



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TEMA:**

**Ansiedad postparto en madres hospitalizadas en el área  
ginecológica del hospital Matilde Hidalgo de Procel.**

**AUTORA:**

**Pincay Cabanilla, Pierina Daniela  
Segovia Maldonado, Dennys Nicole**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

**TUTORA:**

**Lic. Muñoz Aucapiña, Miriam Jacqueline, Mgs.**

**Guayaquil, Ecuador  
04 de mayo 2026**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Pincay Cabanilla, Pierina Daniela y Segovia Maldonado, Dennys Nicole** como requerimiento para la obtención del título de **LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA**.

**TUTORA**



f. \_\_\_\_\_

**Lcda. Muñoz Aucapiña, Miriam Jacqueline, Mgs.**

**DIRECTORA DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Lcda Mendoza Vinces, Angela Ovilla Mgs.**

**Guayaquil, 4 de mayo 2026**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Pincay Cabanilla, Pierina Daniela**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Ansiedad postparto en madres hospitalizadas en el área ginecológica del hospital Matilde Hidalgo de Procel**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA/O EN ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, 4 de mayo 2026**

**LA AUTORA**



Validar digitalmente su Firma:  
Firmado digitalmente por:  
**PIERINA DANIELA  
PINCAY CABANILLA**

f. \_\_\_\_\_

**Pincay Cabanilla, Pierina Daniela**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Segovia Maldonado, Dennys Nicole**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Ansiedad postparto en madres hospitalizadas en el área ginecológica del hospital Matilde Hidalgo de Procel**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA/O EN ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, 4 de mayo 2026**

**LA AUTORA**



Validar únicamente en Firmate.  
Firmado electrónicamente por:  
**DENNY NICOLE  
SEGOVIA MALDONADO**

f. \_\_\_\_\_

**Segovia Maldonado, Dennys Nicole**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Pincay Cabanilla, Pierina Daniela**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Ansiedad postparto en madres hospitalizadas en el área ginecológica del hospital Matilde Hidalgo de Procel**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 4 de mayo 2026**

**LA AUTORA**



Validar digitalmente en Pincay.  
Firmado digitalmente por:  
**PIERINA DANIELA  
PINCAY CABANILLA**

f. \_\_\_\_\_

**Pincay Cabanilla, Pierina Daniela**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Segovia Maldonado, Dennys Nicole**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Ansiedad postparto en madres hospitalizadas en el área ginecológica del hospital Matilde Hidalgo de Procel**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 4 de mayo 2026**

**LA AUTORA**



Validar documento en Firmate.  
Firmado electrónicamente por:  
**DENNY NICOLE  
SEGOVIA MALDONADO**

f. \_\_\_\_\_

**Segovia Maldonado, Dennys Nicole**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA

REPORTE COMPILATION



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Interna de enfermería

ID : 3d4e0c5821abd73fd603bed8654324a9c241a8f9



3%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : compilatio.txt  
Tamaño del archivo original : 152,95 kB  
Número de palabras : 13.598  
Número de caracteres : 85384

Depositante : Pierina Daniela Pincay Cabanilla  
Fecha de depósito : 27 de marzo de 2026  
Tipo de carga : url\_submission  
fecha de fin de análisis : 27 de marzo de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :



Similitudes

3%

Sintáctica 3%

Semántica No medido

Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.



Miriam Jacqueline  
Munoz Aucápina



## **AGRADECIMIENTO**

Mirar este trabajo terminado me hace pensar en todas las personas que, de una forma u otra, sostuvieron mis dudas durante estos años. Quiero agradecer profundamente a mis padres, Marco y Marianela, por ser mi hogar y refugio constante. Antes de cualquier libro o profesor, fueron ellos mis primeros y más grandes maestros; gracias por enseñarme, con su ejemplo de trabajo diario y su entrega incansable, que las metas se alcanzan paso a paso, incluso cuando el cansancio pesa. Ver su esfuerzo desde que tengo memoria ha sido la lección más valiosa de mi vida, y es ese mismo empuje el que hoy me va a permitir cerrar este ciclo.

A mi tutora, la Lcda. Miriam Muñoz, le debo no solo la guía académica, sino la paciencia crítica que me obligó a cuestionar mis propias ideas y a no conformarme con lo primero que escribía.

No puedo olvidar a mis compañeras de facultad, con quienes compartí desde los nervios de los exámenes hasta las charlas de pasillo que terminaron dándole forma a muchas de estas páginas.

Gracias a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil por ser el escenario de este proceso que hoy cierro con la satisfacción de saber que, aunque mi nombre firme la portada, este logro es una construcción compartida por todos ellos.

**Pincay Cabanilla Pierina Daniela**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo de titulación a las personas que me criaron, a quienes me hicieron humana: mis padres.

Marco Antonio Pincay Barco y Marianela Janet Cabanilla Maldonado, gracias. Ustedes fueron quienes entregaron su propia espalda para que yo pudiera alcanzar el cielo, sin pedir nada a cambio más que ver mis sueños cumplidos. No existen palabras que alcancen para agradecer esas jornadas de trabajo de más de doce horas, ni el valor que tuvo para mí ver sus manos quemadas y lastimadas por el esfuerzo diario de su trabajo, solo para que no me faltara un libro, un anhelo o felicidad.

Me duele y, a la vez, me llena de un orgullo inmenso recordar cómo, a pesar del agotamiento físico, cada mañana se levantaron por mí, posponiendo sus propias vidas para construir la mía.

Este título no es el resultado de mi inteligencia, sino de su sacrificio silencioso; es el fruto de sus cicatrices y de ese amor que no conoce descansos. Gracias por ser mi hogar y mi refugio constante. Hoy cierro este ciclo con la certeza de que mi éxito es, en realidad, el triunfo de ustedes. Tal como una vez escuché decir a mi mami: su vida se ha tejido con nuestros logros y nuestras derrotas. Aquí está nuestro logro y es todo suyo...

**Pincay Cabanilla Pierina Daniela**

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi más profundo agradecimiento a Dios por bendecir mi camino, brindarme fortaleza, sabiduría y la oportunidad de culminar con éxito esta importante etapa de mi vida.

A mi padre, por su apoyo incondicional, su esfuerzo constante y por ser un pilar fundamental en mi formación personal y profesional. Su dedicación y sacrificio han sido una gran motivación para alcanzar este logro.

A mi tutora de tesis, por su guía, paciencia y valiosas orientaciones durante el desarrollo de este trabajo. Su conocimiento y acompañamiento fueron fundamentales para la culminación de esta investigación.

Finalmente, agradezco a mi universidad, por brindarme la oportunidad de formarme académicamente, adquirir conocimientos y crecer tanto profesional como personalmente.

A todos ellos, mi más sincero agradecimiento.

**Segovia Maldonado Dennys Nicole**

## **DEDICATORIA**

Dedico este logro, en primer lugar, a Dios, por guiar mi camino y darme la fortaleza necesaria para alcanzar esta meta.

A mi padre, por su esfuerzo, sacrificio y por trabajar siempre para brindarme un mejor futuro. Este logro también es suyo.

A mi madre, por su amor incondicional y por motivarme siempre a no rendirme ante las dificultades.

A mi hermano, quien hoy se encuentra junto a Dios. Aunque ya no esté físicamente conmigo, su recuerdo vive en mi corazón y espero que desde el cielo se sienta orgulloso de ver que su hermana ha cumplido este sueño.

A mi sobrina, quien ha sido una luz en mi vida y una fuente de alegría.

A Milo y Skipper, por su compañía durante tantas noches de estudio.

Y a las amistades que la universidad me permitió conocer, por el apoyo, las enseñanzas y los momentos compartidos durante este camino.

Con amor y gratitud.

**Segovia Maldonado Dennys Nicole**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**LCDA. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES, MGS**  
DIRECTORA DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**LCDA. GENY MARGORTH RIVERA SALAZAR, MGS**  
COORDINADORA DEL ÁREA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

f. \_\_\_\_\_

**LCDA. KRISTY GLENDA FRANCO POVEDA, MGS**  
OPONENTE

# ÍNDICE GENERAL

Introducción .....	2
Capítulo I .....	3
1. Planteamiento del Problema .....	3
1.1. Preguntas de Investigación.....	5
1.2. Justificación .....	5
1.3. Objetivos.....	7
1.3.1. Objetivo General .....	7
1.3.2. Objetivos Específicos .....	7
Capítulo II .....	8
2. Fundamentación Conceptual.....	8
2.1. Antecedentes de la Investigación .....	8
2.2. Marco Conceptual.....	14
2.2.1. Ansiedad .....	14
2.2.2. Ansiedad Postparto .....	14
2.2.3. Tipos o Clasificación de la Ansiedad Postparto .....	15
2.2.4. Factores de Riesgo .....	16
2.2.5. Características obstétricas .....	17
2.2.6. Instrumento Perinatal Anxiety Screening .....	23
2.3. Marco Legal .....	24
Capítulo III .....	28
3. Diseño Metodológico .....	28
3.1. Tipo de estudio .....	28
3.2. Población y Muestra .....	29
3.3. Criterios de análisis de datos:.....	29
3.3.1. Criterios de inclusión:.....	29

3.3.2. Criterios de exclusión .....	29
3.4. Procedimientos para la recolección de la información: .....	29
3.5. Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos: .....	30
3.6. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos .....	30
3.7. Operacionalización De Variables .....	30
4. Presentación Y Análisis De Resultados .....	34
4.1. Características obstétricas de las madres hospitalizadas .....	34
4.2. Ansiedad postparto en madres hospitalizadas .....	35
4.3. Nivel de ansiedad que se presentan en las madres hospitalizadas .....	40
5. Discusión.....	42
6. Conclusiones.....	45
7. Recomendaciones.....	47
8. Referencias Bibliográficas .....	49

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Datos obstétricos.....	34
<b>Tabla 2</b> Dimensiones agrupadas en nervios e inquietud, tensión o estrés y preocupación.....	35
<b>Tabla 3</b> Dimensiones agrupadas en miedo, pérdida de control.....	36
<b>Tabla 4</b> Dimensiones agrupadas en descontrol en sus miedos, mente preocupada e irritabilidad.....	37
<b>Tabla 5</b> Dimensiones agrupadas en cansancio constante, pensamientos incontrolables y miedo a enfrentar problemas.....	38
<b>Tabla 6</b> Dimensiones agrupadas en manejo indebido del estrés por ser mamá, desilusionada, miedo por el bebé.....	38
<b>Tabla 7</b> Dimensiones agrupadas en no lograr calmarse, preocupación continua por el bebé, agobio mental, preocupación por el futuro y sentir nervios por complicaciones.....	39

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Nivel de Ansiedad.....	40
-----------------	------------------------	----

## RESUMEN

El trastorno de ansiedad postparto es una condición psicológica que afecta a muchas mujeres después del parto, caracterizada por una serie de síntomas que incluyen preocupación excesiva, miedo, estrés y una mente en constante estado de alerta que hace imposible conciliar el sueño e incluso relajarse.

**Objetivo:** Identificar la ansiedad postparto en madres hospitalizadas en el área ginecológica del hospital Matilde Hidalgo de Procel. **Metodología:** Descriptivo, cuantitativo, prospectivo, transversal. Formaron parte 100 mujeres. Técnica: Encuesta Ad Hoc. Instrumento: Perinatal Anxiety Screening (Detección de ansiedad perinatal). Muestra: 100 mujeres. **Resultados:** Características obstétricas; 24 a 28 años (59%). Sobre sus antecedentes psicológicos, 33% antecedentes de depresión, 47% antecedentes de ansiedad, 52% son primíparas, parto vaginal (76,0%), 89% ausencia de antecedentes de abortos, 79% ausencia de complicaciones neonatales, 77% alimentación lactancia materna exclusiva. Ansiedad Postparto: 63% casi siempre sienten tensión, estrés, miedo al manejo del estrés de ser madre, con medias entre 2.19-2.18. Niveles de ansiedad: 66% presentaron niveles severos al contestar que presentaron clínica casi siempre o siempre, 28% nivel leve a moderada y 6% de los casos con ansiedad mínima. **Conclusiones:** Se identificó la ansiedad postparto en distintas puérperas, en su mayoría presentaban clínica de temor en lo que respecta a no sentirse preparadas para ser madres, miedo por el bebé, etc., donde participan distintas variables obstétricas, por lo que, se requiere una intervención a la salud mental de estas pacientes.

**Palabras Claves:** Ansiedad Postparto, Dimensiones, Factores obstétricos, Niveles de ansiedad, Perinatal Anxiety Screening

## ABSTRACT

Postpartum anxiety disorder is a psychological condition that affects many women after childbirth, characterized by a range of symptoms including excessive worry, fear, stress, and a constantly heightened state of alertness that makes it impossible to sleep or even relax. **Objective:** To identify postpartum anxiety in mothers hospitalized in the gynecological ward of the Matilde Hidalgo de Procel Hospital. **Methodology:** Descriptive, quantitative, prospective, cross-sectional study. Participants: 100 women. Technique: Ad hoc survey. Instrument: Perinatal Anxiety Screening. Sample: 100 women. **Results:** Obstetric characteristics: 24 to 28 years (59%). Regarding their psychological history, 33% had a history of depression, 47% a history of anxiety, 52% were primiparous, vaginal delivery (76.0%), 89% had no history of miscarriage, 79% had no history of neonatal complications, and 77% were exclusively breastfed. Postpartum anxiety: 63% almost always felt tension, stress, and fear of managing the stress of motherhood, with mean scores between 2.19 and 2.18. Anxiety levels: 66% presented severe levels, reporting symptoms almost always or always; 28% presented mild to moderate levels; and 6% presented minimal anxiety. **Conclusions:** Postpartum anxiety was identified in various postpartum women, most of whom presented with clinical fear regarding not feeling prepared to be mothers, fear for the baby, etc., where different obstetric variables participate, therefore, an intervention for the mental health of these patients is required.

**Keywords:** Postpartum Anxiety, Dimensions, Obstetric Factors, Anxiety Levels, Perinatal Anxiety Screening

## Introducción

El bienestar mental materno en la fase posparto es importante para la madre y el desarrollo saludable del recién nacido. Sin embargo, este bienestar se ha comprometido durante este período en al menos una de cada diez madres experimenta síntomas de ansiedad (1). La ansiedad es el trastorno de salud mental más prevalente en el mundo, con alrededor del 25% de casos. Durante el puerperio, las mujeres parecen ser más susceptibles a sufrir ansiedad y esto se debe a que esté asociado con niveles más bajos de autoconfianza materna y puede tener consecuencias perjudiciales a largo plazo que resulten en un retraso en el desarrollo mental de los niños (2).

La ansiedad postparto (PPA) es un padecimiento que surge después de un cuadro de ansiedad durante la etapa de embarazo de la mujer. El padecimiento puede surgir a causa de factores biomoleculares de la mujer (estilo de vida, cambios laborales, patrones de sueño, expectativas familiares) y trastornos mentales que la mujer haya padecido en periodos que anteceden el parto. Vivir esas situaciones pueden llegar a ser bastante difíciles y desafiantes en gran parte debido a no cumplir con el estereotipo que se tiene de ser la madre perfecta, considerada por muchos como la versión distorsionada de la realidad (3)

La PPA aparece en diferentes documentos de política de salud, pero no se han diseñado planos de acción para su identificación y manejo en forma de rutina en las unidades de obstetricia. Además, aun cuando se realizan pruebas de tamizaje, en la mayoría de los casos no se utilizan para la intervención y tratamiento. La ansiedad durante y posterior al parto tiene múltiples consecuencias negativas, tanto en la salud mental de la madre como en los resultados del parto, además de ser un factor de riesgo para la depresión posparto (DPP) (4). Esto demuestra que la prestación de atención médica materna e infantil tiene considerables limitaciones en términos de ofrecer una atención integrada que abarque la dimensión de la salud mental. Por ende, el objetivo principal de la investigación será identificar la ansiedad postparto en madres hospitalizadas en el área ginecológica del hospital Matilde Hidalgo de Procel

## **Capítulo I**

### **1. Planteamiento del Problema**

El PPA es una condición psicológica que afecta a muchas mujeres después del parto, caracterizada por una serie de síntomas que incluyen preocupación excesiva, miedo, estrés y una mente en constante estado de alerta que hace imposible conciliar el sueño e incluso relajarse. Este estado de hipervigilancia y estrés puede interferir profundamente con el bienestar de la madre, transformando su día a día en una lucha constante en lugar de una rutina saludable, desencadenando en una depresión que puede considerarse secundaria a la ansiedad (5).

