

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

***“ANSIEDAD MATERNA Y DEPRESIÓN PRENATAL DURANTE LA
GESTACIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADAS DEL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, FEBRERO 2026: TRANSVERSAL
ANALÍTICO”***

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORA:

BACH. MEJÍA SAUCEDO JHOANA ISAMAR

Código ORCID: 0009-0007-3496-7729

ASESOR:

DR. JORGE ARTURO COLLANTES CUBAS

Código ORCID: 0000-0002-3333-7019

Cajamarca, Perú

2026



CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: MEJÍA SAUCEDO, Jhoana Isamar
DNI: 76413058
Escuela Profesional: Medicina Humana
2. Asesor: M.C. Mtro. JORGE ARTURO COLLANTES CUBAS
3. Facultad/ Unidad UNC: Facultad de Medicina
4. Grado Académico o título Profesional: Título de Médico Cirujano
5. Tipo de Investigación: Tesis
6. Título de Trabajo de Investigación: **ANSIEDAD MATERNA Y DEPRESIÓN PRENATAL DURANTE LA GESTACIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, FEBRERO 2026: TRANSVERSAL ANALÍTICO**
7. Fecha de Evaluación: 10/03/2026
8. Software Antiplagio: TURNITIN
9. Porcentaje de Informe de Similitud: 16%
10. Código Documento: oid: 3117:565976388
11. Resultado de la Evaluación de Similitud: **APROBADO**

Cajamarca, 10 de marzo del 2026



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Dr. Enzo Renato Bazualdo Fiorini
DIRECTOR (e)

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, en primer lugar, a Dios, por brindarme salud, fortaleza y sabiduría para afrontar cada desafío presentado a lo largo de este camino académico, y por permitirme cumplir uno de los sueños más importantes de mi vida. Su guía y protección han sido fundamentales para perseverar y seguir adelante incluso en los momentos más difíciles.

A mis padres, María Saucedo y Arnulfo Mejía, por su amor incondicional, por ser mi mayor inspiración y el motivo que me impulsa a seguir superándome cada día. Gracias por su esfuerzo, sacrificio y apoyo constante en cada uno de los proyectos de mi vida, por enseñarme el valor de la perseverancia y por creer siempre en mí incluso cuando las circunstancias parecían difíciles.

A mi familia, por su apoyo incondicional, comprensión y palabras de aliento en cada paso de este camino. Su compañía, cariño y confianza han sido una fuente permanente de motivación para continuar avanzando y alcanzar cada una de mis metas.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Cajamarca por abrirme sus puertas y brindarme las herramientas necesarias para lograr mi desarrollo personal y académico. A través de su formación y compromiso con la educación, me permitió crecer, fortalecer mis conocimientos y prepararme profesionalmente para contribuir al bienestar de la sociedad.

A mis maestros, por su vocación, paciencia y dedicación en la transmisión de conocimientos, valores y experiencias que contribuyeron de manera significativa a mi formación profesional. Su guía y enseñanza han sido fundamentales en este proceso de aprendizaje.

Al Hospital Regional Docente de Cajamarca, por permitirme realizar el presente estudio y brindarme las facilidades necesarias para la aplicación de encuestas y la recolección de datos. Su colaboración fue esencial para el desarrollo de esta investigación.

A mi asesor, por su orientación constante, apoyo profesional y disposición para guiar cada etapa del desarrollo de este trabajo de investigación, contribuyendo significativamente a su culminación.

Finalmente, a las gestantes que participaron en este estudio, por su disposición, confianza y colaboración. Su participación no sólo hizo posible la realización de esta investigación, sino que también representó una valiosa fuente de aprendizaje humano y profesional.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

La presente investigación fue financiada con recursos propios del investigador, sin recibir apoyo económico de instituciones públicas o privadas. Los gastos relacionados con la recolección, procesamiento y análisis de los datos fueron asumidos íntegramente por el investigador.

CONFLICTO DE INTERESES

El investigador declara no presentar conflictos de interés de carácter personal, académico, laboral o financiero que puedan influir en el desarrollo, análisis o interpretación de los resultados de la presente investigación.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre la ansiedad materna y la depresión prenatal en gestantes hospitalizadas del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante febrero de 2026, así como evaluar su relación con características sociodemográficas y obstétricas.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, cuantitativo, analítico y de corte transversal. La muestra fue de 99 gestantes hospitalizadas evaluadas mediante la versión española del *Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire* (PRAQ-20) para ansiedad materna y *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) para depresión prenatal. Las variables sociodemográficas y obstétricas se recolectaron mediante un cuestionario. El análisis bivariado se realizó utilizando la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. A la relación entre ambas se aplicó los coeficientes Rho de Spearman y Tau de Kendall. **Resultados:** El 48.5% de las gestantes presentó ansiedad moderada y el 20.2% ansiedad alta, mientras que el 13.1% mostró riesgo leve de depresión y el 6.1% depresión prenatal probable. Se evidenció una asociación positiva moderada y estadísticamente significativa entre ansiedad materna y depresión prenatal ($\chi^2=28.075$; $p<0.001$; $V=0.377$; $p=0.474$). El 55.0% de las gestantes con ansiedad alta presentó algún nivel de depresión, frente al 0% con ansiedad baja. Las variables asociadas significativamente fueron la edad gestacional, la edad materna y el estado civil. La regresión logística ordinal mostró que la ansiedad materna fue un predictor independiente de depresión prenatal (ORa=10.10; IC95%: 2.778–36.712; $p<0.001$). **Conclusiones:** La ansiedad materna y la depresión prenatal presentan una prevalencia relevante en gestantes hospitalizadas.

Palabras clave: Ansiedad Materna, Depresión Prenatal, Gestación

ABSTRACT

Objective: To determine the association between maternal anxiety and prenatal depression in pregnant women hospitalized at the Hospital Regional Docente de Cajamarca during February 2026, and to evaluate its relationship with sociodemographic and obstetric characteristics. **Methods:** An observational, quantitative, analytical, and cross-sectional study was conducted. The sample consisted of 99 hospitalized pregnant women evaluated using the Spanish version of the Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire (PRAQ-20) for maternal anxiety and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for prenatal depression. Sociodemographic and obstetric variables were collected through a structured questionnaire. Bivariate analysis was performed using Pearson's Chi-square test. The relationship between both scales was assessed using Spearman's Rho and Kendall's Tau correlation coefficients. **Results:** A total of 48.5% of the participants presented moderate anxiety and 20.2% high anxiety, while 13.1% showed mild risk of depression and 6.1% probable prenatal depression. A moderate and statistically significant positive association was found between maternal anxiety and prenatal depression ($\chi^2=28.075$; $p<0.001$; $V=0.377$; $p=0.474$). Among women with high anxiety, 55.0% presented some level of depression, compared with 0% among those with low anxiety. The variables significantly associated were gestational age, maternal age, and marital status. Ordinal logistic regression showed that maternal anxiety was an independent predictor of prenatal depression (aOR=10.10; 95% CI: 2.778–36.712; $p<0.001$). **Conclusions:** Maternal anxiety and prenatal depression show a relevant prevalence among hospitalized pregnant women.

Keywords: Maternal Anxiety, Prenatal Depression, Pregnancy

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
FUENTES DE FINANCIAMIENTO.....	3
CONFLICTO DE INTERESES.....	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	8
Antecedentes.....	8
Justificación.....	12
Formulación del problema.....	13
Objetivos.....	13
Hipótesis.....	14
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS.....	15
Diseño del estudio.....	15
Población.....	15
Muestra.....	16
Definición operacional de variables.....	16
Procedimientos y técnicas.....	17
Aspectos éticos del estudio.....	18
Plan de análisis.....	19
Financiamiento.....	19
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	20
Análisis univariado.....	20
Análisis bivariado.....	24
Análisis Multivariado.....	28
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	33
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.....	39
CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES.....	40
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
CAPÍTULO VIII: ANEXOS.....	46
ANEXO 01: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46
ANEXO 02: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	50
ANEXO 3: DESARROLLO COMPLETO DE LA TABLA NÚMERO 4.....	52
ANEXO 4: CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO CONTINUO DEL DOCENTE ASESOR PARA EJECUCIÓN DE TESIS DE GRADO.....	53
ANEXO 5: CONSTANCIA DE EVALUACIÓN CONTÍNUA FIRMADA DURANTE LA EJECUCIÓN DE LA TESIS DE GRADO.....	54
ANEXO 6: RÚBRICA USADA POR EL AUTOR Y ASESOR PARA EVALUAR TESIS SEGÚN TIPO DE ESTUDIO OBSERVACIONAL – TRANSVERSAL SEGÚN CRITERIOS STROBE.....	55
ANEXO 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características generales de la muestra.....	20
Tabla 2. Distribución de Niveles de Ansiedad Materna (PRAQ-20).....	23
Tabla 3. Distribución de Niveles de Depresión Prenatal (EPDS).....	23
Tabla 4.1. Variables significativamente asociadas al Nivel de Ansiedad Materna...	24
Tabla 4.2. Variables significativamente asociadas al Nivel de Depresión Prenatal..	26
Tabla 5. Kruskal-Wallis: Rango Promedio por Variable según Nivel de Ansiedad y Depresión.....	28
Tabla 6. Estadísticos de asociación entre ansiedad materna y depresión prenatal.	30
Tabla 7. Asociación entre la ansiedad materna y la depresión prenatal en las gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante febrero de 2026.....	31
Tabla 4. Análisis bivariado asociación entre variables sociodemográficas/obstétricas y los niveles de ansiedad y depresión prenatal..	52

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de selección.....	20
--------------------------------------	----

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Antecedentes

En el contexto internacional encontramos que Vásquez, M. et al. (1) en su estudio titulado: Spanish Brief Version of the Pregnancy Related Anxiety Questionnaire: PRAQ-20 en el año 2021, desarrollaron y validaron una versión breve en español del Pregnancy Related Anxiety Questionnaire (PRAQ), el cuál se estructuró con cinco opciones de respuesta en formato Likert (1 a 5), permitiendo un rango total de puntajes entre 20 y 100, donde se estableció un punto de corte en ≥ 67 puntos (p 85) para identificar gestantes con elevados niveles de ansiedad relacionada con el embarazo. Por otro lado, Hassanzadeh Bashtian, M. et al. (2) en su estudio durante el año 2025 encontraron la relación entre la preocupación, la ansiedad y el estado de salud general en gestantes que enfrentan el riesgo de diagnóstico de anomalías fetales durante la gestación. Los resultados mostraron que la media de edad de las participantes fue 28.13 ± 6.17 años, con un puntaje medio de salud general de 15.49 ± 7.14 , de preocupación de 16.81 ± 11.74 y de ansiedad de 45.12 ± 6.06 . Se observó una correlación positiva y significativa entre el estado general de salud y la preocupación ($r = 0.374$), así como entre la salud general y la ansiedad ($r = 0.160$). Según Redondo, M. et al (3) en su estudio publicado en el año 2021, se determinaron la descripción de los niveles de ansiedad relacionada con el embarazo y el estrés percibido a lo largo de los tres trimestres de gestación y comparar dichos niveles según variables obstétricas y ginecológicas en una muestra de 176 mujeres embarazadas. Los resultados mostraron que la prevalencia de ansiedad fue más alta en el primer trimestre (23.9 %) y disminuyó durante el segundo (17 %) y tercer trimestre (17.6 %), mientras que los niveles medios de estrés fueron progresivamente mayores, alcanzando su punto máximo en el tercer trimestre (49.74 puntos). Según Ptak, A. et al. (4) En su estudio realizaron el análisis comparativo de la presencia de ansiedad, estrés y síntomas depresivos en mujeres embarazadas que requerían hospitalización por complicaciones del embarazo frente a aquellas que cursan la gestación sin necesidad de internamiento. La muestra estuvo conformada por 88 mujeres embarazadas, distribuidas en dos grupos: un grupo de gestantes hospitalizadas y otro de gestantes no hospitalizadas. Los resultados evidenciaron que, independientemente de la condición de hospitalización, las gestantes presentaron niveles elevados de alteraciones emocionales. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en el estado de ánimo, con mayores puntuaciones depresivas en el grupo de gestantes hospitalizadas. Respecto a Simonovich SD., et al (5) en su meta-análisis, actualizaron la evidencia estadounidense sobre depresión durante el embarazo y dos desenlaces obstétricos

de alto impacto: parto pretérmino y bajo peso al nacer. En el análisis agrupado, la depresión durante la gestación se asoció con mayor probabilidad de parto pretérmino (OR 1.46; IC95%: 1.20–1.78) y de bajo peso al nacer (OR 1.90; IC95%: 1.31–2.74). El artículo subraya la relevancia sanitaria y de equidad: la depresión no tratada en el embarazo no solo es frecuente, sino que se vincula con desenlaces perinatales adversos, y plantea el tamizaje universal, la derivación oportuna y el reembolso de la atención en salud mental durante el control prenatal. El análisis de Tang C., et al. (6) en su investigación durante el año 2025, el cuál fue un estudio multicéntrico y transversal donde evaluaron depresión antenatal en parejas (gestante y pareja). Entre noviembre de 2023 y junio de 2024, se encuestaron 2,460 parejas en la provincia de Anhui (China). A nivel descriptivo, el trabajo estimó que la depresión antenatal (según EPDS) no es exclusiva de un solo miembro: la prevalencia fue 16.4% en mujeres, 14.6% en varones, y 3.3% como comorbilidad dentro de la pareja. En el análisis de factores asociados, se identificaron como variables clave para depresión materna y paterna: distrés marital, embarazo no planificado, antecedente personal de depresión y síntomas depresivos en la pareja. En mujeres, se asociaron factores socioeconómicos (menor educación e ingresos) y la relación con la suegra.

A nivel nacional, Meneses-Claudio, B., et al (7) en su estudio de tipo cuantitativo y descriptivo transversal en el año 2023 evaluaron la presencia de ansiedad en 660 mujeres gestantes que acudieron a un hospital para atención prenatal durante la pandemia de COVID-19 en Lima, Perú. Los resultados mostraron que una mayoría significativa de participantes presentó niveles moderados de ansiedad (84,1 %), mientras que 13,5 % de las gestantes exhibió alta ansiedad y solo 2,4 % presentó baja ansiedad. Por otro lado, Jimenez Montes, K. M. A., Huayamores Moreno, M. B. (8) en su tesis titulada: nivel de ansiedad por el embarazo en mujeres gestantes según factores epidemiológicos en el Hospital Vitarte, Lima 2024 realizaron un estudio descriptivo comparativo transversal con 120 gestantes atendidas en el Hospital Vitarte en 2024, con el objetivo de determinar los niveles de ansiedad específicamente relacionada con el embarazo según factores epidemiológicos. Los resultados mostraron que en general predominó un nivel alto de ansiedad, especialmente en torno a la integridad del bebé (61,7 %) y en gestantes con antecedentes de gestaciones complicadas. Se identificaron asociaciones significativas entre niveles específicos de ansiedad y variables como edad, paridad, ingreso económico y antecedentes obstétricos, sugiriendo que factores epidemiológicos pueden modular la experiencia ansiosa durante la gestación.

