



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

| Facultad de
MEDICINA

Factores asociados al tamizaje positivo de ansiedad y depresión
posparto en puérperas atendidas en el Hospital Nacional
Cayetano Heredia, Lima 2026

Factors associated with positive screening for postpartum anxiety
and depression in postpartum women receiving care at Hospital
National Cayetano Heredia, Lima, 2026

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

AUTOR

SIMON FEDERICO RIPA CASAFRANCA

ASESOR

JOHNNY RICHARD VALER CABALLERO

LIMA – PERÚ

2026



DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

El egresado:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	RIPA CASAFRANCA SIMON FEDERICO

Pertenecientes al programa de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**, autor del proyecto de investigación titulado: **Factores asociados al tamizaje positivo de ansiedad y depresión posparto en púerperas atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima 2026**, el cual ha sido elaborado y aprobado, para optar por el **TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**, bajo la modalidad de **Proyecto de investigación**.

En calidad de docente (s) asesor (es) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	VALER CABALLERO JOHNNY RICHARD	MEDICINA	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **19%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **3650362433**; fecha de entrega: **15-09-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 17 de setiembre del 2026.**

Firma del asesor
Nº DNI: 09975439
ORCID: 0000-0001-9925-0330

Firma del Co-asesor
Nº DNI:
ORCID:

1. RESUMEN

La ansiedad y la depresión pueden aparecer durante el puerperio y pasar inadvertidas en la atención habitual. El objetivo será identificar los factores sociodemográficos, obstétricos, neonatales y psicosociales asociados con el tamizaje positivo de ansiedad y de depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia durante 2026. Se realizará un estudio observacional, analítico y de corte transversal en 289 mujeres de 18 años o más, evaluadas entre las 4 y 6 semanas posparto mediante muestreo consecutivo. Para cada desenlace se compararán las participantes con tamizaje positivo y negativo. Los datos clínicos se obtendrán de la historia clínica y la información personal mediante una ficha, la Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS), la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS). Se realizará análisis descriptivo, bivariado y multivariable mediante regresión de Poisson con varianza robusta. Los resultados se expresarán como razones de prevalencia ajustadas e intervalos de confianza del 95%.

Palabras clave: ansiedad; depresión posparto; factores de riesgo.

2. INTRODUCCIÓN

La depresión posparto constituye un problema de salud materna relacionado con antecedentes clínicos, experiencias obstétricas y condiciones del entorno. Una revisión sistemática con metaanálisis confirmó que su aparición responde a la combinación de diversos factores, por lo que su evaluación no debe reducirse a una sola característica de la puérpera (1).

En este escenario, la Organización Mundial de la Salud recomienda integrar la atención de la salud mental en los servicios maternos. Ello comprende identificar tempranamente los síntomas, evaluar los resultados positivos y articular la atención especializada cuando la situación de la mujer lo requiera (2).

La evidencia internacional muestra que la ansiedad y la depresión pueden coincidir durante el posparto. En mujeres con complicaciones obstétricas y parto prematuro se observó una evolución emocional menos favorable durante las primeras semanas posteriores al nacimiento (3). En México, la depresión posparto se vinculó con condiciones personales, obstétricas y familiares (4). En Paraguay, los síntomas maternos de ansiedad y depresión se asociaron con menor autoeficacia para la lactancia (5).

Un metaanálisis relacionó el malestar psicológico materno con dificultades en el vínculo entre la madre y el recién nacido (6). Una revisión sistemática encontró que la EPDS era el instrumento de tamizaje perinatal más utilizado y advirtió fallas en la derivación y el seguimiento posteriores a un resultado positivo (7). En un hospital peruano se identificaron factores sociodemográficos, obstétricos y clínicos asociados con la depresión posparto (8). El apoyo social percibido también es

relevante y puede medirse con la MSPSS, que distingue el respaldo de la familia, los amigos y una persona significativa (9).

Los factores psicosociales también intervienen en la salud mental posparto. Un metaanálisis encontró asociaciones con ansiedad o depresión prenatal, dificultades económicas, conflictos de pareja y apoyo social insuficiente (10). En el Perú, la violencia de pareja se relacionó con una probabilidad más de cuatro veces mayor de síntomas depresivos durante el primer año posterior al nacimiento (11).

El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomienda tamizar ansiedad y depresión con instrumentos estandarizados durante el embarazo y el posparto, junto con evaluación, seguimiento y acceso al tratamiento. El National Institute for Health and Care Excellence (NICE) coincide en incorporar la identificación de problemas emocionales y la derivación de quienes necesiten valoración especializada. Ambas guías precisan que un tamizaje positivo señala riesgo, pero no establece por sí solo un diagnóstico clínico (12, 13).