La Organización Mundial de la Salud ha informado que aproximadamente el 10% de las mujeres embarazadas, así como el 13% de las 3. madres recientemente púerperas tras parto eutócico o cesárea sufren de ansiedad materna, depresión o ambas. La ansiedad materna puede resultar en efectos adversos durante su puerperio, relacionándolo con el origen de la hipertensión, preeclampsia, entre otras alteraciones (6). Por parte de la salud pública enfocada en el bienestar materno, es preocupante que existan problemas de salud mental en las madres que se ha asociado a problemas en el desarrollo infantil epidemiológico e incrementa la prevalencia de problemas psiquiátricos en la niñez y en la vida adulta, razón por la cual una atención y tratamiento precoz se convierte en una Salud Pública de primer orden.

La ansiedad suele ser más común que la DPP, no obstante, suele estar infradiagnosticada tanto por médicos como por pacientes, debido a la dificultad que hay en diferenciar los síntomas que son signos normales durante el embarazo o el posparto, y aquellos que realmente tiene un deterioro funcional significativo. Sugiriendo una prevalencia del 17,1%, superando la depresión posparto en un 4,8% (7). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), no aborda específicamente la ansiedad después del parto, y debido a esto, el trastorno a menudo está subdiagnosticado o subtratable (8).

Se estima que la tasa de prevalencia en los países de altos ingresos oscila entre el 10% y el 13%. En los países de ingresos bajos y medianos, sin embargo, la tasa de prevalencia es notable más alto, oscilando entre el 20% y el 40% (9). La disparidad entre estos países se atribuye parcialmente a sus condiciones socioeconómicas, su acceso a la atención médica y sus factores culturales en relación con la alfabetización sobre salud mental, autocuidado y automedicación. Por ejemplo, en la nación del sur de Asia, que incluye Pakistán, se estima que la tasa de prevalencia del trastorno de ansiedad posparto entre mujeres oscila entre el 28% y el 63%, con una asociación común con trastornos de ansiedad (10).

En América Latina y el Caribe, alrededor del 31% de las mujeres en etapa posparto sufren de trastornos de ansiedad. Por otro lado, en el 42% al 56% de los casos, los síntomas de la enfermedad se manifiestan entre seis y doce semanas después del parto, durando desde siete hasta doce meses (11). Hay varias condiciones que pueden predisponer a la ansiedad, tales como contar con antecedentes psiquiátricos, presentar dificultades con el apego en la etapa de lactancia, menor de 25 años, con conviviente o soltera, poseer un nivel educativo de primaria o bachillerato, venir de una clase socioeconómica media-baja, ser primeriza y haber tenido un parto por cesárea (12).

Con respecto a la situación en Ecuador, el informe del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) para el año 2020 indica que el 64% de las mujeres que asistieron a los dispensarios de salud de todo el país, tenían algún tipo de ansiedad. Aunque en la actualidad no se dispone de datos que especifiquen la tasa de prevalencia de depresión, se presume que, en el caso de la ansiedad a nivel nacional, alrededor del 32% ocurrió durante el embarazo y el 21% en el posparto (13).

En el Hospital Matilde Hidalgo de Procel, atienden diario partos normales y por cesárea, ya sea, programados o por emergencia. Es una institución de referencia y de acceso principal para controles prenatales y cuenta con una amplia cartera de servicios, así como áreas de salud mental en caso de que se presenten casos de alteraciones mentales en las madres. Dentro de este contexto, se ha observado en las mujeres posterior a pasar su proceso de parto, expresiones faciales de estrés, tristeza y agobio, e incluso, ellas han expresado alta preocupación porque no saben cómo otorgarles cuidados correctos al recién

nacido (RN), como ayudarse con biberones por no abastecer las necesidades alimenticias del RN, también, dolor por su operación (cesárea) lo cual lo hace complicado cambiar el pañal o lograr dormir con tranquilidad al bebé, etc.

### **1.1. Preguntas de Investigación**

- ❖ ¿Existen casos de ansiedad postparto en madres hospitalizadas en el área ginecológica del hospital Matilde Hidalgo de Procel?
- ❖ ¿Cuáles son las características obstétricas de las madres hospitalizadas con ansiedad en el área ginecológica del hospital Matilde Hidalgo de Procel?
- ❖ ¿Cuáles son los niveles de ansiedad que se presentan en las madres hospitalizadas en el área ginecológica del hospital Matilde Hidalgo de Procel?
- ❖ ¿Cuáles son las dimensiones de la ansiedad postparto en las madres hospitalizadas en el área ginecológica del hospital Matilde Hidalgo de Procel?

### **1.2. Justificación**

Los problemas relacionados con la salud mental a nivel materno se han considerado un desafío importante para la salud pública. Si bien la mortalidad materna sigue siendo un factor clave en los indicadores de salud materna, esto desplaza el enfoque hacia los problemas de salud mental en la provisión integrada de servicios de salud materna e infantil, sin importar la zona en que encuentre la mujer (14). Casi todas las mujeres son susceptibles de padecer algún tipo de trastorno mental en el transcurso del año postnatal, sin embargo, la edad en la que se embarazan, las complicaciones del parto y con el neonato, el historial de adicciones, antecedentes de aborto, pobreza, el contexto sociopolítico de emergencias, y la falta de soporte social, tienden a incrementar la probabilidad de padecer trastornos más específicos como la depresión o ansiedad.

La ansiedad que aparece durante el puerperio presenta una mayor probabilidad de asociarse con complicaciones maternas, y también con problemas emocionales, psicológicos y sociales en la infancia. Igualmente, es conocido que la ansiedad que aparece en estos periodos temporales muchas veces actúa como antecedente de la depresión (15). Así, es necesario profundizar en el trabajo por su relación directa en la salud mental de la madre y la dinámica familiar. Este trastorno que padece un porcentaje significativo de mujeres en el posparto no solo determina la capacidad de la madre para cuidar al infante, sino, su calidad de vida puede cambiar, lastimarse la vinculación afectiva que haya con el infante y supone que puede aumentar la probabilidad de padecer síndromes más graves como depresión posparto. La escasa información con respecto a la prevalencia de la posparto y asumir que es un “estrés típico ansiedad” asociado a la maternidad hace que muchas mujeres no obtengan el respaldo que necesitan.

Los beneficiarios de la investigación sobre la PPA son las mujeres afectadas por el trastorno, sus familias y, se podría argumentar, la sociedad en general. Las madres con el trastorno podrían en el futuro ser asistidas en el reconocimiento de los síntomas de ansiedad por parte de sus esposos, recibir el tratamiento adecuado, el cuidado emocional que necesitan y también el apoyo apropiado. Además, la investigación ayudaría a informar a los profesionales de la salud, mejorando así la educación, las prácticas clínicas y terapéuticas. Indirectamente, los bebés también se beneficiarían, ya que una madre emocionalmente equilibrada y bien apoyada sabe establecer una relación afectiva profunda y brindar un ambiente seguro y saludable. Por último, también la sociedad se beneficiaría al reducir la carga emocional y económica que conlleva el trastorno y promover una salud integral para todos los núcleos familiares.

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo General**

- ❖ Identificar la ansiedad postparto en madres hospitalizadas en el área ginecológica del hospital Matilde Hidalgo de Procel

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- ❖ Determinar las características obstétricas de las madres hospitalizadas con ansiedad postparto en el área ginecológica del hospital Matilde Hidalgo de Procel
- ❖ Identificar el nivel de ansiedad que se presentan en las madres hospitalizadas en el área ginecológica del hospital Matilde Hidalgo de Procel
- ❖ Describir las dimensiones de la ansiedad postparto en las madres hospitalizadas en el área ginecológica del hospital Matilde Hidalgo de Procel

## Capítulo II

### 2. Fundamentación Conceptual

#### 2.1. Antecedentes de la Investigación

En Rusia, definieron a la depresión y la ansiedad como comunes en el posparto, y su detección y tratamiento son prioritarios. Aunque en la literatura existe cierta evidencia sobre los factores de riesgo que podrían justificar la detección temprana, no es suficiente. El objetivo de la investigación es identificar los factores de riesgo asociados a la depresión y la ansiedad posparto antes, durante y después del embarazo. Métodos: Para el análisis, se han considerado 1406 madres, que fueron valoradas a través de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y el Inventario de Ansiedad de Estado-Rasgo, 6 ítems (STAI-6), respectivamente. Resultados: El 8.0% de las madres mostraron puntajes EPDS  $\geq 9$  y el 14.7% STAI-6  $\geq 42$ . Los factores asociados fueron los APP de depresión de la madre, la baja autoeficacia de la madre y la mala salud actual de la madre. No iniciar el amamantamiento y aumentar el tiempo hasta el amamantamiento a las 3 semanas, posterior al parto. Conclusiones: Los factores asociados a un mayor riesgo de ansiedad fueron: nivel educativo superior, antecedentes de depresión materna, parto pretérmino y opinión negativa sobre el parto y la primera semana posparto, llanto inconsolable del bebé, baja autoeficacia materna, bajo apoyo de pareja o familiar y mala salud actual de la madre (1).

En España, la PPA ha afectado a una de cada cuatro féminas, con graves repercusiones en la parte materna y del lactante. Objetivo: identificación de la prevalencia y factores de la ansiedad en etapa del postparto. Método: descriptivo, transversal, aplicando el instrumento apego (vínculo VAMF y apego VAMF) utilizando el instrumento Vínculo y Apego Materno-Infantil (VAMF). Se recogieron variables sociodemográficas y obstétricas, nivel de ansiedad. Resultados: 36.1% (296) experimentaron ansiedad leve, el 8.5% (70) ansiedad moderada, y el 2.7% (22) ansiedad severa. Los principales factores de riesgo: fumar, un historial de problemas de salud mental, y preocupaciones de salud con el bebé. Además, se asoció con un aumento de la ansiedad (16).

Etiopía-2022, las madres pueden sufrir cambios importantes durante el periodo posparto que aumentan su vulnerabilidad a sufrir episodios de depresión, ansiedad y síntomas de trastorno de estrés postraumático. A pesar de esto, los factores que de forma directa o indirecta pueden relacionarse con estos trastornos y cómo se vinculan con el posparto, no se han estudiado a profundidad en Etiopía. El presente estudio se propone identificar tales factores y su vinculación con depresión, ansiedad y síntomas de estrés postraumático en el posparto. Metodología: Un total de 775 mujeres que aceptaron participar en la primera, segunda y tercera ronda de seguimiento (6, 12 y 18 semanas posparto) entre octubre de 2020 a marzo de 2021. Resultados: Las prevalencias de ansiedad fueron 18,5 %, 15,5 % y 8,5 % en las semanas 6, 12 y 18 del posparto, respectivamente. Además, se registró que la ansiedad y la depresión son factores de riesgo causales para el Trastorno de Estrés Postraumático del posparto (TEPTP). La morbilidad materna directa, el miedo al parto, la mayor cantidad de hijos, el parto percibido como traumático, y la morbilidad materna indirecta, mostraron una o varias conexiones positivas y directa o indirectamente con la depresión, la ansiedad y el TEPTP. En contraste, la mayor cantidad de hijos, el mayor tamaño de la familia, y el mayor apoyo social, mostraron una o varias conexiones negativas y directa o indirectamente (17).

En Australia- 2025, reducir la prevalencia y la carga de la PPA es una prioridad estratégica en el Reino Unido y muchos países similares. Una revisión sistemática de los factores de riesgo podría informar el desarrollo de intervenciones y futuras investigaciones. Métodos: revisión sistemática registrada siguió las pautas PRISMA. Resultados: Se obtuvieron 39 reportes y datos de 40,238 personas. Se encontraron 7 categorías de riesgos: psicopatología y personalidad, social, sociodemográfica, salud, cognitiva, embarazo y parto, y características posparto del lactante y experiencias. Los riesgos más evidentes fueron: depresión y ansiedad, y el apoyo social deficitario. Conclusiones: el análisis muestra factores que podrían ser intervenidos, en conjunto, los reportes apuntan a riesgo que no se había evidenciado en la literatura respecto a la PPA. Identificar y monitorear los factores de riesgo en el pos y embarazo puede ayudar a enfocarse en la vigilancia y en la intervención temprana de los casos más críticos. Las personas que son más vulnerables a

sufrir de la APP, deberían recibir apoyo entre pares, así mismo, el desarrollo de mecanismos de apoyo para las vulnerabilidades cognitivas (por ejemplo, en el caso de la crianza, la confianza), podría ser muy beneficioso (18).

Indonesia- 2024, la ansiedad durante el embarazo afecta de distintas maneras, tanto en la salud mental de la madre como en los resultados del parto, además de ser riesgo en la evaluación de PPA. Se establece que el embarazo y el parto representan una etapa del ciclo vital donde las mujeres en estado de gestación pueden experimentar estrés. El embarazo en adolescentes, es decir, en mujeres bajo 20 años, es considerado embarazo temprano. La presente investigación pretende examinar la vinculación del embarazo temprano con la ansiedad posparto a través de una revisión sistemática. Resultados: Durante el embarazo, el nivel promedio de ansiedad es bastante alto en los sujetos y ya se aproxima a un nivel de ansiedad severa. Los niveles de ansiedad disminuyeron inmediatamente después del parto, pero no se observó una disminución adicional hasta el final del posparto (19).

Afganistán-2023, el parto es uno de los acontecimientos más importantes de la vida de una persona, y está mediado por múltiples procesos, tanto fisiológicos como psicológicos. Y teniendo en cuenta la alta incidencia de trastornos psiquiátricos post parto, es de suma relevancia buscar los síntomas que modulan estas respuestas emocionales de las mujeres. El estudio tuvo como objetivo determinar si existe una asociación entre la vivencia del parto y la presencia de ansiedad y depresión post parto. Se utilizaron los cuestionarios sobre características sociodemográficas y obstétricas, el Cuestionario de Experiencia del Parto (CEQ 2.0), la EDPS y la Escala PASS. Para determinar la relación entre la experiencia del parto, depresión y ansiedad se realizó un modelo lineal general ajustado a las características sociodemográfica. Resultados: La DE de la puntuación total en la experiencia del parto, ansiedad y depresión fue de 2,9 (0,2) (rango de puntuación: 0 a 4), 91,6 (4,8) (rango de puntuación: 0 a 153) y 9,4 (0,7) (rango de puntuación: 0 a 30), respectivamente. La depresión y ansiedad tienen correlación inversa significativa con la puntuación total de experiencias del parto respectivamente. En función a la linealidad general y controlando por características sociodemográficas, se encontró que, a mayor puntuación en la experiencia del parto, menor puntuación en depresión ( $B = -0,2$ ; IC del 95%:  $-0,3$

a -0,1). Además, la variable control durante el embarazo fue factor de predicción para depresión y ansiedad posparto, en donde las mujeres con control durante el embarazo, la media de puntaje de depresión posparto fue (B= -1,8; IC 95%: -3,0 a -0,5; P = 0,004) y ansiedad (B=-6,0; IC 95%: -10,1 a -1,6; P = 0,007) menor. De acuerdo a los resultados de la investigación, la depresión y la ansiedad posparto están relacionadas con las vivencias del parto; por lo que teniendo en cuenta las repercusiones en la salud mental de las madres en otros ámbitos del ámbito femenino y familiar, se establece el importante papel de los profesionales de la salud y de los responsables políticos hacia la creación de experiencias parturientas positivas (20).

En Brazil- 2025, establecieron estudios donde aplicaron el método de recolección de datos en una cohorte de mujeres posparto de la Encuesta “Nacidos en Brasil II”, representativa de los nacimientos que ocurrieron en el estado de Río de Janeiro entre 2021 y 2023. Posteriormente al parto, las mujeres fueron entrevistadas inmediatamente (cara con cara) y dos meses después del parto (por teléfono). Se eligieron a las mujeres que respondieron a todas las preguntas de la EPDS, el PASS y la Escala de Trauma del Parto de la Ciudad. Se hicieron aparte a casos que culminaron en abortos, o fallecimientos fetales, resultando en 1752 mujeres. Las asociaciones existentes entre la sintomatología fueron analizadas por medio de la media, varianza y parametrización theta. Resultados: La clínica asociada a la ansiedad después del parto, estuvo con el 16.3%, entre el 24 al 28.9% de mujeres presentaron comorbilidades. Menor nivel educacional y antecedentes de trastornos mentales mostraron una prevalencia significativamente mayor en los tres trastornos analizados. Conclusión: Durante el posparto hay un tiempo limitado para el diagnóstico de trastornos mentales, y esta etapa puede ser complicada, ya que se puede presentar una sintomatología que se superponga en depresión, ansiedad y estrés. Es fundamental que los profesionales de la salud manejen el conocimiento del surgimiento y la comorbilidad de estos trastornos y las posibles repercusiones en la salud de la madre y del recién nacido (21).