A nivel local, Sánchez Pérez, C. L. (9) en su estudio titulado Nivel De Ansiedad En Gestantes Del Puesto De Salud Chontapaccha Cajamarca, 2020, tuvo como objetivo determinar el nivel de ansiedad (estado y rasgo) en mujeres gestantes que acudieron al Puesto de Salud Chontapaccha en el año 2020. Los resultados mostraron que la mayoría de las gestantes presentaban niveles altos de ansiedad tanto en la dimensión de estado (74,5 %) como en la de rasgo (72,3 %), mientras que los niveles medio y bajo fueron menos frecuentes en ambas dimensiones.

La ansiedad y la depresión son trastornos emocionales frecuentes que afectan el bienestar psicológico y el funcionamiento cotidiano. Durante la gestación adquieren especial relevancia, ya que los cambios biológicos, psicológicos y sociales propios de esta etapa pueden favorecer su aparición o intensificación. (10, 11, 12)

La ansiedad se define como un estado emocional caracterizado por inquietud, tensión y aprensión ante situaciones percibidas como amenazantes. Aunque en condiciones normales cumple una función adaptativa, cuando su intensidad o persistencia es excesiva puede adquirir un carácter patológico. Clínicamente se manifiesta mediante preocupaciones excesivas, pensamientos anticipatorios negativos y síntomas físicos como taquicardia, sudoración, tensión muscular o alteraciones del sueño. En el embarazo suele relacionarse con preocupaciones sobre la salud del feto, el parto y el rol materno. (13, 14, 15)

La depresión, por su parte, es un trastorno caracterizado por tristeza persistente, pérdida de interés, alteraciones cognitivas y deterioro funcional. Según el DSM-5-TR, el trastorno depresivo mayor se diagnostica cuando síntomas como ánimo deprimido o anhedonia persisten al menos dos semanas y generan afectación clínica significativa. La Organización Mundial de la Salud la reconoce como una de las principales causas de discapacidad global, con mayor prevalencia en mujeres en edad reproductiva. (16, 17, 18)

En el periodo perinatal, la depresión puede presentarse durante el embarazo o el posparto, manifestándose con tristeza persistente, irritabilidad, sentimientos de culpa, alteraciones del sueño y del apetito, fatiga y disminución del autocuidado. Durante la gestación, estos síntomas pueden confundirse con cambios fisiológicos del embarazo, lo que dificulta su detección temprana y resalta la importancia de su identificación oportuna en la atención materna. (17, 18)

El embarazo constituye una etapa de cambios biológicos, psicológicos y sociales que pueden aumentar la vulnerabilidad emocional de la mujer. Desde el punto de vista biológico, las variaciones hormonales propias de la gestación, especialmente en progesterona, estrógenos y cortisol, influyen en el sistema nervioso central y en

los mecanismos de regulación emocional, modificando la respuesta al estrés y el estado de ánimo. (19, 20)

En el ámbito psicológico y social, la gestación implica la adaptación a un nuevo rol e identidad, acompañada de expectativas y preocupaciones relacionadas con la evolución del embarazo, la salud del feto y el proceso del parto. Factores como el apoyo social, la estabilidad de la relación de pareja y las condiciones socioeconómicas influyen significativamente en el bienestar emocional de la gestante. (19, 21, 22, 23)

La salud mental durante la gestación es un componente fundamental del bienestar materno y del adecuado desarrollo del embarazo. La evidencia científica señala que el embarazo no protege frente a alteraciones psicológicas; por el contrario, los cambios fisiológicos, emocionales y sociales propios de esta etapa pueden aumentar la susceptibilidad a trastornos como la ansiedad y la depresión, los cuales pueden presentarse de forma aislada o coexistir. (24, 25, 26)

Estos trastornos se asocian con deterioro de la calidad de vida, menor adherencia al control prenatal, percepción negativa del embarazo y alteraciones en el vínculo madre-feto, además de mayor riesgo de problemas de salud mental en el posparto y resultados obstétricos desfavorables. Sin embargo, suelen permanecer sub diagnosticados debido a la superposición con cambios fisiológicos del embarazo y a limitaciones en los sistemas de salud, lo que resalta la importancia de integrar la evaluación de la salud mental en la atención prenatal. (20, 27)

La ansiedad materna durante la gestación se define como un estado emocional caracterizado por preocupaciones y temores relacionados con el embarazo, el bienestar fetal, el parto y las responsabilidades de la maternidad. Su aparición responde a la interacción de factores individuales y contextuales, como la vulnerabilidad psicológica, el apoyo social, las condiciones socioeconómicas y las experiencias obstétricas previas, lo que explica la variabilidad en su intensidad y manifestación. En investigación, suele abordarse desde una perspectiva dimensional que permite identificar distintos niveles de severidad y facilitar la detección temprana de síntomas ansiosos durante el control prenatal. (28, 29)

La ansiedad materna es un fenómeno multifactorial asociado a factores sociodemográficos, psicosociales y obstétricos, como edad materna extrema, bajo nivel educativo, condiciones socioeconómicas desfavorables, escaso apoyo social, eventos estresantes o antecedentes de complicaciones obstétricas. Su presencia durante la gestación se ha relacionado con menor bienestar emocional y menor adherencia al control prenatal, así como con posibles efectos en el feto y el recién

nacido, incluyendo alteraciones del neurodesarrollo y mayor reactividad al estrés, lo que resalta la importancia de su detección temprana. (30, 31, 32, 33, 34)

La depresión perinatal es un trastorno del estado de ánimo que puede presentarse durante el embarazo o el posparto y se caracteriza por síntomas depresivos persistentes que afectan el bienestar emocional, funcional y social de la mujer. Su aparición se relaciona con factores biológicos, psicológicos y sociales, como fluctuaciones hormonales, antecedentes de depresión o ansiedad, bajo nivel socioeconómico, escaso apoyo social o violencia de pareja. Además, se asocia con deterioro del funcionamiento social y familiar, menor adherencia al control prenatal y, en casos severos, conductas de riesgo. También se ha vinculado con resultados obstétricos adversos, como parto pretérmino, bajo peso al nacer y alteraciones en el vínculo madre-hijo y en el desarrollo emocional infantil, lo que resalta la importancia de su detección temprana. (11, 35, 36, 37, 38, 39)

La evaluación de la salud mental durante la gestación requiere instrumentos específicos que permitan identificar adecuadamente los síntomas de ansiedad y depresión propios de esta etapa. El Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire-20 (PRAQ-20) es un instrumento psicométrico diseñado para evaluar la ansiedad específica del embarazo. Deriva del PRAQ y del PRAQ-R y se basa en el concepto de ansiedad gestacional como un fenómeno distinto de la ansiedad general. Consta de 20 ítems que evalúan dimensiones como el miedo al parto, la preocupación por la salud del feto y la ansiedad relacionada con los cambios corporales y el rol materno. Sus respuestas se registran en una escala tipo Likert y el puntaje total refleja el nivel global de ansiedad materna. Diversos estudios han demostrado adecuadas propiedades psicométricas, incluyendo consistencia interna y validez. (40)

La Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) es uno de los instrumentos de tamizaje más utilizados para detectar síntomas depresivos durante el periodo perinatal. Es una escala autoadministrada de 10 ítems que evalúa síntomas emocionales y cognitivos en los últimos siete días, con un puntaje total entre 0 y 30. Su diseño evita la inclusión de síntomas somáticos, lo que facilita diferenciar la depresión de los cambios fisiológicos del embarazo. Presenta adecuada validez y confiabilidad, y comúnmente se utilizan puntos de corte ≥ 10 para identificar síntomas depresivos clínicamente relevantes y ≥ 13 para probable depresión moderada o severa. (41, 42, 43)

Justificación

La ansiedad y la depresión durante la gestación constituyen problemas relevantes de salud mental que con frecuencia permanecen sub diagnosticados, especialmente

en contextos hospitalarios donde la atención suele centrarse en las condiciones clínicas que motivan la hospitalización. Los cambios físicos, hormonales y emocionales propios del embarazo, junto con la presencia de complicaciones obstétricas y la incertidumbre sobre la evolución del embarazo, pueden favorecer la aparición o intensificación de síntomas ansiosos y depresivos, afectando el bienestar integral de la gestante.

Desde la perspectiva científica, este estudio aporta evidencia local sobre la presencia de ansiedad materna y depresión prenatal en gestantes hospitalizadas, un grupo poco estudiado en el contexto nacional. El uso de instrumentos validados como el Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire (PRAQ-20) y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) permitirá una evaluación estandarizada, contribuyendo a ampliar el conocimiento disponible y facilitando la comparación con investigaciones previas.

Finalmente, desde el enfoque social e institucional, los resultados permitirán visibilizar la importancia de la salud mental en la atención prenatal y promover la sensibilización del personal de salud para la detección temprana de estas condiciones. Asimismo, el estudio es viable debido a su diseño observacional, el uso de instrumentos de fácil aplicación y la accesibilidad de la población de estudio en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Formulación del problema

¿Cuáles son los niveles de ansiedad materna y depresión prenatal durante la gestación en pacientes hospitalizadas del Hospital Regional Docente de Cajamarca, febrero 2026?

Objetivos

OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre ansiedad materna y depresión prenatal en gestantes hospitalizadas del Hospital Regional Docente de Cajamarca, febrero 2026.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar la distribución de los niveles de ansiedad materna (bajo, moderado y alto) en gestantes hospitalizadas del Hospital Regional Docente de Cajamarca, febrero 2026.
- Estimar la distribución de los niveles de depresión prenatal (sin depresión, riesgo leve y depresión prenatal probable) en gestantes hospitalizadas del Hospital Regional Docente de Cajamarca, febrero 2026.

- Evaluar la asociación entre los niveles de ansiedad materna y depresión prenatal con las características sociodemográficas y obstétricas en gestantes hospitalizadas del Hospital Regional Docente de Cajamarca, febrero 2026.

Hipótesis

Hipótesis general

H1: Existe relación entre ansiedad materna y depresión prenatal en pacientes gestantes hospitalizadas del Hospital Regional Docente de Cajamarca, febrero 2026.

H0: No existe relación entre ansiedad materna y depresión prenatal en pacientes gestantes hospitalizadas del Hospital Regional Docente de Cajamarca, febrero 2026.

CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

El presente estudio corresponde a una investigación de enfoque cuantitativo, de tipo observacional, debido a que no se realiza ninguna intervención sobre las variables de estudio, limitándose a la medición de los niveles de ansiedad materna y depresión prenatal, así como al análisis de las características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes tal como se presentan en el contexto hospitalario. Según la temporalidad, el estudio es de tipo transversal, ya que la recolección de los datos se realiza en un único momento durante el periodo de hospitalización de las gestantes, lo que permite evaluar simultáneamente las variables de interés sin realizar seguimiento en el tiempo. En relación con el diseño, se analiza una población definida de gestantes hospitalizadas en un periodo determinado, evaluando en un mismo corte temporal tanto las variables independientes, correspondientes a las características sociodemográficas y obstétricas, como las variables dependientes, representadas por la ansiedad materna y la depresión prenatal. Asimismo, el estudio presenta un nivel analítico, ya que además de describir la frecuencia y los niveles de ansiedad materna y depresión prenatal, se busca evaluar la asociación entre estas variables y los factores sociodemográficos y obstétricos mediante el uso de análisis estadístico inferencial. (44, 45, 46, 47)

Población

La población estuvo constituida por todas las gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante febrero de 2026 que cumplan los criterios de inclusión. Con base en la estimación del periodo previo, se proyectó una población aproximada de 120 gestantes hospitalizadas.

Criterio de inclusión

Gestantes de 18 años o más hospitalizadas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante febrero de 2026, con capacidad para responder los cuestionarios PRAQ-20 y EPDS durante el periodo de hospitalización.

Criterio de exclusión

Gestantes con alteración del estado de conciencia, bajo sedación o con alguna condición clínica o diagnóstico psiquiátrico agudo descompensado que impida responder adecuadamente los cuestionarios.

Muestra

A partir de la estimación según el periodo de febrero 2025 con 120 gestantes, se analizaron a todas las pacientes gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia que cumplieran con los criterios de inclusión y no tuvieran criterios de exclusión, se aplicó un muestreo censal de todas las gestantes hospitalizadas obteniéndose así una muestra de 99 gestantes hospitalizadas que fueron evaluadas con los cuestionarios de factores sociodemográficos, obstétricos y con los cuestionarios PRAQ-20 y EPDS.

Definición operacional de variables

Variable dependiente

Niveles de depresión prenatal durante la gestación: Se definió como el nivel de sintomatología depresiva presente durante el embarazo, evaluado mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). La puntuación total oscila entre 0 y 30 puntos y se clasificó en: sin depresión (0–9 puntos), riesgo leve de depresión (10–12 puntos) y depresión prenatal probable (≥ 13 puntos).

Variable independiente

Niveles de ansiedad materna durante la gestación: Se definió como el nivel de ansiedad relacionada específicamente con el embarazo, evaluado mediante el Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire (PRAQ-20). La puntuación total se clasificó en ansiedad baja (≤ 40 puntos), moderada (41–60 puntos) y alta (≥ 61 puntos).

Covariables

1. **Edad materna:** Se definió como la edad cronológica de la gestante expresada en años cumplidos al momento de la hospitalización, obtenida a partir de la historia clínica.

2. **Estado civil:** Se definió como la condición conyugal de la gestante al momento del estudio, registrada en la historia clínica y categorizada según el estado civil reportado.
3. **Nivel educativo:** Se definió como el máximo nivel de estudios alcanzado por la gestante al momento de la evaluación, según lo consignado en la historia clínica o referido por la participante.
4. **Procedencia:** Se definió como el lugar de residencia habitual de la gestante, clasificado según el ámbito de procedencia registrado en la historia clínica.
5. **Ocupación:** Se definió como la actividad laboral principal que desempeña la gestante al momento del estudio, registrada según el reporte de la participante o la información consignada en la historia clínica.
6. **Edad gestacional:** Se definió como el tiempo de gestación expresado en semanas al momento de la hospitalización, determinado según la fecha de última menstruación o la edad gestacional estimada en la historia clínica. La edad gestacional se clasificó en tres trimestres: primer trimestre hasta las 13 semanas con 6 días, segundo trimestre de 14 a 27 semanas con 6 días y tercer trimestre a partir de las 28 semanas de gestación. (48)
7. **Gestaciones previas:** Se definió como el número de embarazos que la gestante ha tenido antes del embarazo actual, registrado según los antecedentes obstétricos consignados en la historia clínica. La paridad se definió según el número de partos previos con edad gestacional ≥ 22 semanas, clasificándose en nulípara (0 partos), primípara (1 parto), multípara (2 a 4 partos) y gran multípara (≥ 5 partos). (49)
8. **Motivo de hospitalización:** Se definió como la condición clínica u obstétrica que determinó el ingreso hospitalario de la gestante, según el diagnóstico registrado en la historia clínica.
9. **Antecedente de gestación complicada:** Se definió como la presencia de antecedentes de complicaciones obstétricas en embarazos previos, tales como preeclampsia, parto pretérmino, aborto u otras complicaciones registradas en la historia clínica. (50)

Procedimientos y técnicas

Se desarrolló una ficha de recolección de datos teniendo en cuenta los factores sociodemográficos y obstétricos más importantes en relación a las variables a estudiar según la investigación realizada; a la cuál se le agregaron las escalas PRAQ-20 y EPDS.

