIENTE	BREÑA	RECEPCIONISTA	NO	SI	6	1	1 no		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
29	SUPERIOR INCOMPLETO	CONVIVIENTE	LA MOLINA	DOCENCIA	NO	NO	7	1	19 si		SI	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
30	SECUNDARIA COMPLETA	CONVIVIENTE	CERCADO DE LIMA	PERSONAL DE LIM	SI	SI	7	3	8 si		SI	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
39	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CONVIVIENTE	SAN JUAN DE MIRA	ENFERMERA	NO	NO	6	3	20 si		SI	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
24	SECUNDARIA COMPLETA	CONVIVIENTE	SAN JUAN DE MIRA	AMA DE CASA	NO	NO	5	3	5 no		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
29	SECUNDARIA COMPLETA	SOLTERA	SAN JUAN DE MIRA	PROFESORA DE IN	SI	SI	11	2	10 si		NO	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO
32	TECNICA INCOMPLETO	SOLTERA	LA MOLINA	PINTORA	NO	SI	9	2	13 si		SI	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
31	TECNICA SUPERIOR	CONVIVIENTE	PROVINCIA	CONTADORA	NO	NO	9	2	12 si		NO	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
32	TECNICA SUPERIOR	SOLTERA	BREÑA	RECEPCIONISTA	NO	SI	6	1	1 no		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
32	TECNICA SUPERIOR	CONVIVIENTE	CERCADO DE LIMA	TURISMO	SI	SI	9	1	5 no		SI	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO
38	TECNICA SUPERIOR	SOLTERA	PROVINCIA	DOCENCIA	NO	NO	9	3	7 si		NO	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
38	TECNICA INCOMPLETO	SOLTERA	CERCADO DE LIMA	VENDEDORA	NO	NO	10	2	12 si		NO	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
35	SECUNDARIA COMPLETA	CASADA	CERCADO DE LIMA	VENDEDORA	NO	NO	7	3	5 no		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
30	SECUNDARIA COMPLETA	SOLTERA	SURCO	ATENCION AL CLI	SI	SI	6	3	10 si		NO	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
32	TECNICA SUPERIOR	CASADA	SAN JUAN DE MIRA	DOCENTE	NO	NO	7	3	14 si		NO	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
40	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CONVIVIENTE	PROVINCIA	ATENCION AL CLI	NO	NO	6	8	27 si		SI	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
24	SECUNDARIA COMPLETA	CONVIVIENTE	PROVINCIA	ENFERMERA	NO	NO	7	3	19 si		SI	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
33	SUPERIOR INCOMPLETO	SOLTERA	LA MOLINA	ADMINISTRADOR	NO	SI	10	1	22 si		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
35	TECNICA SUPERIOR	CONVIVIENTE	BREÑA	AMA DE CASA	NO	NO	9	3	12 si		NO	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
32	TECNICA SUPERIOR	CONVIVIENTE	PROVINCIA	AMA DE CASA	NO	NO	8	5	10 si		NO	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
37	SECUNDARIA COMPLETA	SOLTERA	CHORRILLOS	DOCENTE	SI	SI	7	3	15 si		SI	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
32	SECUNDARIA COMPLETA	CONVIVIENTE	PROVINCIA	AMA DE CASA	NO	NO	8	4	1 no		NO	VAGINAL	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
30	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CONVIVIENTE	PROVINCIA	CONTADORA	NO	SI	6	3	22 si		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CONVIVIENTE	SAN JUAN DE MIRA	INGENIERIA DE S	NO	NO	12	3	17 si		NO	CESAREA	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
31	SUPERIOR UNIVERSITARIA	SOLTERA	SAN MARTIN DE PO	ABOGADA	NO	NO	10	3	2 no		NO	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
31	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CONVIVIENTE	SAN JUAN DE MIRA	SOCIENTE	NO	NO	10	3	2 no		NO	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
38	SECUNDARIA COMPLETA	CONVIVIENTE	CERCADO DE LIMA	PERSONAL DE LIM	NO	NO	10	3	9 si		SI	CESAREA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
23	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CONVIVIENTE	LA MOLINA	MEDICO	NO	NO	9	2	10 si		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
31	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CONVIVIENTE	CERCADO DE LIMA	CONTADORA	NO	NO	10	3	3 no		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
31	SUPERIOR INCOMPLETO	CONVIVIENTE	CERCADO DE LIMA	ATENCION AL CLI	NO	NO	7	1	11 si		SI	VAGINAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
40	SUPERIOR UNIVERSITARIA	CASADA	PROVINCIA	ADMINISTRADOR	NO	NO	6	3	13 si		NO	CESAREA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ANEXO 7: PROYECTO DE TESIS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

"IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA"

Facultad de Medicina Humana

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL EN LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Título**: Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de la ansiedad materna durante el puerperio inmediato en el hospital Edgardo Rebagliati Martins en el 2024**

Autores:

- Rodriguez Quispe, Augusto Helud
  Teléfono: 959149128
  Correo: 72422206@ucsm.edu.pe / helud5@gmail.com
- Llerena Ventura, Gabriela Yoseline
  Teléfono: 974408128

  Correo: 75833512@ucsm.edu.pe / gabrielayoseline020917@gmail.com

Arequipa- Perú

2024

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

1. PREÁMBULO

Los trastornos mentales representan una causa significativa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Según las nuevas estimaciones de la Organización Mundial de Salud (1), la prevalencia de los trastornos mentales en situaciones afectadas por conflicto o emergencias sanitarias alcanzan alrededor del 22.1% y solo los trastornos de ansiedad afectaron al 21.7% de la población general. Como se observa, los trastornos mentales representan una carga significativa en las poblaciones afectadas por conflictos o estados de estrés, las cuales requieren apoyo y el imperativo humanitario de aliviar el sufrimiento. En ese sentido, es crucial implementar con urgencia intervenciones de salud mental escalables para enfrentar esta problemática.