En Francia-2025, la TAP se ha convertido en unos de los gastos públicos más altos. Por lo que, se presenta una revisión de vanguardia sobre la ansiedad postnatal, que tiene como objetivo analizar exhaustivamente la literatura sobre

esta enfermedad y presentar una síntesis del conjunto de conocimientos sobre ella. Se reporta con que el 12,3% de las mujeres presentan ansiedad postparto globalmente. La primiparidad y la edad materna más joven están asociadas con ansiedad postparto. Hay herramientas de cribado validadas para la ansiedad posparto, pero no para su seguimiento. Hay escasas evidencias sobre farmacoterapia en la ansiedad posparto, pero sí sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual. La ansiedad posparto se relaciona con alteraciones de la biología y salud mental de la descendencia y un mal pronóstico psiquiátrico y calidad de vida materna (22).

Alemania-2024, algunas mujeres sufren trastornos de salud mental, como PPA o TAP durante el primer año tras el parto con consecuencias adversas para la madre, el bebé y la familia. Sin embargo, muchas mujeres con DPP o TAP no son diagnosticadas y tratadas. Dadas las evidencias sobre la importancia de disponer de un apoyo adecuado y los esfuerzos necesarios para que las mujeres accedan al tratamiento, es preciso disponer de una respuesta interdisciplinar. El objetivo de este estudio fue el de mejorar la salud mental de las mujeres en el posparto conociendo sus preferencias específicas de apoyo. Se valoraron las preferencias por los servicios de orientación y tratamiento y la modalidad de prestación de servicios en mujeres con DPP, TAP y TAP comórbidos y mujeres que no presentan DPP ni TAP. Se entrevistó a madres (n=2031) a partir de una encuesta telefónica realizada entre tres y cuatro meses después del parto. Resultados: Las mujeres mostraron más preferencia que los hombres en su apoyo a parteras (familiares), en apoyo de familiares, amigos, colegas o algún apoyo físico. En el análisis de covarianza, las mujeres con DPP presentaron una media de preferencia por los servicios significativamente menor que las mujeres sin DPP y sin Trastorno Afectivo Estacional (TAE). Además, las mujeres con DPP mostraron menor preferencia por servicios psicoterapéuticos (p. ej. hospitalización y tratamiento ambulatorio) y las mujeres con DPP y TAE en comorbilidad mostraron menor preferencia por las personas de confianza, sean ellas profesionales o no (p. ej. parteras y mujeres en situación). Las mujeres no mostraron preferencias en cuanto a patrones de prestación de servicios (23).

Polonia-2021, El objetivo del estudio fue analizar la dinámica de la aparición de síntomas de ansiedad y depresión prenatal y posnatal y determinar qué factores

influyen de manera significativa en la aparición de síntomas de depresión y ansiedad en las madres jóvenes. El grupo estudiado consistió en 130 mujeres después del parto. Debido a las restricciones vigentes relacionadas con la pandemia de COVID-19, la encuesta se preparó en línea. El cuestionario fue completamente anónimo y contempló preguntas de contenido propio de los autores, así como el uso de dos cuestionarios estandarizados: la EPDS y el GAD-7. El test que realizamos mostró que en 52 madres hubo significativamente más depresión posparto respecto al antes del parto, que fue antes por 22 mujeres ( $p = 0,009$ ). No obstante, entre la ansiedad prenatal y la posnatal, no se evidenció un cambio estadísticamente significativo. Se identificaron como los más relevantes, el nivel socioeconómico medio, los antecedentes de trastornos de ansiedad, neurosis o depresión, la ausencia o la asistencia deficiente de los profesionales en salud, en la atención posnatal y la presencia de dificultades con la lactancia y el dolor posparto (24).

## **2.2. Marco Conceptual**

### **2.2.1. Ansiedad**

Es una respuesta fisiológica, emocional y cognitiva ante el peligro real o imaginario. Se expresa en forma de preocupación, estrés y peligro, y puede ir acompañada de una serie de síntomas físicos, tales como palpitaciones, sudoración, temblores, molestias en el abdomen, y dificultades para dormir o concentrarse (25). Sin embargo, esta reacción es considerada un trastorno cuando se convierte en una respuesta desproporcionada, persistente, difícil de controlar y deteriora el funcionamiento social, familiar, académico o laboral. La OMS y el NIMH consideran que el umbral para diagnosticar trastorno de ansiedad es la intensidad, la duración y el grado de interferencia con la vida cotidiana.

Según la literatura científica reciente, la ansiedad también es entendida como un fenómeno multifactorial, donde interaccionan factores biológicos, psicológicos y ambientales. Acorde el artículo de Penninx, Pine, Holmes y Reif The Lancet en el 2021, se entiende por los trastornos de ansiedad a aquéllos que se caracterizan por miedo y ansiedad excesivos o por la evitación persistente de una amenaza o amenaza percibida (26). Generalmente, el comienzo es en la infancia o la adultez temprana. Estos trastornos están relacionados a alteraciones en circuitos cerebrales que se activan en respuesta a una situación de peligro (27).

La OMS también señala que en 2021 estos trastornos se reportaron en 359 millones de personas en el mundo, evidenciando que no se trata de “nervios” pasajeros, sino de un problema de salud mental común y clínicamente notable cuando provoca malestar y el funcionamiento de la persona se ve deteriorado (26).

### **2.2.2. Ansiedad Postparto**

Es un tipo de trastorno mental que se puede presentar después de que nazca el bebé. Se caracteriza por preocupación persistente, excesiva y difícil de controlar. También suele haber sensación constante de peligro, nerviosismo, miedo, hipervigilancia o pánico (27). A diferencia de las preocupaciones ni de adaptación a la maternidad, esta ansiedad se escapa de lo normal y puede incluir

pensamientos catastróficos, dificultad para relajarse, irritabilidad, insomnio, palpitaciones, tensión corporal y dificultad para concentrarse. Se confunde con los “baby blues”, pero es un malestar más intenso y duradero que puede interferir con el cuidado de la madre, del bebé y con la vida cotidiana (28).

La PPA es un cuadro que ha sido vinculado con desórdenes mentales en la etapa perinatal y puede aparecer en cualquier momento del primer año después del parto. Es un problema que se reconoce como clínicamente pertinente y frecuente en la literatura existente. Revisiones en *The Lancet Psychiatry* han reportado un promedio global de 12.3% (29) y en *Frontiers in Psychiatry* han realizado mini-revisiones, donde señalan la PPA como un cuadro que afecta a gran parte de la población femenina y que tiene repercusiones negativas en la madre, el infante, la relación madre-hijo y en el entorno familiar (22). En síntesis, la PPA puede definirse como una afección psicopatológica del puerperio basada en una manifestación específica del miedo y la preocupación, ya que dejan de ser adaptativos y pasan a ser motivo de deterioro funcional y sufrimiento clínico.

### **2.2.3. Tipos o Clasificación de la Ansiedad Postparto**

La ansiedad que presenta una mujer después del parto, no se considera en la actualidad como una entidad única y completamente independiente, sino un término paraguas que engloba diferentes trastornos de ansiedad que se inician o se agravan tras el nacimiento, generalmente, el primer año posparto (30). La literatura tiende a incluir el posparto como temática preocupante y no específica, ya que debido a la falta de delimitación el análisis no unificado de la ansiedad general, los trastornos de pánico, fobias y el trastorno de ansiedad.

De forma similar, las guías obstétricas actuales explican que en el embarazo y hasta 12 meses después del parto, se pueden presentar por primera vez o empeorar, los trastornos mentales perinatales, por esto, la ansiedad posparto debe entenderse como un diagnóstico clínico amplio, y no como un solo diagnóstico cerrado (31).

Desde una perspectiva más concreta, en los criterios actuales se distingue entre trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con la ansiedad (perinatales-postnatales). Entre los primeros se destacan sobre todo la ansiedad

generalizada, el trastorno de pánico y en alguna guía, la ansiedad social; dentro de los segundos se suele ubicar el trastorno obsesivo-compulsivo de posparto y el trastorno por estrés postraumático relacionado con el parto ya que, aunque comparten un núcleo ansioso, tienen manifestaciones clínicas propias. La ansiedad generalizada se presenta como preocupación crónica y descontrolada sobre la salud o seguridad del bebé. El pánico se manifiesta por crisis súbitas de terror intenso (32).

#### **2.2.4. Factores de Riesgo**

Pueden explicarse desde la historia psicológica previa de la madre. La evidencia más reciente describe como los antecedentes más consistentes son en el caso de la madre los antecedentes de ansiedad, la depresión previa o concurrente y otras vulnerabilidades psicopatológicas o de personalidad (18). En otras palabras, tiene mayor probabilidad de tener ansiedad pos parto una mujer que a lo largo de la gestación o en el embarazo ya mostraba síntomas ansiosos o depresivos. Además, algunas revisiones recientes señalan que ciertas vulnerabilidades cognitivas, como la baja confianza en la propia capacidad para cuidar al bebé y la tendencia a la preocuparse en exceso. También incrementa la vulnerabilidad clínica en el puerperio.

En segundo lugar, se sitúan los factores psicosociales y relacionales. La revisión sistemática 2025 señala que uno de los factores de riesgo más reportados con frecuencia es el bajo apoyo social; en adición, la revisión clínica 2022 añade que el no contar con el apoyo de la pareja o de la red familiar, el contar con antecedentes de abuso o violencia en la pareja, por otro lado, los eventos vitales adversos, el estar altamente estresada, el que el embarazo no fuera planeado o no deseado incrementa la probabilidad de PPA (33). Lo que sugiere que la ansiedad no solo depende de variables individuales, sino también del contexto emocional, familiar y social en que transcurre el embarazo y el posparto.

No obstante, los factores de riesgo obstétrico, de salud y de experiencia posnatal también aumentan el riesgo. La revisión sistemática reciente integra estos factores en las categorías maternal health, pregnancy and childbirth, e infant characteristics and postpartum experiences. En cambio, la mini-revisión de 2022

detalla entre estos: complicaciones en el embarazo, pérdida gestacional previa, tener un embarazo médicamente complejo y experiencias posparto específicas complicadas (34).

De forma consistente, las revisiones recientes indican que las experiencias de parto traumáticas, y circunstancias como la prematuridad y el ingreso neonatal, pueden estar asociadas a mayor malestar psicológico y mayor riesgo de presentar ansiedad en el posnatal (35). Globalmente, la literatura disponible señala que la PPA tiene un origen multicausal donde se conjugan antecedentes de salud mental, la presencia de condiciones sociales adversas y experiencias estresantes en el ámbito obstétrico o neonatal.

### **2.2.5. Características obstétricas**

- **Edad**

La edad materna puede influir en el desarrollo de PPA, sobre todo cuando sucede por la maternidad a edades más tempranas. La revisión de la literatura más reciente sobre la PPA informa que la menor edad materna se asocia e incluso habla de que el menor riesgo podría estar alrededor de los 30 años, por lo que no se puede hablar de siempre una relación lineal (36). Estas condiciones presentan mayor vulnerabilidad en madres adolescentes o de edad cercana a la adolescencia, en las cuales se agrupan otros factores de riesgo, tales como: embarazos no deseados o planificados, inestabilidad económica, escaso conocimiento sobre el cuidado de los niños, interrupción de estudios, estigmatización social y escaso apoyo familiar o de pareja (37). Por tanto, la edad joven no es una causa única, sino una condición que incrementa la posibilidad de sufrir ansiedad postparto junto con otras condiciones psicosociales más adversas.

La influencia de la edad debe matizarse porque muestra resultados mixtos. Otras investigaciones concluyen que la ansiedad percibida tiende a elevarse en mujeres mayores que en mujeres de menor edad; y finalmente indica que algunas características relacionadas con la percepción de riesgo, específicamente las complicaciones del embarazo, el parto o la salud del RN, contribuyen a un mayor aumento de la ansiedad. Sin embargo, otras no ven una clara distinción en la ansiedad perinatal en relación a las mujeres más jóvenes

(38). A la vez, la maternidad a mayor edad se relaciona con una mayor disponibilidad de recursos psicológicos y sociales, como mayor resiliencia, estabilidad o percepción de competencia en el cuidado del bebé, factores que pueden actuar como efectos protectores.

- **Depresión previa**

Aquella puede influir en el desarrollo de la ansiedad postparto porque ambas condiciones comparten una vulnerabilidad emocional y clínica básica. La evidencia reciente indica que la ansiedad perinatal se asocia con frecuencia con la depresión y que una historia previa de depresión aumenta la probabilidad de que la madre responda tras el parto con preocupación excesiva, hipervigilancia, miedo persistente y dificultad para regular el malestar. En una revisión sistemática publicada en *Journal of Affective Disorders*, la depresión histórica y concurrente apareció entre los factores de riesgo más consistentemente asociados con la PPA (39).

De manera concordante, un estudio comunitario de 2021 halló que la historia de depresión previa se asociaba con mayor riesgo de ansiedad en el primer mes del puerperio. Esto puede explicarse en función de que una mujer con depresión previa al puerperio presenta en general un perfil inicial de mayor vulnerabilidad psicológica al estrés, menor percepción de autoeficacia, más ideas autocríticas y primitivas y más dificultad para adaptarse a los cambios biológicos, emocionales y sociales del posparto (40). En ese contexto de mayor vulnerabilidad psicológica y con la aparición del recién nacido, la privación de sueño, las molestias físicas posteriores a la cesárea o al parto vaginal y las preocupaciones sobre “si lo haré bien” pueden ser factores estresantes que conviertan síntomas depresivos previos” en ansiosos clínicamente significativos (41).

- **Ansiedad previa**

Constituye un antecedente de vulnerabilidad psicológica. En una revisión sistemática publicada en *Journal of Affective Disorders* en 2025, la historia de ansiedad fue uno de los factores de riesgo más comúnmente asociados con la ansiedad post-natal; y el mini-revisión *Frontiers in Psychiatry* de 2022 también incluye la historia personal de enfermedad mental entre los principales factores

de riesgo de la ansiedad perinatal (42). Esto significa que una mujer que ha presentado ansiedad antes del embarazo o en etapas de su vida puede llegar al puerperio más predispuesta a sobrevalorar lo que le preocupa, a hipervigilar y a sentir que no puede controlar sus pensamientos amenazantes.

El posparto y el impacto que tiene en la vulnerabilidad de la mamá puede verse afectada por múltiples factores, incluido el procesamiento conceptual, los cambios emocionales y físicos, la elaboración de estrategias de afrontamiento, el impacto del cuidado del recién nacido y la constante preocupación por la seguridad del bebé. Según describe una revisión de *Frontiers*, tener ansiedad perinatal puede querer decir que la persona rumia pensamientos dolorosos, teme que el bebé sufra daño y tiene un nivel de vigilancia nocturna que le impide dormir por miedo a que el niño deje de respirar (43). Por lo tanto, las preocupaciones normales del período posparto tienen más probabilidades de derivar hacia síntomas clínicos persistentes y de relevancia clínica en presencia de trastornos ansiosos previos. Desde el punto de vista práctico, la literatura reciente indica que los antecedentes de trastornos ansiosos se consideran un factor de riesgo a la hora de realizar cribado y seguimiento activo durante la gestación y el posparto, especialmente en presencia de otros factores como bajos niveles de apoyo social o la presencia asociada de depresión (44).

- **Paridad**

Puede resultar un factor influyente en la aparición de PPA por el hecho de que no es lo mismo enfrentar el puerperio por primera vez que hacerlo con experiencia de maternidad. En un estudio multicéntrico realizado en Italia, las mujeres primíparas presentaron más síntomas de ansiedad postparto que las multíparas (37,9% frente a 29,2%), y en el análisis ajustado la multiparidad se asoció con menores probabilidades de ansiedad postparto (OR ajustado 0,33; IC 95% 0,17–0,63), lo que sugiere que la experiencia previa con el cuidado del recién nacido puede actuar como factor protector (45).

Una razón posible es que las primíparas presentan más variedad de incertidumbres, menos percepción de autoeficacia y más temor a la lactancia, al sueño del bebé o a la lectura de signos de alarma. No obstante, evidencia reciente también pone de manifiesto que la ansiedad postparto es

multidimensional, por lo que no actúa sola la primiparidad, sino en interacción con antecedentes de ansiedad o depresión, apoyo de la pareja y otras características del embarazo y el posparto (46).

- **Modo de parto**

Particularmente en partos no planeados, invasivos o percibidos como amenazantes (47). La revisión de estado del arte más reciente sobre ansiedad posparto indica que la cesárea presenta mayores probabilidades de desarrollar ansiedad posparto que el parto vaginal, y un gran estudio de cohorte danés indica que a los seis meses posparto las mujeres con cesárea de emergencia presentaban menor mejoría en salud mental y más síntomas ansiosos que aquellas con parto vaginal espontáneo; las mujeres con cesárea planificada presentaban un aumento leve de síntomas ansiosos (48). Puede ocurrir que la cesárea urgente o el uso de instrumentos para la vajilla no tal que todo esto se da con la pérdida de control, miedo, dolor, preocupación por el bebé, recuperación física más difícil y sensación de que el parto no ha sucedido como se preveía tampoco que generen ansiedad en el puerperio.