Con base en la estimación correspondiente al periodo de febrero de 2026, en el cual se registraron 120 gestantes hospitalizadas, se incluyó en el estudio a todas las pacientes internadas en el servicio de ginecología y obstetricia que cumplieron con los criterios de inclusión y no presentaron criterios de exclusión.

Se aplicó la encuesta en formato físico a todas las gestantes que brindaron su consentimiento posterior a la explicación del consentimiento informado, posterior al mes de estudio se encontró que se tuvo una muestra de 90 pacientes quienes cumplían los criterios de inclusión y no presentaban criterios de exclusión.

Una vez concluida esta etapa, se elaboró la matriz de datos en Google Spreadsheets, la cual posteriormente fue exportada e ingresada al programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 26.0 para su procesamiento y análisis.

Aspectos éticos del estudio

La investigación se llevó a cabo observando estrictamente los principios éticos que orientan la investigación en seres humanos, garantizando el respeto a la dignidad, los derechos y la integridad de las participantes. El desarrollo del estudio se sustentó en los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, procurando una actuación responsable y ética en todas las etapas del proceso investigativo.

La participación de las gestantes en el estudio fue completamente voluntaria. Previo a la recolección de datos, las participantes recibieron una explicación clara y comprensible sobre los objetivos, procedimientos, beneficios y posibles riesgos del estudio. Posteriormente, otorgaron su consentimiento informado por escrito, dejando constancia de su decisión libre de participar, con la garantía de que pudieron retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello afectara la atención de salud que recibían. El modelo de consentimiento informado se adjuntó como el Anexo 2.

La información recopilada fue manejada con estricta confidencialidad. Los datos obtenidos mediante los instrumentos de medición y la revisión de historias clínicas fueron codificados y utilizados exclusivamente con fines académicos y científicos. En ningún momento se registraron datos que permitieran identificar a las participantes, y los resultados fueron presentados de manera agrupada, evitando cualquier forma de individualización.

Al tratarse de un estudio observacional y sin intervención directa, no se anticiparon riesgos físicos para las participantes. Sin embargo, considerando que la evaluación de ansiedad y depresión prenatal podía generar incomodidad o malestar emocional, se contempló la orientación y derivación oportuna a los servicios correspondientes

en aquellos casos en que se identificaron puntajes elevados que sugerían riesgo para la salud mental, de acuerdo con los protocolos institucionales vigentes.

Finalmente, el proyecto fue sometido a la revisión y aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Nacional de Cajamarca, así como a las autorizaciones administrativas del Hospital Regional Docente de Cajamarca antes de su ejecución. De esta manera, se aseguró el cumplimiento de las normativas éticas y legales vigentes, resguardando la integridad de las participantes y la validez ética del estudio.

Plan de análisis

La información recopilada se ingresó en una base de datos electrónica tras realizar la codificación correspondiente de las variables y posteriormente fue analizada utilizando el programa IBM SPSS Statistics versión 26.0. El procesamiento estadístico se organizó en tres etapas: análisis univariado, bivariado y multivariado, en concordancia con los objetivos planteados en la investigación.

Para el análisis univariado, se realizó un análisis de las características basales de toda la muestra que se presentó, posteriormente se realizó el análisis descriptivo según ansiedad materna y depresión prenatal.

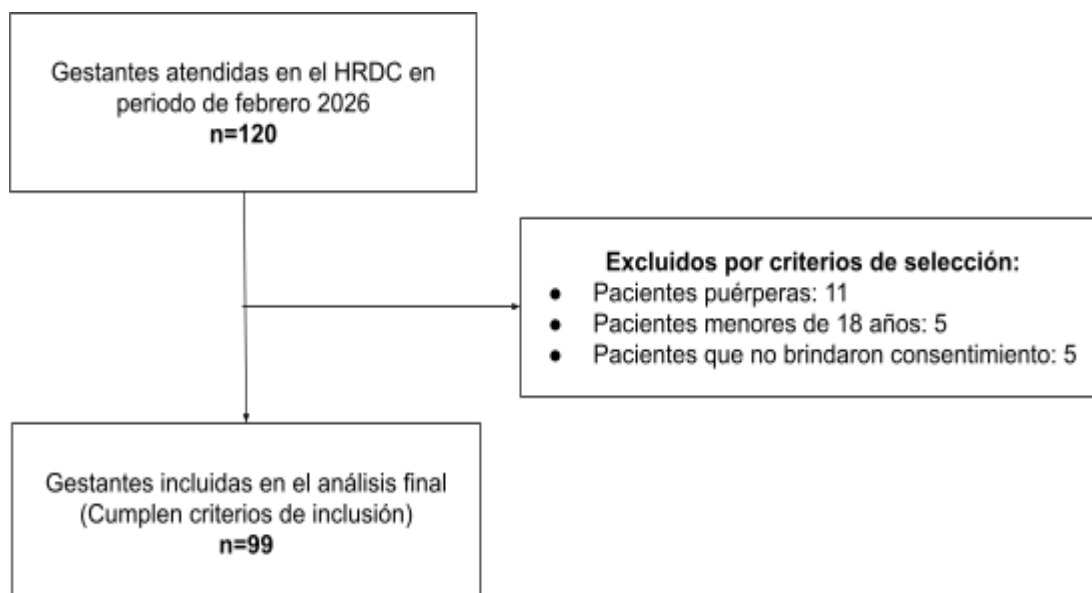
Para el análisis bivariado, se analizó la asociación entre cada variable sociodemográfica/obstétrica y los niveles de ansiedad y depresión mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson (χ^2) y la V de Cramér como medida de la magnitud de la asociación.

Según el análisis multivariado, se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis la cuál confirmó y extendió los hallazgos del análisis bivariado al evaluar las diferencias en los rangos ordinales de ansiedad y depresión entre los grupos de cada variable. Para el análisis de la asociación principal entre los niveles de ansiedad materna y depresión prenatal se aplicaron Chi-cuadrado, Rho de Spearman y Tau-b de Kendall.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

En el análisis final se incluyeron a 99 pacientes a quienes se les aplicó la encuesta tras haber brindado su consentimiento informado. Se realizó la caracterización según las variables demográficas, variables obstétricas y según los resultados del PRAQ-20 y EPDS.

Figura 1. Diagrama de selección



Análisis univariado

Tabla 1. Características generales de la muestra

Características Generales de la Muestra (n = 99)		
Variable	n	%
Edad Materna		
21-34	48	48.5%
18-20	32	32.3%
≥35	19	19.2%
Estado Civil		
Conviviente	61	61.6%
Casada	27	27.3%
Soltera	11	11.1%
Nivel Educativo		
Secundaria	45	45.5%
Primaria	17	17.2%
Superior técnico	17	17.2%

Superior universitario	12	12.1%
Sin educación	8	8.1%
Procedencia		
Urbano	66	66.7%
Rural	33	33.3%
Ocupación (agrupada)		
Ama de casa	69	69.7%
Profesional/Técnico	14	14.1%
Estudiante	9	9.1%
Comerciante	7	7.1%
Edad Gestacional		
3er trimestre	76	76.8%
2do trimestre	17	17.2%
1er trimestre	6	6.1%
Gestaciones Previas		
Nulípara	33	33.3%
Primípara	31	31.3%
Múltipara	25	25.3%
Gran múltipara	10	10.1%
Motivo de Hospitalización		
Contracciones uterinas	16	16.2%
Preeclampsia	16	16.2%
Trabajo de parto	16	16.2%
ITU en la gestación	14	14.1%
Ruptura prematura de membranas	9	9.1%
Amenaza de parto pretérmino	9	9.1%
Otras	19	19.1%
Antecedente de Gestación		
Ninguna	68	68.7%
Parto pretérmino	17	17.2%
Preeclampsia	14	14.1%

El perfil sociodemográfico de la muestra evidenció que la mayoría de las gestantes correspondió al grupo etario de 21–34 años (48,5%), seguido del grupo de 18–20 años (32.3%) y el de ≥ 35 años (19.2%). En cuanto al estado civil, predominaron las convivientes (61, 61.6%). El nivel educativo más frecuente fue secundaria (45.5%), y la ocupación predominante fue ama de casa (69.7%). Respecto a las características

obstétricas, el 76.8% se encontraba en el tercer trimestre (≥ 28 semanas) de gestación. La paridad mostró una distribución relativamente homogénea entre nulíparas (33.3%), primíparas (31.3%) y multíparas (25.3%). El 68.7% no reportó antecedentes obstétricos relevantes; entre quienes sí los tenían, el parto pretérmino (17.2%) y la preeclampsia (14.1%) fueron los más frecuentes.

Tabla 2. Distribución de Niveles de Ansiedad Materna (PRAQ-20)

Distribución de Niveles de Ansiedad Materna (PRAQ-20)				
Nivel	n	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.
Bajo	31	31.3%	22.2%	40.4%
Moderado	48	48.5%	38.6%	58.3%
Alto	20	20.2%	12.3%	28.1%
Total	99	100.0%	-	-

IC = Intervalo de confianza al 95%. PRAQ-20: percentiles $\leq 33/34-66/\geq 67$

Del total de 99 gestantes hospitalizadas, el nivel predominante de ansiedad fue el moderado (P34–P66), presente en 48 gestantes (48.5%; IC95%: 38.6–58.3%). Le siguió el nivel bajo ($\leq P33$) con 31 casos (31.3%; IC95%: 22.2–40.4%) y, en menor proporción, el nivel alto ($\geq P67$) con 20 gestantes (20.2%; IC95%: 12.3–28.1%). En conjunto, el 68.7% de la muestra presentó algún grado de ansiedad materna (moderada o alta), lo que representa más de dos tercios de las gestantes evaluadas.

Tabla 3. Distribución de Niveles de Depresión Prenatal (EPDS)

Distribución de Niveles de Depresión Prenatal (EPDS)				
Nivel	n	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.
Sin depresión	80	80.8%	73.1%	88.6%
Riesgo leve de depresión	13	13.1%	6.5%	19.8%
Depresión prenatal probable	6	6.1%	1.4%	10.8%
Total	99	100.0%	-	-

IC = Intervalo de confianza al 95%. EPDS: 0-9/10-12/ ≥ 13 .

Respecto a la depresión prenatal, la mayoría de las gestantes (80, equivalente al 80.8%; IC95%: 73.1–88.6%) no presentó sintomatología depresiva clínicamente relevante. Sin embargo, 19 gestantes (19.2%) registraron algún nivel de depresión: 13 con riesgo leve (13.1%; IC95%: 6.5–19.8%) y 6 con depresión prenatal probable (6.1%; IC95%: 1.4–10.8%). Aunque la prevalencia global de depresión probable fue baja, su magnitud es clínicamente relevante en el contexto hospitalario.

Análisis bivariado

Se evaluó la asociación entre cada variable sociodemográfica/obstétrica y los niveles de ansiedad y depresión mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson (χ^2) y la V de Cramér como medida de la magnitud de la asociación. A continuación se presentan únicamente los resultados estadísticamente significativos ($p < 0.05$), la tabla N° 04 completa se encuentra en el anexo 3 para su revisión a detalle.

Tabla 4.1. Variables significativamente asociadas al Nivel de Ansiedad Materna

Variable	χ^2 (gl)	p-valor	V Cramér	Asociación
Primer trimestre (Edad gestacional)	23.619 (4)	0.0001	0.345	Moderada
Adolescentes / Añosas (Edad Materna)	14.322 (4)	0.0063	0.269	Débil
Preeclampsia (Antecedente Obstétrico)	9.782 (4)	0.0443	0.222	Débil

Variables con asociación significativa al nivel de ansiedad materna ($p < 0.05$).

El análisis bivariado permitió identificar la presencia de asociaciones estadísticamente significativas entre los niveles de ansiedad materna y diversas características obstétricas y sociodemográficas de las gestantes evaluadas. En primer lugar, la edad gestacional fue la variable que presentó la mayor fuerza de asociación con los niveles de ansiedad ($\chi^2=23.619$; $p < 0.001$; $V=0.345$). Al analizar la distribución de los datos se observó que las gestantes que se encontraban en el primer trimestre del embarazo registraron la mayor proporción de ansiedad alta, alcanzando el 83.3% de los casos, lo que evidencia una mayor intensidad de síntomas ansiosos durante las etapas iniciales de la gestación. En contraste, entre las gestantes que se encontraban en el tercer trimestre, se observó un predominio de niveles de ansiedad moderada y baja, con frecuencias de 47.4% y 39.5%, respectivamente, lo cual sugiere que la intensidad de la ansiedad tiende a disminuir progresivamente conforme avanza el embarazo, posiblemente debido a la adaptación psicológica y emocional al proceso gestacional.

De manera similar, la edad materna también mostró una asociación estadísticamente significativa con los niveles de ansiedad materna ($\chi^2=14.322$;

$p=0.006$; $V=0.269$). En este sentido, se evidenció que las gestantes adolescentes, particularmente aquellas entre 18 y 20 años, presentaron una mayor proporción de ansiedad alta, alcanzando el 31.2% de los casos evaluados. Por el contrario, en el grupo de gestantes con edades comprendidas entre 21 y 34 años, la presencia de ansiedad alta fue considerablemente menor, registrándose únicamente en el 8.3% de las participantes. Asimismo, se observó que las gestantes de 35 años o más también presentaron una proporción elevada de ansiedad alta, alcanzando el 31.6%, lo cual sugiere la presencia de un patrón bimodal, en el que los niveles más altos de ansiedad se concentran en los extremos de la edad reproductiva.

Finalmente, el antecedente obstétrico de preeclampsia también mostró una asociación significativa con los niveles de ansiedad materna ($\chi^2=9.782$; $p=0.044$; $V=0.222$). En este contexto, se observó que las gestantes con antecedentes de preeclampsia en embarazos previos presentaron una mayor proporción de ansiedad moderada y ansiedad alta, con frecuencias de 71.4% y 28.6%, respectivamente, lo que indica una mayor carga de síntomas ansiosos en este grupo. En contraste, entre las gestantes sin antecedentes de preeclampsia, predominó la ansiedad baja, alcanzando el 39.7% de los casos. En conjunto, estos resultados evidencian que factores obstétricos y sociodemográficos como la edad gestacional, la edad materna y los antecedentes obstétricos se relacionan de manera significativa con los niveles de ansiedad materna durante la gestación.