Asimismo, Coe et al. evaluaron las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad Perinatal en una muestra de madres en Chile, aportando evidencia para su uso en población materna de habla hispana (21).

Entre los antecedentes internacionales, Jiménez-Barragán et al. evaluaron a 335 mujeres en siete centros de atención primaria durante el embarazo y entre las semanas 4 y 6 del posparto. En la evaluación posnatal, los resultados positivos se asociaron con la edad, los antecedentes de depresión o ansiedad, el tratamiento psicológico o psiquiátrico, el maltrato y los problemas de pareja (14).

Froeliger et al. analizaron a 2811 puérperas atendidas en 15 hospitales después de un parto vaginal. A los dos meses, el 9,9 % obtuvo EPDS ≥ 13 . El análisis

multivariado encontró asociaciones con la edad materna, el aborto previo, el antecedente psiquiátrico, la inducción del parto, el parto instrumental y los recuerdos negativos del nacimiento (15).

En La Habana, Esquivel et al. siguieron a 273 mujeres durante las semanas 4, 12 y 24 posteriores al nacimiento. En la primera medición, el 20 % mostró síntomas elevados de ansiedad y el 16,4 % síntomas depresivos; además, ambas condiciones coexistieron y variaron a lo largo del puerperio (16).

Giménez et al. realizaron en España un estudio prospectivo de dos cohortes con 182 mujeres evaluadas durante las semanas 1, 6 y 12 posteriores al parto mediante el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EPDS). Las 92 participantes con complicaciones obstétricas y parto prematuro presentaron una evolución menos favorable que las 90 mujeres con embarazo sin complicaciones y parto a término, lo que respalda la continuidad del tamizaje después del nacimiento (3).

En el ámbito nacional, Lipa-Tudela estudió a 78 puérperas del altiplano peruano mediante la Escala de Edimburgo. El 53 % obtuvo un resultado positivo y el apoyo familiar o de pareja se relacionó con una menor presencia de síntomas depresivos (17).

Ramos y Rivera evaluaron a 122 puérperas de un centro materno infantil de Lima. La depresión posparto alcanzó el 20,5 % y mostró una relación inversa con el apoyo de la pareja (18).

Muller et al. desarrollaron un estudio transversal en 250 puérperas brasileñas. El 31,6 % presentó ansiedad por encima del nivel mínimo y el 18,8 % depresión leve-

moderada o mayor; la falta de apoyo paterno también se asoció con más ansiedad (19).

Nielsen-Scott et al. realizaron una revisión sistemática y metaanálisis sobre la prevalencia de ansiedad perinatal en países de ingresos bajos y medianos, reforzando la necesidad de considerar este desenlace dentro de la atención materna (20).

La búsqueda bibliográfica realizada no identificó estudios nacionales que evalúen simultáneamente factores sociodemográficos, obstétricos, neonatales y psicosociales asociados con el tamizaje positivo de ansiedad y de depresión posparto en hospitales generales de referencia del Perú mediante instrumentos estandarizados y análisis multivariable. Tampoco se hallaron investigaciones con esas características en el Hospital Nacional Cayetano Heredia; por ello, se desconoce qué factores conservan una asociación independiente en su población.

Este estudio aportará información local para reconocer oportunamente a las puérperas con mayor probabilidad de presentar tamizajes positivos, fortalecer la evaluación complementaria y orientar la derivación cuando corresponda. En consecuencia, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué factores sociodemográficos, obstétricos, neonatales y psicosociales se asocian con el tamizaje positivo de ansiedad posparto y con el de depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, 2026?

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Identificar, los factores sociodemográficos, obstétricos, neonatales y psicosociales asociados con el tamizaje positivo de ansiedad posparto y con el tamizaje positivo de depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, 2026.

3.2. Objetivos específicos

- a) Estimar la proporción de puérperas con tamizaje positivo de ansiedad posparto y con tamizaje positivo de depresión posparto.
- b) Identificar los factores sociodemográficos, obstétricos, neonatales y psicosociales asociados con el tamizaje positivo de ansiedad posparto.
- c) Identificar los factores sociodemográficos, obstétricos, neonatales y psicosociales asociados con el tamizaje positivo de depresión posparto.

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1. Diseño del estudio

Se realizará un estudio observacional, analítico y de corte transversal. La medición de los factores de interés y de ambos desenlaces se efectuará en una única evaluación posparto. Para el análisis de ansiedad se compararán las puérperas con tamizaje positivo (PASS ≥ 26) frente a las que presenten tamizaje negativo (PASS < 26); de manera independiente, para depresión se compararán las puérperas con tamizaje positivo (EPDS ≥ 14) frente a aquellas con tamizaje negativo (EPDS < 14). En ambos análisis se evaluará la presencia o distribución de los factores

sociodemográficos, obstétricos, neonatales y psicosociales entre los grupos definidos por cada desenlace.