Pero las pruebas actuales muestran que este riesgo no solo depende del tipo de parto en sí, sino de cómo se vive esa experiencia. Un estudio prospectivo de 2024 encontró que el miedo al parto se asocia con más cesáreas a solicitud materna y con más síntomas de salud mental en el posparto, mientras que un estudio 2023 demuestra que la experiencia subjetiva del parto media significativamente la relación entre el estrés prenatal y la ansiedad posparto (49).

- **Antecedentes de abortos**

Se considera que pueden contribuir al nacimiento de los TAP por la huella que una pérdida gestacional espontánea o inducida deja, que es reactivada por el embarazo siguiente y por el posparto (50). La literatura reciente sobre ansiedad identifica la pregnancy loss como uno de los factores de riesgo. También, una revisión sistemática y metaanálisis muestra que las mujeres con pregnancy loss tiene un nivel de ansiedad, depresión y síntomas postraumáticos significativamente más alto que el grupo de comparación.

Esto implica manifestaciones clínicas que pueden ser temor a una nueva pérdida, una hipervigilancia ante cualquier señal del bebé, pensamientos catastróficos relacionados a la salud del bebé, la dificultad para relajarse, una reactividad al estrés que aumenta y reacciones que pueden persistir incluso después del parto y propicien la aparición de la ansiedad post parto.

El riesgo no depende solo del AB, sino de la interacción con otros causales, según la evidencia. El artículo de revisión de 2022 resume que en una cohorte prospectiva de más de 1,9 millones de mujeres, las que tuvieron una o más pérdidas gestacionales previas, antes del primer nacimiento vivo, fueron un 35% más propensas a requerir tratamiento psiquiátrico posparto, dentro de los seis meses posteriores al parto (51). La misma revisión concluye que para el aborto inducido, los resultados psicológicos adversos son más probables si hay: presión externa para abortar, oposición de la pareja o de la familia, estigmatización, secretismo, duda sobre la decisión o antecedentes de trastornos mentales previos.

- **Complicaciones neonatales**

La prematurez, el bajo peso al nacer, la admisión a una unidad neonatal y la percepción que el recién nacido está gravemente enfermo, elevan el riesgo de PPA por convertir el nacimiento en un acontecimiento de alta amenaza biológica y emocional para la madre (52). Una revisión sistemática indica que la menor edad gestacional, el muy bajo peso al nacer y una mayor percepción de gravedad clínica del recién nacido prematuro se asocian a más síntomas de ansiedad en los padres. Esta ansiedad parece estar influenciada por la incertidumbre clínica, el miedo a la supervivencia y la atención constante prestada al recién nacido prematuro. Por otro lado, una revisión y metaanálisis de los padres de RN en cuidados neonatales encontró que la ansiedad alcanza el 42% durante el primer mes tras el parto, y sigue siendo elevada entre 1 mes y 1 año después, muy por encima de lo esperado en la población posparto (53).

Desde el plano psicobiológico, las complicaciones impactan la relación precoz y el sentimiento de empoderamiento de la madre, elementos clave en la regulación emocional de la madre tras el parto. Un estudio realizado en 2024 determinó que cuanto más joven es la edad gestacional, mayores son las preocupaciones

específicas del posparto sobre el cuidado práctico del RN, la seguridad y el bienestar del niño. A su vez, el estrés experimentado dentro de la UCIN estuvo significativamente asociado con una mayor ansiedad posparto. (54). La separación madre-hijo, la pérdida del rol parental normal, la exposición a monitores, procedimientos y rutinas del hospital, la incertidumbre sobre el alta puede llevar a hipervigilancia, miedo persistente y sensación de falta de control. Incluso a los 6 meses, en Inglaterra se realizó un estudio poblacional en el que se encontró que madres de bebé ingresado en neonatología presentaban más ansiedad y más comorbilidad psíquica que madres de bebé no ingresado. El impacto sería no sólo agudo, sino sostenido.

- **Método de alimentación**

A través de mecanismos neuroendocrinos y conductuales, el tipo de alimentación afecta a la ansiedad posparto. La lactancia materna exclusiva, si se realiza con poco esfuerzo, se relaciona con menor activación del eje y más liberación de oxitocina y prolactina, relacionadas con eyección láctea, regulación del estrés y sensación de calma materna (55). Por esa razón, diversos trabajos recientes describen que una duración mayor de la lactancia materna exclusiva se relaciona con menor PPA y con mejores indicadores de autoeficacia y adaptación al cuidado del neonato.

Aun así, la relación no es lineal. No es puramente causal. También puede ocurrir que la PPA dificulte el mantenimiento de la lactancia exclusiva. La ansiedad puede lograr eso al interferir en la eyección de leche. También aumentaría el cortisol y la disminuyendo la confianza de la madre en su habilidad de alimentar a su bebé (56). Por el contrario, el inicio de la alimentación con sucedáneos o la alimentación mixta en sí mismo no deben ser considerados como causales de la ansiedad; más bien, ello se debe a que son el resultado de factores como el dolor mamario, percepción de poca leche, no dormir bien, estrés y dificultad práctica para alimentar que, a menudo, se asocian con mayor PPA (57).

Los cambios desde lactancia materna exclusiva hacia fórmula o alimentación mixta se asocian a dolor, poca calidad del sueño, menor resiliencia y mayor ansiedad. La presión percibida a amamantar se asocia con mayor ansiedad a las 8 semanas postparto, especialmente cuando la alimentación se vive como una

prueba de “buenas maternidad” (58). En términos clínicos, esto significa que el riesgo de ansiedad depende menos del tipo de alimento en sí y más de cómo se vive el proceso de alimentación. Con apoyo, autonomía y libre de juicio, la carga emocional suele ser menor.

#### **2.2.6. Instrumento Perinatal Anxiety Screening**

El Instrumento Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS) es una escala de tamizaje que fue diseñada sobre todo para detectar sintomatología ansiosa en el embarazo y posparto, que es una ventaja clave ya que la ansiedad perinatal no se detecta con instrumentos enfocados en depresión. La PASS se diseñó para captar cómo se manifiesta la ansiedad en este periodo, por lo que puede ser utilizada en consulta prenatal, atención hospitalaria y seguimiento posparto. El análisis de la validación original refleja una estructura de cuatro dimensiones: aguda y adaptación, preocupación y miedos, perfeccionismo/control/trauma y ansiedad social, además, el estudio preliminar detectó más casos de PPA que la subescala de ansiedad de la EPDS (59).

Pass es una escala auto reportada con 31 ítems que evalúa con qué frecuencia ha sufrido síntomas en el último mes. La cantidad total del puntaje les ayudará a estimar el riesgo y está conformada por la cantidad de reactivos que son desconocidos. Las escenas de administración dicen que de 0 a 20 asintomático, 21 a 41 síntomas leve a moderado, 42 a 93 síntomas severo (60). Sin embargo, la PASS no se presenta como un instrumento clínico diagnóstico, sino como un instrumento de cribado que señala la necesidad de una evaluación profesional.

Los estudios más recientes confirman su aplicabilidad psicométrica y clínica. En un estudio de validación de la PASS en Italia en 2021, con un punto de corte de 26, se demostró validez de constructo, fiabilidad, y estabilidad. Más recientemente, un estudio en población china de 2025 con la versión adaptada a la cultura china mostró la misma estructura de cuatro factores con alta consistencia interna y buena capacidad discriminativa, evidenciando que la PASS es un instrumento sólido para el cribado de ansiedad perinatal tanto en investigación como en práctica clínica.

### **2.3. Marco Legal**

A nivel internacional, la ansiedad postparto se encuentra respaldada en el derecho humano a la salud, según lo estipulado por la Organización Mundial de la Salud y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En su preámbulo, la Constitución de la OMS establece que "la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no consiste sólo en una ausencia de afecciones o enfermedades" y establece como derecho fundamental que "toda persona goce del máximo grado de salud que le permita alcanzar su bienestar físico".

El Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales en su artículo 12 obliga a los Estados a adoptar medidas para hacer posible progresivamente el derecho a la salud física y mental; así como a crear las condiciones que aseguren la atención médica y la protección de la salud en casos de enfermedad (61). Esta base jurídica permite comprender que la salud mental de la madre en el posparto forma parte del contenido esencial del derecho a la salud y no un asunto accesorio de la atención obstétrica.

En particular, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer contiene obligaciones específicas y reforzadas de protección para la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el postparto:

- El artículo 12 establece que los Estados deben eliminar la discriminación en el acceso a los servicios de salud y proporcionar servicios apropiados para la atención en relación con el embarazo, el parto y el postparto, sin costo alguno si es necesario.
- Las mujeres tienen el derecho que se les brinde servicios de salud que respeten su dignidad y que se les brinde atención en el marco de la confidencialidad y el consentimiento informado. También, la Recomendación General núm. 24 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, menciona que estas obligaciones atraviesan todas las etapas del ciclo vital y, por lo tanto, deben contemplar (62).

En el ámbito interamericano, se observó una tendencia a fortalecer el reconocimiento del derecho a la salud por parte de los Estados. El Protocolo de San Salvador señala que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social (63). El mismo instrumento ordena a los Estados que reconozcan la salud como un bien público. Así como adoptar medidas para extender los beneficios de los servicios de salud a la población en su conjunto.

Poniendo atención especial en los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad. Igualmente, en materia de seguridad social, se reconoce a favor de las mujeres, el derecho a la licencia de maternidad pagada antes y después del parto (64). Esta norma regional es pertinente para el problema de la ansiedad postparto, ya que atribuye la protección de la salud mental materna a la cobertura efectiva, a una continuidad asistencial y a la prioridad de las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad clínica o social.

De acuerdo con la constitución ecuatoriana, la salud es un derecho que debe garantizar el Estado. La Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 32, establece que este derecho debe hacerse efectivo a través de políticas y un acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral, así como a la salud sexual y reproductiva (65).

El artículo 35 reconoce a la mujer embarazada como grupo poblacional de atención prioritaria, y el artículo 43 establece que se garantizará a la mujer embarazada y en período de lactancia el acceso gratuito a los servicios de salud materna, protección prioritaria y cuidado integral en salud y vida durante el embarazo, el parto y el posparto; es decir, el manejo de la ansiedad postparto en madre hospitalizada no es solo un buen proceder clínico sino un mandato constitucional en virtud del principio de protección reforzada que se le otorga a la mujer en puerperio (66).

Suplementariamente, la Constitución ecuatoriana señala exigencias materiales de calidad para la prestación de servicios de salud que impactan de manera directa al tratamiento de la salud mental posparto. El artículo 362 establece que los servicios de salud deben ser seguros, de calidad y calidez, garantizando

consentimiento informado, acceso a la información y confidencialidad respecto a los datos personales de los pacientes (67).

El inciso 363 impone al Estado la obligación de, formular, ejecutar y coordinar políticas de promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud; prestar atención especializada a los grupos de atención prioritaria; así como garantizar acciones y servicios de salud sexual y reproductiva para la plena integridad y la vida de las mujeres en situación de embarazo, parto y posparto (68). Además, el artículo 66 consagra el derecho a la integridad física y psíquica y a llevar una vida libre de violencia, lo cual es de suma importancia, ya que la ansiedad postparto afecta precisamente la esfera psíquica y funcional de la madre.

Al nivel infra constitucional, la Ley orgánica de salud regula el derecho a la salud de forma integral y le otorga competencias concretas al Ministerio de Salud Pública para su ejecución:

- El artículo 1 dice que la ley busca efectivizar el derecho universal a la salud, mientras que el artículo 3 dice que la salud es el bienestar físico, mental y social.
- El artículo 6 menciona que el Ministerio de Salud debe diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a lo largo de todo el ciclo vital
- El artículo 7 establece que toda persona tiene derecho al acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a las acciones y servicios de salud
- El artículo 14 indica que los miembros del Sistema Nacional de Salud deberán implementar programas y planes en Salud Mental con enfoque familiar y comunitario dando prioridad a los grupos vulnerables.

En igual sentido, los artículos 20, 21 y 22 enseñan que hay que garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva con enfoque de género, se reconoce que la mortalidad materna es un problema de salud pública y la atención prioritaria de emergencias obstétricas, sin exigencia económica ni trámite previo, en tanto que el artículo 17 promueve la lactancia materna. En conjunto, esta ley

brinda el soporte jurídico más directo para la detección y atención de la ansiedad postparto en un hospital público.

A nivel específico en salud mental, Ecuador cuenta hoy con la Ley Orgánica de Salud Mental, la misma que entró en vigencia desde el 5 de enero del 2024, en la que se incorpora a la salud mental dentro de la salud integral de las personas; además, se garantiza atención gratuita, multidisciplinaria y especializada en condiciones de calidad en la Red Pública Integral de Salud; tratamiento terapéutico de acuerdo con las condiciones diagnósticas y pronósticas del paciente e integración familiar, laboral y comunitaria (69).

La normativa también incorpora el derecho a información suficiente; autonomía de la voluntad; consentimiento libre e informado. A esto se suma la Política Nacional de Salud Mental 2025-2030, que fue oficialmente aprobada en diciembre de 2025 y que está fundamentada en los principios de equidad, atención de base comunitaria, inclusión social, longitudinalidad a lo largo del ciclo vital y universalidad del acceso (70).

## Capítulo III

### 3. Diseño Metodológico

#### 3.1. Tipo de estudio

**Nivel:** Descriptivo, porque su propósito principal es medir y detallar las características de un fenómeno sin intervenir en él ni establecer relaciones de causa-efecto. En el caso del trastorno de ansiedad postparto, este tipo de investigación busca identificar cómo se manifiesta en una población específica, la intensidad del cuadro y las características sociodemográficas-obstétricas de las madres afectadas (71).

**Método:** Cuantitativo, porque busca medir y analizar el fenómeno mediante datos numéricos y técnicas estadísticas (72). En el caso del trastorno de ansiedad postparto, este enfoque se aplica porque se utilizan instrumentos estandarizados, como el PASS que permiten cuantificar el nivel de ansiedad en las madres, asignando puntajes a los síntomas y clasificando su intensidad.

#### Diseño

- **Según el Tiempo:** Prospectivo. En el caso del trastorno de ansiedad postparto, este diseño se aplica cuando se identifica a un grupo de mujeres desde el momento del parto o en etapas tempranas del puerperio y se les evalúa mediante una escala (73). Los datos no provienen de registros pasados, sino que se obtienen directamente en el presente y durante el desarrollo del estudio, lo que permite un mayor control en la medición de variables y una mejor calidad de la información.
- **Según el período y la secuencia del estudio:** Transversal cuando la recolección de datos se realiza en un solo momento o en un periodo corto, sin seguimiento a lo largo del tiempo. En el caso del trastorno de ansiedad postparto, este enfoque se aplica cuando se evalúa a un grupo de madres en una etapa específica del puerperio para identificar la presencia y nivel de ansiedad en ese instante (74).

### **3.2. Población y Muestra**

Los sujetos de este estudio consisten en madres que han sido hospitalizadas en la sala de ginecología en el período posparto. La muestra será aleatoria, considerando 100 mujeres. Priorizando el criterio de inclusión de madres en el período posparto que estén dispuestas a participar y proporcionar consentimiento informado. Aquello ayudará a comprender el alcance del trastorno de ansiedad en el contexto del hospital y hasta qué punto las características sociodemográficas y obstétricas influyen en el curso y manejo de la condición

### **3.3. Criterios de análisis de datos:**

#### **3.3.1. Criterios de inclusión:**

- ❖ Mujeres que han parido recientemente
- ❖ Presenten síntomas de trastorno de ansiedad
- ❖ Pacientes mayores de 19 años
- ❖ Mujeres no diagnosticadas de ansiedad
- ❖ Mujeres que otorguen consentimiento y completen la encuesta

#### **3.3.2. Criterios de exclusión**

- ❖ Mujeres que no estén en postparto
- ❖ No presenten síntomas de trastorno de ansiedad
- ❖ Pacientes menores de 18 años
- ❖ Mujeres diagnosticadas de ansiedad

### **3.4. Procedimientos para la recolección de la información:**

**Técnica:** Encuesta

**Instrumento:**

Se elaborará Encuesta Ad Hoc que obtendrá 13 preguntas con opciones, entre ellas se encuentra la edad, depresión o ansiedad previa, número de partos, abortos, método de alimentación, etc.

Perinatal Anxiety Screening (Detección de ansiedad perinatal): es una herramienta que es auto implementada y creada para la evaluación de clínica de ansiedad en población gestante o en que se encuentren en postparto. Entiende 31 ítems, como miedo, agitación, inquietud, preocupación, etc. Abordan una

gama de sintomatología que indicaría ansiedad, e incluso, trastornos de ansiedad generalizada, pánicos, clínica de obsesivo-compulsivo, estrés postrauma, fobias, y más. Cada pregunta se califica en escala Likert, que sería la siguiente:

- 0: No en absoluto
- 1: Algunas veces
- 2: A menudo
- 3: Casi siempre

Estos puntajes se calcularían en una totalidad de 0 a 93, donde los puntajes tomarían las siguientes categorías de niveles de ansiedad:

- 0 a 20 puntos: Nivel de ansiedad mínima
- 21 a 41 puntos: Nivel de ansiedad leve a moderada
- 42 a 93 puntos: Nivel de ansiedad severa (75).