Tabla 4.2. Variables significativamente asociadas al Nivel de Depresión Prenatal

Variable	χ^2 (gl)	p-valor	V Cramér	Magnitud
Edad Gestacional	20.905 (4)	0.0003	0.325	Moderada
Edad Materna	10.950 (4)	0.0271	0.235	Débil
Estado Civil	9.727 (4)	0.0453	0.222	Débil

Variables con asociación significativa al nivel de depresión prenatal ($p < 0.05$).

El análisis bivariado evidenció la existencia de asociaciones estadísticamente significativas entre los niveles de depresión prenatal y algunas características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes evaluadas. En primer lugar, la edad gestacional mostró una asociación significativa con los niveles de depresión ($\chi^2=20.905$; $p<0.001$; $V=0.325$). Se observó que las gestantes que se encontraban en el primer trimestre del embarazo presentaron una mayor proporción de alteraciones emocionales, registrándose la tasa más alta de depresión prenatal probable (33.3%) y de riesgo leve de depresión (50.0%), mientras que solo un 16.7% de este grupo no presentó síntomas depresivos. En contraste, las gestantes que se encontraban en el tercer trimestre mostraron una situación considerablemente más favorable, ya que la gran mayoría se ubicó en la categoría sin depresión (88.2%), mientras que solo un 3.9% presentó depresión probable, lo que sugiere que los síntomas depresivos tienden a ser más frecuentes durante las primeras etapas del embarazo.

De manera similar, la edad materna también evidenció una asociación estadísticamente significativa con los niveles de depresión prenatal ($\chi^2=10.950$; $p=0.027$; $V=0.235$). Al analizar la distribución de los resultados, se observó que las gestantes más jóvenes, particularmente aquellas entre 18 y 20 años, presentaron una mayor vulnerabilidad frente a síntomas depresivos, ya que el 37.5% de ellas manifestó depresión leve o depresión prenatal probable. En contraste, en el grupo de gestantes con edades comprendidas entre 21 y 34 años, la proporción de

participantes con algún nivel de depresión fue considerablemente menor, alcanzando únicamente el 10.4%. Por otro lado, las gestantes de 35 años o más también mostraron una menor prevalencia de síntomas depresivos, con una frecuencia aproximada del 10.6%, lo que sugiere que la mayor susceptibilidad podría concentrarse en los grupos etarios más jóvenes.

Asimismo, el estado civil se asoció de manera significativa con los niveles de depresión prenatal ($\chi^2=9.727$; $p=0.045$; $V=0.222$). En este sentido, se observó que las gestantes solteras presentaron la mayor carga de sintomatología depresiva dentro de la muestra estudiada. En este grupo, el 18.2% presentó depresión prenatal probable, mientras que un 27.3% se clasificó en la categoría de riesgo leve de depresión, lo que en conjunto representa que 45.5% de las gestantes solteras presentaron algún nivel de sintomatología depresiva. Por el contrario, las gestantes casadas mostraron el perfil más favorable en relación con la salud mental durante el embarazo, ya que el 96.3% se clasificó en la categoría sin depresión, y no se registraron casos de depresión prenatal probable en este grupo. Estos resultados sugieren que determinados factores sociodemográficos y obstétricos, como la etapa del embarazo, la edad materna y la situación conyugal, podrían influir en la presencia de síntomas depresivos durante la gestación.

Análisis Multivariado

Tabla 5. *Kruskal-Wallis: Rango Promedio por Variable según Nivel de Ansiedad y Depresión*

Variable	H Ansiedad	p Ansiedad	Sig.	H Depresión	p Depresión	Sig.
Edad Gestacional	17.483	0.0002	***	19.815	<0.001	***
Edad Materna	9.397	0.0091	**	9.507	0.0086	**
Estado Civil	2.364	0.307 (ns)	ns	9.449	0.0089	**
Ocupación	9.441	0.0240	*	2.324	0.508 (ns)	ns
Gestaciones Previas	8.886	0.0309	*	2.445	0.485 (ns)	ns
Antecedente Obstétrico	7.708	0.0212	*	1.250	0.535 (ns)	ns
Nivel Educativo	5.120	0.275 (ns)	ns	4.025	0.403 (ns)	ns
Procedencia	1.066	0.302 (ns)	ns	0.887	0.346 (ns)	ns

Resultados de la prueba Kruskal-Wallis para ansiedad y depresión. H = estadístico de prueba. ns = no significativo. ✓✓ = significativo en ambas variables; ✓ = significativo en una variable.

Los resultados obtenidos mediante la prueba de Kruskal–Wallis permitieron identificar un patrón jerárquico de asociación entre diversas características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes y los niveles de ansiedad y depresión evaluados en el estudio. En primer lugar, la edad gestacional se posicionó como el predictor más consistente, mostrando diferencias estadísticamente significativas tanto en relación con los niveles de ansiedad materna (H=17.483; $p<0.001$) como con los niveles de depresión prenatal (H=19.815; $p<0.001$). Este hallazgo sugiere que la etapa del embarazo constituye un factor relevante en la variación de los síntomas emocionales durante la gestación.

En segundo lugar, la edad materna también evidenció una asociación significativa con ambos desenlaces analizados. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas tanto para los niveles de ansiedad materna ($p=0.009$) como para los niveles de depresión prenatal ($p=0.009$), lo que indica que la edad de

la gestante puede influir en la presencia o intensidad de síntomas psicológicos durante el embarazo.

Por otro lado, el estado civil mostró una asociación significativa únicamente con los niveles de depresión prenatal ($p=0.009$), sin evidenciar relación estadísticamente significativa con los niveles de ansiedad materna. Asimismo, otras variables analizadas presentaron asociaciones significativas exclusivamente con los niveles de ansiedad. Entre estas se encuentran la ocupación de la gestante ($p=0.024$), el número de gestaciones previas ($p=0.031$) y los antecedentes obstétricos ($p=0.021$), lo que sugiere que determinadas condiciones sociodemográficas y antecedentes reproductivos podrían influir principalmente en la presencia de síntomas ansiosos durante la gestación. En conjunto, estos resultados permiten observar que diferentes factores pueden ejercer un impacto diferenciado sobre la ansiedad y la depresión en el periodo gestacional.

Se realizó un análisis de la asociación principal entre los niveles de ansiedad materna y depresión prenatal, evaluada mediante Chi-cuadrado, Rho de Spearman y Tau-b de Kendall, reveló resultados estadísticamente significativos y clínicamente relevantes.

Tabla 6. Estadísticos de asociación entre ansiedad materna y depresión prenatal

Estadístico	Valor	p-valor	Sig.	Interpretación
Chi-cuadrado (χ^2)	28.075	<0.001	***	Asociación significativa
V de Cramér	0.377	—	—	Magnitud moderada
Rho de Spearman (ρ)	0.474	<0.001	***	Correlación positiva moderada
Tau-b de Kendall (τ)	0.445	<0.001	***	Correlación positiva moderada

En primer lugar, la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) mostró un valor de 28.075 con un $p < 0.001$, lo que indica la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Asimismo, el coeficiente V de Cramér obtuvo un valor de 0.377, lo que sugiere que la magnitud de la asociación es moderada.

Por otro lado, el coeficiente Rho de Spearman (ρ) presentó un valor de 0.474 con $p < 0.001$, evidenciando una correlación positiva moderada entre los niveles de ansiedad materna y depresión prenatal. De manera similar, el coeficiente Tau-b de Kendall (τ) registró un valor de 0.445 con $p < 0.001$, confirmando también la presencia de una correlación positiva moderada y estadísticamente significativa entre ambas variables.

En conjunto, los resultados indican que a mayores niveles de ansiedad materna tienden a observarse mayores niveles de depresión prenatal, evidenciándose una relación positiva de magnitud moderada entre ambas variables.

Tabla 7. Asociación entre la ansiedad materna y la depresión prenatal en las gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante febrero de 2026.

Nivel de Ansiedad	Sin depresión	Riesgo leve	Dep. probable	n
Bajo	31 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	31
Moderado	40 (83.3%)	7 (14.6%)	1 (2.1%)	48
Alto	9 (45.0%)	6 (30.0%)	5 (25.0%)	20
Total	80 (80.8%)	13 (13.1%)	6 (6.1%)	99

El análisis de la tabla de contingencia entre los niveles de ansiedad materna y los niveles de depresión prenatal evidencia una asociación positiva, moderada y altamente significativa entre ambas variables ($p=0.474$; $p<0.001$). Este resultado indica que, conforme aumentan los niveles de ansiedad materna, también tiende a incrementarse la presencia de síntomas depresivos durante la gestación.

Al examinar la distribución de los datos, se observa que entre las gestantes con niveles bajos de ansiedad ($n=31$) la totalidad de los casos (100.0%) se ubicó en la categoría sin depresión, mientras que no se registraron casos de riesgo leve ni de depresión probable. Este patrón sugiere que los niveles bajos de ansiedad se relacionan con una menor presencia de sintomatología depresiva en la población estudiada.

En el grupo de gestantes con ansiedad moderada ($n=48$) se observa una distribución más heterogénea. La mayoría de las participantes (83.3%) no presentó síntomas depresivos, sin embargo, un 14.6% se clasificó en la categoría de riesgo leve de depresión, y un 2.1% presentó depresión prenatal probable. Aunque en este grupo aún predomina la ausencia de depresión, comienza a evidenciarse la aparición de síntomas depresivos conforme aumentan los niveles de ansiedad.

Por otro lado, el grupo de gestantes con ansiedad alta ($n=20$) mostró la mayor carga de sintomatología depresiva. En este grupo, únicamente el 45.0% no presentó depresión, mientras que un 30.0% se clasificó en riesgo leve de depresión y un 25.0% presentó depresión prenatal probable. En conjunto, esto significa que el 55.0% de las gestantes con ansiedad alta presentó algún nivel de depresión, proporción considerablemente mayor en comparación con los otros grupos de ansiedad.

Finalmente, al considerar el total de la muestra ($n=99$), se observa que el 80.8% de las gestantes no presentó depresión, mientras que el 13.1% mostró riesgo leve y el 6.1% depresión prenatal probable. En conjunto, estos resultados evidencian un gradiente claro entre los niveles de ansiedad materna y la presencia de depresión prenatal, reforzando la existencia de una relación directa entre ambas variables en la población estudiada.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

El presente estudio confirmó la hipótesis general H1: existe relación estadísticamente significativa entre la ansiedad materna y la depresión prenatal en gestantes hospitalizadas del Hospital Regional Docente de Cajamarca ($\chi^2=28.075$; $p<0.001$; V de Cramér=0.377; ρ de Spearman=0.474; $p<0.001$). La hipótesis nula H0 fue rechazada con un nivel de significancia del 0.1%. La regresión logística ordinal confirmó que la ansiedad materna es un predictor independiente de la depresión prenatal con un OR ajustado de 10.10 (IC 95%: 2.778–36.712; $p<0.001$), resultado robusto al controlar por edad gestacional, estado civil, edad materna y antecedentes obstétricos.

Este hallazgo guarda coherencia con los resultados de Hassanzadeh Bashtian et al. (2), quienes en gestantes con riesgo de anomalías fetales reportaron correlaciones positivas entre ansiedad y salud mental general ($r=0.160$). La diferencia en la magnitud del efecto respecto al presente estudio se explica por dos factores: Hassanzadeh Bashtian empleó la Spielberger Anxiety Scale, una escala de ansiedad generalizada, no específica del embarazo; y su población correspondía a un contexto de riesgo diagnóstico muy específico. El PRAQ-20 utilizado en el presente estudio captura la ansiedad propia del contexto perinatal, lo cual explica la mayor potencia de predicción sobre la depresión prenatal.

El meta-análisis de Simonovich et al. (5) —orientado a desenlaces obstétricos más que a la asociación ansiedad-depresión— documenta que la depresión antenatal no tratada se asocia con parto pretérmino (OR=1.46) y bajo peso al nacer (OR=1.90). Aunque el objeto de estudio difiere, este trabajo subraya la urgencia de identificar precozmente la depresión prenatal. El hallazgo del presente estudio de que la ansiedad multiplica por 10 los odds de mayor depresión refuerza el argumento de que el tamizaje de ansiedad puede ser una vía eficiente de identificación temprana de gestantes en riesgo depresivo, tal como plantea Simonovich respecto al tamizaje universal.

El 48.5% de las gestantes presentó ansiedad moderada y el 20.2% ansiedad alta, resultando en que el 68.7% mostró algún nivel de ansiedad clínicamente relevante. Meneses-Claudio et al. (7) en Lima durante la pandemia de COVID-19 encontraron que el 84.1% presentó ansiedad moderada y el 13.5% alta ansiedad —prevalencia total de afectación mayor que la del presente estudio (97.6% vs. 68.7%)—. Esta diferencia no implica una contradicción: el estudio limeño fue realizado en plena pandemia, período de presión psicosocial extraordinaria, lo que eleva artificialmente la carga ansiosa respecto a un contexto hospitalario ordinario. Que el presente estudio documente 68.7% de ansiedad relevante en ausencia de pandemia subraya

que la hospitalización gestacional por sí sola ya constituye un estresor significativo que justifica intervención.

Jiménez Montes y Huayamares Moreno (8) en el Hospital Vitarte (Lima, 2024) reportaron predominio de ansiedad alta en gestantes ambulatorias, especialmente en torno a la integridad del bebé. El presente estudio, siendo hospitalario, muestra mayor proporción en nivel moderado que en alto. Esta diferencia es consistente con la distribución por trimestres: el 76.8% de la muestra del HRDC corresponde al tercer trimestre, el cual se asoció con menor ansiedad que el primero, moderando el perfil global de distribución.

A nivel local, Sánchez Pérez (9) encontró en el Puesto de Salud Chontapaccha (Cajamarca, 2020) que el 74.5% de gestantes presentaba ansiedad alta mediante el IDARE. Esta prevalencia es mayor que la del presente estudio, pero la comparación requiere cautela: el IDARE evalúa ansiedad estado-rasgo generalizada mientras que el PRAQ-20 evalúa ansiedad específica del embarazo, constructos distintos aunque relacionados. Que ambos estudios cajamarquinos coincidan en señalar alta prevalencia de ansiedad en gestantes, independientemente del instrumento y nivel de atención, refuerza la necesidad de intervención a nivel regional.

El 19.2% de las gestantes presentó algún nivel de depresión prenatal (13.1% riesgo leve + 6.1% depresión probable). Tang et al. (6) en un estudio multicéntrico chino con 2,460 parejas reportaron una prevalencia del 16.4% de depresión antenatal en mujeres medida con la EPDS. Aunque la prevalencia de Tang et al. es ligeramente menor (16.4% vs. 19.2%), la diferencia es consistente con las características de las muestras: Tang incluyó gestantes ambulatorias en control prenatal regular, mientras que el presente estudio evalúa gestantes hospitalizadas —población con mayor vulnerabilidad clínica por definición—, lo que justifica la mayor prevalencia encontrada. Ambos estudios emplearon la EPDS, lo que hace la comparación directamente válida.