4.2. Población

La población estará constituida por puérperas atendidas en los servicios ambulatorios maternos del Hospital Nacional Cayetano Heredia entre octubre y noviembre de 2026.

Criterios de inclusión:

- Tener 18 años o más.
- Encontrarse entre las 4 y 6 semanas posteriores al parto atendido en el hospital. Este intervalo estandariza el momento de evaluación posnatal y coincide con periodos empleados en investigaciones previas de tamizaje posparto (14).
- Comprender el español y otorgar el consentimiento informado por escrito.

Criterios de exclusión:

- Presentar una condición clínica, cognitiva o comunicacional que impida comprender o responder adecuadamente los instrumentos.
- No completar la totalidad de la PASS o la EPDS cuando la omisión impida calcular el puntaje total y, por tanto, clasificar el desenlace correspondiente como tamizaje positivo o negativo.

4.3. Muestra

La unidad de análisis y la unidad de muestreo será cada puérpera que cumpla los criterios de selección. El marco muestral se elaborará a partir del registro diario de atenciones ambulatorias durante el periodo de estudio. Se aplicará un muestreo no probabilístico consecutivo, invitando a participar a todas las mujeres elegibles hasta completar el tamaño muestral.

El tamaño muestral se calculó para estimar una proporción con un nivel de confianza del 95 %, precisión del 5 % y una frecuencia esperada del 25 %, cercana a la estimación posnatal utilizada como referencia. Se requieren 289 evaluaciones completas. El desarrollo del cálculo se presenta en el Anexo 6.

4.4. Definición operacional de variables

Las variables dependientes serán el tamizaje positivo de ansiedad posparto, definido como PASS ≥ 26 , y el tamizaje positivo de depresión posparto, definido como EPDS ≥ 14 . Las variables independientes comprenderán factores sociodemográficos, obstétricos, neonatales y psicosociales. La definición operacional, el tipo de variable, la escala de medición y la forma de registro se detallan en el Anexo 1.

4.5. Procedimientos y técnicas

Después de obtener las aprobaciones institucionales, el investigador revisará el registro diario de atenciones, verificará los criterios de selección e invitará consecutivamente a las potenciales participantes en un ambiente que garantice privacidad. Tras la firma del consentimiento informado, a cada participante se le asignará un código único. Los antecedentes obstétricos y neonatales se extraerán de la historia clínica, mientras que los datos sociodemográficos y psicosociales se recogerán mediante una ficha confidencial.

La Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS) contiene 31 ítems puntuados de 0 a 3 y un puntaje total de 0 a 93; se considerará tamizaje positivo un puntaje ≥ 26 , de acuerdo con el criterio de puntuación reportado para la escala y con evidencia psicométrica en población materna de habla hispana (21, 23). La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) comprende 10 ítems con puntajes de 0 a 3 y un total de 0 a 30; se utilizará el punto de corte ≥ 14 conforme con la validación

en población peruana (22). La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) contiene 12 ítems puntuados de 1 a 7, con un total de 12 a 84; un puntaje mayor representa mayor apoyo social percibido (9). Las tres escalas serán autoaplicadas y revisadas inmediatamente para detectar omisiones. Si una participante presenta dificultad para leer, el investigador leerá literalmente cada ítem y sus alternativas, sin interpretarlos ni sugerir respuestas.

El investigador comprobará la integridad y coherencia de las fichas antes de cerrar cada evaluación y realizará controles de rango y duplicidad durante la digitación. Un tamizaje positivo motivará orientación y derivación conforme al circuito asistencial vigente del hospital. Cualquier respuesta distinta de “nunca” en el ítem 10 de la EPDS activará una valoración clínica inmediata del riesgo de autoagresión.

4.6. Aspectos éticos del estudio

Antes de iniciar la recolección de datos, el proyecto deberá contar con la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y con la autorización de la instancia correspondiente del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Se respetarán los principios de la Declaración de Helsinki. La participación será voluntaria y no afectará la atención habitual. La base de datos empleará códigos de identificación, tendrá acceso restringido y los resultados se presentarán de forma agregada. Ante malestar emocional, tamizaje positivo o riesgo de autoagresión, se facilitará la evaluación clínica y la derivación inmediata según corresponda.