Uno de los trastornos mentales con cifras más altas es el trastorno de ansiedad generalizada (8,5%-9,5%), el cual puede presentarse durante el embarazo o en el primer año posparto, e incluso involucra trastornos de salud mental que aparecen antes del embarazo. En esa línea, un estudio publicado por la sociedad de psiquiatría (2) analiza la prevalencia de los trastornos de ansiedad durante el embarazo y el posparto. Este indica que 1 de cada 5 mujeres de una muestra típica cumple los criterios de diagnóstico de al menos un trastorno. Así, la prevalencia combinada durante el embarazo es de 22,9 % para los síntomas de ansiedad (3). Estos hallazgos resaltan la necesidad de detección, educación y derivación de casos de ansiedad en los ámbitos de obstetricia y ginecología (2 y 4).

Particularmente, la literatura muestra que existe una mayor prevalencia de estos trastornos en países en vía de desarrollo. Un estudio realizado en Centro América encontró una prevalencia de depresión y ansiedad de 41% y 57%, respectivamente, en mujeres gestantes en Nicaragua frente a otros estudios a nivel global (5). La evidencia en Perú es escasa, sin embargo, una investigación realizada en el Instituto Nacional Materno Perinatal demostró que la prevalencia de depresión en gestantes era de 40.1% (6). Otro estudio posterior mostró que la prevalencia de depresión y ansiedad fue de 82.8% y 68.9 %, respectivamente; mientras que, la frecuencia estimada de riesgo de depresión en las pacientes gestantes fue 30.56% (7). En cuanto a la frecuencia determinada por trimestre gestacional se obtuvo que el 54.55% de las embarazadas con riesgo de depresión se encontraban en el segundo trimestre (8).

A pesar de contar con enfoques eficaces para la detección y el tratamiento, los trastornos de salud mental perinatal siguen siendo poco reconocidos y tratados. La falta de tratamiento adecuado conlleva efectos perjudiciales tanto a corto como a largo plazo, los cuales pueden reducirse con una intervención oportuna, especialmente si se inicia de manera temprana. Además de los impactos significativos en la salud mental y la calidad de vida de la persona en etapa perinatal, existe un mayor riesgo de baja adherencia a la atención médica, empeoramiento de condiciones físicas, consumo de tabaco, trastornos por abuso de sustancias, y un aumento de la morbilidad y mortalidad materna (9).

La Escala de Hamilton para la Ansiedad (HAMA, por sus siglas en inglés) (Hamilton, 1959) es la medida de ansiedad evaluada por médicos más utilizada en los estudios de tratamiento de la depresión (10). La HAMA se publicó hace más de 50 años. Como uno de los primeros instrumentos confiables y válidos administrados por entrevistadores para evaluar la gravedad de la ansiedad, por ello no es sorprendente que se haya convertido en el estándar en el campo. Los 14 elementos del HAMA se califican de 0 a 4 con pautas generales para distinguir las gradaciones de gravedad (0 = ausente, sin síntomas; 1 = leve, ocurre de manera irregular y por períodos cortos de tiempo; 2 = moderado, ocurre de manera más constante y de mayor duración,

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

requiriendo un esfuerzo considerable por parte del paciente para afrontarlo; 3 = grave, continuo y domina la vida del paciente; 4 = muy grave, incapacitante). Los elementos incorporan grupos de síntomas (p. ej., síntomas autonómicos, síntomas respiratorios, miedos) en lugar de síntomas específicos y únicos (11). Un estudio del proyecto MIDAS (12) evaluó si la Entrevista del Especificador de Angustia Ansiosa del DSM-5 (DADSI) es tan válida como la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAMA) para medir la gravedad de la ansiedad en pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM). Se entrevistó a 203 pacientes y se correlacionaron tanto la DADSI como la HAMA con medidas de ansiedad, mostrando resultados similares. La HAMA se correlacionó más con síntomas depresivos, mientras que la DADSI fue más específica para la ansiedad (12).

Las afecciones de salud mental están vinculadas a resultados adversos en el ámbito obstétrico, fetal, neonatal e infantil, como muerte fetal, parto prematuro, restricción del crecimiento, bajo peso al nacer, tamaño pequeño para la edad gestacional, problemas en el vínculo madre-hijo, alteraciones en el desarrollo neurológico infantil, y un mayor riesgo de trastornos mentales en la descendencia a largo plazo 18 y 19 (13).

Un metaanálisis de la sociedad de psiquiatría (3) analiza cómo la ansiedad prenatal está relacionada con una serie de resultados adversos en el embarazo y el nacimiento del bebé. Los hallazgos indican que la ansiedad durante el embarazo se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro (54% más probable), parto prematuro espontáneo (41% más probable), menor peso al nacer (en promedio 55.96 g menos), mayor probabilidad de bajo peso al nacer (80% más probable) y nacimiento antes de lo previsto (en promedio 0.13 semanas más temprano). Además, los bebés de madres con ansiedad tienen una mayor probabilidad de ser pequeños para su edad gestacional y de tener una circunferencia craneal ligeramente menor. La diferencia entre mujeres con ansiedad diagnosticada y aquellas identificadas mediante escalas de calificación también mostró que los bebés de las primeras nacen con un peso significativamente menor. Sin embargo, no se encontraron asociaciones significativas entre la ansiedad prenatal y otros factores como la preeclampsia, el parto por cesárea, o las puntuaciones de Apgar. Esto sugiere que la ansiedad prenatal afecta principalmente el crecimiento y el desarrollo del bebé, más que el proceso de parto o la salud inmediata del recién nacido (15 y 16).