Ptak et al. (4) (Polonia, 2025), en su diseño comparativo, documentaron que las gestantes hospitalizadas presentaban puntajes depresivos significativamente mayores que las no hospitalizadas. Aunque los valores exactos de prevalencia no son directamente comparables por diferencia de instrumento (DASS-42 vs. EPDS), la dirección del hallazgo es convergente con el presente estudio: la hospitalización amplifica la sintomatología depresiva prenatal. El presente estudio aporta evidencia cuantitativa específica con la EPDS en el contexto peruano, complementando la evidencia europea de Ptak et al.

La hipótesis específica H1a fue ampliamente confirmada: edad gestacional (ansiedad $p < 0.001$; depresión $p < 0.001$), edad materna (ansiedad $p = 0.006$; depresión

$p=0.027$), estado civil (depresión $p=0.045$) y antecedente obstétrico (ansiedad $p=0.044$) mostraron asociaciones significativas. La H_0a fue rechazada.

El primer trimestre se asoció con 83.3% de ansiedad alta y 33.3% de depresión probable, con gradiente decreciente hacia el tercer trimestre (ansiedad alta: 13.2%; depresión probable: 3.9%). Este gradiente coincide con exactitud con los hallazgos de Redondo et al. (3), quienes reportaron que la ansiedad específica del embarazo fue más alta en el primer trimestre (23.9%) y disminuyó en el segundo y tercer trimestre. La dirección del efecto es idéntica, aunque la magnitud es mayor en el presente estudio, lo cual es esperable dado que Redondo et al. trabajaron con población ambulatoria sin la carga adicional del internamiento. Redondo et al. explican que la ansiedad en el primer trimestre se concentra en preocupaciones sobre la integridad del bebé y la incertidumbre diagnóstica, mecanismo que opera con mayor intensidad en gestantes hospitalizadas. Este matiz valida el uso del PRAQ-20 como instrumento sensible al estadio gestacional.

Las gestantes de 18–20 años presentaron mayor ansiedad alta (31.2%) y mayor prevalencia de depresión con algún nivel (37.5%) frente al grupo de 21–34 años. Jiménez Montes y Huayamares Moreno (8) en Lima identificaron igualmente asociaciones significativas entre ansiedad y la variable edad. La convergencia entre un estudio hospitalario cajamarquino y uno ambulatorio limeño fortalece la evidencia de que la gestación en edades extremas constituye un factor de vulnerabilidad psicoemocional independiente del contexto de atención. En el modelo de regresión ordinal ajustado, el OR de la edad materna perdió significancia ($p=0.638$), sugiriendo que su efecto en el bivariado está mediado por otras covariables —posiblemente el estado civil y el trimestre, con los que la adolescencia se superpone en la muestra.

Las gestantes solteras presentaron la mayor carga depresiva (45.5% con algún nivel vs. 3.7% en casadas; $p=0.045$). En el modelo ajustado, el estado civil fue el factor protector más potente: OR=0.140 (IC 95%: 0.036–0.549; $p=0.005$), con una reducción del 86% en los odds de mayor depresión al avanzar en estabilidad conyugal. Tang et al. (8) identificaron el distrés marital como una de las principales variables asociadas a depresión antenatal, señalando que la relación de pareja opera como modulador crítico de la salud mental perinatal. Aunque Tang empleó el distrés marital como variable continua y no el estado civil como categórica, la dirección del hallazgo es convergente: la estabilidad y calidad del vínculo conyugal protege contra la depresión prenatal. El presente estudio añade a esta literatura la cuantificación específica del efecto protector en el contexto de gestantes hospitalizadas peruanas.

La asociación entre antecedentes obstétricos adversos y mayor ansiedad ($\chi^2=9.782$; $p=0.044$; $V=0.222$) es coherente con Jiménez Montes y Huayamares Moreno (8), quienes también reportaron que las gestantes con antecedentes de gestaciones complicadas presentaron mayor ansiedad. El 71.4% de las gestantes con antecedente de preeclampsia presentó ansiedad moderada en el presente estudio, evidenciando una respuesta de hipervigilancia ante experiencias obstétricas previas adversas. En la regresión ordinal, el antecedente obstétrico no alcanzó significancia para depresión ($OR=1.902$; $p=0.222$), sugiriendo que su efecto sobre la depresión se produce principalmente a través de la ansiedad como variable mediadora, no de forma directa e independiente.

El nivel educativo y la procedencia no mostraron asociación significativa con ninguno de los dos outcomes, en contraste con Tang et al. (6), quienes sí identificaron el menor nivel educativo como factor asociado a depresión antenatal. Esta discrepancia se explica verosímilmente por la diferencia en el tamaño muestral ($n=99$ vs. $n=2,460$), que limita la potencia estadística para detectar efectos de variables con distribuciones más homogéneas en la muestra del HRDC Cajamarca.

Las 11 puérperas fueron excluidas por criterio de diseño, ya que el estudio evalúa ansiedad y depresión durante la gestación activa. Sin embargo, si las gestantes que pasaron a estado de puérperas durante el período de recolección concentraban mayor edad gestacional avanzada y mayor riesgo obstétrico, su exclusión podría haber generado una subrepresentación de las gestantes del tercer trimestre final. Dado que el tercer trimestre se asoció con menor ansiedad y depresión en el análisis bivariado, la exclusión de estas gestantes tiende a que los valores de ansiedad y depresión estén ligeramente sobreestimados para el tercer trimestre, aunque el efecto es de magnitud limitada.

La exclusión de 5 gestantes menores de 18 años, justificada por criterio ético de consentimiento autónomo, introduce un sesgo de selección por subrepresentación del grupo adolescente. El análisis bivariado demostró que las gestantes de 18–20 años —el grupo de menor edad incluido— ya presentan mayor ansiedad alta (31.2%) y mayor depresión (37.5%). Es razonable suponer que las menores de 18 años, de haberse incluido, habrían acentuado aún más estos patrones. Las prevalencias de ansiedad y depresión reportadas en el grupo de menor edad son probablemente subestimaciones conservadoras. El sesgo tiene dirección conocida: subestima el riesgo en el extremo inferior de la distribución etaria.

Las 5 gestantes que no brindaron consentimiento representan el 4.2% de la muestra estimada. En investigación de salud mental, existe evidencia de que las personas con mayor distrés psicológico pueden rechazar con mayor frecuencia la participación

en estudios, por temor al estigma o por la propia sintomatología (sesgo hacia subestimación de los problemas emocionales). En el contexto sociocultural de Cajamarca, la negativa también puede estar asociada a barreras culturales o desconfianza institucional, que a su vez podrían correlacionar con mayor vulnerabilidad psicosocial. En cualquiera de estos escenarios, el sesgo tendería a la subestimación de la carga de ansiedad y depresión en la muestra final.

Los tres sesgos identificados tienen dirección predominantemente hacia la subestimación de las prevalencias. La reducción del 17.5% de la muestra estimada disminuye la potencia estadística, lo que puede explicar por qué variables de efecto menor —como nivel educativo y procedencia— no alcanzaron significancia estadística. No obstante, las asociaciones principales (ansiedad–depresión, edad gestacional, estado civil) mantienen significancia estadística robusta incluso con el test exacto de Fisher, lo que indica que la reducción muestral no comprometió los hallazgos principales del estudio.

Las limitaciones del presente estudio deben interpretarse considerando las características metodológicas del diseño y del contexto en el que se realizó la investigación. En primer lugar, al tratarse de un estudio transversal analítico, la medición de la ansiedad materna y la depresión prenatal se efectuó en un único momento durante la hospitalización en febrero de 2026. Esta característica impide establecer una relación de causalidad temporal entre ambas variables. Aunque el modelo de regresión logística ordinal confirmó una asociación significativa y una fuerte capacidad predictiva de la ansiedad sobre la depresión prenatal (OR ajustado=10.10; $p<0.001$), no es posible afirmar que la ansiedad haya precedido temporalmente a la depresión ni que constituya su causa directa, ya que ambas condiciones podrían haberse desarrollado de manera simultánea o estar influenciadas por otros factores no evaluados. La confirmación de una relación causal requeriría estudios longitudinales con seguimiento desde etapas tempranas del embarazo hasta el periodo posparto.

Asimismo, al tratarse de un estudio observacional, no se realizó manipulación experimental de las variables, por lo que no puede descartarse la presencia de factores de confusión no medidos. Variables como antecedentes personales de ansiedad o depresión previos al embarazo, el nivel de apoyo social, la situación socioeconómica, la planificación del embarazo, la calidad del sueño durante la hospitalización o el tipo específico de complicación obstétrica podrían influir en la salud mental perinatal y no fueron incorporadas en el modelo analítico, lo que podría generar cierto grado de confusión residual.

En relación con el tamaño muestral, aunque la muestra de 99 gestantes permitió detectar asociaciones de magnitud moderada o grande para la hipótesis principal, su tamaño resulta limitado para identificar asociaciones más pequeñas, especialmente en subgrupos con baja frecuencia. Esto pudo influir en que algunas variables no alcanzaron significancia estadística. Además, en varias tablas de contingencia se observaron frecuencias esperadas menores a cinco, lo que hizo necesario emplear el test exacto de Fisher por simulación Monte Carlo.

Otra limitación se relaciona con la medición de las variables, ya que los instrumentos utilizados (PRAQ-20 y EPDS) son escalas de autorreporte basadas en la percepción subjetiva de las gestantes. Esto puede introducir sesgos de información, como la deseabilidad social o el subreporte de síntomas debido al estigma asociado a los problemas de salud mental. Asimismo, la aplicación de los cuestionarios durante la hospitalización podría haber influido en las respuestas, dado que el contexto de internamiento puede incrementar transitoriamente los niveles de ansiedad o malestar emocional.

Los hallazgos tienen aplicabilidad clínica directa e inmediata. La validación operativa del PRAQ-20 en versión española en una muestra hospitalaria peruana —consistente con la propuesta metodológica de Vásquez et al. (1)— confirma su utilidad como herramienta de tamizaje. Con un OR ajustado de 10.10 para predicción de depresión a partir de la ansiedad alta, la aplicación del PRAQ-20 al ingreso de toda gestante hospitalizada permitiría identificar con alta sensibilidad a quienes requieren evaluación psicológica especializada, sin necesidad de entrenamiento clínico avanzado para su administración. La EPDS puede complementarse como segundo instrumento de confirmación diagnóstica en aquellas con puntaje alto en el PRAQ-20.

El perfil de riesgo identificado —primer trimestre, soltera, adolescente, con antecedente obstétrico adverso— puede incorporarse directamente en la hoja de admisión del servicio de Ginecología y Obstetricia del HRDC como criterio de derivación preventiva a psicología, previo incluso a la aplicación formal de las escalas. Este enfoque de doble capa (cribado clínico rápido + aplicación de escala validada) es coherente con las recomendaciones de Simonovich et al. (5) sobre la necesidad de sistemas de identificación temprana y derivación oportuna para gestantes con riesgo de depresión perinatal.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

1. Casi siete de cada diez gestantes hospitalizadas (68.7%) presentaron algún nivel de ansiedad materna clínicamente relevante: el 48.5% ansiedad moderada y el 20.2% ansiedad alta. Solo el 31.3% se ubicó en el nivel bajo. Esto evidencia que la hospitalización durante la gestación constituye un escenario de alta carga ansiosa que no puede ser ignorado.
2. El 19.2% de las gestantes presentó algún grado de depresión prenatal: el 13.1% riesgo leve y el 6.1% depresión probable. Si bien la mayoría (80.8%) no presentó depresión clínicamente significativa, la proporción con depresión probable supera el umbral clínico de alerta para una población hospitalizada, lo que justifica el tamizaje sistemático.
3. El primer trimestre se asoció con las tasas más altas de ansiedad alta (83.3%) y depresión probable (33.3%), mientras que el tercer trimestre mostró menor afectación. Esta asociación fue altamente significativa tanto para ansiedad ($\chi^2=23.619$; $p<0.001$; $V=0.345$) como para depresión ($\chi^2=20.905$; $p<0.001$; $V=0.325$), siendo el predictor más consistente en todos los niveles de análisis.
4. Las gestantes adolescentes (18–20 años) presentaron mayor ansiedad alta (31.2%) y mayor prevalencia de depresión leve o probable (37.5%) frente al grupo de 21–34 años (10.4%). Las gestantes ≥ 35 años también mostraron mayor ansiedad alta (31.6%). Esta asociación fue significativa para ansiedad ($p=0.006$) y depresión ($p=0.027$), configurando un patrón de vulnerabilidad en edades extremas.
5. Las gestantes solteras presentaron la mayor carga depresiva: 18.2% con depresión probable y 27.3% con riesgo leve (45.5% con algún nivel de depresión), frente al 3.7% de las casadas ($p=0.045$; $V=0.222$). La falta de soporte conyugal se configura como un factor de riesgo independiente para la salud mental perinatal.
6. Las gestantes con antecedente de preeclampsia o parto pretérmino presentaron mayor proporción de ansiedad alta y moderada. La asociación con ansiedad fue significativa ($\chi^2=9.782$; $p=0.044$; $V=0.222$), y el análisis de Kruskal-Wallis la confirmó ($H=7.708$; $p=0.021$). Las experiencias obstétricas adversas previas generan una carga de ansiedad anticipatoria en gestaciones posteriores.
7. La asociación principal entre ambas variables fue estadísticamente altamente significativa ($\chi^2=28.075$; $p<0.001$; $V=0.377$) con una correlación positiva moderada (ρ de Spearman=0.474; $p<0.001$; τ de Kendall=0.445; $p<0.001$). El gradiente de riesgo es claro: ninguna gestante con ansiedad baja presentó depresión probable (0%), mientras que el 55.0% de las que tenían ansiedad alta presentó algún nivel de depresión (30.0% leve + 25.0% probable).

CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES

1. Al director del hospital que promueva la creación de una unidad o programa de salud mental perinatal, orientado a brindar atención psicoemocional a las gestantes hospitalizadas, con personal capacitado, protocolos definidos y recursos asignados. Asimismo, se sugiere incorporar de manera rutinaria el uso de las escalas EPDS y PRAQ-20 como herramientas de tamizaje al ingreso hospitalario de toda gestante, registrando los resultados en la historia clínica y estableciendo un flujo claro de derivación hacia el servicio de psicología.
2. Al servicio de Ginecología y Obstetricia, se recomienda incorporar dentro del protocolo de admisión la valoración psicoemocional sistemática mediante instrumentos validados. También se sugiere priorizar la atención psicológica en gestantes del primer trimestre, dado que en este grupo se observó mayor frecuencia de ansiedad alta y depresión probable.
3. Para los médicos asistenciales, se recomienda explorar de manera sistemática el estado emocional de las gestantes durante la evaluación clínica, incluyendo preguntas relacionadas con el estado de ánimo, las preocupaciones respecto al embarazo y el apoyo familiar disponible.
4. En relación con el personal de enfermería, se sugiere su participación activa en la aplicación inicial de los instrumentos de tamizaje al ingreso hospitalario, así como en la identificación temprana de señales de alarma emocional, tales como llanto persistente, aislamiento, insomnio o manifestaciones de desesperanza.
5. Por su parte, el personal de psicología y salud mental debería desarrollar protocolos de intervención breve adaptados al contexto hospitalario, que incluyan estrategias de psicoeducación, técnicas de regulación emocional y apoyo psicológico individual o grupal.
6. Finalmente, se recomienda que las gestantes y sus familias reconozcan la importancia del cuidado de la salud mental durante el embarazo. La presencia de ansiedad intensa o tristeza persistente no debe considerarse una condición normal o inevitable del embarazo, sino una situación que merece atención profesional.
7. A los futuros investigadores, se recomienda continuar profundizando en el estudio de la salud mental durante la gestación mediante investigaciones con diseños longitudinales y muestras más amplias, que permitan evaluar la evolución de la ansiedad y la depresión a lo largo de las diferentes etapas del embarazo y el periodo posparto. Asimismo, sería conveniente incluir variables psicosociales adicionales, como el apoyo social, la violencia familiar, las condiciones socioeconómicas y el acceso a servicios de salud mental, con el fin de comprender de manera más integral los factores que influyen en el bienestar emocional de las gestantes.

CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vázquez, M. B. & Míguez, M. C. (2021). Spanish Brief Version of the Pregnancy Related Anxiety Questionnaire: PRAQ-20. *Clínica y Salud*, 32(1), 15 - 21. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a22>
2. Hassanzadeh Bashtian M, Irani M, Afshari-Safavi A, Keramati F, Ram R, Farazmand T, et al. Evaluation of the relationship between worry and anxiety with the general health status of pregnant women at risk of diagnosing abnormalities. *Reprod Health*. 2025;22:3. doi:10.1186/s12978-024-01925-8
3. Redondo MM, Liebana-Presa C, Pérez-Rivera J, Martín-Vázquez C, Calvo-Ayuso N, García-Fernández R. Exploring Self-Perceived Stress and Anxiety Throughout Pregnancy: A Longitudinal Study. *Diseases*. 2025;13(4):121. Published 2025 Apr 19. doi:10.3390/diseases13040121
4. Ptak A, Przylibska K, Stefańska M, Kowalska J. Comparative Analysis of the Occurrence of Depression, Stress, and Anxiety in Pregnant Women Requiring Hospitalization and Those Not Hospitalized. *J Clin Med*. 2025;14(21):7865. Published 2025 Nov 5. doi:10.3390/jcm14217865
5. Simonovich SD, Nidey NL, Gavin AR, et al. Meta-Analysis Of Antenatal Depression And Adverse Birth Outcomes In US Populations, 2010-20. *Health Aff (Millwood)*. 2021;40(10):1560-1565. doi:10.1377/hlthaff.2021.00801
6. Tang C, Wu M, Wu R, et al. Prevalence, risk factors and family dynamics of antenatal depression in couples: A multicenter cross-sectional study. *J Affect Disord*. 2025;389:119702. doi:10.1016/j.jad.2025.119702
7. Meneses-Claudio B, Saberbein-Muñoz J, Salinas-Cruz M, Quesada-Aramburu T, Mejia-Mejia E, Díaz-Flores F, et al. Anxiety in Pregnant Women during the COVID-19 Pandemic who go to a Hospital for their care in Lima. *Salud, Ciencia y Tecnología [Internet]*. 2023 Sep. 26 [citado 2026 Jan. 17];3:531. Available from: <https://sct.ageditor.ar/index.php/sct/article/view/246>
8. Jimenez, K., Huayamares, M. Nivel de ansiedad por el embarazo en mujeres gestantes según factores epidemiológicos en el Hospital Vitarte, Lima 2024. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2025.
9. Sánchez Pérez, Carmen Luz. Nivel De Ansiedad En Gestantes Del Puesto De Salud Chontapaccha Cajamarca, 2020. 2021. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNC_ff8eb2541675aac3a61e77a1f58a07e2/Description#tabnav
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.

11. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
12. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017.
13. Nielsen-Scott M, Fellmeth G, Opondo C, Alderdice F. Prevalence of perinatal anxiety in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2022;306:71-79. doi:10.1016/j.jad.2022.03.032
14. Zimmermann M, Mahanna A, Shashkova E, et al. Anxiety Sensitivity in the Perinatal Period: A Scoping Review. *Ment Health Prev.* 2025;37:200397. doi:10.1016/j.mhp.2025.200397
15. Yin X, Sun N, Jiang N, et al. Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses. *Clin Psychol Rev.* 2021;83:101932. doi:10.1016/j.cpr.2020.101932
16. World Health Organization. Depression. Geneva: WHO; 2023.
17. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry.* 2020;19(3):313-327. doi:10.1002/wps.20769
18. Yang L, Sun J, Nan Y, et al. Prevalence of perinatal anxiety and its determinants in mainland China: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2023;323:193-203. doi:10.1016/j.jad.2022.11.075
19. Navarro-Maldonado R, Smith J, Thompson H. Women's and midwives' experiences of perinatal mental health care: needs, challenges and solutions. *Lancet Reg Health Eur.* 2025;12:100265. doi:10.1016/j.ijnsa.2025.100467
20. Singh S, van de Wouw M, Tomfohr-Madsen L, Lebel C, Giesbrecht GF. The role of green and blue spaces in perinatal maternal mental health outcomes during the transition to parenthood. *Environ Int.* 2025;201:109572. doi:10.1016/j.envint.2025.109572
21. Caffieri A, Gómez-Gómez I, Barquero-Jimenez C, De-Juan-Iglesias P, Margherita G, Motrico E. Global prevalence of perinatal depression and anxiety during the COVID-19 pandemic: An umbrella review and meta-analytic synthesis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2024; 103: 210-224. doi:10.1111/aogs.14740
22. Pan T, Zeng Y, Chai X, Wen Z, Tan X, Sun M. Global Prevalence of Perinatal Depression and Its Determinants Among Rural Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Depress Anxiety.* 2024;2024:1882604. Published 2024 Sep 20. doi:10.1155/2024/1882604
23. Xu S, Peng Y, Xu M, et al. Prevalence and risk factors for antenatal anxiety in the first trimester among Chinese pregnant women. *Gen Psychiatr.* 2025;38(4):e102008. Published 2025 Aug 17. doi:10.1136/gpsych-2024-102008

24. Arifin SRM, Kamaruddin A, Muhammad NA, et al. An evaluation of digital intervention for perinatal depression and anxiety: A systematic review. *AIMS Public Health*. 2024;11(2):499-525. Published 2024 Apr 15. doi:10.3934/publichealth.2024025
25. Meng W, Shalayiding S, Wang X, Sailike B, Jiang T. Relationship between prenatal anxiety, depression, pregnancy stress and their social determinants. *BMC Psychol*. 2025;13(1):905. Published 2025 Aug 12. doi:10.1186/s40359-025-03237-3
26. Ariasih A, B, Budiharsana M, et al. Common Mental Disorders and Associated Factors During Pregnancy and the Postpartum Period in Indonesia: An Analysis of Data From the 2018 Basic Health Research. *J Prev Med Public Health*. 2024;57(4):388-398.
27. Glover V, O'Donnell KJ, O'Connor TG, Fisher J. Prenatal maternal stress, fetal programming, and mechanisms underlying later psychopathology-A global perspective. *Dev Psychopathol*. 2018;30(3):843-854. doi:10.1017/S095457941800038X
28. Van den Bergh BRH, van den Heuvel MI, Lahti M, et al. Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. *Neurosci Biobehav Rev*. 2020;117:26-64. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.07.003
29. Caffieri A, Gómez-Gómez I, Barquero-Jimenez C, De-Juan-Iglesias P, Margherita G, Motrico E. Global prevalence of perinatal depression and anxiety during the COVID-19 pandemic: An umbrella review and meta-analytic synthesis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2024;103(2):210-224. doi:10.1111/aogs.14740
30. Tarafa H, Alemayehu Y, Nigussie M. Factors associated with pregnancy-related anxiety among pregnant women attending antenatal care follow-up at Bedelle general hospital and Metu Karl comprehensive specialized hospital, Southwest Ethiopia. *Front Psychiatry*. 2022;13:938277. Published 2022 Sep 23. doi:10.3389/fpsyt.2022.938277
31. Alnasheet AM, Abdulaal NA, Kamal N. The Prevalence and Risk Factors of Pregnancy-Related Anxiety in Bahrain. *Cureus*. 2024;16(4):e57404. Published 2024 Apr 1. doi:10.7759/cureus.57404
32. Jalal SM, Alsebeiy SH, Alshealah NMJ. Stress, Anxiety, and Depression During Pregnancy: A Survey Among Antenatal Women Attending Primary Health Centers. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(22):2227. Published 2024 Nov 7. doi:10.3390/healthcare12222227
33. Jiang M, Zheng H, Bao Z, Wu Z, Zheng X, Feng Y. Joint Developmental Trajectories of Perinatal Depression and Anxiety and Their Predictors: A Longitudinal Study. *Healthcare (Basel)*. 2025;13(11):1251. Published 2025 May 26. doi:10.3390/healthcare13111251

34. World Health Organization. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries. Geneva: WHO; 2008.
35. Bridle L, Walton L, van der Vord T, et al. Supporting Perinatal Mental Health and Wellbeing during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3):1777. Published 2022 Feb 4. doi:10.3390/ijerph19031777
36. Rogers A, Obst S, Teague SJ, et al. Association Between Maternal Perinatal Depression and Anxiety and Child and Adolescent Development: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2020;174(11):1082–1092. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.2910
37. Madigan S, Oatley H, Racine N, et al. A Meta-Analysis of Maternal Prenatal Depression and Anxiety on Child Socioemotional Development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57(9):645-657.e8. doi:10.1016/j.jaac.2018.06.012
38. Accortt EE, Cheadle AC, Dunkel Schetter C. Prenatal depression and adverse birth outcomes: an updated systematic review. *Matern Child Health J*. 2015;19(6):1306-1337. doi:10.1007/s10995-014-1637-2
39. Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD; DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) EPDS Group. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ*. 2020;371:m4022. Published 2020 Nov 11. doi:10.1136/bmj.m4022
40. Tianqu Xie, Lu Han, Jiaxin Wu, Jiamiao Dai, Xiao Fan, Juan Liu, Yanqun Liu, Jinbing Bai, Psychometric evaluation of the pregnancy-related anxiety questionnaire—revised 2 for Chinese pregnant women DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103411>
41. Rondung E, Massoudi P, Nieminen K, et al. Identification of depression and anxiety during pregnancy: A systematic review and meta-analysis of test accuracy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2024;103(3):423-436. doi:10.1111/aogs.14734
42. Stefana A, Langfus JA, Palumbo G, et al. Comparing the factor structures and reliabilities of the EPDS and the PHQ-9 for screening antepartum and postpartum depression: a multigroup confirmatory factor analysis. *Arch Womens Ment Health*. 2023;26(5):659-668. doi:10.1007/s00737-023-01337-w
43. Cheng J, Wang H, Li Y, et al. Comparative performance of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and PHQ-9 for antenatal depression screening. *J Affect Disord*. 2025;354:45-52. doi:10.1016/j.jad.2025.01.019.
44. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 7a ed. México D.F.: McGraw-Hill Education; 2018.
45. Tamayo y Tamayo M. El proceso de la investigación científica. 5a ed. México D.F.: Limusa; 2014.
46. Arias FG. Metodología de la investigación. 6a ed. Caracas: Editorial Episteme; 2012.

47. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Diseño de investigaciones clínicas. 4a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
48. American College of Obstetricians and Gynecologists. Methods for estimating the due date. *Obstet Gynecol.* 2020;136(2):e1–e6.
doi:10.1097/AOG.0000000000004083
49. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
ISBN:9789241549950
50. American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG Practice Bulletin No. 222. *Obstet Gynecol.* 2020;135(6):e237–e260. doi:10.1097/AOG.0000000000003891

CAPÍTULO VIII: ANEXOS

ANEXO 01: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Datos sociodemográficos

a. Sexo:

- i. Femenino

b. Edad: _____

c. Estado civil:

- i. Soltera
ii. Casada
iii. Conviviente
iv. Viuda
v. Divorciada

d. Nivel educativo

- i. Sin educación
ii. Primaria
iii. Secundaria
iv. Superior técnico
v. Superior universitario

e. Procedencia

- i. Urbano
ii. Rural

f. Ocupación: _____

g. Edad

gestacional: _____

h. Antecedentes

Obstétricos:

- i. Nulípara
ii. Primípara
iii. Multípara
iv. Gran multípara

i. Motivo de hospitalización: _____

j. Antecedentes de gestación complicada

- i. Preeclampsia
ii. Eclampsia
iii. Parto pretérmino
iv. Otra
v. No aplica

2. Preguntas

Estimada paciente, en su condición de gestante se le presentarán 20 preguntas con 5 opciones las cuales deberá marcar según cómo usted considere adecuado.

Las 5 opciones significan:

1: Muy en desacuerdo

4: De acuerdo

2: En desacuerdo

5: Muy de acuerdo

3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo

Preguntas	1	2	3	4	5
Tengo miedo de que mi bebé sufra algún daño cerebral o discapacidad mental.					
Temo que los movimientos del feto o la ausencia de ellos sean anormales					
Tengo miedo de que mi bebé muera después de nacer					
Aunque conozco los avances médicos en relación al parto temo que pueda morir durante el mismo					
Temo que mi feto tenga alguna malformación					
Me da miedo el dolor durante la dilatación y el parto					
Tengo miedo a la muerte y a la pérdida de un ser querido					
Me preocupa que mi cuerpo no recupere su figura habitual después del embarazo					
Temo que mi bebé no esté sano					
Me preocupan mis cambios repentinos de humor					
Me preocupa convertirme en una persona demasiado centrada en mí misma					
Me preocupa mi irritabilidad					
Estoy preocupada por mi aspecto físico poco atractivo					
Tengo miedo al parto					
Me preocupa que pueda gritar y perder el control durante el parto					
Me da miedo perder mucha sangre durante el parto					
Estoy un poco preocupada porque nuestro bebé pueda no ser guapo y temo la reacción de los demás					
A veces me preocupa que convertirme en madre me cambie mucho y, por ejemplo, me haga sentir mayor					
Me preocupa haber ganado tanto peso					
Me preocupa que tengamos que renunciar a muchas cosas por el bebé					

Estimada paciente, Dado que usted se encuentra embarazada, me interesa conocer cómo se siente en este momento. Por favor, marque con una (✓) la opción que mejor refleje cómo se ha sentido durante los **últimos siete días**, y no únicamente cómo se siente el día de hoy.