4.7. Plan de análisis

Los datos se procesarán en SPSS versión 25. Las variables categóricas se resumirán mediante frecuencias absolutas y porcentajes; las cuantitativas, mediante media y

desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según su distribución. Para cada desenlace se compararán las púerperas con tamizaje positivo y negativo. En el análisis bivariado se utilizará chi cuadrado o prueba exacta de Fisher para variables categóricas y T de Student o U de Mann-Whitney para variables cuantitativas, según corresponda. Como medida de asociación se estimarán razones de prevalencia (RP) crudas con intervalos de confianza del 95 %. Posteriormente, se construirán dos modelos multivariantes independientes mediante regresión de Poisson con enlace log y varianza robusta: uno para PASS ≥ 26 y otro para EPDS ≥ 14 . Ingresarán al modelo las variables con $p < 0,20$ en el análisis bivariado y aquellas con relevancia clínica sustentada. Se evaluará colinealidad entre covariables y se mantendrá un modelo parsimonioso. Se informarán RP ajustadas, intervalos de confianza del 95 % y valores de p; se considerará estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. La ausencia de información se describirá por variable y los análisis multivariantes se realizarán con casos completos para el desenlace correspondiente.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2022;31(19-20):2665-77. doi:10.1111/jocn.16121.
2. World Health Organization. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [citado 31 jul 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>
3. Giménez Y, Fatjó F, Mallorquí A, Sanvicente A, Figueras F, Arranz A. Progresión posparto de los niveles de ansiedad y depresión en madres de recién nacidos prematuros. *Aten Primaria*. 2025;57(3):103085. doi:10.1016/j.aprim.2024.103085. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656724002270?via%3Dihub>

4. Santiago-Sanabria L, Ibarra-Gussi PM, Rendón-Macías ME, Treviño-Villarreal P, Islas-Tezpa D, Porras-Ibarra GD, et al. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecol Obstet Mex.* 2023;91(4):227-40. doi:10.24245/gom.v91i4.8456. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412023000400002&script=sci_arttext
5. Torales J, González-Ríos A, O'Higgins M, Caycho-Rodríguez T, Ventriglio A, Castaldelli-Maia JM, et al. Ansiedad y depresión maternas y su impacto en la autoeficacia de la lactancia: un estudio de asociación. *Rev Nac (Itauguá).* 2025;17:e1700101. doi:10.18004/rdn2025.e1700101. Disponible en: https://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742025000100101
6. O'Dea GA, Youssef GJ, Hagg LJ, Francis LM, Spry EA, Rossen L, et al. Associations between maternal psychological distress and mother-infant bonding: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health.* 2023;26(4):441-52. doi:10.1007/s00737-023-01332-1.
7. Bhat A, Nanda A, Murphy L, Ball AL, Fortney J, Katon J. A systematic review of screening for perinatal depression and anxiety in community-based settings. *Arch Womens Ment Health.* 2022;25(1):33-49. doi:10.1007/s00737-021-01151-2.
8. Leveau-Bartra R, Chávez-Navarro J, Calle-Vilca L, Guerrero-Ortiz H, Mejía-Lengua C, Luján-Divizzia M, et al. Factores asociados a la depresión posparto en púerperas de un hospital peruano [Internet]. 2024;51(4):1-7 [citado 6 abr 2026]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X24000492>
9. Becerra-Canales B, Mejía-Gamboa DM, García-Pisconte SK, Ventura-Fernández DM, Huarancca P, Reyes-Ruiz JL. Validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) en mujeres embarazadas del Perú. *Eur Public Soc Innov Rev.* 2026;11:1-16. doi:10.31637/epsir-2026-2096. Disponible en: <https://epsir.net/index.php/epsir/article/view/2096>
10. Qi W, Zhao F, Liu Y, Li Q, Hu J. Psychosocial risk factors for postpartum depression in Chinese women: a meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):174. doi:10.1186/s12884-021-03657-0.
11. Muñoz-Callupe SR, Sánchez-Valiente PG, Agüero YD, Saavedra JE. Asociación entre violencia de pareja y sintomatología depresiva en el primer año posparto en el Perú. *Rev Neuropsiquiatr.* 2025;88(3):268-82. doi:10.20453/rnp.v88i3.6107. Disponible en: https://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972025000300268&script=sci_arttext
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening and diagnosis of mental health conditions during pregnancy and postpartum. Clinical Practice Guideline No. 4 [Internet]. Washington, DC: ACOG; 2023 [citado 6 abr 2026]. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline/articles/2023/06/screening-and-diagnosis-of-mental-health-conditions-during-pregnancy-and-postpartum>

13. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (CG192) [Internet]. London: NICE; 2020 [citado 6 abr 2026]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
14. Jiménez-Barragan M, Falguera-Puig G, Curto-Garcia JJ, Monistrol O, Coll-Navarro E, Tarragó-Grima M, et al. Prevalence of anxiety and depression and their associated risk factors throughout pregnancy and postpartum: a prospective cross-sectional descriptive multicentred study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):500. doi:10.1186/s12884-024-06695-6.
15. Froeliger A, Deneux-Tharaux C, Loussert L, Bouchghoul H, Madar H, Sentilhes L, et al. Prevalence and risk factors for postpartum depression 2 months after a vaginal delivery: a prospective multicenter study. *Am J Obstet Gynecol*. 2024;230(3 Suppl):S1128-S1137.e6. doi:10.1016/j.ajog.2023.08.026.
16. Esquivel M, Vera Y, Cindy-Lee D, Quesada R, Álvarez G, Tamayo-Pérez V. Prevalence, incidence, and persistence of postpartum anxiety, depression, and comorbidity: a cohort study among women in Havana, Cuba [Internet]. 2022;36(4):15-24 [citado 4 abr 2026]. Disponible en: https://journals.lww.com/jpnnjournal/abstract/2022/10000/prevalence,_incidence,_and_persistence_of.12.aspx
17. Lipa-Tudela F. Abordaje de las características y la depresión posparto en puérperas del altiplano peruano. *Rev Acciones Méd*. 2024;3(1):35-44. doi:10.35622/j.ram.2024.01.003. Disponible en: <https://revistas.inudi.edu.pe/index.php/ram/article/view/131>
18. Ramos Cárdenas MA, Rivera Felix LM. Asociación entre depresión posparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima. *An Fac Med*. 2022;83(1):19-24. doi:10.15381/anales.v83i1.20562. Disponible en: https://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832022000100019&script=sci_arttext
19. Muller EV, Martins CM, Borges PKO. Prevalence of anxiety and depression disorder and associated factors during postpartum in puerperal women. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2021;21(4):995-1004. doi:10.1590/1806-93042021000400003. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/8YbczDRfchXJZc5HQGpGnDz/>
20. Nielsen-Scott M, Fellmeth G, Opondo C, Alderdice F. Prevalence of perinatal anxiety in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2022;306:71-79. doi:10.1016/j.jad.2022.03.032. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35306121/>
21. Coó S, Medina F, García MI, Pérez C. Evaluación de las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad Perinatal en una muestra de madres en Chile. *Ansiedad Estrés*. 2022;28(1):40-46. doi:10.5093/anyes2022a4. Disponible en: <https://www.ansiedadestres.es/art/2022/anyes2022a4>
22. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti Suárez G, Campos Sánchez M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30(2):106-11. Disponible en: <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/download/977/1557/1585>

23. Somerville S, Byrne SL, Dedman K, Hagan R, Coe S, Oxnam E, et al. Detecting the severity of perinatal anxiety with the Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS). *J Affect Disord.* 2015;186:18-25. doi:10.1016/j.jad.2015.07.012.

6. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

El estudio será financiado por el investigador. Los bienes y servicios previstos se detallan en la siguiente tabla:

Servicios y bienes	Cantidad	Costo unitario	Total
Impresora	1	S/ 1 400,00	S/ 1 400,00
Tinta de impresora	2	S/ 44,00	S/ 88,00
Digitación de encuestas	1	S/ 80,00	S/ 80,00
Laptop	1	S/ 3 300,00	S/ 3 300,00
Internet	1	S/ 90,00	S/ 90,00
Software estadístico	1	S/ 150,00	S/ 150,00
Empastado	4	S/ 50,00	S/ 200,00
Anillado	4	S/ 50,00	S/ 200,00
Transporte	10	S/ 200,00	S/ 2 000,00
Total			S/ 7 508,00

El cronograma se actualiza de acuerdo con las etapas previstas para la aprobación, ejecución y análisis del estudio:

Actividades	Set. 2026	Oct. 2026	Nov. 2026	Dic. 2026
Adecuación final y presentación del protocolo	X			
Evaluación ética y autorización institucional	X	X		
Recolección de datos		X	X	
Depuración y procesamiento de la base de datos			X	