### **3.5. Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos:**

- ❖ Base de datos por medio de Excel
- ❖ Programa Spss para tabularlos y análisis respectivo individual

### **3.6. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos**

- ❖ Consentimiento informado de las participantes
- ❖ Consentimiento informado del representante legal de las participantes (menores de 18 años)
- ❖ Respeto a los principios universales
- ❖ Anteproyecto aprobado
- ❖ Permisos de ambas instituciones

### **3.7. Operacionalización De Variables**

**Variable General:** Ansiedad postparto en madres hospitalizadas en el área ginecológica

<b>Dimensi ones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala</b>	<b>Técnica e Instrumen to</b>
<b>Obstétric as</b>	Edad	19 a 23 años 24 a 28 años 29 a 33 años Mayores a 34 años	Encuesta
	Depresión previa	Sí No	
	Ansiedad previa	Sí No	
	Paridad	Primíparas Secundíparas Multíparas	
	Modo de parto	Parto Vaginal Parto por cesárea	
	Antecedentes de abortos	Sí No	
	Complicaciones neonatales	Sí No	
	Método de alimentación	Lactancia Materna Sucedáneos Mixta (materna y sucedáneos)	
	<b>Ansieda d</b>	-Nervios o inquietud	
-Sentir tensión o estrés		Algunas veces	
-Sentir preocupación todo el tiempo		A menudo Casi siempre	
-Tener miedo			
-Tener pensamientos consecutivos de no mantener el control			
-Sentir temor			

- 
- Sentir descontrol de sus miedos
  - Sentir preocupación consecutivamente por el bebé
  - Sentir inquietud o agitación
  - Sentir la mente preocupada
  - Sentir miedo por lo que le pueda pasar al bebé
  - Sentir irritabilidad y facilidad de molestias
  - Desilusionada
  - Preocupación al no manejar estrés por ser mamá
  - Preocupación por la seguridad del bebé
  - Preocupación por lo que está ocurriendo
  - La ansiedad está afectando de manera física
  - Cansancio constantemente
  - Miedo por perder el control
  - No poder calmarse cuando existen los nervios
  - Agobio mental por preocupación
  - Sentir que los pensamientos controlan
  - Sentir preocupación por la auto capacidad de ser mamá
  - Miedo por no ser capaz de enfrentar la situación
-

- 
- Sentir nervios por posibles complicaciones en el embarazo
  - Sentir que no se pueden relajar
  - Sentir poca preparación por la llegada del bebé
  - Sentir angustia de lo que sucederá en el parto
  - Sentir que consecutivamente esté al borde del llanto por la ansiedad
  - Preocupación por el futuro y por lo que le espera la maternidad
  - Sentir incapacidad de enfrentar desafíos por la maternidad
-

## 4. Presentación Y Análisis De Resultados

### 4.1. Características obstétricas de las madres hospitalizadas

**Tabla 1**

*Datos obstétricos*

	N	%	Media	Mediana
<b>Edad</b>			2,98	3,00
19 a 23	12	12,0%		
24 a 28	59	59,0%		
29 a 33	8	16,0%		
Mayor a 34	18	13,0%		
<b>Total</b>	100	100%		
<b>Depresión Previa</b>			1,67	2,00
Sí	33	33,0%		
No	67	67,0%		
<b>Total</b>	100	100%		
<b>Ansiedad Previa</b>			1,53	2,00
Sí	47	47,0%		
No	53	53,0%		
<b>Total</b>	100	100%		
<b>Paridad</b>			1,71	1,00
Primíparas	52	52,0%		
Secundíparas	25	25,0%		
Multíparas	23	23,0%		
<b>Total</b>	100	100%		
<b>Modo de Parto</b>			1,24	1,00
Parto Vaginal	76	76,0%		
Parto por Cesárea	24	24,0%		
<b>Total</b>	100	100%		
<b>Antecedentes de Abortos</b>			1,89	2,00
Sí	11	11,0%		
No	89	89,0%		
<b>Total</b>	100	100%		
<b>Complicaciones Neonatales</b>			1,79	2,00
Sí	21	21,0%		
No	79	79,0%		
<b>Total</b>	100	100%		
<b>Método de Alimentación</b>			1,34	1,00
Lactancia Materna	77	77,0%		
Sucedáneos	12	12,0%		
Mixto	11	11,0%		
<b>Total</b>	100	100%		

**Fuente:** Encuesta Ad Hoc

**Realizado por:** Segovia Dennys y Pincay Pierina

### **Análisis:**

La información muestra que entre las madres que han sido hospitalizadas, la mayoría pertenece al rango de edad de entre 24 a 28 años (59%). Comprendiendo así, que las mujeres jóvenes adultas son el grupo más acotado con ansiedad postparto. En cuanto a los antecedentes psicológicos, el 33% presentó APP depresión y el 47% presentó APP de ansiedad, lo que muestra que casi la mitad tenía historia de ansiedad, anterior al embarazo o al parto. Con respecto a la paridad, se observó una mayor incidencia en las primíparas (52,0%), que podría relacionarse con la incapacidad emocional de las mujeres ante el primer embarazo y/o postparto.

En cuanto a la vía de nacimiento resulta más frecuente el parto vaginal (76,0%), así como la ausencia de antecedentes de abortos (89,0%) y complicaciones neonatales (79,0%) y predominó el tipo de alimentación lactancia materna exclusiva (77,0%). Los resultados reflejan una composición de madres en su mayoría jóvenes, primerizas, con parto vaginal y sin eventos adversos obstétricos importantes, y aunque con una relevante proporción de antecedentes de ansiedad y depresión, que son factores que podrían relacionarse con la aparición de ansiedad postparto.

## **4.2. Ansiedad postparto en madres hospitalizadas**

**Tabla 2**

*Dimensiones agrupadas en nervios e inquietud, tensión o estrés y preocupación*

	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>
<b>Nervio e Inquietud</b>			1,66	2
No en absoluto	33	33,0%		
Algunas veces	8	8,0%		
A menudo	19	19,0%		
Casi siempre	40	40,0%		
<b>Total</b>	100	100%		

<b>Tensión o estrés</b>			2,18	3
No en absoluto	21	21,0%		
Algunas veces	3	3,0%		
A menudo	13	13,0%		
Casi siempre	63	63,0%		
<b>Total</b>	100	100%		
<b>Preocupación</b>			1,82	2
No en absoluto	10	10,0%		
Algunas veces	25	25,0%		
A menudo	38	38,0%		
Casi siempre	27	27,0%		
<b>Total</b>	100	100%		

**Fuente:** Perinatal Anxiety Screening

**Realizado por:** Segovia Dennys y Pincay Pierina

### **Análisis:**

El cuadro muestra una alta frecuencia de expresiones de emociones relacionadas con la ansiedad en madres hospitalizadas durante el periodo posparto. Con respecto a la dimensión de nervios y agitación, el 40.0% indicó que se siente así casi todo el tiempo, lo que muestra que más de la mitad de este síntoma se experimenta con frecuencia. Aún más marcada es la tensión o el estrés, que es la manifestación predominante, dado que el 63.0% reportó sentir esto casi todo el tiempo, confirmando que este es uno de los indicadores más intensos dentro del grupo estudiado. Respecto a la preocupación, 38,0% señala sentirla frecuentemente, siendo también este un síntoma importante y evidente. En su conjunto, los datos reflejan que son muchas las madres que alcanzan niveles altos de tensión, inquietud y preocupación en el postparto, siendo la tensión o estrés el síntoma más importante y severo; lo que refuerza la presencia de un estado emocional alterado compatible con ansiedad posparto.

### **Tabla 3**

*Dimensiones agrupadas en miedo, pérdida de control*

	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>
<b>Miedo</b>			1,91	2
No en absoluto	6	6,0%		
Algunas veces	35	35,0%		
A menudo	21	21,0%		
Casi siempre	38	38,0%		
<b>Total</b>	100	100%		
<b>Pensamiento de mantener el control</b>			1,16	1

No en absoluto	40	40,0%
Algunas veces	17	17,0%
A menudo	30	30,0%
Casi siempre	13	13,0%
<b>Total</b>	100	100%

**Fuente:** Perinatal Anxiety Screening

**Realizado por:** Segovia Dennys y Pincay Pierina

#### **Análisis:**

La tabla indica que en la dimensión de temor, el 40,0% refirió casi siempre sentirlo, lo que permite afirmar que la emoción de temor fue la más presente en el periodo de postparto, y la emoción de control, fue la que se evidenció de forma más leve, lo que refuerza la posibilidad de que el estado emocional que se describe en estas madres sea el resultado de una respuesta postparto.

#### **Tabla 4**

*Dimensiones agrupadas en descontrol en sus miedos, mente preocupada e irritabilidad*

	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>
<b>Irritabilidad y facilidad de molestia</b>			1,69	2
No en absoluto	30	30,0%		
Algunas veces	15	15,0%		
A menudo	15	15,0%		
Casi siempre	40	40,0%		
<b>Total</b>	100	100%		

**Fuente:** Perinatal Anxiety Screening

**Realizado por:** Segovia Dennys y Pincay Pierina

#### **Análisis:**

Los datos reflejan que el 40,0% reportó casi siempre tener estos síntomas. Los resultados, indican que la preocupación constante y la irritabilidad son las manifestaciones emocionales que predominan en estas dimensiones, en tanto que el descontrol de los miedos se encuentra con menor intensidad relativa, pero, de todos modos, sigue siendo importante en una proporción significativa de casos.

**Tabla 5**

*Dimensiones agrupadas en cansancio constante, pensamientos incontrolables y miedo a enfrentar problemas*

	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>
<b>Cansancio constante</b>			1,94	2
No en absoluto	7	7,0%		
Algunas veces	39	39,0%		
A menudo	14	14,0%		
Casi siempre	40	40,0%		
<b>Total</b>	100	100%		
<b>Pensamientos me controlan</b>			1,18	1
No en absoluto	39	39,0%		
Algunas veces	17	17,0%		
A menudo	31	31,0%		
Casi siempre	13	13,0%		
<b>Total</b>	100	100%		

**Fuente:** Perinatal Anxiety Screening

**Realizado por:** Segovia Dennys y Pincay Pierina

### **Análisis:**

El cuadro evidencia la presencia de alteraciones ansiosas importante en las mujeres en postparto, según medición con el instrumento Perinatal Anxiety Screening. En el ítem “cansancio constante” un 54,0 % refiere tenerlo frecuentemente o casi siempre, con una media de 1,94 y mediana de 2, lo que refiere a que este síntoma es bastante prevalente en la población estudiada.

**Tabla 6**

*Dimensiones agrupadas en manejo indebido del estrés por ser mamá, desilusionada, miedo por el bebé*

	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>
<b>No manejar estrés por ser mamá</b>			2,19	3
No en absoluto	20	20,0%		
Algunas veces	4	4,0%		
A menudo	13	13,0%		
Casi siempre	63	63,0%		
<b>Total</b>	100	100%		
<b>Desilusionada</b>			1,03	1
No en absoluto	45	45,0%		
Algunas veces	22	22,0%		
A menudo	18	18,0%		
Casi siempre	15	15,0%		
<b>Total</b>	100	100%		
<b>Miedo por lo que pueda pasar con el bebé</b>			1,96	2
No en absoluto	4	4,0%		

Algunas veces	17	17,0%
A menudo	58	58,0%
Casi siempre	21	21,0%
<b>Total</b>	100	100%

**Fuente:** Perinatal Anxiety Screening

**Realizado por:** Segovia Dennys y Pincay Pierina

### **Análisis:**

Se observó una alta frecuencia de indicación que muestra ansiedad y sobrecarga emocional. En el ítem "no manejar el estrés de ser mamá", el 63.0% respondió casi siempre, mostrando que la mayoría de las personas perciben grandes dificultades para hacer frente al estrés que conlleva ser madre. Asimismo, en el ítem "miedo a lo que podría pasarle al bebé", el 58.0% respondió a menudo, lo que refleja una preocupación persistente por el bienestar del recién nacido. El ítem "desilusionada" fue el de menor intensidad, pues un 45,0% respondió "no en absoluto", aunque un 33,0% afirmó sentirlo frecuentemente o casi siempre.

### **Tabla 7**

*Dimensiones agrupadas en no lograr calmarse, preocupación continua por el bebé, agobio mental, preocupación por el futuro y sentir nervios por complicaciones*

	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>
<b>No lograr calmarse cuando existen nervios</b>			1,5	2
No en absoluto	19	19,0%		
Algunas veces	21	21,0%		
A menudo	51	51,0%		
Casi siempre	9	9,0%		
<b>Total</b>	100	100%		
Casi siempre	18	18,0%		
<b>Total</b>	100	100%		
<b>Sentir nervios por posibles complicaciones en el embarazo</b>			1,86	2
No en absoluto	2	2,0%		
Algunas veces	40	40,0%		
A menudo	28	28,0%		
Casi siempre	30	30,0%		
<b>Total</b>	100	100%		
<b>Sentir incapacidad de enfrentar desafíos por maternidad</b>			1,24	1
No en absoluto	39	39,0%		
Algunas veces	17	17,0%		
A menudo	25	25,0%		
Casi siempre	19	19,0%		

<b>Total</b>	100	100%
--------------	-----	------

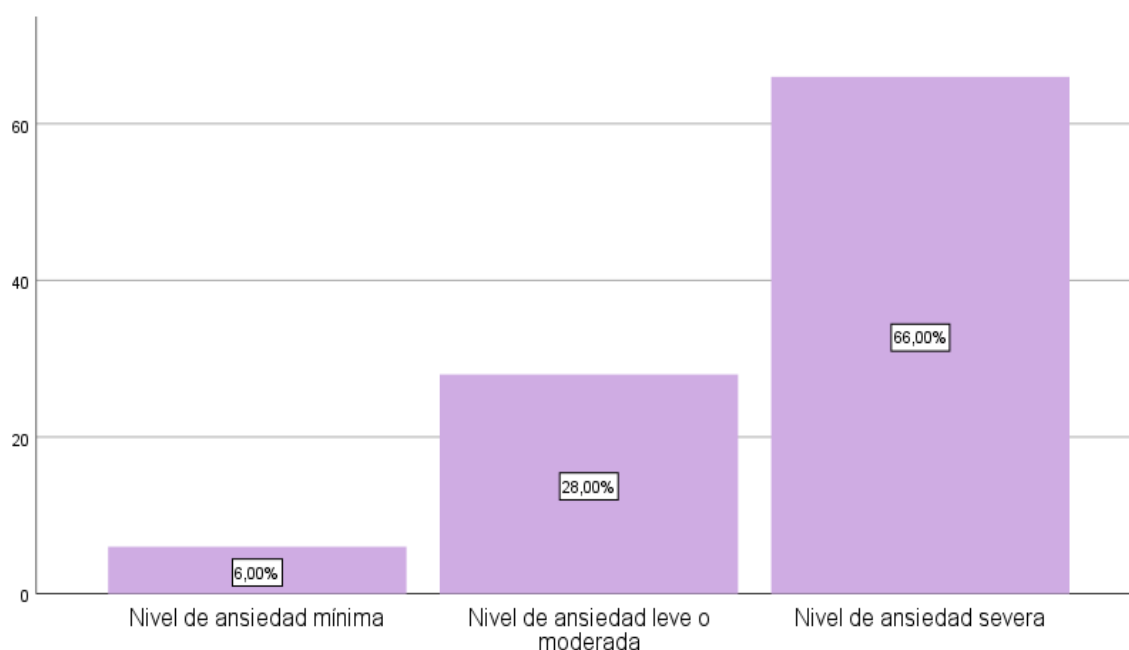
**Fuente:** Perinatal Anxiety Screening  
**Realizado por:** Segovia Dennys y Pincay Pierina

**Análisis:**

La Tabla 8 muestra que las mujeres en postparto, a partir de la evaluación, presentan mayor cantidad de síntomas relacionados con preocupación persistente, dificultad para la autorregulación emocional, y sobrecarga mental. El ítem “no lograr calmarse cuando existen nervios” presenta un 51,0% de respuestas en “a menudo”. Esto sugiere que existe gran dificultad para calmarse en momentos de agitación.