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:

Tanto como siempre he podido hacerlo ____ 0
No tanto ahora ____ 1
Sin duda, mucho menos ahora ____ 2
No, en absoluto ____ 3

2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:

Tanto como siempre ____ 0
Algo menos de lo que solía hacerlo ____ 1
Definitivamente menos de lo que solía hacerlo ____ 2
Prácticamente nunca ____ 3

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:

Sí, casi siempre ____ 3
Sí, algunas veces ____ 2
No muy a menudo ____ 1
No, nunca ____ 0

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:

No, en absoluto ____ 0
Casi nada ____ 1
Sí, a veces ____ 2
Sí, muy a menudo ____ 3

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:

Sí, bastante ____ 3
Sí, a veces ____ 2
No, no mucho ____ 1
No, en absoluto ____ 0

6. Las cosas me oprimen o agobian:

Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas ____ 3
Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera ____ 2
No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien ____ 1
No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre ____ 0

7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:

Sí, casi siempre ____ 3
Sí, a veces ____ 2
No muy a menudo ____ 1
No, en absoluto ____ 0

8. Me he sentido triste y desgraciada:

Sí, casi siempre ____ 3
Sí, bastante a menudo ____ 2
No muy a menudo ____ 1
No, en absoluto ____ 0

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:

Sí, casi siempre ____ 3

Sí, bastante a menudo ____ 2

Ocasionalmente ____ 1

No, nunca ____ 0

10. He pensado en hacerme daño:

Sí, bastante a menudo ____ 3

A veces ____ 2

Casi nunca ____ 1

No, nunca ____ 0

ANEXO 02: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Proyecto de Investigación: “ANSIEDAD MATERNA Y DEPRESIÓN PRENATAL DURANTE LA GESTACIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, FEBRERO 2026: TRANSVERSAL ANALÍTICO”

Equipo de Investigadores:

Investigadora Principal: I.M.H. Jhoana Isamar Mejía Saucedo

Co-Investigadores (asesor): Dr. Jorge Arturo Collantes Cubas

Institución: Universidad Nacional De Cajamarca

Teléfonos: 944 553 364 / 976 390 499

1. Introducción / Propósito del Estudio

Este documento contiene información importante sobre el estudio de investigación titulado: Ansiedad Materna Y Depresión Prenatal Durante La Gestación En Pacientes Hospitalizadas Del Hospital Regional Docente De Cajamarca, febrero 2026

El propósito de este estudio es investigar los niveles de ansiedad materna y depresión prenatal, así como los factores sociodemográficos y obstétricos que se asocian

2. Participación en el Estudio

Si decide participar en este estudio, se le pedirá que llene el formulario de preguntas que se le presentan.

3. Procedimientos

Durante su participación en el estudio, se le solicitará que llene de manera sincera y correcta las preguntas que se le presenten.

4. Riesgos e Incomodidades

No existe riesgo al participar del estudio.

5. Beneficios

Los beneficios del estudio son:

- Permitir la identificación temprana de síntomas de ansiedad y depresión durante la gestación, lo que puede favorecer una mayor conciencia sobre su estado emocional.

6. Alternativas

Se le informará sobre lo que conlleva presentar ansiedad materna y depresión prenatal, así como en caso de ser necesario brindarle el apoyo necesario.

7. Compensación

Se le brindará información acerca de cómo identificar la ansiedad materna y la depresión prenatal, así como que hacer si las presenta en algún punto de su embarazo

8. Confidencialidad de la Información

Toda la información que proporcione será tratada de manera confidencial y anonimizada al momento del procesamiento de datos.

9. Problemas o Preguntas

Si tiene alguna pregunta puede ponerse en contacto con la investigadora principal, así como el coinvestigador

10. Consentimiento / Participación Voluntaria

Entiendo que mi participación en este estudio es voluntaria, y no se me castigará ni se me recortarán mis derechos si elijo no participar. Puedo abandonar el estudio en cualquier momento bajo las mismas condiciones.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído y comprendido la información proporcionada en este documento y que estoy de acuerdo en participar en el estudio; y asimismo indica mi consentimiento para participar voluntariamente en este estudio.

Firma del participante

Huella digital del participante: _____

Fecha: _____

Nota:

Una copia de este documento de consentimiento informado será entregada al firmante para su referencia.

Los participantes analfabetos pueden usar su huella digital en lugar de la firma.

ANEXO 3: DESARROLLO COMPLETO DE LA TABLA NÚMERO 4

Tabla 4. Análisis bivariado asociación entre variables sociodemográficas/obstétricas y los niveles de ansiedad y depresión prenatal

Asociación entre Variables Sociodemográficas/Obstétricas y los Niveles de Ansiedad y Depresión Prenatal										
Hospital Regional Docente de Cajamarca, febrero 2026 (n = 99) Prueba: Chi-cuadrado de Pearson										
Variable / Categoría	Nivel de Ansiedad Materna (PRAQ-20)					Nivel de Depresión Prenatal (EPDS)				
Variable / Categoría	Bajo n(%)	Moderado n(%)	Alto n(%)	n total	χ² p-val V	Sin dep. n(%)	Riesgo Leve n(%)	Depre. Prob. n(%)	n total	χ² p-val V
EDAD MATERNA										
21-34	19 (40%)	25 (52%)	4 (8%)	48	χ²=14.32 p=0.006 V=0.269	43 (90%)	3 (6%)	2 (4%)	48	χ²=10.95 p=0.027 V=0.235
18-20	4 (12%)	18 (56%)	10 (31%)	32		20 (62%)	9 (28%)	3 (9%)	32	
≥35	8 (42%)	5 (26%)	6 (32%)	19		17 (89%)	1 (5%)	1 (5%)	19	
ESTADO CIVIL										
Conviviente	19 (31%)	31 (51%)	11 (18%)	61	χ²=4.29 p=0.368 V=0.147	48 (79%)	9 (15%)	4 (7%)	61	χ²=9.73 p=0.045 V=0.222
Casada	11 (41%)	10 (37%)	6 (22%)	27		26 (96%)	1 (4%)	0 (0%)	27	
Soltera	1 (9%)	7 (64%)	3 (27%)	11		6 (55%)	3 (27%)	2 (18%)	11	
NIVEL EDUCATIVO										
Secundaria	12 (27%)	22 (49%)	11 (24%)	45	χ²=6.37 p=0.606 V=0.179	36 (80%)	5 (11%)	4 (9%)	45	χ²=10.56 p=0.228 V=0.231
Primaria	4 (24%)	8 (47%)	5 (29%)	17		13 (76%)	4 (24%)	0 (0%)	17	
Superior técnico	5 (29%)	10 (59%)	2 (12%)	17		15 (88%)	2 (12%)	0 (0%)	17	
Superior universitario	6 (50%)	5 (42%)	1 (8%)	12		11 (92%)	1 (8%)	0 (0%)	12	
Sin educación	4 (50%)	3 (38%)	1 (12%)	8		5 (62%)	1 (12%)	2 (25%)	8	
PROCEDENCIA										
Urbano	18 (27%)	34 (52%)	14 (21%)	66	χ²=1.51 p=0.471 V=0.123	55 (83%)	8 (12%)	3 (5%)	66	χ²=1.06 p=0.589 V=0.103
Rural	13 (39%)	14 (42%)	6 (18%)	33		25 (76%)	5 (15%)	3 (9%)	33	
OCUPACIÓN										
Ama de casa	18 (26%)	34 (49%)	17 (25%)	69	χ²=10.67 p=0.099 V=0.232	55 (80%)	9 (13%)	5 (7%)	69	χ²=6.94 p=0.326 V=0.187
Profesional/Técnico	8 (57%)	5 (36%)	1 (7%)	14		13 (93%)	1 (7%)	0 (0%)	14	
Estudiante	1 (11%)	6 (67%)	2 (22%)	9		6 (67%)	3 (33%)	0 (0%)	9	
Comerciante	4 (57%)	3 (43%)	0 (0%)	7		6 (86%)	0 (0%)	1 (14%)	7	
EDAD GESTACIONAL										
3er trimestre	30 (39%)	36 (47%)	10 (13%)	76	χ²=23.62 p=0.000 V=0.345	67 (88%)	6 (8%)	3 (4%)	76	χ²=20.90 p=0.000 V=0.325
2do trimestre	1 (6%)	11 (65%)	5 (29%)	17		12 (71%)	4 (24%)	1 (6%)	17	
1er trimestre	0 (0%)	1 (17%)	5 (83%)	6		1 (17%)	3 (50%)	2 (33%)	6	
GESTACIONES PREVIAS										
Nulípara	4 (12%)	19 (58%)	10 (30%)	33	χ²=10.33 p=0.111 V=0.228	24 (73%)	6 (18%)	3 (9%)	33	χ²=3.02 p=0.806 V=0.124
Primípara	13 (42%)	14 (45%)	4 (13%)	31		26 (84%)	4 (13%)	1 (3%)	31	
Multipara	9 (36%)	12 (48%)	4 (16%)	25		22 (88%)	2 (8%)	1 (4%)	25	
Gran multipara	5 (50%)	3 (30%)	2 (20%)	10		8 (80%)	1 (10%)	1 (10%)	10	
ANTECEDENTE OBSTÉTRICO										
Ninguna	27 (40%)	30 (44%)	11 (16%)	68	χ²=9.78 p=0.044 V=0.222	56 (82%)	8 (12%)	4 (6%)	68	χ²=2.19 p=0.701 V=0.105
Parto pretérmino	4 (24%)	8 (47%)	5 (29%)	17		12 (71%)	4 (24%)	1 (6%)	17	
Preeclampsia	0 (0%)	10 (71%)	4 (29%)	14		12 (86%)	1 (7%)	1 (7%)	14	

**ANEXO 4: CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO CONTINUO DEL DOCENTE
ASESOR PARA EJECUCIÓN DE TESIS DE GRADO**

El Asesor del Proyecto de tesis médico ginecólogo obstetra, maestro en gerencia de servicios de salud, **Jorge Arturo Collantes Cubas**, identificado con DNI N° **07625479**, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, hace constar que: el proyecto de titulado: ***“ANSIEDAD MATERNA Y DEPRESIÓN PRENATAL DURANTE LA GESTACIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, FEBRERO 2026: TRANSVERSAL ANALÍTICO”***, elaborado por la alumna **Jhoana Isamar Mejía Saucedo** ha sido asesorada por mi persona desde la creación del proyecto, sugiriendo la temática previa evaluación de la viabilidad de acuerdo a mi experiencia como Especialista en el tema. Asimismo, me comprometo a proseguir con el asesoramiento continuo durante la ejecución, desde la recolección de datos, análisis estadístico de resultados, discusión de resultados y conclusiones, haciendo cumplir los estándares mínimos solicitados de acuerdo al “MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ELABORACIÓN DE PRODUCTOS DE INVESTIGACIÓN DE FIN DE PROGRAMA: PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN BACHILLER, PROYECTOS DE TESIS Y TRABAJO FINAL DE TESIS EN EL PRE-GRADO Y SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN - RESIDENTADO MÉDICO -2025” en su versión 2.0.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Cajamarca, 04 de marzo del 2026



Jorge Arturo Collantes Cubas
Gineco Obstetra
CMP 34176 RNE. 17172

ANEXO 5: CONSTANCIA DE EVALUACIÓN CONTÍNUA FIRMADA DURANTE LA EJECUCIÓN DE LA TESIS DE GRADO

El Asesor del Proyecto de tesis médico ginecólogo obstetra, maestro en gerencia de servicios de salud, **Jorge Arturo Collantes Cubas**, identificado con DNI N° **07625479**, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, hace constar que: el proyecto de titulado: **“ANSIEDAD MATERNA Y DEPRESIÓN PRENATAL DURANTE LA GESTACIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, FEBRERO 2026: TRANSVERSAL ANALÍTICO”**, elaborado por la alumna **Jhoana Isamar Mejía Saucedo** ha sido asesorada por mi persona desde la creación del proyecto, dejando constancia del seguimiento, asesoramiento y visto bueno de conformidad por cada acápite del proyecto revisado y culminado, de acuerdo a las fechas que a continuación presento:

Acápite	Fecha	Firma y sello
Título	Diciembre 2025	 Jorge Arturo Collantes Cubas Médico Ginecólogo Obstetra CMP 34176 RNE. 17172
Plan de investigación	Enero 2026	 Jorge Arturo Collantes Cubas Médico Ginecólogo Obstetra CMP 34176 RNE. 17172
Marco teórico	Enero 2026	 Jorge Arturo Collantes Cubas Médico Ginecólogo Obstetra CMP 34176 RNE. 17172
Metodología de la investigación	Enero 2026	 Jorge Arturo Collantes Cubas Médico Ginecólogo Obstetra CMP 34176 RNE. 17172
Resultados	Febrero 2026	 Jorge Arturo Collantes Cubas Médico Ginecólogo Obstetra CMP 34176 RNE. 17172
Discusión	Febrero 2026	 Jorge Arturo Collantes Cubas Médico Ginecólogo Obstetra CMP 34176 RNE. 17172
Conclusiones y recomendaciones	Febrero 2026	 Jorge Arturo Collantes Cubas Médico Ginecólogo Obstetra CMP 34176 RNE. 17172
Formato	Marzo 2026	 Jorge Arturo Collantes Cubas Médico Ginecólogo Obstetra CMP 34176 RNE. 17172
Referencias bibliográficas	Marzo 2026	 Jorge Arturo Collantes Cubas Médico Ginecólogo Obstetra CMP 34176 RNE. 17172

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Cajamarca, 04 de marzo del 2026



Jorge Arturo Collantes Cubas
Gineco Obstetra
CMP 34176 RNE. 17172

**ANEXO 6: RÚBRICA USADA POR EL AUTOR Y ASESOR PARA EVALUAR TESIS
SEGÚN TIPO DE ESTUDIO OBSERVACIONAL – TRANSVERSAL SEGÚN
CRITERIOS STROBE**