Análisis estadístico			X	X
Redacción del informe de tesis				X

7. ANEXOS

Anexo 1. Cuadro de operacionalización de las variables

Variable y función	Definición operacional	Tipo	Escala	Registro
Ansiedad posparto Dependiente	Resultado de la PASS (0-93).	Cualitativa dicotómica	Nominal	Negativo: <26 (0) Positivo: ≥26 (1)
Depresión posparto Dependiente	Resultado de la EPDS (0-30).	Cualitativa dicotómica	Nominal	Negativo: <14 (0) Positivo: ≥14 (1)
Edad Independiente Sociodemográfica	Edad al momento de la encuesta.	Cuantitativa discreta	Razón	Años cumplidos
Nivel educativo Independiente Sociodemográfica	Máximo nivel concluido.	Cualitativa ordinal	Ordinal	Primaria (1); secundaria (2); superior técnica/universitaria (3)
Estado civil Independiente Sociodemográfica	Situación conyugal referida.	Cualitativa politómica	Nominal	Soltera (1); casada (2); conviviente (3); separada/divorciada (4); viuda (5)
Paridad Independiente Obstétrica	Número total de partos, incluido el actual.	Cuantitativa discreta	Razón	Número de partos
Tipo de parto Independiente Obstétrica	Vía y carácter de la culminación del embarazo actual.	Cualitativa politómica	Nominal	Vaginal (1); cesárea electiva (2); cesárea de emergencia (3)
Preeclampsia Independiente Obstétrica	Diagnóstico consignado en la historia clínica.	Cualitativa dicotómica	Nominal	No (0); sí (1)
Diabetes gestacional Independiente Obstétrica	Diagnóstico consignado en la historia clínica.	Cualitativa dicotómica	Nominal	No (0); sí (1)
Amenaza de parto pretérmino Independiente Obstétrica	Diagnóstico consignado durante el embarazo actual.	Cualitativa dicotómica	Nominal	No (0); sí (1)

Rotura prematura de membranas Independiente Obstétrica	Diagnóstico consignado en la historia clínica.	Cualitativa dicotómica	Nominal	No (0); sí (1)
Hemorragia posparto Independiente Obstétrica	Diagnóstico consignado durante el puerperio inmediato.	Cualitativa dicotómica	Nominal	No (0); sí (1)
Infección puerperal Independiente Obstétrica	Diagnóstico consignado hasta la evaluación.	Cualitativa dicotómica	Nominal	No (0); sí (1)
Embarazo no planificado Independiente Psicosocial	Gestación actual no planificada, según la participante.	Cualitativa dicotómica	Nominal	No (0); sí (1)
Antecedente psiquiátrico Independiente Psicosocial	Diagnóstico o tratamiento de salud mental previo al embarazo.	Cualitativa dicotómica	Nominal	No (0); sí (1)
Violencia de pareja Independiente Psicosocial	Violencia física, psicológica o sexual durante el embarazo o puerperio, referida en privado.	Cualitativa dicotómica	Nominal	No (0); sí (1); no responde = dato perdido
Lactancia materna Independiente Obstétrica-posparto	Lactancia al momento de la evaluación.	Cualitativa dicotómica	Nominal	No (0); sí (1)
Prematuridad Independiente Neonatal	Nacimiento antes de 37 semanas de gestación.	Cualitativa dicotómica	Nominal	No (0); sí (1)
Bajo peso al nacer Independiente Neonatal	Peso neonatal menor de 2500 g.	Cualitativa dicotómica	Nominal	No (0); sí (1)
Hospitalización neonatal Independiente Neonatal	Ingreso del recién nacido a hospitalización después del parto.	Cualitativa dicotómica	Nominal	No (0); sí (1)
Calidad del sueño Independiente Psicosocial	Valoración del descanso durante los últimos 7 días.	Cualitativa ordinal	Ordinal	Buena (1); regular (2); mala (3)
Apoyo social percibido Independiente Psicosocial	Puntaje total de la MSPSS.	Cuantitativa discreta	Intervalo	12-84 puntos; mayor puntaje = mayor apoyo

Anexo 2. Ficha de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código del estudio: _____

Fecha: ____/____/2026

Días posparto: _____

Complete la ficha a partir de la entrevista privada y de la historia clínica. No registre nombres ni número de historia clínica.

Dato	Registro	Dato	Registro
1. Edad	_____ años	2. Nivel educativo	☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior
3. Estado civil	☐ Soltera ☐ Casada ☐ Conviviente ☐ Separada/divorciada ☐ Viuda	4. Paridad	_____ partos
5. Tipo de parto	☐ Vaginal ☐ Cesárea electiva ☐ Cesárea de emergencia	6. Embarazo no planificado	☐ No ☐ Sí
7. Preeclampsia	☐ No ☐ Sí	8. Diabetes gestacional	☐ No ☐ Sí
9. Amenaza de parto pretérmino	☐ No ☐ Sí	10. Rotura prematura de membranas	☐ No ☐ Sí
11. Hemorragia posparto	☐ No ☐ Sí	12. Infección puerperal	☐ No ☐ Sí
13. Edad gestacional al nacer	_____ semanas	14. Peso al nacer	_____ gramos
15. Hospitalización neonatal	☐ No ☐ Sí	16. Lactancia materna actual	☐ No ☐ Sí
17. Antecedente psiquiátrico	☐ No ☐ Sí	18. Calidad del sueño (7 días)	☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala
19. Violencia de pareja durante embarazo o puerperio	☐ No ☐ Sí ☐ Prefiere no responder	Fuente de datos clínicos	☐ Historia clínica verificada

Anexo 3. Instrumento para el tamizaje de ansiedad posparto

ESCALA DE ANSIEDAD PERINATAL (PASS)

Edad del recién nacido: _____

Fecha: ____/____/2026

Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha experimentado lo siguiente?