Asimismo, un estudio realizado en mujeres gestantes en Perú mostró que el riesgo de parto prematuro aumentaba conforme se incrementaba la severidad de la depresión, la ansiedad y los síntomas de estrés. Se encontró una asociación fuerte y significativa entre la depresión y la ansiedad con el parto prematuro, con un odds ratio (OR) de hasta 3.82 para la depresión y 2.76 para la ansiedad. Esto significa que las mujeres embarazadas que experimentaban niveles elevados de depresión tenían un riesgo casi cuatro veces mayor de tener un parto prematuro, mientras que las que sufrían de ansiedad tenían un riesgo casi tres veces mayor. Estos hallazgos subrayan la importancia de abordar la salud mental durante el embarazo para reducir las complicaciones obstétricas (13 y 14).

Según la Oficina de Relaciones Institucionales de Essalud, durante el primer trimestre de 2024 se registraron 997 partos en el Hospital Rebagliati (17). Este volumen refleja una población considerable que merece ser objeto de estudio, dado lo anteriormente mencionado sobre la alta prevalencia de ansiedad en mujeres gestantes, especialmente en países en desarrollo, y su notable impacto en los resultados maternos y neonatales. Asimismo, se destaca la escasez de investigaciones en Perú, particularmente en hospitales del Seguro Social y en centros de

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

referencia nacional como el Hospital Rebagliati Martins. Para ello, es crucial realizar una evaluación mediante la escala de Hamilton modificada, la cual es ampliamente utilizado en la actualidad para valorar el grado de ansiedad en forma global, ya que discrimina adecuadamente entre pacientes con ansiedad y sanos.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

2. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.

a. Enunciado del problema

¿Cuáles son los resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de la ansiedad materna durante el puerperio inmediato en el hospital Edgardo Rebagliati Martins?

b. Descripción del problema

i. Área del conocimiento

ii. Área general: Ciencias de la Salud
iii. Área específica: Medicina Humana -Ginecología Psiquiatría
iv. Subespecialidad: Psiquiatría
v. Línea: Ansiedad materna

vi. Análisis u operacionalización de variables

Variable	Tipo y Naturaleza	Escala de Medición	Indicador
Grado de Ansiedad Según Escala de Hamilton.	Cualitativa Politómica	Ordinal	No Ansiedad Ansiedad Leve Ansiedad severa
Edad	Cuantitativa Discreta	Razón	- 18-25 - 26- 35 - 35-50
Nivel de Instrucción	Cualitativa Politómica	Ordinal	- Sin estudios - Primaria Completa - Secundaria Completa - Estudio Superior
Estado civil	Cualitativa Politómica	Nominal	- Soltera - Conviviente - Casada
Procedencia	Cualitativa Dicotómica	Nominal	- Lima - Provincia
Ocupación		Nominal	- Otras

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

	Cualitativa Dicotómica		- Ama de Casa
Embarazo deseado o no	Cualitativa Dicotómica	Nominal	- Si - No
Psicoprofilaxis	Cualitativa Dicotómica	Nominal	- Si - No
Numero de controles prenatales	Cuantitativa Discreta	Nominal	- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 > 9
Vía de Parto	Cualitativa Dicotómica	Nominal	- Vaginal - Cesárea
Complicaciones obstétricas	Cualitativa Politómica	Nominal	- Preeclampsia -Amenaza de aborto -Amenaza de parto prematuro - RPM - RCIU -Anemia Gestacional -Oligohidramnios -Polihidramnios
Complicaciones Neonatales	Cualitativa Politómica	Nominal	- Bajo Peso al Nacer - Sepsis neonatal -Taquipnea transitoria del recién nacido -Asfixia Neonatal - Óbito Fetal
Paridad	Cuantitativa Discreta	Razón	- Primípara - Secundípara - Multípara

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

vii. Interrogantes básicas

1 ¿Cuál es la prevalencia y los grados de ansiedad materna durante el puerperio inmediato, evaluados mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton modificada, en pacientes del Hospital Edgardo Rebagliati Martins?
2 ¿Cuáles son los factores sociodemográficos, obstétricos y neonatales asociados a la ansiedad materna durante el puerperio inmediato en pacientes del Hospital Edgardo Rebagliati Martins?
3 ¿Cuáles son las complicaciones materno-fetales más frecuentes en gestantes con diagnóstico de ansiedad en comparación con aquellas sin diagnóstico, evaluadas mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton modificada?

viii. Tipo de Investigación: Transversal
ix. Nivel de investigación, Retrospectivo
x. Diseño: Analítico.

El estudio es una investigación transversal puesto que se da en un solo momento en el tiempo para observar y analizar las diferentes variables de la muestra de la población en un momento especifico, retrospectivo puesto que los datos fueron obtenidos en el año 2024 y analítico debido a que se trata de un estudio de prueba clínica para medir gravedad de ansiedad, comparando cada resultado con los posibles complicaciones materno-fetales

c. Justificación

i. Justificación científica

Este estudio se formuló en base del desconocimiento de los posibles efectos y eventos que pueden presentar las pacientes gestantes que presentan ansiedad desconocida o ya diagnosticada y no tener una técnica científica correcta para el manejo y control de tal diagnostico junto con sus efectos materno-fetales.

ii. Justificación social

El presente estudio busca mejorar la precisión diagnostica en las madres que padezcan ansiedad y las posibles complicaciones materno-fetales, y en consecuencia se opte por el mejor manejo en beneficio de los pacientes madre y recién nacido además de su entorno familiar.

iii. Factibilidad

Este proyecto es factible ya que se tiene a disposición las historias clínicas de las madres y recién nacidos de este centro de salud además de no interrumpir el proceso de las pacientes ni del personal médico encargado de los respectivos pacientes. Además, se cuenta con la disponibilidad de recursos, tiempo, de unidades documentales y literatura basada en la evidencia sobre dicha patología.

iv. Justificación personal.