**4.3. Nivel de ansiedad que se presentan en las madres hospitalizadas**

**Figura 1**  
*Nivel de Ansiedad*



**Fuente:** Perinatal Anxiety Screening  
**Realizado por:** Segovia Dennys y Pincay Pierina

**Análisis:**

Los resultados que se obtuvieron a partir de la aplicación del instrumento PASS en mujeres en posparto evidencian que el 66,0% de las mujeres tuvo ansiedad severa, mientras que el 28,0% tuvo ansiedad leve o moderada y el 6,0% de las mujeres tuvo ansiedad mínima. La distribución nos indica que la mayoría de las

participantes presentan un nivel elevado de ansiedad posparto, lo que significa que la carga de ansiedad es importante en forma de malestar.

## 5. Discusión

Al analizar, el 59% de las puérperas se encontró entre 24 y 28 años dentro de las edades maternas. Esto muestra que el predominio fue de adultas jóvenes. Coinciden con los resultados de Doncarli et al. (2024), quienes en una cohorte nacional francesa con 7.133 mujeres encontraron que la edad  $\leq 34$  años se asoció con mayor riesgo de síntomas de ansiedad posparto, siendo la mayor asociación entre 25-29 años frente a 35-39 años (76). Asimismo, Feldman et al. (2025) llegaron a la conclusión, en una revisión de tipo estado del arte, de que la ansiedad posparto se relaciona con menor edad materna (22) y Swift et al. (2020), a partir de una cohorte retrospectiva británica, concluyeron que existe mayor riesgo entre las mujeres jóvenes para el efecto del parto en la salud mental, particularmente en ansiedad y depresión (77). Considerando estos antecedentes, la mayor presencia de adultas jóvenes en la muestra podría constituir un perfil de mayor vulnerabilidad a PPAE. Sin embargo, la evidencia también indica que el riesgo no depende solo de la edad, sino que está relacionado con la concurrencia de otros factores clínicos y psicosociales en el periodo perinatal.

Conforme a la paridad, en este estudio predominó el grupo de primíparas con 52%, lo que es indicativo de mayor concentración de mujeres que asumen por primera vez la transición hacia la maternidad y al puerperio. Este hallazgo se alinea con lo señalado por Barszcz (2026), quienes en una revisión del estado del arte mencionaron que la primiparidad se asocia a la ansiedad posparto (78), y con Tara (2025), que en una cohorte nacional mostraron que la nuliparidad al inicio del embarazo estaba independientemente asociada con síntomas ansiosos a los dos meses posparto (79). Al contrario, Tenaw et al. (2025) indican que el riesgo no se asocia solo con la nuliparidad, sino con determinantes más inmediatos como la baja autoeficacia materna, el bajo apoyo de la pareja, la experiencia negativa de parto y de la primera semana posparto (80).

Con relación a los antecedentes de Salud Mental, en el estudio, el 33% de las puérperas reportó antecedentes de depresión y el 47% antecedentes de ansiedad. Esto evidencia que el 16% de las mujeres ya presentaban vulnerabilidad psicológica. Este hallazgo coincide con el estudio de Jiménez et

al. (2024), quienes identificaron que la historia previa de depresión y de ansiedad es uno de los factores más relevantes asociados con tamizaje positivo de ansiedad y depresión, así como en el posparto (81); o con el de Jones et al. (2025), que tras una revisión sistemática de 39 estudios concluyó que la depresión previa o comórbida y la ansiedad previa fueron los factores más consistentemente asociados a la PPA (18). Así mismo, Wang et al. (2024) hallaron que la historia de depresión a lo largo de la vida se asoció con mayor riesgo de PPA (82). No obstante, Linde et al. (2025) precisan que, más que el antecedente remoto por sí solo, para la ansiedad posparto el predictor más directo fue la ansiedad durante el embarazo, sugiriendo que el riesgo aumenta cuando la vulnerabilidad previa está activa en la etapa perinatal (83). En conjunto, los resultados permitirían suponer que la frecuencia de antecedentes depresivos y ansiosos observados en la muestra pudo haber hecho a las mujeres más susceptibles a la presencia de ansiedad en el posparto.

Sobre la vía de nacimiento, en el presente estudio predominaron los partos vaginales (76,0%) y, respecto al tipo de alimentación, la lactancia materna exclusiva alcanzó el 77,0%. Este dato se correlaciona en parte con lo informado por Hulman et al. (2024), que encontraron que la cesárea y algunas condiciones del posparto inmediato como el no contacto piel a piel o el alojamiento conjunto únicamente, son condiciones que retrasan el inicio y dificultan la duración de la lactancia exclusiva. Por lo que un mayor predominio de partos vaginales podría dar lugar a mejores condiciones para su instauración (84). Similarmente, Linde et al. (2025) hallaron que la cesárea representó un factor de riesgo para la depresión posparto, mientras que la lactancia materna exclusiva fue un factor protector de la ansiedad generalizada en el posparto (83). Más, sin embargo, Bodunde et al. (2025) informaron una diferencia parcial en la dirección de sus resultados, ya que no encontraron evidencia convincente de asociación entre la mayoría de las rutas de parto y la depresión o ansiedad materna medida en puntos de tiempo múltiples posparto. La excepción a esto fue el parto vaginal inducido relacionado con los resultados a largo plazo (70).

Los resultados del PASS son indicativos de la presencia de síntomas ansiosos en las mujeres evaluadas. Principalmente en dimensiones asociadas con el estrés de ser mamá, tensión de emoción y percepción de no estar preparadas

para ser mamá. Destacan los ítems “Manejo estrés por ser mamá”, “Tensión o estrés” con medias más altas siendo (2,19 y 2,18) y con un 63,0% de respuestas en “casi siempre”. Por otro lado, estos hallazgos coinciden con los resultados de Harrison et al. (2020) y McCarthy et al. (2021) quienes sostienen que la ansiedad perinatal se vincula con la incertidumbre y baja confianza materna (85) (86). Mientras, que Silverwood et al. (2022), Lin et al. (2022), White et al. (2023), indican que esto no se resume a una respuesta a un evento estresante, sino que se articula con la adaptación a la maternidad, la autoeficacia maternal y las demandas del cuidado (30) (87) (88). Por lo que, los hallazgos indican que es necesario que exista un fortalecimiento en los embarazos de su tamizaje temprano perinatal y el acompañamiento emocional.

En cuanto a los niveles de ansiedad, hay una alta presencia de ansiedad severa 66,0% de los casos, ansiedad leve a moderada 28.0% de los casos y ansiedad mínima 6.0% de los casos, por lo que se puede inferir que existe un alto grado de discomfort emocional presente en el puerperio, superando así lo reportado por Doncarli et al. (2024) con una prevalencia de síntomas de ansiedad posparto del 27,6% a los dos meses (76). Y se diferencian de lo encontrado por Díaz et al. (2025), que señala que cerca de la mitad de las mujeres, en algún grado han presentado ansiedad, siendo la grave solo el 2,7% (89). Mientras que Tauqeer et al. (2023) reportaron 17.7% de ansiedad moderada a severa en mujeres posparto, porcentaje también inferior al observado en este estudio (90). Por lo tanto, la distribución encontrada sugiere una presencia de ansiedad particularmente acentuada en la muestra evaluada que podría estar asociada a características contextuales de la misma, del momento de medición o del instrumento aplicado.

## 6. Conclusiones

En el periodo posparto, la mujer se encuentra en una etapa biopsicosocial de alta vulnerabilidad. En este periodo, se presentan cambios hormonales, físicos, emocionales y sociales que pueden facilitar la aparición de síntomas ansiosos. En este contexto, a partir de la evaluación realizada por los instrumentos previamente descrito se puede determinar la magnitud del problema presentado, donde se concluye:

La información muestra que entre las madres que han sido hospitalizadas, la mayoría pertenece al rango de edad de entre 24 a 28 años. Esto implica que hay una mayor concentración de casos en mujeres jóvenes adultas. Sobre sus antecedentes psicológicos, menos de la mitad tienen antecedentes de depresión, mientras que casi la mitad reportó antecedentes de ansiedad, lo que evidencia que casi la mitad había tenido una historia de ansiedad, antes del embarazo o parto. Con respecto a la paridad, se observó una mayor incidencia en las primíparas, que podría relacionarse con la incapacidad emocional de las mujeres ante el primer embarazo y/o postparto. En cuanto a la vía de nacimiento resulta más frecuente el parto vaginal, así como la ausencia de antecedentes de abortos y complicaciones neonatales. También, predominó el tipo de alimentación lactancia materna exclusiva.

Los resultados del PASS muestran que hay muchos síntomas ansiosos en las mujeres que se evaluaron. Además, los síntomas son especialmente fuertes en dimensiones asociadas al estrés materno, tensión emocional y sentirse poco preparada para ser madre. Los ítems “No manejar estrés por ser mamá” y “tensión o estrés” destacan con medias muy altas, con más de la mitad de las respuestas en “casi siempre”. Esto indica que el estrés asociado al rol materno es una de las manifestaciones más frecuentes y severas. Al igual que “Sentir poca preparación para la llegada del bebé” mostró una media alta en “casi siempre”, y el temor a lo que pudiera sucederle al bebé o a no poder hacer frente a la situación mostraron frecuencias altas, lo que indicaría una preocupación alta hacia la figura del RN y hacia la propia capacidad materna.

En los niveles, se observa un claro dominio de ansiedad severa, mientras que la ansiedad leve o moderada, así como la ansiedad mínima, son bastante escasas.

Esta distribución indica que la mayoría de las participantes presentan niveles altos de ansiedad posparto, lo que sugiere una carga importante de malestar emocional en el periodo analizado.

## 7. Recomendaciones

- En los niveles hay un predominio destacado de ansiedad grave. Luego se presentan ansiedad leve o moderada, y un pequeño porcentaje de ansiedad mínima. La distribución manifiesta que la mayoría de las participantes poseen altos niveles de ansiedad posparto, lo que sugiere la existencia de una importante carga de malestar emocional en el periodo mencionado. Si el puntaje refleja un riesgo elevado, se deberán proporcionar canales de derivación hacia psicología o psiquiatría que favorezcan la detección precoz, la intervención oportuna y la reducción de complicaciones de la adaptación materna y la relación madre-hijo.
- Asimismo, a nivel institucional de salud, se hace necesario fortalecer la capacitación de obstetras, enfermeros, médicos y psicólogos en el reconocimiento de signos clínicos de ansiedad posparto y factores de riesgo psicosociales. Así como en estrategias de contención emocional durante la internación. Los descubrimientos revelan que existe una gran vulnerabilidad en las madres primerizas, así como en mujeres que posean antecedentes de ansiedad o depresión. Igualmente, ocurre con puérperas que tienen alta percepción de insuficiente preparación. Por lo tanto, la intervención no debería limitarse al control obstétrico y médico, sino incluir consejería sobre autocuidado, lactancia, regulación emocional, signos de alarma y fortalecimiento de la autoeficacia materna. Además, es recomendable integrar breves intervenciones psicoeducativas y acompañamiento familiar durante la hospitalización.
- A nivel institucional de educación, se sugiere que los centros de formación de los profesionales de la salud refuercen en sus planes de estudio, contenidos sobre salud mental perinatal, ansiedad posparto, tamizaje clínico, comunicación terapéutica y abordaje interdisciplinario de la puérpera. También, reforzar los programas comunitarios de preparación para la maternidad deben ofrecer espacios de formación a las gestantes

y sus familias sobre el manejo del estrés, expectativas realistas del posparto, cuidado del recién nacido y cuándo buscar ayuda profesional.

- De manera general, se recomienda promover acciones de sensibilización tanto comunitarias como familiares que reconozcan la ansiedad posparto como un verdadero problema de salud mental y no como una reacción normal que debe ser minimizada. De igual manera, se requieren políticas y programas públicos que impulsen el monitoreo de la salud mental materna en el primer año posparto, sobre todo en aquellas mujeres con antecedentes psicosociales o mayor vulnerabilidad social, que permitan disminuir la carga de malestar emocional y salvaguardar el bienestar de la madre, del recién nacido y del contexto familiar.

## 8. Referencias Bibliográficas

1. Van Der A, Boere M, Groothui C, Reijneveld S. Postpartum depression and anxiety: a community-based study on risk factors before, during and after pregnancy. *Journal of Affective Disorders*. 2021;286:158-65. doi:10.1016/j.jad.2021.02.062
2. Zappas M, Becker K, Walton B. Postpartum Anxiety. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2021;Mental Health17(1):60-4. doi:10.1016/j.nurpra.2020.08.017
3. Radoš S, Tadinac M, Herman R. Anxiety During Pregnancy and Postpartum: Course, Predictors and Comorbidity with Postpartum Depression. *Acta Clin Croat*. 2018;57(1):39-51. doi:10.20471/acc.2018.57.01.05 PubMed PMID: 30256010; PubMed Central PMCID: PMC6400346.
4. Macías E, Lima V, Asbun J. Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en mujeres mexicanas [Internet]. Vol. 156. 2020;156(3):202-8. doi:10.24875/gmm.19005424
5. Greene J, Kaplan D. Ansiedad posparto. En: Committee G, editor. *Postpartum Mental Health Disorders: A Casebook* [Internet]. Oxford Academic. Oxford University Press; 2020 [citado 15 de agosto de 2025]. p. 0. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/med/9780190849955.003.0005> doi:10.1093/med/9780190849955.003.0005
6. Vural T, Bayraktar B, Karaca SY, Ascibasi K. Ansiedad y depresión posparto a largo plazo de las madres con COVID-19 durante el embarazo. *Rev peru ginecol obstet*. 2022;68(4). doi:10.31403/rpgo.v68i2452
7. Nillni Y, Mehralizade A, Mayer L, Milanovic S. Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the postpartum period: A

- systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2018;Gender and Mental Health66:136-48. doi:10.1016/j.cpr.2018.06.004
8. Pawluski J, Lonstein J, Fleming A. The Neurobiology of Postpartum Anxiety and Depression. *Trends in Neurosciences*. 2017;40(2):106-20. doi:10.1016/j.tins.2016.11.009
  9. Layton H, Owais S, Savoy C, Van Lieshout R. Depression, Anxiety, and Mother-Infant Bonding in Women Seeking Treatment for Postpartum Depression Before and During the COVID-19 Pandemic. *J Clin Psychiatry*. 2021;82(4):21m13874. doi:10.4088/JCP.21m13874 PubMed PMID: 34232578.
  10. Ratyal S, Saeed S, Hameed N. Assessing Postpartum Depression and Anxiety during the Antenatal and Postpartum Period: Postpartum Depression and Anxiety [Internet]. 2024;50-5. doi:10.54393/pjhs.v5i12.2455
  11. Ramos M, Rivera L. Asociación entre ansiedad postparto 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
  12. Santiago L, Ibarra P, Rendón M, Treviño P, Islas D. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecol obstet*. 2023;91(4):227-40. doi:10.24245/gom.v91i4.8456
  13. Montero W, Muñoz C. Incidencia de depresión postparto [Internet]. Católica de Cuenca; 2023. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/fc7a211e-59ad-4117-bdbd-8d43eb472bfc/content>
  14. OMS. Perinatal mental health [Internet]. 2022 [citado 15 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>

15. Domínguez E, Lima M, Rodríguez J. Non-pharmacological interventions to reduce anxiety in pregnancy, labour and postpartum: A systematic review. *Midwifery*. 2021;102:103126. doi:10.1016/j.midw.2021.103126
16. Díaz M, Vazquez S, Hernández A, Peinado R, Martínez J. Prevalence and associated factors of anxiety in postpartum women [Internet]. Vol. 9. 2025;9(June):1-14. doi:10.18332/ejm/204308
17. Malaju M, Alene G. Longitudinal patterns of the relation between anxiety, depression and posttraumatic stress disorder among postpartum women with and without maternal morbidities in Northwest Ethiopia: a cross-lagged autoregressive structural equation modelling [Internet]. Vol. 80. 2022;80(1):225. doi:10.1186/s13690-022-00978-0
18. Jones K, Folliard K, Di Malta G, Oates J, Gilbert L, Harrison V. Risk factors associated with postpartum anxiety in Australia, Europe, and North America: A systematic review and narrative synthesis [Internet]. Vol. 373. 2025;373(2):478-94. doi:10.1016/j.jad.2024.12.043
19. Mumtazah N, Husen S, Fitriana F. The Relationship between Early Pregnancy and Postpartum Anxiety: A Systematic Review [Internet]. Vol. 9. 2024;9(1):111-9. doi:10.26911/thejmch.2024.09.01.11
20. Ahmadpour P, Faroughi F, Mirghafourvand M. The relationship of childbirth experience with postpartum depression and anxiety: a cross-sectional study. *BMC Psychol*. 2023;11(1):58. doi:10.1186/s40359-023-01105-6
21. Filha M, Baldisserotto M, Amaral A, Bastos M, Schilithz A, Leal M. Transtornos mentais no pós-parto no Rio de Janeiro 2021–2023: Pesquisa Nascir no Brasil II [Internet]. Vol. 59. 2025;59(S1):e240557-e240557. doi:10.11606/s1518-8787.2025059006527
22. Feldman N, Hibara A, Ye J, Macaranas A, Larkin P, Hendrix E, et al. Postpartum anxiety: a state-of-the-art review [Internet]. Vol. 12. 2025;12(12):947-59. doi:10.1016/S2215-0366(25)00197-X PubMed PMID: 40907501.