Marque una respuesta en cada fila.

N.º	Ítem	0 Nunca	1 A veces	2 A menudo	3 Casi siempre
1	Preocupación sobre el bebé o el embarazo.				
2	Miedo a que el bebé sufra algún daño.				
3	Temor a que pueda pasar algo malo.				
4	Preocupación por muchas cosas.				
5	Preocupación sobre el futuro.				
6	Me he sentido desbordada.				
7	Miedos muy intensos sobre distintas cosas, por ejemplo: agujas, sangre, el parto o el dolor.				
8	Episodios súbitos de miedo extremo o incomodidad.				
9	Pensamientos repetitivos difíciles de detener o controlar.				
10	Dificultades para dormir incluso cuando tenía oportunidad de hacerlo.				
11	Necesidad de hacer las cosas de una cierta manera o en determinado orden.				
12	Deseo que las cosas sean perfectas.				
13	Necesidad de controlar las cosas.				
14	Dificultad para dejar de revisar o hacer las cosas una y otra vez.				
15	Me he sentido inquieta o fácilmente irritable.				
16	Preocupación por pensamientos repetitivos.				
17	He estado alerta o con la necesidad de vigilar cada cosa.				
18	Molestia por recuerdos, sueños o pesadillas que se repiten.				
19	Me preocupa ponerme en una situación embarazosa frente a los demás.				
20	Temor a que los otros me juzguen de manera negativa.				
21	Sentirme muy incómoda cuando hay mucha gente en el mismo lugar.				
22	Evitar situaciones sociales porque puedo ponerme nerviosa.				

23	Evitar las cosas que me preocupan.				
24	Sentirme desconectada, como si me viera a mí misma en una película.				
25	Perder la noción del tiempo y no recordar qué ha sucedido.				
26	Dificultad para adaptarme a cambios recientes.				
27	Ansiedad que interfiere con mi capacidad para hacer las cosas.				
28	Aparición de muchos pensamientos a la vez que dificultan mi concentración.				
29	Miedo a perder el control.				
30	Sentir pánico.				
31	Sentirme agitada.				

Puntaje total: _____ / 93.

Tamizaje positivo: ≥ 26 .

Rangos orientativos:

0-20, mínimo

21-41, leve-moderado

42-93, grave.

La PASS constituye un instrumento de tamizaje y no establece por sí sola un diagnóstico clínico (21, 23).

Atribución: versión española evaluada por Coe et al. (21) y criterio de puntuación de Somerville et al. (23).

Anexo 4. Instrumento para el tamizaje de depresión posparto

Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)

Instrucciones: como usted tuvo un bebé recientemente, marque en cada ítem la alternativa que mejor describa cómo se ha sentido durante los últimos 7 días, no únicamente hoy.

Ítem	Marque una alternativa
1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:	☐ Tanto como siempre he podido hacerlo — 0 ☐ No tanto ahora — 1 ☐ Sin duda, mucho menos ahora — 2 ☐ No, en absoluto — 3
2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:	☐ Tanto como siempre — 0 ☐ Algo menos de lo que solía hacerlo — 1 ☐ Definitivamente menos de lo que solía hacerlo — 2 ☐ Prácticamente nunca — 3
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:	☐ Sí, casi siempre — 3 ☐ Sí, algunas veces — 2 ☐ No muy a menudo — 1 ☐ No, nunca — 0
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:	☐ No, en absoluto — 0 ☐ Casi nada — 1 ☐ Sí, a veces — 2 ☐ Sí, muy a menudo — 3
5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:	☐ Sí, bastante — 3 ☐ Sí, a veces — 2 ☐ No, no mucho — 1 ☐ No, en absoluto — 0
6. Las cosas me oprimen o agobian:	☐ Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas — 3 ☐ Sí, a veces no he podido sobrellevarlas — 2 ☐ No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien — 1 ☐ No, he podido sobrellevarlas tan bien como siempre — 0
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir:	☐ Sí, casi siempre — 3 ☐ Sí, a veces — 2 ☐ No muy a menudo — 1 ☐ No, en absoluto — 0
8. Me he sentido triste y desgraciada:	☐ Sí, casi siempre — 3 ☐ Sí, bastante a menudo — 2 ☐ No muy a menudo — 1 ☐ No, en absoluto — 0
9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:	☐ Sí, casi siempre — 3 ☐ Sí, bastante a menudo — 2 ☐ Ocasionalmente — 1 ☐ No, nunca — 0
10. He pensado en hacerme daño:	☐ Sí, bastante a menudo — 3 ☐ A veces — 2 ☐ Casi nunca — 1 ☐ No, nunca — 0

Puntaje total: _____ / 30.

Se considerará tamizaje positivo un puntaje ≥ 14 . Cualquier respuesta de 1 a 3 en el

ítem 10 requiere valoración clínica inmediata.

Escala desarrollada por Cox, Holden y Sagovsky; versión en español validada en mujeres peruanas (22).

Gracias.

Anexo 5. Instrumento para la medición del apoyo social

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)

Lea cada una de las siguientes afirmaciones y seleccione una opción del 1 al 7 que refleje su grado de acuerdo con cada enunciado.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

N.º	Ítem	1	2	3	4	5	6	7
1	Hay una persona especial que está a mi lado cuando la necesito.							
2	Hay una persona especial con la que puedo compartir mis alegrías y mis penas.							
3	Mi familia intenta ayudarme de verdad.							
4	Recibo la ayuda emocional y el apoyo que necesito de mi familia.							
5	Tengo una persona especial que es una verdadera fuente de consuelo para mí.							
6	Mis amigos intentan ayudarme de verdad.							
7	Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.							
8	Puedo hablar de mis problemas con mi familia.							
9	Tengo amigos con los que puedo compartir mis alegrías y mis penas.							
10	Hay una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos.							
11	Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones.							
12	Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.							

Puntaje total: _____ / 84.

Un valor mayor representa mayor apoyo social percibido. Familia: ítems 3, 4, 8 y 11; amigos: ítems 6, 7, 9 y 12; persona significativa: ítems 1, 2, 5 y 10 (9).

Anexo 6. Cálculo del tamaño muestral

Para estimar la cantidad de participantes se aplicó la fórmula correspondiente al cálculo de una proporción en investigaciones de corte transversal.

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q}{d^2}$$

Donde:

n = tamaño de muestra

Z = 1,96, para un nivel de confianza del 95 %.

p = 0,25, prevalencia esperada.

q = 1 - p = 0,75.

d = 0,05, precisión o margen de error.

Reemplazando:

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,25 \times 0,75}{(0,05)^2}$$

$$n = \frac{3,8416 \times 0,1875}{0,0025}$$

$$n = \frac{0,7203}{0,0025}$$

$$n = 288,12$$

Finalmente, se incluirán 289 puérperas que reúnan los criterios de selección establecidos para la investigación.

Anexo 7. Consentimiento informado

Se invita a usted a participar en el estudio titulado “Factores asociados al tamizaje positivo de ansiedad y depresión posparto en púerperas atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima 2026”, desarrollado por Simon Federico Ripa Casafranca, de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

El propósito de esta investigación es evaluar los factores asociados con el tamizaje positivo de ansiedad y depresión posparto. Para ello se recopilará información sociodemográfica, obstétrica, neonatal y psicosocial, además de aplicar instrumentos de tamizaje de ansiedad, depresión posparto y apoyo social.

La participación es voluntaria.

Se solicitará responder una ficha de datos y escalas estandarizadas; también se revisará información clínica necesaria de la historia clínica.

Riesgos y beneficios: No se anticipan riesgos físicos derivados de la participación. Algunas preguntas relacionadas con el estado de ánimo o experiencias personales podrían generar incomodidad emocional breve; en ese caso, la participante podrá pausar o suspender la evaluación. Como beneficio indirecto, el estudio contribuirá a mejorar el conocimiento sobre la detección oportuna de problemas de salud mental durante el posparto.

Confidencialidad y privacidad: La información será tratada de manera confidencial y codificada. Los datos de identificación del consentimiento informado se mantendrán separados de la base de investigación y el acceso estará restringido al equipo autorizado. Los resultados se comunicarán de forma agregada y no permitirán identificar a las participantes.

Derecho a retirarse: La participación es completamente voluntaria. Puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento, sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello produzca consecuencias negativas en su atención médica ni en la de su recién nacido.

Contacto para preguntas: Si tiene preguntas o requiere información adicional sobre el estudio, puede comunicarse con el investigador principal o con el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia mediante los datos consignados a continuación.

Investigador principal: Simon Federico Ripa Casafranca

Teléfono: [REDACTED]

Correo de contacto: [REDACTED]

Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

Presidente:

Teléfono:

Correo de contacto:

Declaración de consentimiento:

Yo:,
con DNI:, declaro haber leído y comprendido la información proporcionada sobre el estudio “Factores asociados al tamizaje positivo de ansiedad y depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima 2026”.

He tenido la oportunidad de formular preguntas y he recibido respuestas satisfactorias. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin afectar mi atención. Por lo tanto, acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Al firmar este consentimiento, autorizo el uso de la información obtenida exclusivamente para los fines de investigación descritos, bajo las medidas de confidencialidad señaladas.

Nombre de la participante:

Fecha:

Firma:

Gracias por su participación.