Por la conveniencia del investigador y la concordancia del tema con las políticas de la investigación de dicho estudio de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3. MARCO CONCEPTUAL

Ansiedad y su relevancia de diagnóstico en el puerperio inmediato

Definición

La ansiedad en el puerperio inmediato es un estado emocional caracterizado por una preocupación persistente y excesiva ante las demandas reales o percibidas relacionadas con la maternidad, el cuidado del recién nacido y los cambios físicos y emocionales propios de esta etapa. Este estado se manifiesta mediante síntomas cognitivos, como dificultad para concentrarse, pensamientos intrusivos e inquietud, y síntomas físicos, como tensión muscular, palpitaciones y alteraciones del sueño. Estos síntomas pueden impactar considerablemente el bienestar de la madre y su capacidad para atender al recién nacido. (19)(20)(21)

Desde la perspectiva del DSM-5, se subraya:

La diferencia entre el miedo, como una respuesta inmediata ante una amenaza, y la ansiedad, que surge al anticipar posibles problemas futuros. Esto es especialmente relevante en el puerperio, donde las madres pueden experimentar preocupaciones anticipatorias sobre su rol materno o la salud del bebé.

Criterios diagnósticos que ayudan a distinguir la ansiedad puerperal de otros trastornos, como la depresión posparto. (19)

Por su parte, el enfoque del CIE-11 enfatiza:

El papel de los factores culturales y sociales en la manifestación de la ansiedad puerperal, incluyendo el apoyo familiar, las expectativas sociales y el acceso a servicios de salud.

Una clasificación más inclusiva que aborda los síntomas desde un enfoque integral y contextualizado. (20)

En esta etapa, la ansiedad puede generar repercusiones fisiológicas importantes, como la activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, alteraciones hormonales e inmunológicas, y efectos clínicos adversos. Entre ellos, se incluyen un mayor riesgo de parto pretérmino, dificultades en la lactancia y una posible afectación en el vínculo entre madre e hijo. (21)

Contexto del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, ubicado en Lima, Perú, es uno de los principales centros de referencia del país y forma parte de la red de EsSalud. Fundado en 1958, es un hospital de nivel III-2 (23), especializado en la atención de casos complejos y equipado con tecnología avanzada. Atiende a una amplia población asegurada, principalmente de Lima Metropolitana y regiones cercanas, y cuenta con una capacidad de más de 1,500 camas hospitalarias. (22)

Este hospital se caracteriza por su alto nivel de especialización y capacidad resolutiva en el tratamiento de diversas enfermedades. Además, destaca por contar con personal asistencial altamente calificado y un equipamiento tecnológico de punta, al servicio de la población asegurada del país, lo que refuerza su posición como un centro de referencia nacional.

En el área materno-infantil, el hospital cuenta con un destacado departamento de obstetricia que dispone de aproximadamente 110 camas hospitalarias distribuidas en tres servicios especializados:

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Servicio de Cuidados Críticos Obstétricos (5toB): Destinado al manejo de gestantes y puérperas con condiciones críticas, como preeclampsia severa, hemorragias obstétricas y complicaciones graves.
Servicio de Enfermedades de la Gestación (5toA2): Enfocado en la atención de patologías asociadas al embarazo, como diabetes gestacional, hipertensión y otras condiciones médicas que requieren hospitalización prolongada.
Servicio Materno Fetal (5toA1): Especializado en embarazos de alto riesgo, con énfasis en la vigilancia del bienestar fetal y la atención multidisciplinaria de madres con complicaciones complejas
Servicio de Urgencias Obstétricas (5toC): Diseñado para la atención inmediata de emergencias obstétricas, incluyendo amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y otras situaciones críticas. (24)

Este departamento integral permite brindar una atención personalizada y de alta calidad a gestantes y puérperas, lo que lo posiciona como un modelo de referencia en la región.

Como hospital de referencia nacional, el Edgardo Rebagliati Martins atiende una alta prevalencia de casos complejos, lo que lo convierte en un entorno idóneo para la realización de investigaciones clínicas. En el área de salud materna, este hospital desempeña un papel crucial en la generación de conocimiento, especialmente en condiciones relacionadas con el embarazo y el puerperio, como la ansiedad materna.

El desarrollo de investigaciones en este hospital no solo permite optimizar el diagnóstico y manejo de condiciones específicas, sino que también contribuye a reducir las brechas en salud mental materna, un área históricamente desatendida en el sistema de salud peruano. La aplicación de herramientas diagnósticas, como la escala de Hamilton modificada, en este contexto refuerza la pertinencia de estudios que puedan impactar positivamente en la calidad de atención y los resultados perinatales.

Prevalencia

La prevalencia de trastornos mentales en contextos de conflicto o emergencias sanitarias alcanza aproximadamente el 22.1%, siendo los trastornos de ansiedad responsables de afectar al 21.7% de la población general. Esto evidencia que los trastornos mentales representan una carga significativa para las poblaciones expuestas a altos niveles de estrés, subrayando la necesidad de brindar apoyo y atender el imperativo humanitario de aliviar el sufrimiento asociado. Por ello, resulta fundamental implementar de manera urgente intervenciones de salud mental escalables para enfrentar esta problemática.