23. Zieß V, Seefeld L, Mojahed A, Martini J, Asselmann E, Schellong J, et al. Support preferences among women with and without postpartum depression and anxiety disorder [Internet]. Vol. 25. 2025;25(1):3048. doi:10.1186/s12889-025-24274-y
24. Baran J, Leszczak J, Baran R, Biesiadecka A, Weres A, Czenczek E, et al. Prenatal and Postnatal Anxiety and Depression in Mothers during the COVID-19 Pandemic [Internet]. Vol. 10. 2021;10(14):3-85. doi:10.3390/jcm10143193
25. OMS. Anxiety disorders [Internet]. 2025 [citado 13 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
26. Penninx B, Pine D, Holmes E, Reif A. Anxiety disorders. The Lancet. 2021;397(10277):914-27. doi:10.1016/S0140-6736(21)00359-7
27. Instituto Nacional de Salud Mental. Trastornos de ansiedad [Internet]. 2025 [citado 13 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders>
28. NICHD. Mom's Mental Health Matters: Moms-to-be and Moms [Internet]. 2022 [citado 13 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.nichd.nih.gov/ncmhpep/initiatives/moms-mental-health-matters/moms>
29. Buitrago F, Ciurana R, Fernández M, Tizón J. Prevención de los trastornos de la salud mental. Embarazo en la adolescencia. Aten Primaria. 2022;54(1):102494. doi:10.1016/j.aprim.2022.102494 PubMed PMID: 36435587; PubMed Central PMCID: PMC9705218.
30. Silverwood V, Bullock L, Turner K, Chew C, Kingstone T. The approach to managing perinatal anxiety: A mini-review [Internet]. Vol. 13. 2022;13(5). doi:10.3389/fpsy.2022.1022459

31. O'Hara M, Wisner K. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2024;28(1):3-12. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002
32. Delgado E, Lara M, Arias R. Generalidades Sobre El Trastorno De Ansiedad [Internet]. Vol. 3. 2021;3(2):1-12. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
33. Kalita K, Phookun H, Das G. Association of Anxiety and Depression in Postpartum Period: a Hospital Based Evaluative Study. *Eastern Journal of Psychiatry*. 2021;13(1-2):19-24. doi:10.5005/EJP-13-1--2-19
34. Lewkowitz A, Allen E, Sakowicz A, Ayala N, Whelan A, Battle C, et al. Association between potentially traumatic birthing experience and worsening postpartum depression or anxiety trajectories among participants in perinatal collaborative care model. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*. 2024;6(9). doi:10.1016/j.ajogmf.2024.101418 PubMed PMID: 38944114.
35. Smythe K, Petersen I, Schartau P. Prevalence of Perinatal Depression and Anxiety in Both Parents: A Systematic Review and Meta-analysis [Internet]. Vol. 5. 2022;5(6):221. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.18969
36. Dagla M, Brani P, Tomara E, Kokkinari A, Louverdi S. From Pregnancy to Postpartum: The Role of Maternal Anxiety and Depression in Breastfeeding Duration and Exclusivity After High- and Low-Risk Pregnancies [Internet]. Vol. 6. 2025;6(4):22. doi:10.3390/psychiatryint6040123
37. Lesinskienė S, Andruškevič J, Butvilaitė A. Adolescent Pregnancies and Perinatal Mental Health—Needs and Complex Support Options: A Literature Review [Internet]. Vol. 14. 2025;14(7). doi:10.3390/jcm14072334
38. Ahmad M, Sechi C, Vismara L. Advanced Maternal Age: A Scoping Review about the Psychological Impact on Mothers, Infants, and Their

- Relationship [Internet]. Vol. 14. 2024;14(3):33-40. doi:10.3390/bs14030147
39. 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):2. doi:10.1016/j.aprim.2024.103085
  40. Gingras A, Brassard A. Anxiety and depressive symptoms in first-time parents: A dyadic longitudinal study based on attachment theory [Internet]. Vol. 355. 2024;355(8):122-30. doi:10.1016/j.jad.2024.01.275
  41. Nguyen C, Truong R, Nguyen A, Vu H, Nguyen L, Nguyen T, et al. Depression and anxiety in the early postpartum period: A comparative study among parents of full-term and preterm infants in Vietnam. *Midwifery*. 2025;147(5):104443. doi:10.1016/j.midw.2025.104443
  42. Valverde N, Gómez M, Legarra L, Mollejo E. Intervención psicológica breve para prevenir la depresión posparto: un estudio piloto. *Psy intervention*. 2025;20. doi:10.5093/cc2024a16
  43. Salgado R, Torres M, Salazar R, Bolívar J, Chilipio M. Nivel de ansiedad según el trimestre del embarazo en un establecimiento de salud de atención primaria [Internet]. Vol. 91. 2023;91(7):469-78. doi:10.24245/gom.v91i7.8163
  44. Ortigosa M, Narváez N, Floriano J, Torre F. Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica [Internet]. Vol. 5. 2022;5(3):19-29. doi:10.51326/ec.5.3.2558670
  45. Cena L, Gigantesco A, Mirabella F, Palumbo G, Trainini A, Stefana A. Prevalence of Maternal Postnatal Anxiety and Its Association With Demographic and Socioeconomic Factors: A Multicentre Study in Italy. *Front Psychiatry*. 30 de septiembre de 2021;12. doi:10.3389/fpsy.2021.737666

46. Dol J, Richardson B, Grant A, Aston M, McMillan D, Tomblin G, et al. Influence of parity and infant age on maternal self-efficacy, social support, postpartum anxiety, and postpartum depression in the first six months in the Maritime Provinces, Canada. *Birth*. 2021;48(3):438-47. doi:10.1111/birt.12553
47. Yin A, Shi Y, Heinonen S, Räisänen S, Fang W, Jiang H, et al. The impact of fear of childbirth on mode of delivery, postpartum mental health and breastfeeding: A prospective cohort study in Shanghai, China. *Journal of Affective Disorders*. 15 de febrero de 2024;347:183-91. doi:10.1016/j.jad.2023.11.054
48. Skov SK, Hjorth S, Kirkegaard H, Olsen J, Nohr EA. Mode of delivery and short-term maternal mental health: A follow-up study in the Danish National Birth Cohort. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2022;159(2):457-65. doi:10.1002/ijgo.14155
49. Spinoni M, Singh Solorzano C, Grano C. The impact of prepartum pandemic-related perceived stress on anxiety symptoms in the postpartum: The role of perceived childbirth experiences. *Journal of Anxiety Disorders*. 1 de octubre de 2023;99:102762. doi:10.1016/j.janxdis.2023.102762
50. Herbert D, Young K, Pietrusińska M, MacBeth A. The mental health impact of perinatal loss: A systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 297. 2022;297:118-29. doi:10.1016/j.jad.2021.10.026
51. Cuenca D. Pregnancy loss: Consequences for mental health. Vol. 3. 2022;3(1):1032212. doi:10.3389/fgwh.2022.1032212 PubMed PMID: 36817872; PubMed Central PMCID: PMC9937061.
52. Malouf R, Harrison S, Pilkington V, Opondo C, Gale C, Stein A, et al. Factors associated with posttraumatic stress and anxiety among the parents of babies admitted to neonatal care: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 9 de mayo de 2024;24(1):352. doi:10.1186/s12884-024-06383-5

53. Beeston A. Neonatal care: parents may need long-term support. NIHR Evidence [Internet]. 2022 [citado 13 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://evidence.nihr.ac.uk/alert/neonatal-care-parents-may-need-long-term-psychological-support/> doi:10.3310/nihrevidence\_51593
54. Gong J, Fellmeth G, Quigley M, Gale C, Stein A, Alderdice F, et al. Prevalence and risk factors for postnatal mental health problems in mothers of infants admitted to neonatal care: analysis of two population-based surveys in England [Internet]. Vol. 23. 2023;23(1):370. doi:10.1186/s12884-023-05684-5
55. Clinical Therapeutics. Maternal Psychological Distress and Lactation and Breastfeeding Outcomes: a Narrative Review [Internet]. Vol. 44. 2022;44(2):215-27. doi:10.1016/j.clinthera.2021.11.007
56. Davies S, Todd B, Fallon V, Silverio S. Exclusive Breastfeeding Duration and Perceptions of Infant Sleep: The Mediating Role of Postpartum Anxiety [Internet]. Vol. 19. 2022;19(8):4494. doi:10.3390/ijerph19084494
57. Grattan R, London S, Bueno G. Perceived pressure to breastfeed negatively impacts postpartum mental health outcomes over time. Front Public Health. 2024;12. doi:10.3389/fpubh.2024.1357965
58. Wang Y, Mao K, Chu M, Lu X. Perinatal maternal factors influencing postpartum feeding practices at six weeks [Internet]. Vol. 24. 2024;24(1):514. doi:10.1186/s12884-024-06711-9
59. Koukopoulos A, Mazza C, De Chiara L, Sani G, Simonetti A, Kotzalidis G, et al. Psychometric Properties of the Perinatal Anxiety Screening Scale Administered to Italian Women in the Perinatal Period [Internet]. Vol. 12. 2021;12(5). doi:10.3389/fpsy.2021.684579
60. Zimmermann M, Schaefer A, Tong X, Palmer S, Millen L, Julce C, et al. Perinatal care professional perspectives of screening for perinatal mood and anxiety disorders: a qualitative analysis [Internet]. Vol. 0. 2025;0(0):1-24. doi:10.1080/02646838.2025.2587670 PubMed PMID: 41266956.

61. World Health Organization. Constituion of the World Health Organization [Internet]. 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf>
  
62. OMS. OHCHR [Internet]. 2022 [citado 16 de marzo de 2026]. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women New York, 18 December 1979. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>
  
63. Robles M. El derecho a la salud en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (2004-2014). Cuest Const. 2016;1(35). doi:10.22201/ijj.24484881e.2016.35.10496
  
64. General Secretariat. -1- General Secretariat Secretariat for Access to Rights and Equity Department of Social Inclusion [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.oas.org/en/sare/social-inclusion/protocol-ssv/docs/protocol-san-salvador-en.pdf>
  
65. Ministerio de Salud Pública. Ecuador Saludable, Voy por tí – Base Legal [Internet]. 2025 [citado 17 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/base-legal/>
  
66. Constitución de la República. Decreto Legislativo [Internet]. 2018. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/CONSTITUCI%C3%93N\\_449\\_20-10-2008.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/CONSTITUCI%C3%93N_449_20-10-2008.pdf)
  
67. Espinoza V. Ley Orgánica de la Salud [Internet]. 2024. Disponible en: [https://intranet.msp.gob.ec/images/Documentos/Ley\\_de\\_Transparencia/2024/OCTUBRE/JURIDICO/Ley%20Organica%20de%20Salud%20Mental.pdf](https://intranet.msp.gob.ec/images/Documentos/Ley_de_Transparencia/2024/OCTUBRE/JURIDICO/Ley%20Organica%20de%20Salud%20Mental.pdf)
  
68. Lexis S.A. Lexis S.A. [Internet]. 2026 [citado 16 de marzo de 2026]. Constitución de la República del Ecuador. Disponible en: <https://www.lexis.com.ec/biblioteca/constitucion-republica-ecuador>

69. Asamblea Nacional. Asamblea Nacional del Ecuador [Internet]. 2024 [citado 16 de marzo de 2026]. Ley de Salud Mental garantiza atención, medicación y tratamiento terapéutico gratuitos. Disponible en: <https://www.asambleanacional.gob.ec/es/noticia/94790-ley-de-salud-mental-garantiza-atencion-medicacion-y>
70. Bodunde EO, McCarthy FP, O'connor K, Matvienko-Sikar K, Khashan AS. Mode of birth and maternal depression/severe anxiety: Findings from Millennium Cohort Study. PLOS ONE. 27 de junio de 2025;20(6):e0327129. doi:10.1371/journal.pone.0327129
71. Universidad Americana Tecana. Los Niveles de Investigación [Internet]. 2025 [citado 17 de abril de 2026]. Disponible en: <https://tauniversity.org/los-niveles-de-investigacion>
72. Ma T, Lee Y. Overview of Quantitative Research. Family Medicine. 2026;58(2):81-7. doi:10.22454/FamMed.2026.406133
73. Arzuaga L, Manjarrez G, Córdoba M, Angulo C, Mendoza J. Enfoques prospectivos para anticipar tendencias y mejorar los procesos de innovación en organizaciones. European Public & Social Innovation Review. 2026;11:1-23. doi:10.31637/epsir-2026-2750
74. Chest. Cross-Sectional Studies: Strengths, Weaknesses, and Recommendations [Internet]. Vol. 158. 2020;158(1):S65-71. doi:10.1016/j.chest.2020.03.012
75. Somerville S, Dedman K, Hagan R, Oxnam E, Doherty D, Page A. The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. Arch Womens Ment Health. 2014;17(5):443-54. doi:10.1007/s00737-014-0425-8
76. Doncarli A, Demiguel V, Ray C, Deneux C, Lebreton E, Apter G, et al. Prevalence of anxiety symptoms and associated factors at 2 months postpartum, results from a 2021 French national prospective cohort study. Vol. 67. 2024;67(1):e89. doi:10.1192/j.eurpsy.2024.1799

77. Swift E, Pierce M, Hope H, Osam C, Abel K. Young women are the most vulnerable to postpartum mental illness: A retrospective cohort study in UK primary care. Vol. 277. 2020;277(3):218-24. doi:10.1016/j.jad.2020.08.016 PubMed PMID: 32829198.
78. Barszcz E, Plewka M, Margulska A, Kędzia D, Sójta K, Nowakowska K, et al. Postnatal Bonding in the First Year After Birth: The Role of Maternal Depression, Resilience, and Anxiety During the COVID-19 Pandemic and War-Related Stress—A Prospective Cohort Study. Vol. 15. 2026;15(4):22. doi:10.3390/jcm15041451
79. Tara P. Adaptation and implementation of a psychoeducational intervention to prevent postpartum depression and anxiety disorders in new mothers: study protocol for a randomized controlled clinical trial. Vol. 40. 2025;40(3):200462. doi:10.1016/j.mhp.2025.200462
80. Tenaw L, Ngai F, Lam K. The role of sense of coherence, self-efficacy, social support and perceived stress on postpartum depression during the transition to motherhood: A path analysis. *Applied Nursing Research*. 2025;85(2):151998. doi:10.1016/j.apnr.2025.151998
81. Jimènez M, Falguera G, Curto J, Monistrol O, Pino A. Prevalence of anxiety and depression and their associated risk factors throughout pregnancy and postpartum: a prospective cross-sectional descriptive multicentred study. Vol. 24. 2024;24(1):500. doi:10.1186/s12884-024-06695-6
82. Wang Y, Wang Y, Huang E, Deng J, Gu J. Association of maternal postpartum depression, anxiety, and stress symptoms: a network analysis. *BMC Psychiatry*. 2024;24(1):940. doi:10.1186/s12888-024-06412-9
83. Linde K, Tremel J, Lehing F. Maternal mental health: A longitudinal study of depression and anxiety across pregnancy and postpartum. Vol. 149. 2025;149(3):104571. doi:10.1016/j.midw.2025.104571
84. Hulman A, Pakai A, Csákvári T, Keczei V, Varga K. The Impact of Mode of Delivery and Postpartum Conditions on Breastfeeding: A Cross-

- Sectional Study. Healthcare. 2024;12(2):248.  
doi:10.3390/healthcare12020248
85. Harrison V, Moore D, Lazard L. Supporting perinatal anxiety in the digital age; a qualitative exploration of stressors and support strategies. Vol. 20. 2020;20(1):363. doi:10.1186/s12884-020-02990-0
86. McCarthy M, Houghton C, Matvienko K. Women's experiences and perceptions of anxiety and stress during the perinatal period: a systematic review and qualitative evidence synthesis. Vol. 21. 2021;21(1):811. doi:10.1186/s12884-021-04271-w
87. White L, Kornfield S, Himes M, Forkpa M, Waller R, Gur R. The impact of postpartum social support on postpartum mental health outcomes during the COVID-19 pandemic. Vol. 26. 2023;26(4):531-41. doi:10.1007/s00737-023-01330-3
88. Lin H, Zehnah P, Koire A, Mittal L, Erdei C, Liu C. Maternal Self-Efficacy Buffers the Effects of COVID-19–Related Experiences on Postpartum Parenting Stress. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2022;51(2):177-94. doi:10.1016/j.jogn.2021.12.004
89. Díaz M, Vazquez S, Martínez A, Molina R, Galiano J. Prevalence and associated factors of anxiety in postpartum women. *Eur J Midwifery*. 2025;9(June):1-14. doi:10.18332/ejm/204308
90. Tauqeer F, Ceulemans M, Gerbier E, Passier A, Oliver A, Foulon V, et al. Mental health of pregnant and postpartum women during the third wave of the COVID-19 pandemic: a European cross-sectional study [Internet]. 2023. doi:10.1136/bmjopen-2022-063391

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Facultad de Ciencias  
de la Salud

**CARRERAS:**  
Medicina  
Odontología  
Enfermería  
Nutrición, Dietética y  
Estética  
Terapia Física

Tel.: 3804600  
Ext. 1801-1802  
www.ucsg.edu.ec  
Apartado 09-01-4671  
Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 13 de febrero del 2026

**Srta. Pincay Cabanilla Pierina Daniela**  
**Srta. Segovia Maldonado Dennys Nicole**  
Estudiantes de la Carrera de Enfermería  
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

Reciban un **cordial saludo** de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez les comunico, que su tema de trabajo de titulación, "**Ansiedad postparto en madres hospitalizadas en el área ginecológica del hospital Matilde Hidalgo de Procel**" ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, la tutora asignada es la Lic. Miriam Muñoz Aucapiña.

Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.

Atentamente,

**Lcda. Ángela Mendoza Vines**  
**Directora de la Carrera de Enfermería**  
**Universidad Católica de Santiago de Guayaquil**



cc. Archivo



Investigaciones Científicas AUTORIZA y APRUEBA la realización y ejecución del proyecto. Siendo 14:20 horas, del día diez de enero del dos mil veintiseis y tras haber concluido el acto y dando conformidad se procedió a firmar el presente dictamen por parte del presidente del comité de ética para investigaciones.

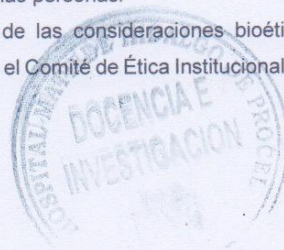
Guayaquil, 18 de marzo del 2026

## Hospital Especializado Matilde Hidalgo de Procel AVAL DEL COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN NO. 039/2026/MSP-DDEIHMHP-GYE

Una vez revisado el proyecto de investigación titulado: "Ansiedad postparto en madres hospitalizadas en el área ginecológica del hospital Matilde Hidalgo de Procel. un estudio cualitativo, presentado en calidad de autoras por las Srtas., Pincay Cabanilla Pierina y Segovia Maldonado Dennys estudiantes de internado de la carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, se procedió a evaluar el proyecto por el Comité de Ética Institucional, con el Código No. 039/2026/MSP-DDEIHMHP-GYE, de fecha 19 de febrero del 2026, en el que se refleja nuevo aporte teórico- práctico, relevancia social y científica a las Ciencias de la Salud, en vista a una de las políticas de salud pública que repercute en el bienestar materno fetal, con énfasis en los factores de riesgo, diagnóstico y pautas futuras que permitan reducir la morbimortalidad materno y perinatal.

El protocolo cumple con los estándares éticos establecidos en las normas internacionales. La metodología es apropiada en los términos de investigación correspondiente a aspectos éticos, legales y jurídicos. El investigador principal cuenta con la formación profesional y experiencia para el desarrollo del proyecto anteriormente citado. No existe manipulación de los sujetos de estudio y la investigación cumple con los aspectos de discrecionalidad con la institución objeto de estudio, respetando la privacidad y considerando los datos recolectados para efectos estrictamente académicos sin mencionar los datos de identidad de las personas.

Por lo tanto, una vez constatado el cumplimiento de las consideraciones bioéticas establecidas para investigaciones en seres humanos, el Comité de Ética Institucional de



Investigaciones Científicas **AUTORIZA y APRUEBA** la realización y ejecución del proyecto. Siendo 14:20 horas, del día diez de enero del dos mil veinticinco y da por concluido el acto y dando conformidad se procedió a firmar el presente dictamen por parte del presidente del comité de ética para investigaciones.



**DR. KEVIN CABRERA NAVARRETE**  
Presidente. CI: 0951832864  
Comité de Ética Institucional



# **Ansiedad postparto en madres hospitalizadas en el área ginecológica del hospital Matilde Hidalgo de Procel**

## **Encuesta**

### **Objetivo de la encuesta:**

- Recolectar información sociodemográfica, obstétrica de las madres en etapa de puerperio, con la finalidad de caracterizar a la población de estudio e identificar factores asociados relevantes, como antecedentes psicológicos, condiciones del parto y aspectos neonatales, que permitan contextualizar el análisis del trastorno de ansiedad postparto.

### **Instrucciones:**

- Lea cuidadosamente cada pregunta y marque con una (X) la alternativa que mejor represente su situación.
- La información brindada es confidencial y será utilizada únicamente con fines académicos.
- Se solicita responder con sinceridad para garantizar la validez de los resultados.
- No existen respuestas correctas o incorrectas.

#### **1. ¿Qué edad tiene usted?**

- a) 15 a 18 años
- b) 19 a 23 años
- c) 24 a 28 años
- d) 29 a 33 años
- e) Mayores a 34 años

#### **2. ¿Fuiste diagnosticada o presentaste alguna sintomatología previa al embarazo o en el embarazo de depresión?**

- a) Sí
- b) No

#### **3. ¿Fuiste diagnosticada o presentaste alguna sintomatología previa al embarazo o en el embarazo de ansiedad?**

- a) Sí
- b) No

#### **4. ¿Qué número de parto es el actual?**

- a) Primero (Primíparas)
- b) Segundo (Secundíparas)
- c) Tercero en adelante (Multíparas)

#### **5. ¿Su parto actual por cuál vía fue?**

- a) Parto Vaginal
- b) Parto por cesárea

**6. Antecedentes de abortos**

- a) Sí
- b) No

**7. Complicaciones neonatales**

- a) Sí
- b) No

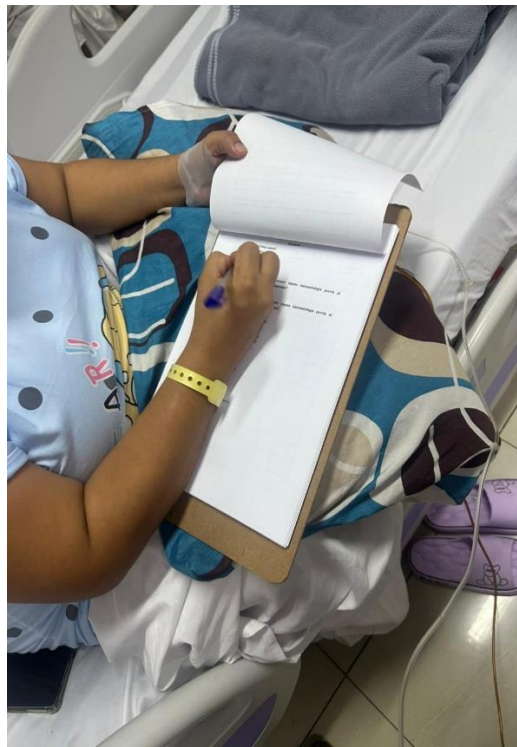
**8. Método de alimentación**

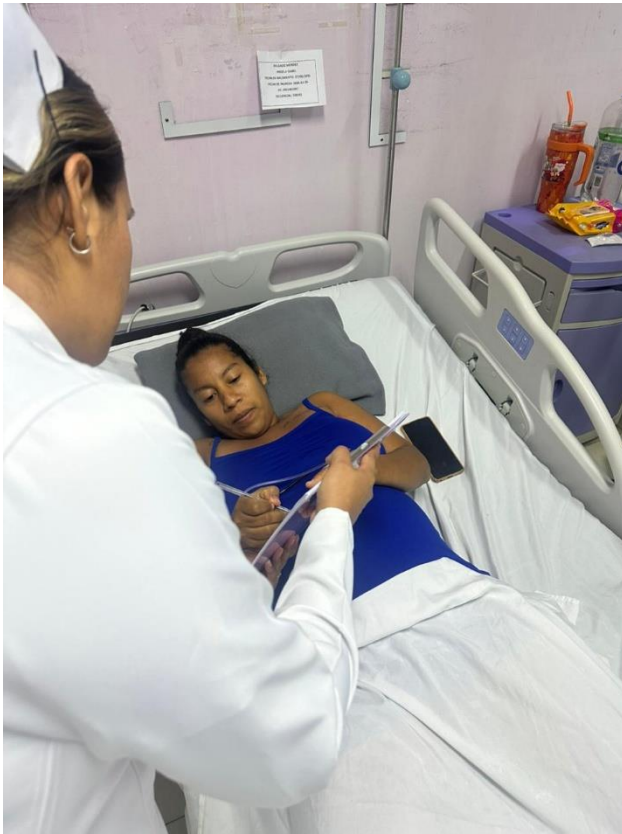
- a) Lactancia Materna
- b) Sucedáneos
- c) Mixta (materna y sucedáneos)

**Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS)**

	<b>No en absoluto</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Casi siempre</b>
<b>Me siento nerviosa o inquieta.</b>				
<b>Me siento tensa o estresada.</b>				
<b>Me siento preocupada todo el tiempo.</b>				
<b>Tengo miedo de lo que pueda pasar.</b>				
<b>Tengo pensamientos repetitivos que no puedo controlar.</b>				
<b>Me siento temerosa de que algo malo suceda.</b>				
<b>Siento que no puedo controlar mis miedos.</b>				
<b>Me siento constantemente preocupada por la salud de mi bebé.</b>				
<b>Me siento inquieta o agitada.</b>				
<b>Siento que mi mente está constantemente ocupada con pensamientos preocupantes.</b>				
<b>Tengo miedo de que algo pase con mi bebé.</b>				
<b>Me siento irritable o fácilmente molesta.</b>				
<b>Me siento sin esperanza respecto a lo que pueda suceder.</b>				
<b>Me siento preocupada por no ser capaz de manejar el estrés de ser madre.</b>				
<b>Me siento muy preocupada por la seguridad de mi bebé.</b>				
<b>Me siento demasiado preocupada por todo lo que está sucediendo.</b>				
<b>Siento que la ansiedad me está afectando físicamente.</b>				
<b>Me siento constantemente cansada por la ansiedad.</b>				
<b>Tengo miedo de estar perdiendo el control.</b>				
<b>Me cuesta calmarme cuando estoy nerviosa.</b>				

<b>Me siento agotada mentalmente por mis preocupaciones</b>				
<b>Siento que mis pensamientos me controlan en lugar de yo controlarlos.</b>				
<b>Me siento preocupada por mi capacidad para ser una buena madre.</b>				
<b>Tengo miedo de no ser capaz de hacer frente a todo lo que tengo que hacer.</b>				
<b>Me siento ansiosa por la posibilidad de complicaciones en el embarazo.</b>				
<b>Siento que no puedo relajarme.</b>				
<b>Me preocupa no estar preparada para la llegada del bebé.</b>				
<b>Me siento angustiada acerca de lo que sucederá después del parto.</b>				
<b>Siento que estoy constantemente al borde del llanto debido a la ansiedad.</b>				
<b>Me preocupa el futuro y lo que me deparará la maternidad.</b>				
<b>Me siento incapaz de hacer frente a los desafíos de la maternidad.</b>				





Guayaquil, 29 de abril del 2026.

## INFORME DE APTO



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Facultad de Ciencias  
de la Salud

Certifico que, una vez revisado el trabajo de titulación, con el tema: **Ansiedad postparto en madres hospitalizadas en el área ginecológica del hospital Matilde Hidalgo de Procel**; de los estudiantes: **Segovia Maldonado Dennys Nicole Pincay Cabanilla Pierina Daniela**, del nivel preprofesional de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, cumplieron con las actividades que a continuación se detallan:

- **Título:** claro, específico tiene relación con las rotaciones de su práctica preprofesional.
- **Planteamiento del problema:** incluye pertinencia y está delineado en relación con las líneas de investigación de la carrera.
- **Objetivos:** Los objetivos coherentes de acuerdo con el problema planteado.
- **Fundamentos conceptuales:** Coherentes con el problema de investigación.
- **Metodología:** estuvo basado en la estructura propuesta por la carrera.
- **Discusión:** Realizó la comparación de los resultados obtenidos en el trabajo de investigación con los publicados por otros autores.
- **Conclusiones y Recomendaciones:** hacen hincapié en la relación de la realidad del problema con la fundamentación conceptual y coherentes con los objetivos planteados.
- **Bibliografía:** cumplió con la norma Vancouver y con el número de libros solicitados.

Por lo anteriormente descrito, se las considera **APTOS** para pasar al oponente, habiendo cumplido con las 400 horas de entorno estudiantil.

**Atentamente**

Telf.: 3804600  
Ext. 1801-1802  
www.ucsg.edu.ec  
Apartado 09-01-4671  
Guayaquil-Ecuador



Miriam Jacqueline  
Muñoz Aucápina  
Time Stamping  
Security Data

**Lic. Miriam Muñoz A Mgs.**

**docente- tutora**



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Pincay Cabanilla, Pierina Daniela**, con C.C: **#0958657082**, autora del trabajo de titulación: **Ansiedad postparto en madres hospitalizadas en el área ginecológica del hospital Matilde Hidalgo de Procel**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, a los 1 días del mes mayo del año 2026



Validar electrónicamente en Firmadot.  
Firmado electrónicamente por:  
**PIERINA DANIELA  
PINCAY CABANILLA**

f. \_\_\_\_\_  
**Pincay Cabanilla, Pierina Daniela**

**CC: 0958657082**



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Segovia Maldonado, Dennys Nicole**, con C.C: **#0959062373**, autora del trabajo de titulación: **Ansiedad postparto en madres hospitalizadas en el área ginecológica del hospital Matilde Hidalgo de Procel**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, a los 1 días del mes mayo del año 2026



Validez otorgada en FICRER:  
Firma electrónicamente por:

**DENNYS NICOLE  
SEGOVIA MALDONADO**

f. \_\_\_\_\_

**Segovia Maldonado, Dennys Nicole**

**CC: 0959062373**

**REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

**FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Ansiedad postparto en madres hospitalizadas en el área ginecológica del hospital Matilde Hidalgo de Procel		
<b>AUTOR(ES)</b>	Pincay Cabanilla, Pierina Daniela Segovia Maldonado, Dennys Nicole		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Muñoz Aucapiña, Miriam Jacqueline		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Ciencias médicas		
<b>CARRERA:</b>	Enfermería		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Licenciado en enfermería		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	Mayo 2026	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	69 paginas
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Salud de la Mujer y Materno Infantil, Depresión Posparto, Psicología de la maternidad.		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Ansiedad Postparto, Dimensiones, Factores obstétricos, Niveles de ansiedad, Perinatal Anxiety Screening		

El trastorno de ansiedad postparto es una condición psicológica que afecta a muchas mujeres después del parto, caracterizada por una serie de síntomas que incluyen preocupación excesiva, miedo, estrés y una mente en constante estado de alerta que hace imposible conciliar el sueño e incluso relajarse. Objetivo: Identificar la ansiedad postparto en madres hospitalizadas en el área ginecológica del hospital Matilde Hidalgo de Procel. Metodología: Descriptivo, cuantitativo, prospectivo, transversal. Formaron parte 100 mujeres. Técnica: Encuesta Ad Hoc. Instrumento: Perinatal Anxiety Screening (Detección de ansiedad perinatal). Muestra: 100 mujeres. Resultados: Características obstétricas; 24 a 28 años (59%). Sobre sus antecedentes psicológicos, 33% antecedentes de depresión, 47% antecedentes de ansiedad, 52% son primíparas, parto vaginal (76,0%), 89% ausencia de antecedentes de abortos, 79% ausencia de complicaciones neonatales, 77% alimentación lactancia materna exclusiva. Ansiedad Postparto: 63% casi siempre sienten tensión, estrés, miedo al manejo del estrés de ser madre, con medias entre 2.19-2.18. Niveles de ansiedad: 66% presentaron niveles severos al contestar que presentaron clínica casi siempre o siempre, 28% nivel leve a moderada y 6% de los casos con ansiedad mínima. Conclusiones: Se identificó la ansiedad postparto en distintas púerperas, en su mayoría presentaban clínica de temor en lo que respecta a no sentirse preparadas para ser madres, miedo por el bebé, etc., donde participan distintas variables obstétricas, por lo que, se requiere una intervención a la salud mental de estas pacientes.

<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0969052092 0959004150	<b>E-mail:</b> pierina.pincay@cu.ucsg.edu.ec dennys.segovia@cu.ucsg.edu.ec
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):</b>	<b>Nombre: Lcda. Geny Margoth Rivera Salazar, Mgs</b> <b>Teléfono: +593 99 309 5069</b> <b>E-mail: geny.rivera@cu.ucsg.edu.ec</b>	

**SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA**

<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>	
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>	