	Item No	Contenido	Pág N°
Título y resumen	1	“ANSIEDAD MATERNA Y DEPRESIÓN PRENATAL DURANTE LA GESTACIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, FEBRERO 2026: TRANSVERSAL ANALÍTICO”	1
		Estudio observacional analítico realizado en gestantes hospitalizadas del HRDC (febrero 2026) que evaluó la relación entre ansiedad materna (PRAQ-20) y depresión prenatal (EPDS), identificando asociación positiva significativa y factores sociodemográficos y obstétricos relacionados.	4
Introducción			
Antecedentes / Justificación	2	Describe la importancia de la salud mental durante la gestación y sustenta la necesidad de evaluar la relación entre ansiedad materna y depresión prenatal en gestantes hospitalizadas del HRDC, debido a su impacto en la salud materna y perinatal.	8-12
Objetivos	3	Objetivo General Determinar la asociación entre ansiedad materna y depresión prenatal en gestantes hospitalizadas del Hospital Regional Docente de Cajamarca, febrero 2026. Objetivos Específicos 1. Estimar la distribución de los niveles de ansiedad materna (bajo, moderado y alto) en gestantes hospitalizadas del Hospital Regional Docente de Cajamarca, febrero 2026. 2. Estimar la distribución de los niveles de depresión prenatal (sin depresión, riesgo leve y depresión prenatal probable) en gestantes hospitalizadas del Hospital Regional Docente de Cajamarca, febrero 2026. 3. Evaluar la asociación entre los niveles de ansiedad materna y depresión prenatal con las características sociodemográficas y obstétricas en gestantes hospitalizadas del Hospital Regional Docente de Cajamarca, febrero 2026.	13
Métodos			
Diseño del	4	El presente estudio corresponde a una investigación	15

estudio		básica, observacional, analítica, correlacional, de corte transversal y retrospectiva, basada en revisión de historias clínicas. Se realizó en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, aplicando la encuesta con variables sociodemográficas y obstétricas así como las escalas PRAQ-20 y EPDS en pacientes gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia durante febrero de 2026.	
Contexto	5	Investigación realizada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante febrero de 2026	15
Participantes	6	Gestantes hospitalizadas que cumplieron criterios de inclusión y exclusión, incluidas mediante muestreo censal (n=99).	15-16
Variables	7	La variable dependiente fue la depresión prenatal, evaluada mediante la escala EPDS; la variable independiente fue la ansiedad materna, medida con el cuestionario PRAQ-20. Además, se incluyeron variables sociodemográficas y obstétricas como edad materna, estado civil, nivel educativo, procedencia, ocupación, edad gestacional, número de gestaciones previas, motivo de hospitalización y antecedentes obstétricos.	16-17
Fuentes de datos/medición	8	La fuente de los datos es de tipo primario puesto que se realizaron encuestas directas a los pacientes.	16
Sesgo	9	Al tratarse de un estudio observacional transversal, podrían presentarse algunos sesgos, como sesgo de selección, debido a que solo se incluyeron gestantes hospitalizadas en un periodo específico; y sesgo de información, relacionado con la autopercepción de las participantes al responder los cuestionarios. Para reducir estos posibles sesgos se utilizaron instrumentos validados internacionalmente y se aplicaron de manera estandarizada durante la hospitalización.	18-19
Tamaño del estudio	10	El tamaño de la muestra se determinó considerando el número de gestantes hospitalizadas durante el periodo de estudio. De un total estimado de 120 gestantes, se incluyeron todas aquellas que cumplían los criterios establecidos, obteniéndose finalmente 99 participantes válidas tras la exclusión de pacientes que no cumplían con los criterios definidos.	16
Variables cuantitativas	11	Las variables cuantitativas incluyen principalmente los puntajes obtenidos en las escalas EPDS y PRAQ-20, los cuales posteriormente fueron categorizados en niveles de depresión prenatal y ansiedad materna según puntos de corte establecidos. Asimismo, la	16

		edad materna, la edad gestacional y el número de gestaciones previas fueron registradas como variables cuantitativas y posteriormente agrupadas en categorías para facilitar el análisis estadístico.	
Métodos estadísticos	12	El análisis de los datos se realizó mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 26.0. Se efectuó inicialmente un análisis descriptivo de las variables. Posteriormente, se realizaron análisis bivariados mediante pruebas de Chi-cuadrado y V de Cramér para evaluar asociaciones entre variables categóricas. Asimismo, se emplearon coeficientes de correlación Rho de Spearman y Tau-b de Kendall para determinar la relación entre los niveles de ansiedad materna y depresión prenatal, considerándose un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$.	19
Resultados			
Participantes	13	Se evaluaron 99 gestantes hospitalizadas del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante febrero de 2026. De la muestra estimada original de 120 participantes, se excluyeron 21: 11 puérperas, 5 menores de 18 años y 5 que no brindaron consentimiento informado, alcanzando una tasa de participación del 82.5%. El perfil predominante fue gestantes convivientes (61.6%), amas de casa (69.7%), en el tercer trimestre de gestación (76.8%) y con edades entre 21–34 años (48.5%).	20
Datos descriptivos	14	Se halló que el nivel de ansiedad más frecuente fue el moderado (48.5%), seguido del bajo (31.3%) y el alto (20.2%), con el 68.7% de gestantes presentando algún nivel de ansiedad clínicamente relevante. Respecto a la depresión prenatal, el 80.8% no presentó depresión, el 13.1% presentó riesgo leve y el 6.1% depresión probable, con una prevalencia global de afectación del 19.2%. Las gestantes del primer trimestre concentraron la mayor carga emocional: 83.3% con ansiedad alta y 33.3% con depresión probable.	20-23
Datos de desenlace	15	Se encontró que el nivel de ansiedad alta se asoció a una mayor probabilidad de depresión prenatal: el 55.0% de las gestantes con ansiedad alta presentó algún nivel de depresión (30.0% riesgo leve + 25.0% probable), frente al 0% con ansiedad baja. Se estableció que la edad gestacional temprana fue el factor asociado con mayor carga depresiva, con el 33.3% de gestantes del primer trimestre con depresión probable frente al 3.9% en el tercer trimestre. Se determinó que el estado de soltera fue la condición de estado civil con mayor proporción de	24-27

		depresión (45.5% con algún nivel).	
Resultados principales	16	Se identificó una asociación positiva, moderada y estadísticamente significativa entre la ansiedad materna y la depresión prenatal ($\chi^2=28.075$; $p<0.001$; V de Cramér=0.377; ρ de Spearman=0.474; $p<0.001$). La regresión logística ordinal confirmó que la ansiedad materna es el predictor independiente más potente de depresión prenatal, con un OR ajustado de 10.10 (IC 95%: 2.778–36.712; $p<0.001$), manteniéndose significativo al controlar por edad gestacional, estado civil, edad materna y antecedente obstétrico. El modelo explicó el 50.2% de la varianza en depresión (Nagelkerke $R^2=0.502$).	28-32
Otros análisis	17	Se encontró que la edad gestacional avanzada actúa como factor protector independiente para la depresión prenatal (OR=0.345; IC 95%: 0.139–0.852; $p=0.021$), con una reducción del 65.5% en los odds de mayor depresión por cada trimestre adicional. Se determinó que el estado civil con mayor estabilidad conyugal también opera como factor protector (OR=0.140; IC 95%: 0.036–0.549; $p=0.005$), con una reducción del 86% en los odds de mayor depresión. El nivel educativo y la procedencia no mostraron asociación significativa con ninguno de los dos outcomes.	28
Discusión			
Resultados clave	18	La ansiedad materna y la depresión prenatal presentan prevalencias elevadas en gestantes hospitalizadas del HRDC Cajamarca (68.7% y 19.2%, respectivamente), superando los valores reportados en estudios ambulatorios como Tang et al. (2025), quienes encontraron 16.4% de depresión antenatal en gestantes en control prenatal regular con la EPDS. La asociación entre ambas variables (OR ajustado=10.10) es notablemente mayor que los efectos documentados por Hassanzadeh Bashtian et al. (2025) con escalas de ansiedad generalizada ($r=0.160$), diferencia atribuible al uso del PRAQ-20, que captura específicamente la ansiedad perinatal y no la ansiedad general.	33
Limitaciones	19	El diseño transversal impide establecer causalidad temporal entre la ansiedad y la depresión; ambas variables fueron medidas simultáneamente durante la hospitalización. La muestra no alcanzó el tamaño estimado ($n=99$ vs. 120 previsto), lo que reduce la potencia para detectar asociaciones pequeñas como las de nivel educativo y procedencia. Los instrumentos de autorreporte (PRAQ-20 y EPDS) introducen posibilidad de sesgo de información por deseabilidad social y reactividad al contexto	37

		hospitalario. La recolección en un único mes y en un solo establecimiento limita la generalización de los resultados a otros períodos y niveles de atención.	
Interpretación	20	Los hallazgos confirman la H1 del estudio y son coherentes con la evidencia internacional: Redondo et al. (2021) documentaron el mismo gradiente trimestral de ansiedad (mayor en primer trimestre, menor en tercero); Ptak et al. (2025) confirmaron mayor carga depresiva en hospitalizadas frente a no hospitalizadas; y Tang et al. (2025) identificaron el distrés de pareja como predictor de depresión antenatal, en línea con el efecto protector del estado civil encontrado en el presente estudio (OR=0.140). El OR ajustado de 10.10 para la ansiedad no disminuye al ajustar por covariables —sino que aumenta levemente desde 9.15 en el modelo crudo—, lo que indica que el efecto es genuino e independiente de los factores sociodemográficos y obstétricos evaluados.	33-35
Generalizabilidad	21	Los resultados son directamente aplicables a gestantes hospitalizadas en establecimientos de referencia regional de la sierra peruana con características similares al HRDC Cajamarca. No deben generalizarse a gestantes ambulatorias ni a otros niveles de atención sin estudios de validación externa. La prevalencia del 19.2% de depresión prenatal en contexto hospitalario proporciona una línea base regional para la estimación de la carga asistencial en salud mental perinatal y justifica la implementación del tamizaje rutinario con PRAQ-20 y EPDS al ingreso hospitalario.	38
Otra información			
Financiamiento	22	El estudio es autofinanciado por el autor No existieron conflictos de interés económicos que hayan influido en el diseño, desarrollo o resultados del estudio.	3

Cajamarca, 04 de marzo del 2026


Jorge Arturo Collantes Cubas
 Gineco Obstetra
 CMP 34176 RNE. 17172

ANEXO 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Ansiedad materna y depresión prenatal durante la gestación en pacientes hospitalizadas del Hospital Regional Docente de Cajamarca febrero 2026: transversal-analítico							
Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables e Indicadores				
Problema General	Objetivo general	Hipótesis	Variable independiente: Niveles de ansiedad materna durante la gestación				
¿Cuáles son los niveles de ansiedad materna y depresión prenatal durante la gestación en pacientes hospitalizadas del Hospital Regional Docente de Cajamarca, febrero 2026?	Determinar los niveles de ansiedad materna y su relación con características sociodemográficas y obstétricas en gestantes hospitalizadas del Hospital Regional Docente de Cajamarca, febrero–marzo 2026.	Hipótesis alterna Existe relación entre ansiedad materna y depresión prenatal en pacientes gestantes hospitalizadas del Hospital Regional Docente de Cajamarca, febrero 2026.	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Niveles o rangos
			Niveles de ansiedad materna durante la gestación	Cualitativa ordinal	Puntaje obtenido por la gestante al aplicar el cuestionario PRAQ-20 durante la hospitalización.	Ordinal	1: Bajo 2: Moderado 3: Alto
	Objetivos específicos	Hipótesis Nula	Variable dependiente: Niveles de depresión prenatal durante la gestación				
	OE1: Estimar la distribución de los niveles de ansiedad	No existe relación entre ansiedad materna y	Niveles de depresión prenatal durante la gestación	Cualitativa ordinal	Puntaje obtenido por la gestante al aplicar el	Ordinal	1: Sin depresión 2: Riesgo leve de depresión 3: Depresión prenatal probable

	materna (bajo, moderado y alto) en gestantes hospitalizadas del Hospital Regional Docente de Cajamarca, febrero 2026.	depresión prenatal en pacientes gestantes hospitalizadas del Hospital Regional Docente de Cajamarca, febrero 2026.			cuestionario EPDS durante la hospitalización.		
	OE2: Estimar la distribución de los niveles de depresión prenatal (sin depresión, riesgo leve y depresión prenatal probable) en gestantes hospitalizadas del Hospital Regional Docente de Cajamarca, febrero 2026.		Covariables				
			Edad materna	Edad cronológica en años	Edad en años cumplidos al momento de la hospitalización, según historia clínica o reporte de la gestante.	Razón	1: 18-21 2: 22-34 3: ≥35
			Estado civil	Estado civil	Condición civil referida por la gestante.	Nominal	1: Soltera 2: Casada 3: Conviviente 4: Viuda 5: Divorciada
			Nivel educativo	Nivel educativo más alto alcanzado por la gestante	Máximo nivel educativo alcanzado por la gestante, según ficha o historia	Ordinal	1: Sin educación 2: Primaria 3: Secundaria 4: Superior técnico 5: Superior universitario

	OE3: Evaluar la asociación entre los niveles de ansiedad materna y depresión prenatal con las características sociodemográficas y obstétricas en gestantes hospitalizadas del Hospital Regional Docente de Cajamarca, febrero 2026.				clínica.		
			Procedencia	Lugar de procedencia	Lugar de residencia habitual de la gestante al momento del estudio.	Nominal dicotómico	1: Urbano 2: Rural
			Ocupación	Cualitativa nominal.	Actividad principal declarada por la gestante.	Nominal	1: Ama de casa 2: Estudiante 3: Empleada dependiente 4: Independiente 5: Desempleada 6: Otros.
			Edad gestacional	Edad gestacional de la gestante	Edad del embarazo en semanas al momento de la evaluación, registrada por FUR confiable, ecografía o control prenatal.	Ordinal	1: Primer trimestre 2: Segundo trimestre 3: Tercer trimestre
			Gestaciones previas	Cualitativa nominal	Número de embarazos anteriores al actual, registrados en historia clínica o referidos por	Nominal	1: Nulípara 2: Primípara 3: Multípara 4: Gran multípara

					la gestante.		
			Motivo de hospitalización	Cualitativa nominal.	Diagnóstico o causa principal registrada en la historia clínica como motivo de internamiento al momento de la entrevista.	Nominal	1: Trastornos hipertensivos del embarazo 2: Amenaza de parto pretérmino 3: Hemorragias del embarazo 4: Infecciones obstétricas 5: Hiperémesis gravídica 6: Otros
			Antecedente de gestación complicada	Cualitativa nominal	Presencia de antecedentes en embarazos previos de complicaciones obstétricas relevantes registradas en historia clínica o referidas por la gestante.	Nominal dicotómica	1: Preeclampsia 2: Eclampsia 3: Parto pretérmino 4: Óbito fetal 5: Hemorragia obstétrica 6: No aplica
	Diseño de investigación	Población y muestra	Técnicas e instrumentos Encuesta personal a las pacientes hospitalizadas con el cuestionario PRAQ-20 y EPDS con una ficha de datos sociodemográficos			Método de análisis de datos: Análisis descriptivo: Análisis de características basales de la población y descripción de pacientes con ansiedad materna y depresión prenatal Análisis bivariado:	

	Nivel: Básico Enfoque: Cuantitativo Tipo: Observacional, analítico y correlacional Diseño: Transversal analítico	99 gestantes hospitalizadas que fueron evaluadas con los cuestionarios de factores sociodemográficos, obstétricos y con los cuestionarios PRAQ-20 y EPDS.	Variable dependiente: Niveles de ansiedad materna durante la gestación	Variable Independiente: Niveles de depresión prenatal durante la gestación	Medición de asociación entre cada variable sociodemográfica/obstétrica y los niveles de ansiedad y depresión mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson (χ^2) y la V de Cramér como medida de la magnitud de la asociación. Análisis multivariado: Se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis y para el análisis de la asociación principal entre los niveles de ansiedad materna y depresión prenatal se aplicaron Chi-cuadrado, Rho de Spearman y Tau-b de Kendall.
--	--	--	--	--	---