Entre los trastornos mentales más prevalentes se encuentra el trastorno de ansiedad generalizada, cuya frecuencia oscila entre el 8.5% y el 9.5%. Este trastorno puede manifestarse durante el embarazo o el primer año posparto, aunque también puede involucrar condiciones preexistentes antes del embarazo. En este sentido, un estudio publicado por la Sociedad de Psiquiatría destaca que 1 de cada 5 mujeres en una muestra típica cumple los criterios diagnósticos para al menos un trastorno de ansiedad durante el embarazo o el puerperio.(2) Además, la prevalencia combinada de síntomas de ansiedad durante el embarazo es del 22.9%(3), lo que pone de relieve la necesidad de fortalecer la detección temprana, la educación y la derivación de casos en los servicios de obstetricia y ginecología.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

La literatura también indica que la prevalencia de estos trastornos es mayor en países en vías de desarrollo. Por ejemplo, un estudio en Centroamérica encontró que en Nicaragua la prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres gestantes era del 57% y 41%, respectivamente, cifras superiores a las reportadas a nivel global. En Perú, aunque la evidencia es limitada, un estudio del Instituto Nacional Materno Perinatal reveló que la prevalencia de depresión en gestantes era del 40.1% (6). Otro estudio posterior mostró tasas más altas, con una prevalencia del 82.8% para la depresión y del 68.9% para la ansiedad. Además, se estimó que el riesgo de depresión en gestantes alcanzaba el 30.56%, siendo más frecuente en el segundo trimestre de gestación (54.55%) (7).

Estos datos resaltan la necesidad de abordar la salud mental materna como una prioridad, especialmente en contextos obstétricos y ginecológicos, donde las intervenciones tempranas pueden mejorar significativamente los resultados tanto para la madre como para el recién nacido.

Factores de riesgo asociados a la ansiedad en la gestación

La ansiedad durante el embarazo es una condición común que afecta significativamente la salud mental y física de las mujeres gestantes, con consecuencias adversas tanto para la madre como para el niño. Diversos factores de riesgo han sido identificados, destacándose aquellos relacionados con aspectos demográficos, obstétricos, psicosociales y cognitivos.

Un estudio realizado con una muestra de 3,021 mujeres gestantes identificó que:

El 23% de las mujeres experimentaron ansiedad en al menos un momento durante el embarazo.

La ansiedad crónica (presente en el segundo y tercer trimestre) afectó al 8.6% de las participantes.

La ansiedad transitoria (solo en el segundo trimestre) fue del 6.8%. (25)

Factores de Riesgo Identificados

Factores Demográficos

- Edad materna joven (<25 años) (OR 1.84).
- Ingresos bajos (<$40,000 anuales).
- Ser inmigrante reciente (<5 años en el país) (OR 1.81).
- Pertenencia a grupos étnicos no caucásicos.

Factores obstétricos y de Salud Física

- Embarazo no planificado (OR 1.87 para ansiedad transitoria y OR 3.05 para ansiedad crónica).
- Historia de complicaciones reproductivas (abortos, partos prematuros, etc.).
- Mala salud física durante el embarazo (OR 2.54).
- Uso de tratamientos de fertilidad (OR 4.98).

Factores Psicosociales

- Tensiones en la relación de pareja (OR 1.94 para ansiedad transitoria y OR 2.31 para ansiedad crónica).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

- Baja percepción de apoyo social (OR 1.86 para ansiedad transitoria y OR 3.37 para ansiedad crónica).
- Historia de problemas de salud mental previos (OR 1.73 para ansiedad transitoria y OR 1.74 para ansiedad crónica).
- Historia de abuso o negligencia.

Factores Cognitivos y Emocionales

- Alta percepción de estrés (OR 4.84 para ansiedad transitoria y OR 17.16 para ansiedad crónica).
- Bajo nivel de optimismo (OR 4.30 para ansiedad crónica).(25)
- Relevancia de los factores psicosociales
- El estrés percibido, las tensiones en la pareja y el bajo apoyo social son consistentemente predictores de ansiedad, especialmente en su forma crónica.
- Las mujeres con historia de salud mental previa son particularmente vulnerables, ya que tienden a responder de manera más intensa a eventos estresantes durante el embarazo. (26)

Impacto de los Embarazos No Planificados y las tensiones de pareja

Los embarazos no planificados están asociados con una mayor carga emocional y financiera, aumentando el riesgo de ansiedad crónica.

Las tensiones en la pareja subrayan la importancia de las relaciones interpersonales como determinantes de la salud mental perinatal.

Con base en la evidencia, el estrés percibido se concluye como el principal factor de riesgo para la ansiedad durante la gestación. Este factor tiene una asociación significativamente alta con la ansiedad crónica (OR 17.16) y también influye en la ansiedad transitoria (OR 4.84). Además, el estrés amplifica el impacto de otros factores, como el bajo apoyo social y las tensiones en la pareja, convirtiéndolo en un desencadenante clave. Su importancia también radica en que es un factor modificable, lo que permite abordarlo mediante intervenciones específicas como programas de reducción de estrés y soporte psicosocial. (25)(26)

Implicancias clínicas de la Ansiedad en la Gestación

Efectos sobre el parto y el recién nacido

La ansiedad está asociada con nacimientos prematuros y bajo peso al nacer, condiciones que incrementan el riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal.

Los efectos adversos en el peso y desarrollo del feto pueden deberse a la activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA), que altera el flujo sanguíneo uteroplacentario.

Impacto en el desarrollo neuroconductual

La ansiedad materna durante el embarazo afecta el desarrollo del sistema nervioso del feto, lo que puede manifestarse en problemas de regulación emocional, cognitivos y de comportamiento en la infancia y adolescencia.

Estos efectos están relacionados con el "programado fetal", un proceso mediante el cual las condiciones intrauterinas influyen en la fisiología del feto a largo plazo

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Riesgo de problemas de salud mental en el postparto

Las mujeres con ansiedad prenatal tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos afectivos en el posparto, como depresión y ansiedad persistente, lo que puede afectar su capacidad para cuidar del recién nacido.

La ansiedad durante el embarazo tiene repercusiones significativas tanto para la madre como para el niño, y su manejo adecuado es esencial para prevenir complicaciones perinatales y mejorar los resultados de salud a largo plazo. La ACOG destaca la importancia de la detección temprana y de un enfoque de tratamiento integral, que combine intervenciones psicoterapéuticas, farmacológicas (si es necesario) y el apoyo social. La identificación temprana de los factores de riesgo y la intervención adecuada pueden mejorar significativamente los resultados perinatales y reducir la carga de problemas de salud mental en las madres y sus hijos. (28)(32)

4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

Título: "Factores psicológicos relacionados a la adaptación psicosocial al embarazo en gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2024" (37)

Objetivos: Identificar la relación entre ansiedad, depresión y la adaptación psicosocial al embarazo en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, durante el año 2024.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo y correlacional, clasificado según Altman como observacional, transversal y prospectivo. La muestra estuvo conformada por 170 gestantes hospitalizadas en el mencionado hospital. Para la recolección de datos se emplearon instrumentos como la ficha de recolección de datos, la Escala de Ansiedad de Hamilton, la Escala de Desesperanza de Beck y el Cuestionario de Autoevaluación Prenatal (adaptado del PSQ) para medir la adaptación psicosocial al embarazo. Se utilizaron métodos de estadística descriptiva y las pruebas de chi cuadrado de Pearson, con un intervalo de confianza del 95%, para analizar la asociación entre las variables.

Resultados: Se observó que el 100% de las gestantes hospitalizadas presentó algún nivel de ansiedad, siendo la ansiedad severa la más prevalente con un 42.3%. En cuanto a la depresión, el 66.4% mostró un nivel asintomático, seguido de un 25.8% con depresión leve. Respecto a la adaptación psicosocial al embarazo, el 82.3% de las gestantes mostró una buena adaptación, mientras que el 17.6% presentó desadaptación. Se halló una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad ($P = 0.000$, $P < 0.05$) y la depresión ($P = 0.000$, $P < 0.05$) con la adaptación psicosocial al embarazo.

Conclusiones: Las gestantes con niveles más altos de ansiedad y/o depresión tienden a tener una menor adaptación psicosocial al embarazo.

Cita: La Torre Quispe FB. Factores psicológicos relacionados a la adaptación psicosocial al embarazo en gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2024 [tesis de licenciatura en Internet]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2024 Disponible en: https://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/17479

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

A nivel nacional

Título: "Ansiedad y depresión en gestantes adolescentes en un Hospital de lima, Perú" (7)

Objetivo: El estudio buscó determinar la relación entre la ansiedad y la depresión en gestantes adolescentes.

Material y métodos: Se realizó un estudio correlacional de corte transversal con una muestra de 45 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho durante mayo y junio de 2017. Se aplicaron la Escala de Depresión de Edimburgo y el Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad de Ostrosky.

Resultados: El 82.8% de las gestantes adolescentes presentaron depresión, y el 68.9% mostraron un alto nivel de ansiedad. Se encontró una relación inversa significativa entre ambas variables, con un coeficiente de correlación de Pearson de -0.748 (p=0.000). Las dimensiones de la ansiedad (manifestaciones físicas, cognitivas y quejas somáticas) también mostraron correlaciones inversas significativas, con coeficientes de Pearson entre -0.612 y -0.691 (p=0.000).

Conclusión: Los puntajes de depresión tienen una correlación inversa con la ansiedad en las gestantes adolescentes.

Cita: Vega-Gonzales E, Guerrero-Rosa A, Guzmán-Castillo B, Huamaní-Morales E, Herrera-Chenett G. Ansiedad y depresión en gestantes adolescentes en un hospital de Lima, Perú. Rev Int Salud Materno Fetal. 2019;4(3):3-7. Disponible en: https://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/107

A nivel internacional

Título: "Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna durante el puerperio inmediato"

Objetivo: Evaluar, a través de la Escala de Ansiedad de Hamilton modificada, el nivel de ansiedad en madres durante el puerperio inmediato y su relación con complicaciones materno-fetales.

Material y método: Se llevó a cabo un estudio transversal con 384 mujeres de entre 18 y 50 años en puerperio inmediato. Se utilizó la Escala de Ansiedad de Hamilton modificada para medir la ansiedad y analizar su relación con factores de morbilidad materno-fetal. Los datos se procesaron mediante regresión logística, estableciendo un nivel de significancia de 0.05.

Resultados: De las participantes, 135 (35%) presentaron ansiedad relacionada con el puerperio. Los factores asociados fueron: nivel educativo (p = 0.0034), número de embarazos (p = 0.0001) y ocupación laboral (p = 0.0001). Las mujeres con ansiedad mostraron una mayor incidencia de amenaza de aborto (p = 0.0061), amenaza de parto prematuro (p = 0.0001), sepsis neonatal (p = 0.0123) y taquipnea transitoria en el recién nacido (p = 0.0016).

Conclusiones: Durante el puerperio, una proporción significativa de mujeres experimenta ansiedad, lo cual se asocia con una mayor morbilidad materno-fetal. Se recomienda la detección temprana de este trastorno para mitigar su impacto en el cuidado neonatal.

Cita: Romero-Gutiérrez G, Rocha-Morales D, Ruiz-Treviño AS. Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna durante el puerperio

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

inmediato. Ginecol Obstet Mex. 2013;81(4):180-185. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom134c.pdf

5. OBJETIVOS.

Objetivo general

Determinar los factores sociodemográficos, obstétricos y neonatales asociados al grado de ansiedad materna durante el puerperio inmediato en pacientes del Hospital Edgardo Rebagliati Martins durante el trimestre octubre-diciembre de 2024, evaluados mediante la escala de Hamilton modificada.

Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia y grados de ansiedad materna durante el puerperio inmediato, evaluados mediante la escala de Hamilton modificada, en pacientes del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.
- Comparar las complicaciones materno-fetales de gestantes con diagnóstico de ansiedad frente a gestantes sin diagnóstico.
- Proponer recomendaciones basadas en los hallazgos del estudio para mejorar la identificación y manejo de la ansiedad materna en el contexto del puerperio inmediato.

6. HIPÓTESIS

- H0: La aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de la ansiedad materna durante el puerperio inmediato en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el 2024 no evidencia diferencias significativas en la incidencia de ansiedad ni efectos notables en las pacientes evaluadas.
- H1: La aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de la ansiedad materna durante el puerperio inmediato en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el 2024 evidencia diferencias significativas en la incidencia de ansiedad y efectos en las pacientes evaluadas.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

7. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

Técnica

Aplicación de escala encuesta de Escala de Hamilton modificada más la revisión de datos de historias clínicas del Servicio de Obstétrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Instrumento

Ficha de recolección de datos

Materiales

Escala de Hamilton modificada, Historias clínicas, Computadora portátil con programa office, material de escritorio.

CAMPO DE VERIFICACIÓN

Ámbito

Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. El estudio se realizó con información del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins ubicado en el distrito de Jesús María en la provincia de Lima.

Unidades de estudio

Pacientes que cursan el puerperio inmediato que ingresaron al servicio de hospitalización del servicio de Obstetricia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el trimestre Octubre – Diciembre en el año 2024

Universo

Totalidad de pacientes que cursan el puerperio inmediato que ingresaron al servicio de hospitalización del servicio de Obstetricia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el trimestre octubre – diciembre en el año 2024.

Criterios de selección

Criterio de inclusión

- Mujeres de 18 a 50 años, que cursan el puerperio inmediato por parto o cesárea, atendidas en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins

Criterios de exclusión

- Pacientes en quienes no pudo completarse la hoja de captura de datos por falta de conocimiento de la información interrogada o no estar descrita en la historia clínica.
- Pacientes que sufren complicaciones en el puerperio inmediato con necesidad de ser transportada a servicio de unidad de cuidados intensivos.

Tamaño de la muestra

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Se tomarán datos de todas las pacientes puérperas inmediatas que se encuentren hospitalizadas del servicio de obstetricia del HNERM durante el trimestre octubre - diciembre del año 2024.

Para el cálculo de tamaño de muestra se usa la fórmula estandarizada para el tamaño de muestra en poblaciones finitas:

$$n = \frac{N.Z^2.p.(1-p)}{(N-1).E^2 + Z^2.p.(1-p)}$$

Donde:

N = 997

Z = 1.96

P= 0.229

E = 0.05

Con una población de 997 pacientes se calcula una muestra de 213 participantes teniendo como antecedente una prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad de 22.9 %, un intervalo de confianza del 95%, un error del 5 % y asumiendo una distribución normal.

Temporalidad

Se realizó la escala de Hamilton a pacientes que cursan el puerperio inmediato en el periodo correspondiente de 01 octubre de 2024 al 31 de diciembre del 2024.

Ubicación espacial

El presente estudio se desarrolló con información recopilada en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Rebagliati Martins

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Viner RM, Allen T, Patton GC, Bonell C, Patton G, Ross D, et al. A future for the world's children? A WHO–UNICEF–Lancet Commission. Lancet. 2019;393(10176):605-58. doi:10.1016/S0140-6736(19)30934-1.
2. Grigoriadis S, Graves L, Peer M, Dennis CL, Brown C, Mamisashvili L, et al. Maternal anxiety during pregnancy and its association with adverse perinatal outcomes: systematic review and meta-analysis. J Clin Psychiatry. 2018;79(5):17r12011.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Tratamiento y manejo de las afecciones de salud mental durante el embarazo y el posparto. Guía de práctica clínica n.º 5. Obstet Gynecol. 2023;141:1262–88. doi: 10.1097/AOG.0000000000005202.
4. World Health Organization. Maternal mental health [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2024 Sep 24]. Available from: https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health.
5. Verbeek T, Arjadi R, Vendrik JJ, Burger H, Berger MY. Anxiety and depression during pregnancy in Central America: a cross-sectional study among pregnant women in the developing country Nicaragua. BMC Psychiatry. 2015;15:292.
6. Luna M, Salinas J, Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(4):310–4.
7. Vega E, Guerrero A, Guzmán B, Huamaní E, Herrera G. Ansiedad y depresión en gestantes adolescentes en un hospital de Lima, Perú. Rev Int Salud Materno Fetal. 2019;4(3):3–7.
8. Tirado L. Prevalencia de ansiedad y depresión en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, 2019 [tesis]. Lima: Universidad de San Martin de Porres ; 2020. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3203/tirado_lle.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
9. McKee K, Admon LK, Winkelman TNA, Muzik M, Hall S, Dalton VK, Zivin K. Perinatal mood and anxiety disorders, serious mental illness, and delivery-related health outcomes, United States, 2006–2015. BMC Womens Health. 2020;20:150–6. doi: 10.1186/s12905-020-00996-6.
10. Hamilton M. Diagnosis and rating of anxiety in studies of anxiety lander. Br J Psychiatr Spec Pub. 1969;3:76–9.
11. Carrobles JA, Costa M, Del Ser T, Bartolomé P. La práctica de la terapia de conducta. Valencia: Promolibro; 1986.
12. Zimmerman M, Martin J, Clark H, McGonigal P, Harris L, Holst CG. Measuring anxiety in depressed patients: a comparison of the Hamilton anxiety rating scale and the DSM-5 Anxious Distress Specifier Interview. J Psychiatr Res. 2017 Oct;93:59-63. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.05.014. Epub 2017 May 28. PMID: 28586699.
13. Sanchez SE, Puente GC, Atencio G, Qiu C, Yanez D, Gelaye B, et al. Risk of spontaneous preterm birth in relation to maternal depressive, anxiety, and stress symptoms. J Reprod Med. 2013;58(1-2):25-33.
14. Mochache K, Mathai M, Gachuno O, Vander Stoep A, Kumar M. Depression during pregnancy and preterm delivery: a prospective cohort study among women attending antenatal clinic at Pumwani Maternity Hospital. Ann Gen Psychiatry. 2018; 17:31.
15. Rose MS, Pana G, Premji S. Ansiedad materna prenatal como factor de riesgo de parto prematuro y los efectos de la heterogeneidad en esta relación: una revisión sistemática y metanálisis. BioMed Res Int. 2016; 2016:8312158.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

16. Ding XX, Wu YL, Xu SJ, et al. Ansiedad materna durante el embarazo y resultados adversos en el parto: una revisión sistemática y metanálisis de estudios de cohorte prospectivos. J Affect Disord. 2014; 159:103-110.
17. EsSalud. Maternidad saludable: Hospital Rebagliati atiende más de 4 mil partos al año [Internet]. Lima: EsSalud; 2023 [citado 2024 Sep 24]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/essalud/noticias/955652-maternidad-saludable-hospital-rebagliati-atiende-mas-de-4-mil-partos-al-ano.
18. Jahan N, Went TR, Sultan W, Sapkota A, Khurshid H, Qureshi IA, Alfonso M. Untreated depression during pregnancy and its effect on pregnancy outcomes: a systematic review. Cureus. 2021;13 doi: 10.7759/cureus.17251.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

9. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA.

I. PRESUPUESTO

ITEM	CONCEPTO	Subtotal	Total
Equipos y bienes	USB	25	255
	Calculadora científica	90	
	Plan de internet	140	
Materiales e insumos	Software estadístico	280	738
	Ficha de consentimiento informado	100	
	Ficha de encuesta	100	
	Ficha de toma de datos	100	
	Fotocopias	80	
	Medio millar de hojas bond	25	
	Separadores A4x 10 colores	18	
	Tinta de impresora	11	
	lapiceros y resaltadores	24	
Ensayos tecnológicos			
Consultorías y Asesorías Especializada			
Pasajes y Viáticos	Pasaje a la universidad	20	120
	Pasaje hacia Hospital	50	
	Pasajes extras	50	
Gastos de Operación			
		Total (S/.)	1113

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

II. CRONOGRAMA.

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES	AÑO 2024					AÑO 2025	
		AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA/PROBLEMA DE INVESTIGACION		X	X					
REDACCION DE PROYECTO			X					
APROBACION DEPROYECTO POR FACULTAD DE MEDICINA Y COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION			X	X				
PRESENTACION Y APROBACION POR LA OFICINA DE INVESTIGACION Y DOCENCIA GERENCIAL DE LA RED PRESTACIONAL REBAGLIATI				X				
EJECUCION DE PROYECTO					X			
RECOLECCION DE DATOS					X	X		
ESTRUCTURACION DE RESULTADOS							X	
INFORME FINAL								X

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

10. ANEXOS

i. Anexo 1. Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por IM Gabriela Llerena Ventura e IM Augusto Rodriguez Quispe, de la Universidad Católica de Santa María. La meta de este estudio es Determinar, mediante la escala de ansiedad de Hamilton modificada, el grado de ansiedad materna durante el puerperio inmediato y su asociación con complicaciones materno-fetales en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2024.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por IM Gabriela Llerena Ventura e IM Augusto Rodriguez Quispe. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es Determinar, mediante la escala de ansiedad de Hamilton modificada, el grado de ansiedad materna durante el puerperio inmediato y su asociación con complicaciones materno-fetales en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2024.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Augusto Helud Rodriguez Quispe (Interno de medicina del Servicio de Obstetricia del HNERM) al teléfono 959149128.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a 959149128 al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante Firma del Participante Fecha.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ii. Anexo 2.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS					
DATOS GENERALES SOCIODEMOGRAFICOS					
EDAD:		PROCEDENCIA (DISTRITO)		NIVEL DE INSTRUCCIÓN	
ESTADO CIVIL:		OCUPACION ACTUAL			
DATOS PERSONALES					
SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA		TOMA ALGUN MEDICAMENTO DE MANERA HABITUAL			
FUE UN EMBARAZO PLANIFICADO		REALIZA EJERCICIOS DE MANERA HABITUAL			
DATOS GINECOBSTETRICOS					
REALIZÓ PSICOPROFILAXIS		CUANTOS CONTROLES PRENATALES TUVO EN LA GESTACIÓN.			
NUMERO DE EMBARAZOS (CONTANDO EL ACTUAL)		VIA DE PARTO (VAGINAL O CESAREA)			
SUFRIO ALGUNA COMPLICACION EN EL EMBARAZO		ALGUNA COMPLICACION EN EL RECIEN NACIDO			

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

iii. Anexo 3

ITEMS En cada item marque usted el numero según la intensidad que usted considere. Síntomas ausentes marque 0, 1 intensidad leve, 2 intensidad moderada, 3 intensidad grave y 4 intensidad severa	0	1	2	3	4
Usted sufrio de inquietud, espera de lo peor, aprensión (anticipación temerosa) irritabilidad					
Usted sintio imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar					
Usted sintió miedo a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo , a los animales grandes, a las multitudes, etc)					
Usted sintió dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, malos sueños, pesadilla, terrores nocturnos					
Usted sufrió dificultad de concentración, mala memoria					
Usted sintió falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, variaciones del humor a lo largo del día.					
Usted sufriño de dolores y molestias musculares, rigidez muscular, rechinar de dientes.					
Usted sintió zumbidos en oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de hormigueo.					
Usted sintió taquicardia (pulso acelerado), palpitaciones, dolores en el pecho.					
Usted sufrió sensación de peso en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire					
Usted sintió dificultad para pasar los alimentos, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis (quemazón en garganta), náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, diarrea, estreñimiento.					
Usted sufrió micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia					
Usted sintió sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, cefaleas de tensión, piloerección (pelo erizado)					
Al llenar la enuesta se sintió tenso, incomodo, temblor de manos, ceño fruncido, palidez facial, tragó saliva, eructa, taquicardia de reposo.					

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis