

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica

**SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA ASOCIADA A MÉTODOS
DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL EN USUARIAS DEL CENTRO
DE SALUD CIUDAD NUEVA DE TACNA, 2025**

TESIS

Presentada por:

Bach. FLOR DE MARIA MAYTA MAMANI

Para optar el Título Profesional de:

QUÍMICO FARMACÉUTICO

TACNA – PERÚ

2026

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica

**SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA ASOCIADA A MÉTODOS
DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL EN USUARIAS DEL CENTRO
DE SALUD CIUDAD NUEVA DE TACNA, 2025**

TESIS

Presentada por:

Bach. FLOR DE MARIA MAYTA MAMANI

Para optar el Título Profesional de:

QUÍMICO FARMACÉUTICO

Aprobada por MAYORÍA, ante el siguiente jurado.



Dr. Juan José Evaristo Changllo Roas
Presidente



Dra. Yemile del Carmen Berrios Espejo
Miembro



Dra. Diana Paloma Coaquira Lencinas
Miembro



Mgr. Royer Luis Castro Huarachi
Asesor

**CERTIFICADO DE PORCENTAJE DE SIMILITUD DEL INFORME FINAL DE
TESIS**

Yo, **Magister ROYER LUIS CASTRO HUARACHI**, en mi condición de asesor acreditado con resolución de Facultad N° 14363-2025-FACS-UNJBG, Tacna, 04 de noviembre del 2026, del trabajo de tesis titulada: **"SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA ASOCIADA A MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA DE TACNA, 2025"**, presentado por el bachiller **FLOR DE MARIA MAYTA MAMANI**, para optar el Título Profesional de **QUÍMICO FARMACÉUTICO**.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y similitud de trabajos de investigación y producción intelectual de la UNJBG; considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es **05** %.

Por lo que **CERTIFICO LA SIMILARIDAD** de la tesis anunciado líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites para optar el título profesional de QUÍMICO FARMACÉUTICO, según corresponda para su publicación en el Repositorio Institucional.

Tacna, **27** de junio del 2026


Mg. ROYER LUIS CASTRO HUARACHI
ASESOR DE TESIS
DNI: 45081233




Br. FLOR DE MARIA MAYTA MAMANI
AUTORA DEL TRABAJO DE TESIS
Bachiller en Farmacia y Bioquímica
CU: 2017-125013 DNI: 44192194



DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía, mi fuerza y protector diario que cuida mis días y los de mi hija.

A mis padres Teresa y Alberto por enseñarme con el ejemplo el significado de la perseverancia y valentía para hacerle frente a las dificultades.

A mi hermana Luz de Betel por su apoyo constante y desinteresado en mis días más complicados.

A mi hija Valentina, por ser la fuerza que me impulsa a seguir creciendo como madre, profesional y mujer; me enseñas a creer en mí y a no rendirme nunca.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la fortaleza de continuar mis estudios sin pensar en la posibilidad de rendirme ni un solo día a pesar de las dificultades.

A mi familia porque siempre creen en mí, con su apoyo constante y palabras de ánimo a diario.

A mi asesor, Q.F. Mg. Esp. Royer Luis Castro Huarachi, por su disposición y paciencia han sido fundamentales para el desarrollo y culminación de este trabajo de investigación.

De igual forma agradecer a los miembros del jurado por su atención, tiempo y valiosas observaciones que contribuyeron a mi formación profesional, muchas gracias por su evaluación y por la oportunidad de presentar esta tesis.

También agradezco al personal del Centro de Salud Ciudad Nueva por permitirme realizar mi recolección de datos en sus instalaciones, facilitando así la ejecución de mi trabajo de investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN.....	xviii
ABSTRACT	xix
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1.DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.2.1. Problema principal	7
1.2.2. Problemas secundarios	7
1.3.JUSTIFICACIÓN	8
1.4.OBJETIVOS	11
1.4.1. Objetivo general	11
1.4.2. Objetivos específicos.....	11
1.5.HIPÓTESIS	12
1.6.DETERMINACIÓN DE VARIABLES	12
1.6.1. Variables dependientes	12
1.6.2. Variable independiente	12
1.6.3. Co-variables	12
1.7.OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	13

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	16
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	16
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	16
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	23
2.2. BASES TEÓRICAS	26
2.2.1. Bases conceptuales de la ansiedad	26
2.2.2. Bases conceptuales de la depresión	29
2.2.2. Métodos anticonceptivos hormonales.....	32
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	34
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	37
3.1. TIPO, DISEÑO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	37
3.1.1. Tipo de investigación.....	37
3.1.2. Diseño de investigación.....	38
3.1.3. Nivel de la investigación	38
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	38
3.2.1. Población	38
3.2.2. Muestra	39
3.3. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	41
3.3.1. Técnicas para la recolección de datos.....	41
3.4. ANÁLISIS DE DATOS	47

3.4.1. Procesamiento de datos	47
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	50
DISCUSIÓN.....	85
CONCLUSIONES.....	104
RECOMENDACIONES.....	107
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110
ANEXOS	117

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Distribución de la severidad de ansiedad y depresión en usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025	50
Tabla 2.	Características sociodemográficas de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025.....	54
Tabla 3.	Características clínicas de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025	56
Tabla 4.	Características de uso de los métodos anticonceptivos hormonales de usuarias atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025	58
Tabla 5.	Distribución de la severidad de la sintomatología ansiosa y depresiva según características sociodemográficas de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025	63
Tabla 6.	Distribución de la severidad de la sintomatología ansiosa y depresiva según las características clínicas de las	

	usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025	68
Tabla 7.	Distribución de la severidad de la sintomatología ansiosa y depresiva según las características de uso de los métodos anticonceptivos hormonales de las usuarias atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025	71
Tabla 8.	Factores relacionados con la sintomatología elevada de ansiedad en usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna 2025	78
Tabla 9.	Factores relacionados con sintomatología elevada de depresión en usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna 2025	82

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Nivel de severidad de sintomatología ansiosa en usuarias de métodos anticonceptivos hormonales del Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna 2025	52
Gráfico 2.	Nivel de severidad de sintomatología depresiva en usuarias de métodos anticonceptivos hormonales del Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna 2025.....	53
Gráfico 3.	Porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología depresiva según educación.....	66
Gráfico 4.	Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según ocupación laboral	67
Gráfico 5.	Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología depresiva según presencia de comorbilidad.....	70
Gráfico 6.	Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad	

Nueva, Tacna, con sintomatología depresiva según tipo de hormona del método.....	75
Gráfico 7. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según edad.....	131
Gráfico 8. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según educación	132
Gráfico 9. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según ocupación	133
Gráfico 10. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según comorbilidad	134
Gráfico 11. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según uso de psicofármacos	135
Gráfico 12. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según antecedentes de ansiedad y/o depresión	136

Gráfico 13. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según tipo de hormona que reciben.....	137
Gráfico 14. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según tipo de método que reciben.....	138
Gráfico 15. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según tiempo de uso de los anticonceptivos.....	139
Gráfico 16. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según suspensión del método	140
Gráfico 17. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según razón de la suspensión	141
Gráfico 18. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según tiempo de suspensión del método....	142

Gráfico 19. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según cambio de método	143
Gráfico 20. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según razón de cambio del método	144
Gráfico 21. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según sospecha de reacción adversa al método	145
Gráfico 22. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según edad	146
Gráfico 23. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según educación	147
Gráfico 24. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según ocupación	148

Gráfico 25. Porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología depresiva según edad	149
Gráfico 26. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según presencia de comorbilidad	150
Gráfico 27. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según uso de psicofármacos	151
Gráfico 28. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según uso de presencia de antecedentes de ansiedad y/o depresión	152
Gráfico 29. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología depresiva según uso de psicofármacos	153

Gráfico 30. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología depresiva según presencia de antecedentes de ansiedad y/o depresión	154
Gráfico 31. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según tipo de hormona del método.....	155
Gráfico 32. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según tipo de método	156
Gráfico 33. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según tiempo de uso del método anticonceptivo	157
Gráfico 34. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según suspensión del método.....	158

Gráfico 35. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según cambio del método.....	159
Gráfico 36. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología depresiva según tipo de método	160
Gráfico 37. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología depresiva según tiempo de uso del método	161
Gráfico 38. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología depresiva según suspensión del método.....	162
Gráfico 39. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología depresiva según cambio del método	163

RESUMEN

El objetivo general del estudio fue determinar la asociación entre la sintomatología ansiosa-depresiva y el uso de métodos anticonceptivos hormonales (MAH) en usuarias del Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo básico, nivel relacional y diseño transversal. La muestra calculada probabilísticamente estuvo conformada por 141 usuarias de MAH. La ansiedad se evaluó mediante la escala GAD-7 y la depresión con el PHQ-9. Los resultados mostraron que la ansiedad elevada alcanzó 10,64 % y la depresión elevada 15,60 %. Predominó el uso de anticonceptivos combinados (58,16 %), especialmente inyectable mensual (31,21 %) y píldoras orales (26,95 %). Se evidenció que la ansiedad y la depresión se asociaron con el uso de métodos de solo progestágeno (RPa = 2,99; IC95 %: 1,13–7,92 y RPa = 2,80; IC95 %: 1,26–6,23, respectivamente) y con el implante subdérmico (RPa = 3,93; IC95 %: 1,28–12,13 y RPa = 2,48; IC95 %: 1,04–5,91, respectivamente), siendo estos hallazgos estadísticamente significativos (valor $p < 0,05$). Se concluye que el uso de anticonceptivos de solo progesterona y de implante subdérmico se asocian con síntomas ansiosos y depresivos.

Palabras clave: ansiedad; depresión; anticonceptivos hormonales; salud mental; mujeres.

ABSTRACT

The overall objective of the study was to determine the association between anxiety and depression symptoms and the use of hormonal contraceptives among patients at the Ciudad Nueva Health Center in Tacna in 2025. The study was quantitative in approach, basic in nature, relational in scope, and cross-sectional in design. The probabilistically calculated sample consisted of 141 users of hormonal contraceptives. Anxiety was assessed using the GAD-7 scale and depression using the PHQ-9. The results showed that high anxiety reached 10.64 % and high depression 15.60 %. The use of combined contraceptives predominated (58.16 %), especially monthly injectables (31.21 %) and oral pills (26.95 %). It was found that anxiety and depression were associated with the use of progestin-only methods (aPR = 2.99; 95 % CI: 1.13–7.92 and aPR = 2.80; 95 % CI: 1.26–6.23, respectively) and with the subdermal implant (aPR = 3.93; 95 % CI: 1.28–12.13 and aPR = 2.48; 95 % CI: 1.04–5.91, respectively), with these findings being statistically significant ($p < 0.05$). It is concluded that the use of progestin-only contraceptives and subdermal implants is associated with anxiety and depressive symptoms.

Keywords: anxiety; depression; hormonal contraceptives; mental health; women

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la depresión y los trastornos de ansiedad figuran entre las principales causas de carga de enfermedad; en 2019 se estimaron alrededor de 280 millones de personas con depresión y aproximadamente 301 millones con trastornos de ansiedad, con mayor afectación en mujeres en edad reproductiva. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que alrededor del 5 % de los adultos presenta depresión en un momento dado, lo que subraya su elevada prevalencia y pertinencia en salud pública (1,2).

En el Perú, los registros del Ministerio de Salud muestran que en los dos últimos años se atendieron más de 260 mil casos de depresión y que en 2024 la cifra superó los 280 mil. Estos datos evidencian la magnitud y el crecimiento de la demanda de atención en salud mental tras la pandemia de COVID-19. Esta situación, sumada a reportes sectoriales que alertan sobre un aumento sostenido de los problemas de salud mental, justifica incorporar un tamizaje sistemático en los servicios de salud sexual y reproductiva (3,4).

Algunos estudios señalan que el uso de anticonceptivos hormonales podría influir en los cambios de ánimo de mujeres en edad fértil; no

obstante, la evidencia sigue siendo incierta. Mientras ciertos trabajos describen asociaciones con sintomatología ansioso y depresiva, otros no encuentran efectos relevantes, evidenciando resultados heterogéneos. Es probable, además, que el impacto no sea uniforme y varíe según el tipo de método (por ejemplo, anticonceptivos combinados, solo progestina, inyectables o implantes) y la edad de la usuaria, especialmente al comparar adolescentes con mujeres adultas. En conjunto, estos antecedentes sostienen la necesidad de evaluaciones locales y comparativas entre métodos y grupos etarios para precisar la naturaleza de esta relación (5-7).

En Tacna, donde los centros de salud concentran la consejería y provisión de anticoncepción, existe una brecha de evidencia local sobre la frecuencia de sintomatología ansioso y depresiva entre usuarias de diversos tipos de métodos hormonales y sobre cómo factores clínicos y contextuales modulan dicha asociación. Generar estimaciones locales con instrumentos validados y análisis ajustados permitirá orientar la consejería anticonceptiva, optimizar el tamizaje de salud mental en planificación familiar y priorizar intervenciones costo-efectivas para mujeres en edad reproductiva. Este estudio aportará evidencia aplicada para la toma de decisiones clínicas y de gestión en el primer nivel de atención de Tacna.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La sintomatología ansiosa y la sintomatología depresiva en mujeres en edad reproductiva constituyen problemas relevantes de salud pública, debido a sus repercusiones sobre el bienestar emocional, el funcionamiento social, la calidad de vida y la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva (3).

En el Perú, la magnitud de este problema se refleja en que la Encuesta Nacional de Salud Mental 2022 reportó que el 14,33 % de las mujeres ha sufrido al menos un episodio depresivo durante su vida, mientras que el 6,74 % presentó un episodio depresivo en el último año, proporción superior a la observada en hombres. Asimismo, el Ministerio de Salud (MINSA) informó que, durante el año 2024, los establecimientos de salud atendieron más de 250 000 casos de depresión, de los cuales el 75,28 % correspondió a mujeres. De forma concordante, la ansiedad también representa una carga importante, pues hace tres años se diagnosticaron 433 816 casos a nivel nacional, posicionándose entre los problemas de salud mental más frecuentes del país (3,8).

En paralelo, los métodos anticonceptivos hormonales constituyen una de las estrategias más utilizadas para la prevención de embarazos no planificados, debido a su reconocida eficacia y seguridad. No obstante, persiste la preocupación respecto a su posible relación con cambios del estado de ánimo, particularmente con la aparición o agravamiento de síntomas de ansiedad y depresión. Esta inquietud se sustenta en mecanismos biológicos plausibles, dado que los estrógenos y progestágenos exógenos pueden influir sobre la neurotransmisión serotoninérgica, gabaérgica y dopaminérgica, así como sobre circuitos cerebrales vinculados con la regulación emocional. Sin embargo, la respuesta clínica no sería uniforme y podría variar según el tipo de método, la susceptibilidad individual, la edad de la usuaria, el tiempo de exposición y los antecedentes previos de salud mental (8,9).

La evidencia científica internacional muestra resultados heterogéneos. Un amplio estudio de cohorte en Dinamarca encontró que el uso de anticonceptivos hormonales se asoció con un mayor riesgo de inicio de antidepresivos y de primer diagnóstico de depresión, con riesgos más altos en adolescentes y señales consistentes para distintos métodos hormonales. En contraste, un estudio poblacional reciente realizado en Finlandia no halló un incremento del riesgo de depresión asociado al uso actual de anticoncepción hormonal sistémica en mujeres de 15 a 49 años,

e incluso reportó asociaciones nulas o inversas para algunos preparados. En conjunto, estos hallazgos sugieren que la relación entre anticoncepción hormonal y salud mental no es lineal ni uniforme, y que puede estar modulada por la edad, el tipo de método, el tiempo de uso, los antecedentes psiquiátricos y factores psicosociales concurrentes (7,10).

En el contexto de Tacna, la pertinencia del tema también se encuentra respaldada por información epidemiológica reciente. La Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Tacna informó que, hasta setiembre de 2024, 6 259 personas fueron atendidas y diagnosticadas con trastornos de salud mental en la región, siendo la ansiedad (19,46 %) y la depresión (7,45 %) los problemas más frecuentes. A ello se suma que, según la ENDES 2024, en el departamento de Tacna el 76,4 % de las mujeres de 15 a 49 años actualmente unidas usaba algún método anticonceptivo, el 54,3 % utilizaba métodos modernos y el 58,9 % empleaba métodos temporales. Estos datos muestran, de manera simultánea, una carga importante de problemas de salud mental y una elevada utilización de anticoncepción en la población femenina, lo que hace especialmente relevante explorar la posible asociación entre ambos fenómenos en el primer nivel de atención (11,12).

Pese a ello, en el ámbito local la evidencia específica continúa siendo limitada. En Tacna se han desarrollado investigaciones sobre ansiedad y depresión en otras poblaciones, como internos de medicina humana y pacientes hospitalarios o de emergencia; sin embargo, no se han identificado investigaciones locales que evalúen de manera comparativa la sintomatología ansiosa y depresiva según tipo de método anticonceptivo hormonal en usuarias atendidas en establecimientos del primer nivel.

En ese sentido, resulta necesario generar evidencia local que permita describir y analizar la sintomatología ansiosa y depresiva en usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna durante el año 2025, empleando instrumentos estandarizados para la evaluación de ansiedad y depresión.

La identificación de una posible asociación entre estas variables no solo contribuirá al conocimiento científico en un campo donde los hallazgos siguen siendo inconsistentes, sino que también aportará información útil para mejorar la atención integral de la mujer, fortalecer la consejería en planificación familiar e integrar oportunamente la evaluación de salud mental en los servicios del primer nivel de atención.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema principal

¿Existirá asociación entre la sintomatología ansiosa y depresiva con el uso de anticonceptivos hormonales en usuarias del Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna, 2025?

1.2.2. Problemas secundarios

- a. ¿Cuál será la frecuencia de sintomatología ansiosa y depresiva en usuarias de anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna, 2025?
- b. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de las usuarias de anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna, 2025?
- c. ¿Cuáles son las características de uso de los métodos anticonceptivos hormonales en las usuarias atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna, 2025?
- d. ¿Existirán diferencias entre la sintomatología ansiosa y depresiva en usuarias de anticonceptivos hormonales, según sus características sociodemográficas, clínicas y de uso, atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna, 2025?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La investigación sobre la sintomatología ansioso y depresiva en usuarias de métodos anticonceptivos hormonales se sostiene en una doble justificación teórica y práctica. En el plano conceptual, existe un mecanismo biológico plausible modulación neuroendocrina de circuitos afectivos por estrógenos y progestágenos y una evidencia empírica heterogénea que sugiere que el riesgo de presentar síntomas puede variar según el tipo de método, la edad y el tiempo de uso.

En Tacna, la Dirección Regional de Salud reportó en 2024 más de 6000 atenciones por trastornos de salud mental, con ansiedad (19,46 %) y depresión (7,45 %) como diagnósticos más frecuentes, lo que evidencia la carga local y la necesidad de tamizajes sistemáticos en servicios de alta rotación como planificación familiar. A nivel nacional, el Ministerio de Salud señala que la mayoría de atenciones por depresión en los últimos años corresponde a mujeres, reforzando la pertinencia de focalizar acciones en población femenina en edad reproductiva (13).

A ello se suma la señal regulatoria y de farmacovigilancia: la DIGEMID ha advertido que el estado de ánimo depresivo y la depresión figuran entre las reacciones adversas de los anticonceptivos hormonales,

recomendando consultar ante cambios de humor incluso poco después de iniciar el método. Asimismo, el Centro Nacional de Farmacovigilancia registra notificaciones de sospechas de reacciones psiquiátricas (por ejemplo: ansiedad, cambios de humor y depresión) dentro de más de 1 900 reportes relacionados con anticonceptivos hormonales, lo que avala la necesidad de vigilancia clínica activa y consejería informada en el primer nivel de atención (14). De forma concordante, la plataforma VigiAccess de la OMS acceso público a VigiBase documenta reacciones psiquiátricas, incluidas depresión y ansiedad, asociadas a diversos anticonceptivos hormonales como Levonorgestrel, Etonogestrel/desogestrel y Medroxiprogesterona (15).

En el plano operativo, contar con datos locales y actualizados permitirá mejorar la consejería anticonceptiva, integrar tamizajes de salud mental en planificación familiar y organizar rutas de derivación oportunas. La comparación por método, grupo etario y tiempo de uso orientará decisiones clínicas y de gestión desde la priorización de recursos hasta la actualización de protocolos y se traducirá en acciones concretas para el primer nivel de atención, como los Centros de Salud, contribuyendo a una atención más informada, oportuna y centrada en la mujer.

La presente investigación se justifica por su relevancia clínica, de salud pública y farmacéutica. Desde el punto de vista clínico, la ansiedad y la depresión pueden afectar la calidad de vida, la adherencia al método anticonceptivo, la continuidad de los controles y la toma de decisiones reproductivas. En este contexto, identificar la frecuencia de sintomatología ansiosa y depresiva en usuarias de métodos anticonceptivos hormonales permitirá fortalecer la consejería individualizada y orientar la derivación oportuna cuando se identifiquen síntomas clínicamente relevantes.

Por último, desde la práctica farmacéutica, la investigación aporta información útil para la atención farmacéutica, la farmacovigilancia y la consejería sobre uso seguro de anticonceptivos hormonales. La identificación de sospechas de reacciones adversas relacionadas con cambios del estado de ánimo, así como el seguimiento de usuarias con antecedentes de ansiedad o depresión, puede contribuir a mejorar la adherencia, prevenir suspensiones innecesarias y promover una decisión compartida entre la usuaria y el equipo de salud.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. *Objetivo general*

Determinar la asociación entre la sintomatología ansiosa y depresiva y el uso de anticonceptivos hormonales en usuarias del Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna, 2025.

1.4.2. *Objetivos específicos*

- a. Estimar la frecuencia de sintomatología ansiosa y depresiva en usuarias de anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna, 2025.
- b. Describir las características sociodemográficas y clínicas de las usuarias de anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna, 2025.
- c. Describir las características de uso de los métodos anticonceptivos hormonales en las usuarias atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna, 2025.
- d. Evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva en usuarias de anticonceptivos hormonales, según sus características sociodemográficas, clínicas y de uso, atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna, 2025.

1.5. HIPÓTESIS

Hipótesis alterna: Existe asociación entre la sintomatología ansiosa y depresiva con el uso de métodos de anticoncepción hormonal en usuarias del Centros de Salud Ciudad Nueva de Tacna, 2025.

Hipótesis nula: No existe asociación entre la sintomatología ansioso y depresiva con el uso de métodos de anticoncepción hormonal en usuarias del Centros de Salud Ciudad Nueva Tacna, 2025.

1.6. DETERMINACIÓN DE VARIABLES

1.6.1. Variables dependientes

- Sintomatología ansiosa, evaluada mediante la escala Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7).
- Sintomatología depresiva, evaluada mediante el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).

1.6.2. Variable independiente

Uso de métodos anticonceptivos hormonales

1.6.3. Co-variables

Características sociodemográficas, clínicas y de uso

1.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Valor final	Tipo de variable	Escala
Variable dependiente Sintomatología ansiosa	Conjunto de síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y somáticos asociados a ansiedad, tales como preocupación excesiva, nerviosismo, inquietud, dificultad para relajarse, irritabilidad, tensión y miedo anticipatorio.	Se mide mediante la escala GAD-7, instrumento conformado por 7 ítems que evalúan la frecuencia de síntomas ansiosos durante las últimas dos semanas.	Ansiedad	0-4: Mínima 5-9: Leve 10-14: Moderada 15-21: Severa	Sintomatología ansiosa: Baja (0-9) Elevada (≥10)	Dicotómica	Nominal
Sintomatología depresiva	Conjunto de síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y físicos asociados a depresión,	Se medirá mediante el cuestionario PHQ-9, instrumento conformado por 9 ítems	Depresión	0-4: Mínima 5-9: Leve 10-14: Moderada 15-19: Moderada-severa	Sintomatología depresiva: Baja (0-9) Elevada (≥10)	Dicotómica	Nominal

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Valor final	Tipo de variable	Escala
	tales como tristeza persistente, pérdida de interés o placer, fatiga, alteraciones del sueño o apetito, sentimientos de culpa o inutilidad, dificultad para concentrarse e ideas de muerte o autolesión.	que evalúan la frecuencia de síntomas depresivos durante las últimas dos semanas.		20–27: Severa			
Variable independiente	Método de planificación familiar basado en hormonas sexuales (estrógeno y/o progesterona) para prevenir embarazo, , con uso continuo igual o mayor a seis meses.	Se recolectará la información a través del instrumento DHS Program – Cuestionario para mujeres, versión 2023.	Tipo de método anticonceptivo o hormonal	AH Combinados AH de solo progesterona Presentación farmacéutica (tipo de método) Tiempo de uso Cambio de método	1 = Usa 0 = No usa 1 = Usa 0 = No usa 0 = Píldoras 1 = Iny. Mensual 2 = Iny. Trimestral 3 = Implante transdérmico o Meses 1 = Sí 0 = No	Dicotómica Dicotómica Politómica Discreta Dicotómica	Nominal Nominal Nominal Razón Nominal

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Valor final	Tipo de variable	Escala
Co-variables Características sociodemográficas y clínicas	Describen atributos fundamentales de la población de estudio. Las primeras sitúan a las personas en su contexto social y demográfico, mientras que las segundas recogen sus características de salud.	Se recolectará la información a través del instrumento DHS Program – Cuestionario para mujeres, versión 2023 y de la entrevista realizada.	Características sociodemográficas	Edad	Años		
				Educación	0 = Primaria 1 = Secundaria 2 = Superior técnica 3=Superior universitaria completa/incompleta	Continua Politómica	Razón Ordinal
			Características clínicas	Ocupación laboral	1 = Dependiente	Dicotómica Politómica	Nominal Nominal
				Comorbilidades Uso de psicofármacos Antecedentes de ansiedad y/o depresión	0 = Independiente Enfermedades subyacentes 1 = Usa 0 = No usa 1 = Tiene 0 = No tiene	Dicotómica Dicotómica	Nominal Nominal

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes internacionales

Luthuli et al. (16), en Sudáfrica, realizaron una revisión sistemática titulada: ***Influencia de las afecciones y síntomas de salud mental en el uso de anticonceptivos entre adolescentes y mujeres jóvenes: una revisión exploratoria***, mediante la cual sintetizaron la evidencia sobre la influencia de los problemas y síntomas de salud mental en el uso de anticonceptivos entre adolescentes y mujeres jóvenes de 10 a 25 años. De 9 817 registros identificados, incluyeron 17 estudios. La depresión fue el factor más evaluado, seguida del estrés, el malestar psicológico y la ansiedad. En la mayoría de los estudios, los problemas de salud mental se relacionaron con menor probabilidad de iniciar, continuar o utilizar consistentemente métodos anticonceptivos, especialmente cuando estos requerían adherencia frecuente. La depresión y el estrés mostraron asociaciones más consistentes con la discontinuación o el uso irregular, mientras que los resultados para la ansiedad fueron heterogéneos. Los autores concluyeron que la relación entre salud mental y anticoncepción es

compleja y puede operar en sentido inverso al habitualmente estudiado, dado que la sintomatología preexistente también puede influir en la elección, continuidad o cambio del método anticonceptivo.

En Chile, Cerda et al. (17) realizaron la investigación: “**Uso de anticonceptivos hormonales y depresión en mujeres adolescentes y jóvenes: una revisión de alcance**”, con el objetivo de sintetizar la evidencia sobre la asociación entre anticoncepción hormonal y depresión en mujeres de 11 a 24 años. Como metodología identificaron estudios empíricos cuantitativos publicados entre enero de 2017 y septiembre de 2022 en Web of Science y Scopus. Respecto a sus resultados, se incluyeron 12 artículos, cuyos hallazgos fueron heterogéneos (asociaciones positivas, negativas y no concluyentes/mixtas). Concluyeron que la relación entre uso de anticonceptivos hormonales y depresión en adolescentes y jóvenes es compleja y multifactorial, por lo que se requiere investigación adicional, más específica, que permita clarificar las posibles asociaciones y orientar mejor la práctica clínica.

En Estados Unidos, Jahanfar et al. (18) en el estudio: **Evaluación del impacto del uso de anticonceptivos en la salud mental de mujeres en edad reproductiva: una revisión sistemática**, realizaron una revisión sistemática sobre el impacto de la anticoncepción moderna (píldoras, LARC

como DIU e implantes, y métodos de barrera) en la salud mental de mujeres en edad reproductiva. En participantes sin antecedente de trastorno mental, se observó un incremento pequeño pero consistente del riesgo de síntomas depresivos: en ECA el tamaño de efecto estandarizado fue $SMD = 0,18$ (IC95 %: 0,02–0,34) y en cohortes el $RR = 1,04$ (IC95 %: 1,03–1,04). En mujeres con trastorno mental previo, la exposición a anticonceptivos hormonales se asoció con un efecto protector modesto frente a depresión: $SMD = -0,15$ (IC95 %: -0,30 a -0,00) en ECA y $SMD = -0,26$ (IC95 %: -0,37 a -0,15) en cohortes. Para ansiedad, los anticonceptivos hormonales mostraron efectos protectores leves en ambos subgrupos ($SMD = -0,20$; IC95 %: -0,40 a -0,01). Pese a lo anterior, los autores describen señales de daño específicas: mayor riesgo de depresión y uso de antidepresivos en ciertas usuarias, con gradiente por tipo de método (señales más marcadas para DIU hormonal, implante y parche/anillo). En conjunto, la evidencia sugiere heterogeneidad del efecto según historia clínica y formulación/vía, por lo que recomiendan una selección individualizada del método (estratificación del riesgo, consejería informada y seguimiento) para maximizar beneficios y mitigar riesgos.

Johansson et al. (19) en Suecia, realizaron el estudio titulado: ***“Estudio de cohorte poblacional sobre el uso de anticonceptivos orales y el riesgo de depresión”***, que tuvo un diseño de cohorte

poblacional con 264 557 mujeres del Biobanco del Reino Unido para evaluar la asociación entre el uso de anticonceptivos orales y el riesgo de depresión, considerando el posible sesgo de usuaria sana. Mediante regresión de Cox, encontraron que los dos primeros años de uso se asociaron con un mayor riesgo de depresión frente a las no usuarias (HR = 1,71; IC 95 %: 1,55–1,88). Asimismo, el uso alguna vez se relacionó con un ligero incremento del riesgo de depresión a lo largo de la vida (HR = 1,05; IC 95 %: 1,01–1,09), principalmente explicado por quienes iniciaron su uso durante la adolescencia. En cambio, no se observó una asociación significativa entre las mujeres que comenzaron a usar anticonceptivos orales en la adultez. El análisis entre hermanas aportó evidencia adicional compatible con una posible relación causal. Los autores concluyeron que el riesgo de depresión sería mayor durante los primeros años de uso y en quienes iniciaron anticonceptivos orales en la adolescencia, por lo que recomiendan una evaluación individualizada de riesgos y beneficios.

También en Estados Unidos, la investigación de Kraft et al. (5): ***Síntomas de trastornos mentales y uso de anticonceptivos orales: una revisión sistemática y metanálisis***, evaluó la relación entre anticonceptivos orales (AO) y síntomas de trastornos mentales. En conjunto, la mayoría de los estudios que evaluaron los autores no evidenciaron efectos clínicamente significativos de los AO sobre síntomas

afectivos o ansiosos; no obstante, un subconjunto sugirió señales de riesgo en contextos específicos. La comparación entre AO solo progestágeno y AO combinados arrojó resultados no concluyentes, aunque los autores subrayan la posible moderación por formulación (tipo/dosis de progestágeno y tipo de estrógeno), lo que justifica investigación adicional con mejor clasificación de la exposición. Destaca, además, la susceptibilidad etaria: se observan indicios de mayor riesgo de sintomatología depresiva en adolescentes usuarias de AO, mientras que los efectos a nivel poblacional en adultas parecen pequeños o improbables, sin poder descartarse por completo. Desde una perspectiva metodológica, los hallazgos podrían estar influidos por heterogeneidad entre estudios, confusión por indicación, clasificación imperfecta del método/formulación y sesgo de publicación. En la práctica clínica, los autores recomiendan una toma de decisiones individualizada y dinámica, sustentada en el historial clínico-psiquiátrico, la formulación específica del AO y un seguimiento periódico de síntomas (p. ej., PHQ-9/GAD-7), con reevaluación del método si emergen cambios relevantes en el estado de ánimo.

En Australia, Mu et al. (6) en su estudio: ***Anticoncepción hormonal y trastornos del estado de ánimo***, sintetizó evidencia clínica y biológica que vincula, en un subgrupo de usuarias, el inicio o empeoramiento de síntomas depresivos con ciertos métodos hormonales, destacando que el

progestágeno y el tipo/ dosis de estrógeno son determinantes. Señala que las píldoras más antiguas con etinilestradiol se han asociado con más problemas de ánimo, mientras que formulaciones más nuevas con estrógenos “fisiológicos” (p. ej., 17β -estradiol/estradiol valerato) podrían ser mejor toleradas. Recomienda a clínicos evaluar la relación temporal entre el uso del método y los cambios de humor, considerar antecedentes (p. ej., depresión previa/PMDD), y, de ser necesario, cambiar a otras formulaciones o a métodos no hormonales. En suma, el riesgo no es uniforme; depende del componente progestágeno, del tipo de estrógeno y de la susceptibilidad individual.

En Países Bajos, De Wit et al. (18) en su estudio: ***“Asociación del uso de anticonceptivos orales con síntomas depresivos en adolescentes y mujeres jóvenes”***, realizaron una revisión narrativa que integra evidencia clínica y biológica sobre la relación entre anticoncepción hormonal y alteraciones del ánimo, señalando que en un subgrupo susceptible el inicio o la continuidad de ciertos métodos puede asociarse con aparición o exacerbación de síntomas depresivos. El perfil del progestágeno y el tipo/dosis de estrógeno emergen como determinantes farmacológicos: las formulaciones tradicionales con etinilestradiol se han vinculado con mayor reactividad afectiva, mientras que combinaciones más recientes con estrógenos “fisiológicos” (p. ej., 17β -estradiol o estradiol

valerato) podrían mostrar mejor tolerabilidad neuropsiquiátrica. Los autores recomiendan una evaluación temporal rigurosa (onset/offset de síntomas respecto al inicio del método), considerar antecedentes de vulnerabilidad (p. ej., depresión previa, PMDD), y, cuando corresponda, ajustar la formulación o migrar a métodos no hormonales. En conjunto, concluyen que el riesgo no es uniforme y depende de la composición progestagénica, del tipo de estrógeno y de la susceptibilidad individual, lo que exige consejería personalizada y seguimiento clínico proactivo.

En Dinamarca, Skovlund et al. (7) mediante su estudio: ***Asociación entre la anticoncepción hormonal y la depresión***, evaluaron la asociación entre anticoncepción hormonal y depresión empleando dos desenlaces objetivos: primer uso de antidepresivos y primer diagnóstico clínico de depresión. En comparación con no usuarias, las estimaciones de riesgo fueron consistentemente mayores en usuarias, con gradiente por tipo de método: píldoras combinadas (RR = 1,2), sólo progestágeno (RR = 1,3), parche transdérmico (RR = 2,0), anillo vaginal (RR = 1,6) y SIU-LNG (RR = 1,4) para inicio de antidepresivos. Para el diagnóstico de depresión, las razones de riesgo fueron más modestas, aunque permanecieron elevadas en algunos métodos (p. ej., anillo y SIU-LNG). Se observó modificación del efecto por edad, con mayores riesgos en adolescentes (15–19 años): RR = 1,8 con combinados y RR = 2,2 con píldoras sólo

progestina para inicio de antidepresivos. En conjunto, los resultados respaldan una asociación positiva de magnitud baja a moderada, más evidente en adolescentes y en métodos no orales, subrayando la necesidad de consejería individualizada, evaluación del perfil de susceptibilidad y seguimiento clínico tras el inicio del método.

2.1.2. Antecedentes nacionales

En Lima, Vignale (21) en su estudio: ***Uso de píldoras anticonceptivas orales y depresión en mujeres de 20 – 35 años en la Facultad de Medicina Humana Manuel Huamán Guerrero, 2023***, evaluó la asociación entre uso de anticonceptivos orales (AO) y sintomatología depresiva en 152 mujeres de 20–35 años. La prevalencia de uso de AO fue 50,7 %. Entre las usuarias, 36,4 % presentó depresión moderada–grave, frente a 10,7 % en no usuarias. El uso de AO se asoció con mayor riesgo de síntomas depresivos moderados–graves ($RRa = 2,45$; $p = 0,025$), y los antecedentes de trastorno del estado de ánimo duplicaron el riesgo ($RRc = 1,98$; $p = 0,024$). El tiempo de uso no mostró asociación significativa. El autor concluyó que en esta muestra universitaria, el uso de AO se relacionó con un incremento del riesgo de sintomatología depresiva moderada–grave. Aunque los hallazgos son coherentes con una señal de riesgo, su validez externa es limitada (entorno académico, tamaño muestral

moderado), por lo que se recomienda replicación en poblaciones más amplias y heterogéneas con medición estandarizada y control riguroso de confusión.

También en Lima, Barrionuevo et al. (22), en su estudio: ***Uso de anticonceptivos hormonales y síntomas depresivos de mujeres en edad fértil: un análisis secundario del ENDES 2021***, realizaron un análisis secundario de la ENDES 2021 para explorar la asociación entre uso de anticonceptivos hormonales y sintomatología depresiva en mujeres en edad fértil ($n = 880$). Se encontró que el inyectable fue el método más frecuente (37,2 %). La mayoría de participantes presentó depresión mínima–leve (90,6 %). En el análisis bivariado, 34,3 % de usuarias de inyectable y 15,4 % de usuarias de implante mostraron síntomas depresivos mínimos/levemente elevados, pero la asociación global entre uso de MAC hormonales y síntomas depresivos no fue significativa ($p = 0,584$). Sí se observaron asociaciones con estado civil ($p = 0,002$), residencia urbana ($p = 0,035$) y condición de estudiante al momento de la encuesta ($p = 0,030$). El autor concluyó que, no se evidenció asociación estadísticamente significativa entre el uso de métodos hormonales y la sintomatología depresiva; no obstante, variables sociodemográficas mostraron relación con los síntomas. Los autores recomiendan que futuras investigaciones incorporen caracterización más fina de la exposición (p. ej.,

formulación/concentración), antecedentes de depresión, edad y factores ambientales, así como diseños que mitiguen confusión residual y la limitación transversal del estudio.

En Cusco, Porcel et al. (23) a través de su investigación: ***Asociación entre anticonceptivos hormonales y depresión en usuarias de planificación familiar en el Hospital Túpac Amaru II-E del Cusco, 2023***, evaluaron la asociación entre el uso de anticonceptivos hormonales y la sintomatología depresiva en usuarias de planificación familiar del Hospital Túpac Amaru II-E (Cusco) durante el primer trimestre de 2023. Se trató de un estudio cuantitativo, de alcance correlacional, no experimental y de diseño transversal, con $n = 125$ participantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia que cumplieron criterios de inclusión y exclusión predefinidos. Los resultados evidenciaron una asociación de baja magnitud entre el uso de anticoncepción hormonal y los niveles de depresión, observándose una distribución heterogénea de la severidad depresiva entre los diferentes tipos de métodos empleados. Si bien el hallazgo sugiere una señal de relación, su tamaño de efecto reducido y el carácter transversal del diseño limitan la inferencia causal, por lo que se recomienda profundizar con tamaños muestrales mayores, medición estandarizada del desenlace y análisis ajustados que controlen confusión (edad,

antecedentes afectivos, estrés percibido, tiempo de uso y formulación específica del método).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Bases conceptuales de la ansiedad

2.2.1.1. Sintomatología ansiosa

La ansiedad constituye una respuesta emocional normal frente a estímulos percibidos como amenazantes; sin embargo, cuando su intensidad, frecuencia o duración exceden la capacidad adaptativa del individuo y generan malestar clínicamente significativo o deterioro funcional, adquiere relevancia clínica y epidemiológica. La sintomatología ansiosa comprende manifestaciones psíquicas y somáticas como preocupación excesiva, inquietud, hipervigilancia, irritabilidad, dificultad para concentrarse, fatiga, tensión muscular, alteraciones del sueño, palpitaciones, sudoración y molestias gastrointestinales. En investigación en salud mental, estos síntomas suelen evaluarse en un continuo, desde expresiones subclínicas hasta trastornos de ansiedad plenamente establecidos (24,25).

2.2.1.2. Fisiopatología general

La fisiopatología de la ansiedad es multifactorial. Se ha descrito la participación de circuitos neuroanatómicos integrados por la amígdala, la corteza prefrontal medial, el hipocampo y la ínsula, regiones implicadas en la detección de amenaza, memoria emocional y regulación de la respuesta al miedo. La hiperreactividad amigdalina y una modulación inhibitoria insuficiente de la corteza prefrontal favorecen respuestas ansiosas exageradas (25).

En el plano neuroquímico, se han implicado alteraciones en los sistemas serotoninérgico, noradrenérgico, dopaminérgico y GABAérgico. Asimismo, el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal desempeña un papel central, ya que el estrés crónico puede inducir una liberación sostenida de cortisol y cambios en la plasticidad neuronal, perpetuando la vulnerabilidad ansiosa. También se han propuesto mecanismos inflamatorios y de estrés oxidativo como cofactores en la génesis de síntomas ansiosos, particularmente en presencia de comorbilidad depresiva (25).

En mujeres en edad reproductiva, las hormonas sexuales pueden modular la neurotransmisión central y la respuesta al estrés. Tanto estrógenos como progestágenos interactúan con sistemas relacionados

con la regulación emocional, lo que ha generado interés en la posible relación entre anticonceptivos hormonales y síntomas ansiosos en algunas usuarias susceptibles (6,26,27).

2.2.1.3. Diagnóstico

El diagnóstico clínico de los trastornos de ansiedad se sustenta en la entrevista clínica, el examen mental y los criterios diagnósticos vigentes (1). No obstante, en estudios observacionales y tesis en población general, resulta útil la cuantificación estandarizada de síntomas.

Una de las escalas más empleadas es el **Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)**, desarrollada por Spitzer et al. (6). Esta escala autoadministrada consta de 7 ítems que evalúan la frecuencia de síntomas ansiosos durante las últimas dos semanas. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, con un rango total de 0 a 21 puntos (6). Los puntos de corte más utilizados son 5, 10 y 15, correspondientes a ansiedad leve, moderada y severa, respectivamente; un puntaje ≥ 10 ha mostrado adecuado rendimiento para detectar ansiedad clínicamente significativa (6). Su brevedad, facilidad de aplicación y buenas propiedades psicométricas la convierten en un instrumento útil para investigaciones en atención primaria y salud pública (6).

2.2.1.4. Tratamiento

El tratamiento depende de la intensidad de los síntomas, el deterioro funcional y la presencia de comorbilidades. En casos leves, pueden ser útiles la psicoeducación, higiene del sueño, ejercicio físico y técnicas psicoterapéuticas breves (3). La terapia cognitivo-conductual constituye una de las intervenciones con mayor evidencia para trastornos de ansiedad (3).

En cuadros moderados o severos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) son tratamientos de primera línea (3). Las benzodiacepinas pueden emplearse por períodos cortos y en contextos seleccionados, debido a su riesgo de dependencia y efectos adversos (3).

2.2.2. Bases conceptuales de la depresión

2.2.2.1. Sintomatología depresiva

La **sintomatología depresiva** incluye tristeza persistente, pérdida de interés o placer, fatigabilidad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa o inutilidad, dificultades de concentración, enlentecimiento o agitación psicomotora e ideas de muerte (1,7). Desde

una perspectiva clínica y epidemiológica, estos síntomas también se distribuyen en un continuo que va desde formas leves hasta episodios depresivos mayores (1,7). La depresión representa una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial y con frecuencia coexiste con ansiedad, motivo por el cual es común abordar ambas dimensiones de manera conjunta en estudios de salud mental femenina (1,28).

2.2.2.2. Fisiopatología general

La fisiopatología de la depresión es compleja y heterogénea. Se han descrito alteraciones en los sistemas serotoninérgico, noradrenérgico y dopaminérgico, así como disfunción en circuitos córtico-límbicos relacionados con regulación afectiva, recompensa y procesamiento cognitivo (7,8). Además, la hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, con elevación persistente de cortisol, se ha asociado con alteraciones del hipocampo y de la plasticidad neuronal (7).

Otro mecanismo implicado es la disminución del **factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF)**, que podría contribuir a alteraciones en neuroplasticidad y adaptación al estrés (7,8). A ello se suman hipótesis inflamatorias, según las cuales determinadas citocinas proinflamatorias se relacionan con síntomas depresivos en subgrupos vulnerables (7). En

mujeres, las variaciones hormonales endógenas y exógenas pueden influir sobre neurotransmisión y estado de ánimo, por lo que el estudio de la exposición a anticonceptivos hormonales ha cobrado relevancia clínica (29).

2.2.2.3. Diagnóstico

El diagnóstico clínico de depresión requiere entrevista clínica, valoración del funcionamiento y aplicación de criterios diagnósticos reconocidos (1). Sin embargo, para fines de tamizaje y estudios poblacionales, una de las escalas más utilizadas es el **Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)** (10).

El PHQ-9 consta de 9 ítems basados en síntomas depresivos ocurridos durante las últimas dos semanas, con puntuación de 0 a 3 por ítem y rango total de 0 a 27 puntos (10). Los puntos de corte más empleados son 5, 10, 15 y 20, que indican sintomatología depresiva leve, moderada, moderadamente severa y severa, respectivamente (10). Un puntaje ≥ 10 suele utilizarse para identificar depresión clínicamente relevante en investigación y atención primaria, con adecuada sensibilidad y especificidad (10). El ítem 9, referido a ideas de muerte o autolesión, reviste especial importancia ética y clínica (30).

2.2.2.4. Tratamiento

El manejo terapéutico varía según severidad, riesgo suicida y comorbilidades. En casos leves, pueden utilizarse psicoterapia, activación conductual, ejercicio y fortalecimiento de redes de apoyo (7,8). En cuadros moderados o severos, los ISRS, IRSN y otros antidepresivos constituyen opciones terapéuticas frecuentes, generalmente combinadas con psicoterapia estructurada (7,8). La evaluación del riesgo suicida, la presencia de trastornos de ansiedad, consumo de sustancias y condiciones médicas concomitantes es indispensable en toda persona con sintomatología depresiva (1,7).

2.2.2. Métodos anticonceptivos hormonales

Los métodos anticonceptivos hormonales (MAH) se clasifican en combinados (estrógeno + progestágeno) y solo progestágeno. Su eficacia se sustenta en la inhibición ovulatoria, el espesamiento del moco cervical y la modificación del endometrio. Más allá de la eficacia contraceptiva, las diferencias farmacológicas (tipo de estrógeno/progestágeno), farmacocinéticas (picos vs liberación estable) y vía (oral, transdérmica, vaginal, subdérmica, intrauterina, intramuscular) son relevantes para la tolerabilidad del ánimo.

2.2.2.1. Métodos combinados (estrógeno más progestágeno)

- Formas farmacéuticas y sus ingredientes activos

- Anticonceptivos orales combinados (AOC):
 - Estrógeno: etinilestradiol (EE) (clásico) o 17 β -estradiol/estradiol valerato (E2/E2V) en formulaciones más recientes.
 - Progestágeno: levonorgestrel, desogestrel, gestodeno, drospirenona, noretisterona, entre otros (con perfiles androgénicos/antiandrogénicos distintos).
- Parche transdérmico: liberación continua; mayor exposición sistémica media que muchas AOC.
- Anillo vaginal: liberación local con niveles sistémicos relativamente estables.

- Mecanismos y consideraciones neuropsicológicas

- Supresión LH/FSH y anovulación; además, efectos sobre moco y endometrio.
- El tipo de estrógeno puede influir en tolerabilidad: el EE tiende a perfiles metabólicos/hepáticos distintos del E2/E2V; hay hipótesis de mejor tolerancia afectiva con estrógenos más “fisiológicos” en algunas usuarias.

- El progestágeno varía en afinidad por receptores de progesterona, andrógenos y mineralocorticoides (p. ej., drospirenona tiene actividad antiandrogénica/antimineralocorticoide), lo que podría modular retención de líquidos, reactividad emocional y síntomas premenstruales.

2.2.2.2. Método solo progestágeno

- Píldora solo progestina (POP): (desogestrel, levonorgestrel, noretisterona).
- Inyectables: medroxiprogesterona de depósito (DMPA) trimestral; noretisterona enantato (NET-EN).
- Implante subdérmico: etonogestrel (3 años) o levonorgestrel (5 años).
- Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG): 3–8 años según dispositivo; baja-moderada exposición sistémica con alto efecto local.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

PHQ-9: Cuestionario de 9 ítems para depresión (rango 0–27); cortes habituales: 5 (leve), 10 (moderada), 15 (moderada-severa), 20 (severa).

GAD-7: Escala de 7 ítems para ansiedad generalizada (0–21); cortes 5/10/15 para leve/moderada/severa.

Métodos anticonceptivos hormonales (MAH): Estrategias anticonceptivas basadas en estrógenos y/o progestágenos que inhiben ovulación, espesan moco cervical y modifican endometrio.

Anticonceptivos orales combinados (AOC): Píldoras con estrógeno (p. ej., etinilestradiol o estradiol) + progestágeno; exposición sistémica diaria y alta efectividad con buena adherencia.

DMPA (inyectable trimestral): Medroxiprogesterona de depósito administrada cada ~12 semanas; produce picos sistémicos de progestágeno y anovulación sostenida.

Implante subdérmico: Varilla(s) con etonogestrel/levonorgestrel de liberación continua (3–5 años); exposición relativamente estable y alta eficacia.

SIU-LNG: Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (3–8 años según modelo); acción principalmente local con niveles sistémicos bajos-moderados.

Razón de prevalencias (RP): Medida de asociación en estudios transversales que compara la prevalencia del desenlace entre grupos de exposición; suele estimarse con regresión de Poisson con varianza robusta.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO, DISEÑO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. *Tipo de investigación*

Observacional: Porque no se realizaron manipulaciones de las variables de estudio y se observan o describen de acuerdo a su naturaleza.

Cuantitativa: Porque se emplearon métodos numéricos para la recolección de las variables, así como tratamiento estadístico descriptivo e inferencial para responder a los objetivos de la investigación.

Analítica: Porque se incluyeron más de dos variables para el análisis estadístico. Asimismo, como objetivos secundarios, se propone comparar el comportamiento de la prevalencia de la sintomatología ansioso-depresiva de acuerdo al tipo y tiempo de uso del método anticonceptivo hormonal.

3.1.2. Diseño de investigación

Epidemiológico transversal: Porque en la presente investigación la recolección de las variables de estudio (síntomatología ansiosa y depresiva, así como uso de métodos hormonales) se realizaron en un momento puntual de tiempo. Esto permitió que se estimen prevalencias de la sintomatología ansiosa y depresiva.

3.1.3. Nivel de la investigación

Relacional: Porque evaluó si la sintomatología ansiosa y depresiva se asocia con el tipo de método anticonceptivo hormonal.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población

La población de estudio son las mujeres de 18–49 años que utilizan métodos anticonceptivos hormonales (MAH) de forma continua y acuden a consulta externa al Centro de Salud.

3.2.2. Muestra

Se empleó la siguiente fórmula para estimar una proporción poblacional, considerando la prevalencia esperada de sintomatología ansiosa y depresiva:

$$n_0 = \frac{Z^2 p (1 - p)}{d^2}$$

Para ello, se tomaron los siguientes parámetros:

Alfa ($[\alpha]$, minimiza error tipo I)	0,05
Precisión ($[d]$, margen de error)	0,082
Distribución normal para un IC 95 % ($[Z]$)	1,96
Prevalencia de casos (antecedente)	0,335 (valor tomado del estudio de Yusuf et al. (31), quien evidenció que el 33,5 % de mujeres que usaban algún método anticonceptivo hormonal presentó depresión)
10 % o 0,1	Adicional por no respuesta

Resolviendo:

$$n_0 = \frac{1.96^2 \times 0,335 (1 - 0,335)}{0,082^2}$$

$$n_0 = 127,3$$

Ajustando en 10 % por posible no respuesta, se obtuvo una muestra final de 141 usuarias de métodos anticonceptivos hormonales en el Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna.

$$n_0 = 127,3 + 10 \% = 141$$

3.2.2.1. Criterios de inclusión

- Mujeres mayores de 18 años.
- Uso continuo de más de 6 meses del método anticonceptivo hormonal.
- Atención en servicios de planificación familiar del centro de salud durante el periodo de estudio.
- Consentimiento informado firmado.

3.2.2.2. Criterios de exclusión

- Mujeres embarazadas o que estén en posparto menor a seis semanas.
- Afecciones médicas de salud mental que le impidan responder.
- Antecedentes de trastorno psicótico o bipolar en fase aguda.

- Transición reciente entre métodos anticonceptivos hormonales, definida como rotación o cambio de un método hormonal a otro en los 30 días previos a la entrevista. Este criterio no se refiere al uso simultáneo de dos o más métodos hormonales, sino a la transición reciente entre métodos, debido a que dicho periodo podría dificultar la interpretación temporal entre exposición anticonceptiva y aparición de síntomas ansiosos o depresivos.

3.3. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

3.3.1. Técnicas para la recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante entrevistas presenciales dirigidas a cada usuaria de métodos anticonceptivos hormonales atendida en el Centro de Salud Ciudad Nueva durante el año 2025.

3.3.1.1. Aprobación del estudio por parte del Comité de Ética Institucional de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann y autorización de la Red de Salud de Tacna

Antes de la ejecución del presente estudio, se gestionó y obtuvo la aprobación del Comité de Ética Institucional de la Universidad Nacional

Jorge Basadre Grohmann de Tacna, de conformidad con los lineamientos y procedimientos administrativos establecidos por dicha instancia. Como parte del expediente sometido a evaluación ética, se presentaron principalmente el protocolo de investigación y el formato de consentimiento informado (Anexo 2). Luego de la revisión y evaluación correspondientes, se emitió la carta de aprobación respectiva (Anexo 3).

Posteriormente, se solicitó a la Red de Salud Tacna la autorización para la ejecución del estudio, siguiendo el procedimiento administrativo correspondiente y adjuntando, como documento principal de sustento, la carta de aprobación emitida por el Comité de Ética. Finalmente, se obtuvo la carta de autorización de la Red de Salud Tacna (Anexo 4), en la cual se identificó a la investigadora principal del estudio y se precisó el establecimiento de salud autorizado para la ejecución de la investigación. De este modo, el estudio contó con el respaldo ético e institucional necesario para su desarrollo, en concordancia con la protección de los derechos, el bienestar y la confidencialidad de las participantes.

3.3.1.2. Planificación en el Centro de Salud de Ciudad Nueva

Previo al inicio del estudio, se coordinó con la Gerencia del Centro de Salud y con la jefatura del servicio de Obstetricia a fin de definir las

fechas de ejecución, los espacios físicos destinados para la entrevista de las usuarias, la persona responsable a nivel local y el flujo de derivación a los servicios de salud mental o consejería, según correspondiera, para las usuarias encuestadas. Asimismo, se presentó formalmente a dichas autoridades la autorización para la ejecución del estudio emitida por la Red de Salud Tacna, así como la carta de aprobación del Comité de Ética correspondiente. Estos documentos acreditaron que la investigación contaba con las autorizaciones institucionales y éticas necesarias para su desarrollo, garantizando el respeto de los derechos de las participantes, la protección de su bienestar y la confidencialidad de la información recopilada.

3.3.1.3. Explicación del estudio a las usuarias y firma del consentimiento informado

Diariamente, se verificaron los criterios de selección de las usuarias que acudieron al consultorio de Obstetricia o Planificación Familiar del Centro de Salud Ciudad Nueva. Tras confirmar que la usuaria era receptora de un método anticonceptivo hormonal y que cumplía con los criterios de inclusión del estudio, se le invitó a participar mediante un proceso de consentimiento informado. En dicho procedimiento, se explicaron de manera clara los objetivos de la investigación, los procedimientos a realizar,

los riesgos y beneficios esperados, así como las garantías de confidencialidad y voluntariedad.

Se enfatizó, además, que la decisión de participar no afectaría la atención brindada por el establecimiento ni la continuidad de su método anticonceptivo. Luego de absolver las dudas correspondientes, y en caso de aceptación, se procedió a la firma del consentimiento informado en dos copias, entregándose una de ellas a la participante. Posteriormente, a cada participante se le asignó un código único sin identificadores directos, y los datos de contacto, cuando fueron recolectados, se almacenaron en una base independiente con acceso restringido, a fin de resguardar la confidencialidad de la información.

3.3.1.4. Aplicación de instrumentos de diagnóstico de los síntomas ansioso y depresivos y recolección de datos

La entrevista tuvo una duración estimada de 15 a 20 minutos y se desarrolló siguiendo un orden preestablecido.

En una primera etapa, se registraron los datos sociodemográficos y clínicos de las participantes. Posteriormente, se documentó la variable de exposición, referida al uso del método anticonceptivo hormonal actual con un tiempo de uso continuo igual o mayor a seis meses. Para ello, se

consignó el tipo específico de método utilizado, incluyendo el nombre del producto y su presentación farmacéutica, el tiempo de uso expresado en meses, los cambios realizados en los últimos 12 meses, la suspensión del método y las reacciones adversas percibidas por la usuaria. Cuando fue posible, la información proporcionada se contrastó con la historia clínica o con los registros de farmacia del establecimiento.

Las preguntas correspondientes a las variables sociodemográficas, clínicas y de uso del método anticonceptivo fueron seleccionadas y adaptadas a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), específicamente del módulo de planificación familiar. Asimismo, en el proceso de entrevista y recolección de datos participó un personal del servicio de Obstetricia, el cual brindó apoyo durante la aplicación de la encuesta. Previamente, dicho personal fue capacitado en el contenido del cuestionario, en la técnica de entrevista y en la aplicación estandarizada de los instrumentos de medición, con la finalidad de garantizar uniformidad en el recojo de la información, reducir sesgos durante la aplicación y asegurar la calidad de los datos obtenidos.

El desenlace se evaluó mediante la aplicación de dos instrumentos validados: el PHQ-9 para sintomatología depresiva (Anexo 5), conformado

por 9 preguntas, y el GAD-7 para sintomatología ansiosa (Anexo 5), conformado por 7 preguntas.

Ambos instrumentos exploraron la presencia de síntomas durante los 14 días previos a la entrevista y fueron aplicados mediante la lectura textual de cada uno de sus ítems. Los desenlaces principales fueron coprimarios: sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva. La determinación de cada desenlace se realizó mediante la sumatoria de los puntajes discretos obtenidos en cada instrumento, de acuerdo con los criterios de calificación establecidos para el PHQ-9 y el GAD-7.

La información recolectada fue registrada inicialmente en un formulario impreso y, posteriormente, transcrita a una base de datos en Microsoft Excel. Antes de concluir cada entrevista, la encuestadora verificó la integridad y completitud del formulario con el fin de reducir errores u omisiones en el registro. Se estableció que los registros con más del 20 % de ítems faltantes en el PHQ-9 o en el GAD-7 serían considerados inválidos para el análisis. Sin embargo, no se identificaron datos faltantes en dichos instrumentos, por lo que no fue necesario aplicar procedimientos de imputación.

Finalmente, es importante enfatizar que, La sintomatología ansiosa y la sintomatología depresiva fueron evaluadas como desenlaces independientes. Para la ansiedad se utilizó la escala GAD-7, compuesta por 7 ítems con puntuación de 0 a 3, cuyo puntaje total varía de 0 a 21. Se consideró sintomatología ansiosa elevada cuando el puntaje fue igual o mayor a 10. Para la depresión se utilizó el PHQ-9, compuesto por 9 ítems con puntuación de 0 a 3, cuyo puntaje total varía de 0 a 27. Se consideró sintomatología depresiva elevada cuando el puntaje fue igual o mayor a 10. Ambos instrumentos evalúan síntomas ocurridos durante las dos semanas previas a la entrevista.

3.4. ANÁLISIS DE DATOS

3.4.1. *Procesamiento de datos*

Los datos obtenidos fueron organizados y procesados mediante el uso de herramientas informáticas como Microsoft Excel y “**Stata: Statistical software for data science**” versión 18.

Estadística descriptiva:

- Las variables categóricas se presentaron como frecuencias absolutas y porcentajes.

- El desenlace primario, referido a la sintomatología ansiosa y depresiva de intensidad moderada o mayor, se definió bajo un esquema de desenlaces coprimarios. Para ello, se calculó el puntaje total de cada instrumento a partir de las respuestas registradas en sus respectivos ítems y, posteriormente, cada resultado se clasificó según los puntos de corte y categorías de severidad establecidos para cada escala. En el análisis descriptivo, ambas variables se presentaron según el nivel de severidad identificado y, al tratarse de variables categóricas, se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas.

Estadística inferencial:

- Se analizaron las diferencias de proporciones entre la exposición y el desenlace. La comparación de la proporción del desenlace según las características sociodemográficas, clínicas y las categorías del método anticonceptivo se realizaron mediante la prueba de chi cuadrado de Pearson; en presencia de celdas con frecuencias esperadas menores de 5, se aplicó la prueba exacta de Fisher. Adicionalmente, se reportó la diferencia absoluta de riesgos entre grupos, acompañada de su intervalo de confianza al 95 %, a fin de expresar el contraste en términos absolutos. Para los análisis

bivariados y de asociación, las variables de sintomatología ansiosa y depresiva se dicotomizan en nivel bajo y nivel elevado, considerando como punto de corte un puntaje de 10 en los instrumentos correspondientes. Esta categorización permitió identificar a las participantes con sintomatología clínicamente relevante y facilitó la comparación entre grupos, así como la estimación e interpretación de las medidas de asociación.

- La medida de asociación se estimó mediante la razón de prevalencias (RP) cruda y ajustada, con sus respectivos intervalos de confianza al 95 %, utilizando regresión de Poisson con varianza robusta. Para cada desenlace – sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva – se construyeron cuatro modelos ajustados, incorporando variables sociodemográficas, clínicas y de uso del método anticonceptivo con plausibilidad epidemiológica.
- En todos los contrastes de hipótesis se adoptó un nivel de significancia estadística de 5 % ($p < 0,05$).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de la severidad de ansiedad y depresión en usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025

Trastorno y severidad	n	%
Ansiedad		
Mínima	72	51,06
Leve	54	38,3
Moderada	10	7,09
Severa	5	3,55
Depresión		
Mínima	67	47,52
Leve	52	36,88
Moderada	16	11,35
Moderadamente severa	6	4,26
Total	141	100

Fuente: Resultados de instrumentos de medición GAD-7 y PHQ-9

En la muestra estudiada de 141 usuarias de métodos anticonceptivos hormonales del Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025, la ansiedad fue evaluada mediante la escala GAD-7 y la depresión

mediante la escala PHQ-9. En ambos trastornos predominaron los niveles de severidad más bajos.

Así, respecto a la ansiedad, poco más de la mitad de las usuarias presentó síntomas mínimos (51,06 %) y más de un tercio evidenció síntomas leves (38,30 %); en contraste, la ansiedad moderada y severa se observó en el 7,09 % y 3,55 %, respectivamente.

En relación con la depresión, casi la mitad de las participantes mostró síntomas mínimos (47,52 %) y más de un tercio presentó síntomas leves (36,88 %); por su parte, la depresión moderada y moderadamente severa alcanzó el 11,35 % y 4,26 %, respectivamente.

De esta manera, estos hallazgos evidencian un predominio de sintomatología ansiosa y depresiva mínima o leve; sin embargo, también se identificó un grupo menor, aunque clínicamente relevante, con mayor severidad sintomática.

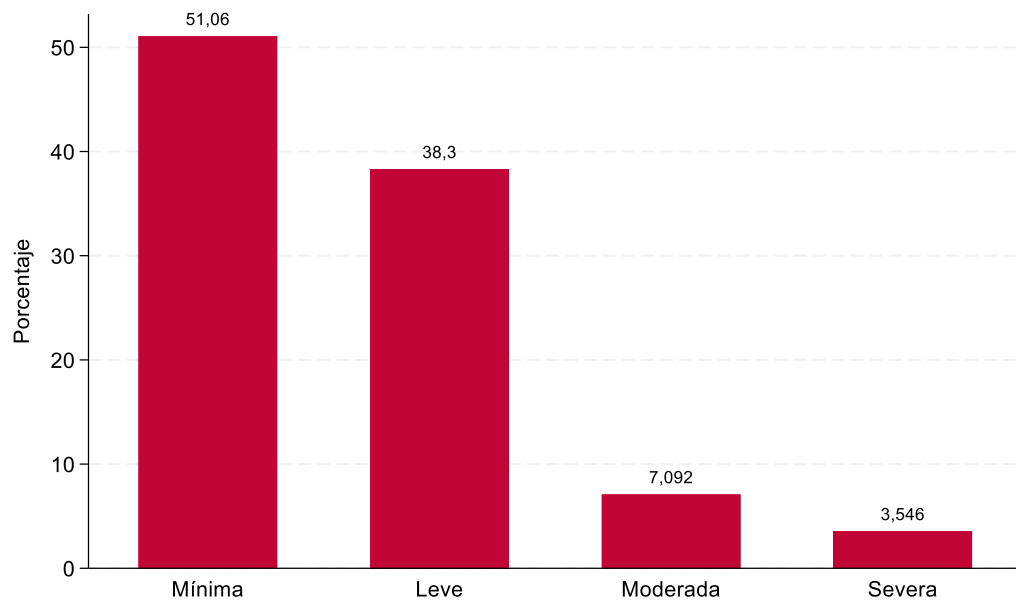


Gráfico 1. Nivel de severidad de sintomatología ansiosa en usuarias de métodos anticonceptivos hormonales del Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna 2025

Fuente: Tabla 1

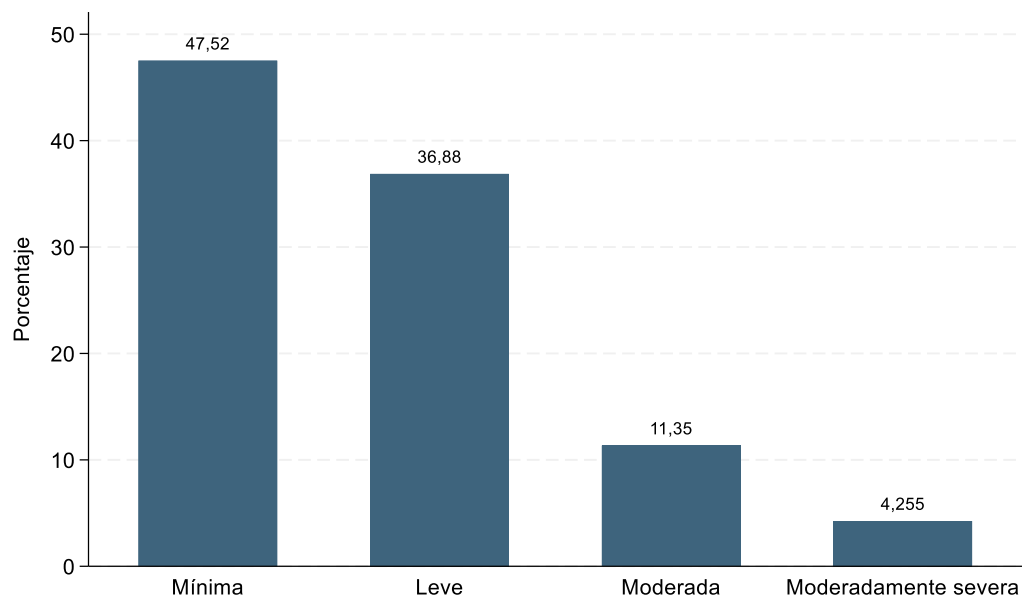


Gráfico 2. Nivel de severidad de sintomatología depresiva en usuarias de métodos anticonceptivos hormonales del Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna 2025

Fuente: Tabla 1

Tabla 2. Características sociodemográficas de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025

Características	n	%
Edad		
De 18 a 30 años cumplidos	92	65,25
De 31 a 43 años cumplidos	49	34,75
Educación		
Primaria	4	2,84
Secundaria	69	48,94
Superior técnica	23	16,31
Superior universitaria completa/incompleta	45	31,91
Ocupación laboral		
Docente	13	9,22
Comercio	74	52,48
Estudiante	21	14,89
Ama de casa	28	19,86
Otro	5	3,55
Total	141	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la muestra de 141 usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025, predominó el grupo de 18 a 30 años con 65,25 %.

Respecto al nivel educativo, destacó la educación secundaria con 48,94 %, seguida de la educación superior universitaria completa o incompleta con 31,91 %.

En cuanto a la ocupación laboral, predominó el comercio con 52,48 %.

De esta manera, la población estudiada estuvo conformada principalmente por mujeres jóvenes, con nivel educativo al menos secundario, y mayoritariamente vinculadas a actividades comerciales.

Tabla 3. Características clínicas de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025

Características	n	%
Comorbilidad		
No	127	90,07
Sí	14	9,93
<i>Tuberculosis</i>	3	21,43
<i>Hipertensión</i>	5	35,71
<i>Obesidad</i>	6	42,86
Uso psicofármacos		
No	139	98,58
Sí	2	1,42
Antecedentes de ansiedad y/o depresión		
No	117	82,98
Sí	24	17,02
Total	141	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la muestra estudiada de 141 usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, predominó la ausencia de comorbilidades, reportada en el 90,07 % de las participantes. No obstante, en aquellas que presentaron alguna comorbilidad, la más frecuente fue la obesidad (42,86 %).

Por otra parte, casi la totalidad de las usuarias indicó no usar psicofármacos (98,58 %). Por otro lado, la mayoría refirió no tener antecedentes de ansiedad y/o depresión (82,98 %).

Estos hallazgos muestran que la población evaluada se caracterizó principalmente por presentar baja carga de morbilidad concomitante, escaso uso de psicofármacos y ausencia de antecedentes de ansiedad o depresión.

Tabla 4. Características de uso de los métodos anticonceptivos hormonales de usuarias atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025

Características	n	%
Tipo de hormona		
Combinado	82	58,16
Solo progesterona	59	41,84
Tipo de método		
Inyectable mensual	44	31,21
Píldoras orales	38	26,95
Inyectable trimestral	24	17,02
Implante subdérmico	35	24,82
Tiempo de uso (meses)		
De 6 a 12	67	47,52
De 13 a 36	64	45,39
De 37 a más	10	7,09
Suspensión de MAH		
No	123	87,23
Sí	18	12,77
Razón de suspensión		
Cefalea	5	27,78
No acude a control	10	55,56
Amenorrea	2	11,11
Sin pareja	1	5,56
Tiempo de suspensión (meses)		
1	7	38,89
2	8	44,44
3	3	16,67
Cambio de MAH		

No	128	90,78
Sí	13	9,22
Razón de cambio MAH		
Olvido	2	15,38
Cambio de humor	9	69,23
Sangrado irregular	1	7,69
Aumento de peso	1	7,69
Sospecha de RAM		
No	122	86,52
Sí	19	13,48
<i>Ansiedad</i>	1	5,26
<i>Cefalea y náuseas</i>	9	47,37
<i>Alteración emocional</i>	8	42,11
<i>Aumento de peso</i>	1	5,26
Total	141	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la muestra estudiada de 141 usuarias de métodos anticonceptivos hormonales, predominó el uso de anticonceptivos combinados (58,16 %). Según el tipo de método, los más utilizados fueron el inyectable mensual (31,21 %), las píldoras (26,95 %) y el implante subdérmico (24,82 %). En cuanto al tiempo de uso, la mayoría reportó entre 6 y 12 meses (47,52 %) y entre 13 y 36 meses (45,39 %), lo que evidencia un uso principalmente concentrado en periodos de hasta tres años cumplidos.

Asimismo, la mayoría de las usuarias no suspendió el método anticonceptivo hormonal (87,23 %) ni realizó cambio de método (90,78 %), lo que sugiere una alta continuidad de uso. Entre quienes suspendieron el método, la razón más frecuente fue no acudir a control (55,56 %). Entre quienes cambiaron de método, predominó el cambio de humor como motivo principal (69,23 %).

Por otro lado, la mayoría no presentó sospecha de reacciones adversas a medicamentos (RAM) (86,52 %). Sin embargo, entre las usuarias con sospecha de RAM, destacaron principalmente la cefalea y náuseas (47,37 %) y la alteración emocional (42,11 %).

En consecuencia, estos hallazgos muestran un predominio de uso de anticonceptivos combinados, con continuidad del método en la mayoría de usuarias y una baja frecuencia de suspensión, cambio o sospecha de RAM; no obstante, cuando estas situaciones ocurrieron, se asociaron sobre todo a falta de control, cambios de humor y manifestaciones como cefalea, náuseas y alteraciones emocionales

Evaluación de la distribución de la sintomatología ansiosa y depresiva según las características sociodemográficas, clínicas y de uso de métodos anticonceptivos

1. Planteamiento de hipótesis

Hipótesis nula (H_0): No existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción de sintomatología ansiosa y depresiva según las características sociodemográficas, clínicas y de uso de métodos anticonceptivos.

Hipótesis alterna (H_1): Existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción de sintomatología ansiosa y depresiva según las características sociodemográficas, clínicas y de uso de métodos anticonceptivos.

2. Pruebas estadísticas y criterio de decisión

Para evaluar la distribución de la sintomatología ansiosa y depresiva según las variables sociodemográficas, clínicas y de uso de métodos anticonceptivos, se utiliza la prueba de chi cuadrado de Pearson. En aquellos casos en los que se identifican celdas con frecuencias esperadas menores de 5, se aplica la prueba exacta de Fisher.

Se establece un nivel de significancia estadística de 0,05. En ese sentido, cuando el valor de p es menor de 0,05, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas en la

proporción de sintomatología ansiosa o depresiva según la variable evaluada en cada análisis individual. Por el contrario, cuando el valor de p es igual o mayor de 0,05, no se rechaza la hipótesis nula y se concluye que no existe evidencia estadísticamente significativa de diferencias entre los grupos comparados.

Tabla 5. Distribución de la severidad de la sintomatología ansiosa y depresiva según características sociodemográficas de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025

Característica	Ansiedad		p	Depresión		p
	Bajo n (%)	Elevado n (%)		Bajo n (%)	Elevado n (%)	
Edad			0.086 ^α			0.197 ^β
De 18 a 30 años cumplidos	79 (85,87)	13 (14,13)		75 (81,52)	17 (18,48)	
De 31 a 43 años cumplidos	47 (95,92)	2 (4,08)		44 (89,80)	5 (10,20)	
Educación			0.058 ^α			0.014 ^α
Básica	62 (84,93)	11 (15,07)		62 (84,93)	11 (15,07)	
Técnica	20 (86,96)	3 (13,04)		15 (65,22)	8 (34,78)	
Universitaria	44 (97,78)	1 (2,22)		42 (93,33)	3 (6,67)	
Ocupación laboral			0.056 ^α			0.036 ^α
Trabaja	78 (84,78)	14 (15,22)		77 (83,70)	15 (16,30)	
Estudiante	21 (100)	0		21 (100)	0	
Ama de casa	27 (96,43)	1 (3,57)		21 (75)	7 (25)	
Total	126 (89,36)	15 (10,64)		119 (84,40)	22 (15,60)	

Fuente: Ficha de recolección de datos

p: valor p, α: Prueba exacta de Fisher, β: Prueba Chi cuadrado

En la muestra estudiada de 141 usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, la mayoría presentó baja severidad de ansiedad (89,36 %) y baja severidad de depresión (84,40 %).

Al evaluar las características sociodemográficas, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad y la severidad de ansiedad ($p=0,086$) ni de depresión ($p=0,197$). En cambio, el nivel educativo mostró una relación estadísticamente significativa con la severidad de la depresión ($p=0,014$), observándose una mayor proporción de depresión elevada en las usuarias con educación técnica (34,78 %) y básica (15,07 %), en comparación con aquellas con educación universitaria (6,67 %).

De igual modo, la ocupación laboral presentó una diferencia significativa en la severidad de la depresión ($p=0,036$), con mayor frecuencia de depresión elevada en las usuarias que trabajan (16,30 %) y en las amas de casa (25,0 %), mientras que en las estudiantes no se registraron casos de depresión elevada.

En conjunto, estos resultados muestran que la depresión varió de manera significativa según el nivel educativo y la ocupación laboral,

mientras que la ansiedad no mostró diferencias estadísticamente significativas con las variables sociodemográficas evaluadas.

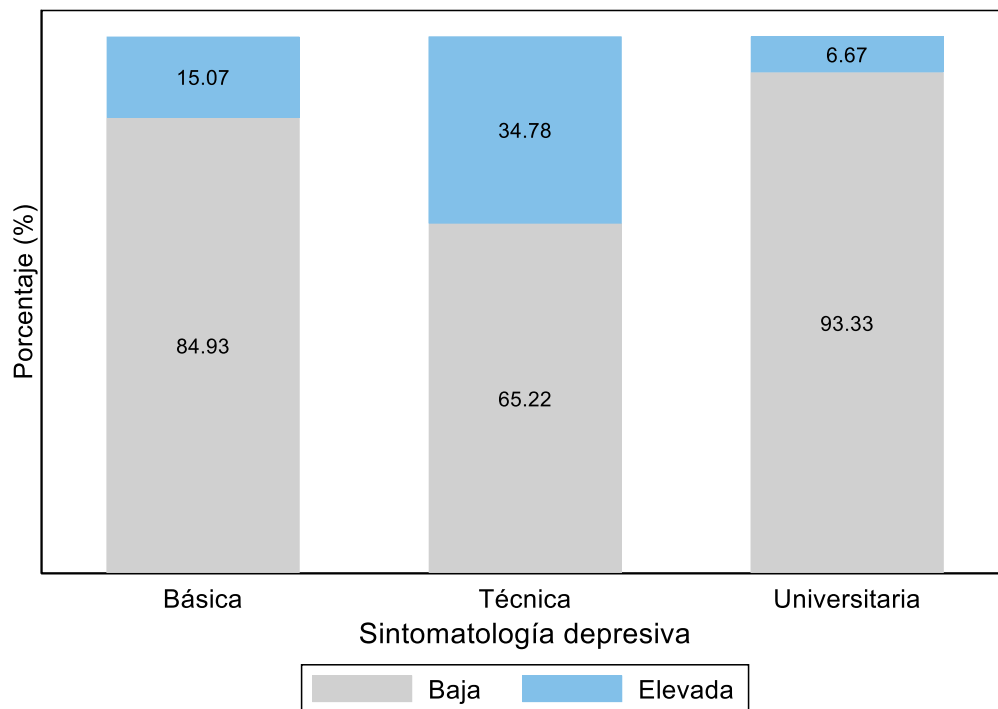


Gráfico 3. Porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología depresiva según educación

Fuente: Tabla 5

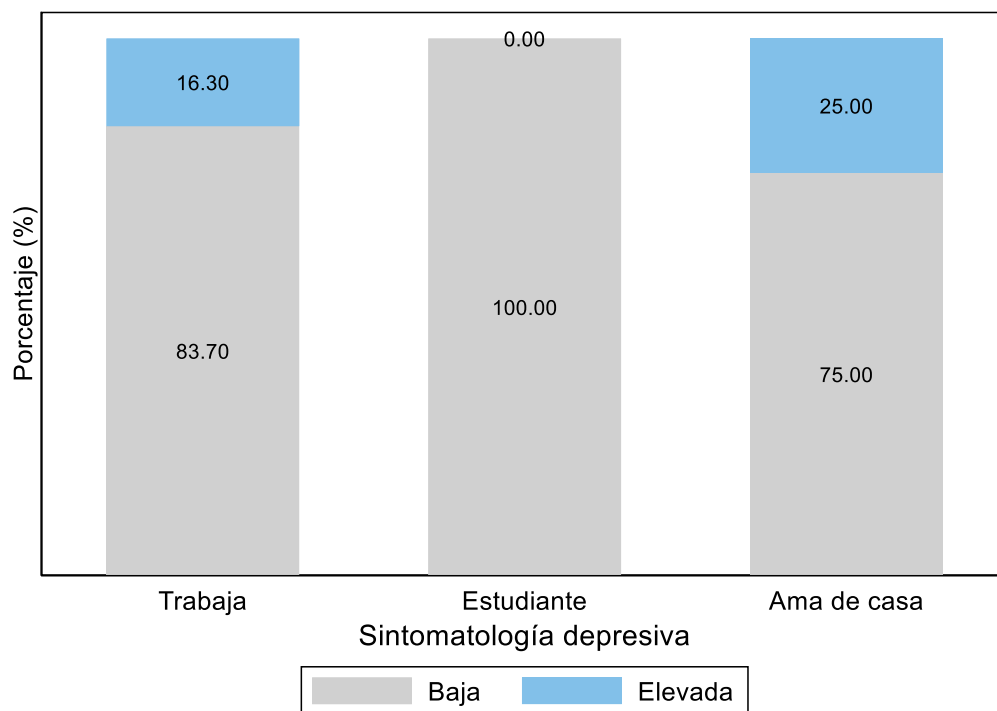


Gráfico 4. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según ocupación laboral

Fuente: Tabla 5

Tabla 6. Distribución de la severidad de la sintomatología ansiosa y depresiva según las características clínicas de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025

Característica	Ansiedad		p	Depresión		p
	Bajo n (%)	Elevado n (%)		Bajo n (%)	Elevado n (%)	
Comorbilidad			0.646 ^α			0.045 ^β
No	114 (89,76)	13 (10,24)		100 (86,61)	17 (13,39)	
Sí	12 (85,71)	2 (14,29)		9 (64,29)	5 (35,71)	
Uso psicofármacos			0.202 ^α			0.289 ^α
No	125 (89,93)	14 (10,07)		118 (84,89)	21 (15,11)	
Sí	1 (50)	1 (50)		1 (50)	1 (50)	
Antecedentes de ansiedad y/o depresión			0.287 ^α			0.767 ^α
No	106 (90,60)	11 (9,4)		98 (83,76)	19 (16,24)	
Sí	20 (83,33)	4 (16,67)		21 (87,50)	3 (12,50)	
Total	126 (89,36)	15 (10,64)		119 (84,40)	22 (15,60)	

Fuente: Ficha de recolección de datos

p: valor p, α: Prueba exacta de Fisher, β: Prueba Chi cuadrado

En la muestra estudiada de 141 usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, predominó la baja severidad tanto de ansiedad (89,36 %) como de depresión (84,40 %).

Al analizar las características clínicas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la severidad de la ansiedad según comorbilidad ($p=0,646$), uso de psicofármacos ($p=0,202$) ni antecedentes de ansiedad y/o depresión ($p=0,287$). De igual forma, en la depresión no se identificaron diferencias significativas según el uso de psicofármacos ($p=0,289$) ni los antecedentes de ansiedad y/o depresión ($p=0,767$).

Sin embargo, la comorbilidad mostró una diferencia estadísticamente significativa con la severidad de la depresión ($p=0,045$). En este caso, la proporción de depresión elevada fue mayor en las usuarias con comorbilidad (35,71 %) en comparación con aquellas sin comorbilidad (13,39 %).

Estos resultados evidencian que, entre las características clínicas evaluadas, solo la presencia de comorbilidad presentó una diferencia significativa en la severidad de la depresión, mientras que la ansiedad no mostró diferencias significativas según las variables clínicas analizadas.

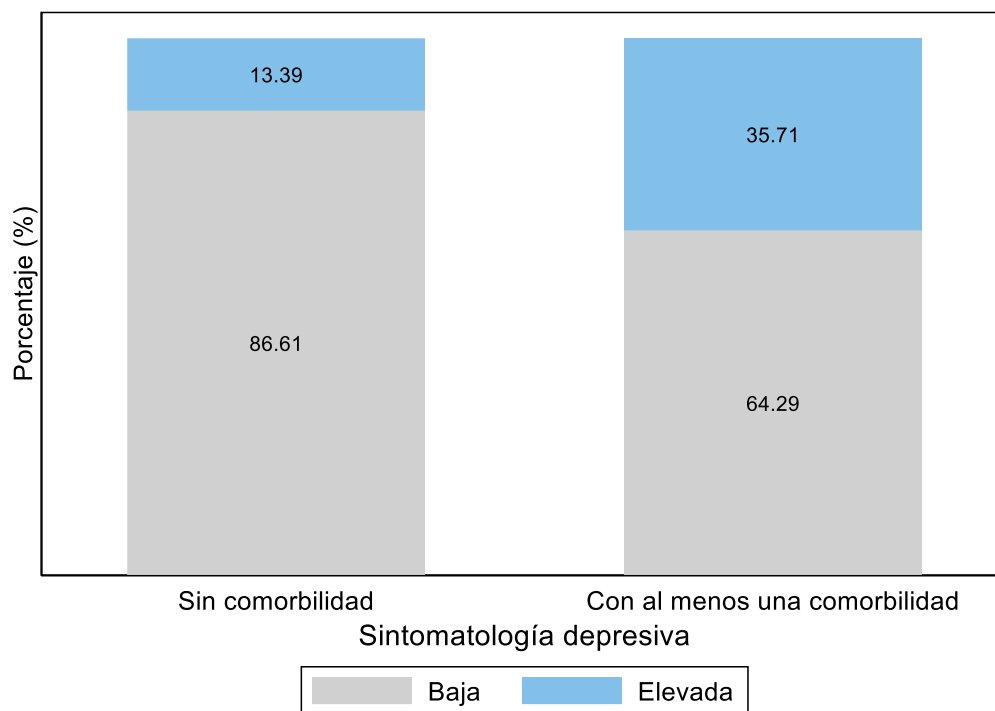


Gráfico 5. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología depresiva según presencia de comorbilidad

Fuente: Tabla 6.

Tabla 7. Distribución de la severidad de la sintomatología ansiosa y depresiva según las características de uso de los métodos anticonceptivos hormonales de las usuarias atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025

Característica	Ansiedad		p	Depresión		p
	Bajo n (%)	Elevado n (%)		Bajo n (%)	Elevado n (%)	
Tipo de hormona			0.132 ^β			0.024 ^β
Combinado	76 (92,68)	6 (7,32)		74 (90,24)	8 (9,76)	
Solo progesterona	50 (84,75)	9 (15,25)		45 (75,27)	14 (23,73)	
Tipo de método			0.095 ^α			0.072 ^α
Iny. Mensual	41 (93,18)	3 (6,82)		41 (93,18)	3 (6,82)	
Iny. Trimestral	23 (95,83)	1 (4,17)		20 (83,33)	4 (16,67)	
Implante sub.	27 (77,14)	8 (22,86)		25 (71,43)	10 (28,57)	
Píldoras	35 (92,11)	3 (7,89)		33 (86,84)	5 (13,16)	
Tiempo de uso (meses)			0.912 ^α			0.765 ^α
De 6 a 12	59 (88,06)	8 (11,94)		56 (83,58)	11 (16,42)	
De 13 a 36	58 (90,62)	6 (9,38)		55 (85,94)	9 (14,06)	
De 37 a más	9 (90)	1 (10)		8 (80)	2 (20)	

Característica	Ansiedad		p	Depresión		p
	Bajo n (%)	Elevado n (%)		Bajo n (%)	Elevado n (%)	
Suspensión de MAH			0.103 ^α			0.128 ^β
No	112 (91,06)	11 (8,94)		106 (86,18)	17 (13,82)	
Sí	14 (77,78)	4 (22,22)		13 (72,22)	5 (27,78)	
Cambio de MAH			0.001 ^β			0.122 ^α
No	118 (92,19)	10 (7,81)		110 (85,94)	18 (14,06)	
Sí	8 (61,54)	5 (38,46)		9 (69,23)	4 (30,77)	
Total	126 (89,36)	15 (10,64)		119 (84,40)	22 (15,60)	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

p: valor p, α: Prueba exacta de Fisher, β: Prueba Chi cuadrado

En la muestra estudiada de 141 usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, predominó la baja severidad tanto de ansiedad (89,36 %) como de depresión (84,40 %).

Al evaluar las características de uso de los métodos anticonceptivos hormonales, en la ansiedad no se observaron diferencias estadísticamente significativas según el tipo de hormona ($p=0,132$), tipo de método ($p=0,095$), tiempo de uso ($p=0,912$) ni suspensión del método anticonceptivo hormonal ($p=0,103$). Sin embargo, el cambio de método anticonceptivo hormonal mostró una diferencia significativa con la severidad de la ansiedad ($p=0,001$), evidenciándose una mayor proporción de ansiedad elevada en las usuarias que cambiaron de método (38,46 %) frente a aquellas que no lo cambiaron (7,81 %).

En cuanto a la depresión, el tipo de hormona presentó una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,024$), observándose mayor proporción de depresión elevada en las usuarias que recibían métodos de solo progesterona (23,73 %) en comparación con las que usaban métodos combinados (9,76 %). En cambio, no se identificaron diferencias significativas según el tipo de método ($p=0,072$), tiempo de uso ($p=0,765$), suspensión del método ($p=0,128$) ni cambio de método ($p=0,122$).

En consecuencia, estos resultados muestran que la ansiedad presentó diferencias significativas según el cambio de método anticonceptivo hormonal, mientras que la depresión varió significativamente según el tipo de hormona utilizada.

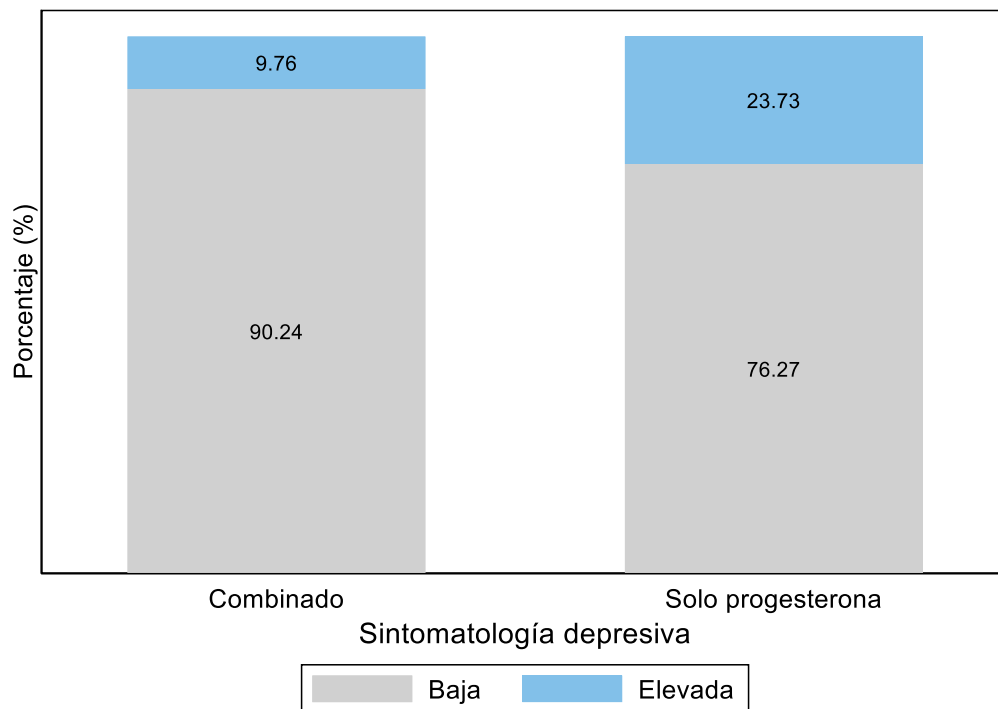


Gráfico 6. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología depresiva según tipo de hormona del método

Fuente: Tabla 7

Asociación entre la sintomatología ansiosa y depresiva y el uso de anticonceptivos hormonales en usuarias del Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025

1. Planteamiento de hipótesis

Hipótesis nula (H_0): No existe asociación entre la sintomatología ansiosa y depresiva y el uso de anticonceptivos hormonales en usuarias del Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025.

Hipótesis alterna (H_1): Existe asociación entre la sintomatología ansiosa y depresiva y el uso de anticonceptivos hormonales en usuarias del Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025.

2. Pruebas estadísticas y criterio de decisión

Para evaluar la asociación entre la sintomatología ansiosa y depresiva y el uso de anticonceptivos hormonales, se estiman razones de prevalencia (RP) crudas y ajustadas mediante modelos lineales generalizados (GLM), con familia de Poisson, función de enlace logarítmica y varianza robusta. Los resultados se presentan con sus respectivos intervalos de confianza al 95 %.

Para el contraste de hipótesis, se adopta el enfoque basado en el valor de p y en los intervalos de confianza. Se establece un nivel de significancia estadística de 0,05. En ese sentido, se considera que existe asociación estadísticamente significativa cuando el valor de p es menor de

0,05 y, de manera concordante, cuando el intervalo de confianza al 95 % de la RP no incluye el valor nulo de 1. Por el contrario, cuando el valor de p es igual o mayor de 0,05 y el intervalo de confianza al 95 % incluye el valor de 1, no se rechaza la hipótesis nula y se concluye que no existe evidencia estadísticamente significativa de asociación entre las variables evaluadas.

De manera complementaria, se construyen dos modelos ajustados para cada desenlace, sumando un total de cuatro modelos: dos para sintomatología ansiosa y dos para sintomatología depresiva. En el primer modelo, la variable de exposición corresponde al tipo de hormona del anticonceptivo hormonal, categorizado como anticonceptivo combinado o de solo progesterona. En el segundo modelo, la variable de exposición corresponde al tipo específico de método anticonceptivo hormonal, categorizado como píldoras, inyectable mensual, inyectable trimestral e implante. En ambos modelos se incluyen variables sociodemográficas, clínicas y de uso seleccionadas con base en criterios de plausibilidad epidemiológica y relevancia teórica, con la finalidad de controlar posibles factores de confusión.

Tabla 8. Factores relacionados con la sintomatología elevada de ansiedad en usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna 2025

Factores	RPc (IC95%)	Modelo 1	Modelo 2
		RPa (IC95%)	Rpa (IC95%)
Tipo de hormona			
Combinado	Ref.	Ref.	-
Solo progesterona	2,08 (0,78-5,56)	2,99 (1,13-7,92) ^α	-
Tipo de método			
Píldoras	Ref.	Ref.	Ref.
Inyectable mensual	0,86 (0,18-4,05)	-	1,09 (0,19-6,26)
Inyectable trimestral	0,53 (0,06-4,82)	-	1,30 (0,19-9,17)
Implante subdérmico	2,90 (0,83-10,1)	-	3,93 (1,28-12,13) ^α
Edad			
De 18 a 30 años cumplidos	Ref.	Ref.	Ref.
De 31 a 43 años cumplidos	0,29 (0,07-1,24)	0,19 (0,07-0,52) ^α	0,26 (0,11-0,61) ^α
Educación			
Básica	Ref.	Ref.	Ref.
Superior	0,39 (0,13-1,17)	0,42 (0,14-1,22)	0,47 (0,16-1,37)

Factores	RPc (IC95%)	Modelo 1	Modelo 2
		RPa (IC95%)	Rpa (IC95%)
Ocupación laboral			
Trabaja	Ref.	Ref.	Ref.
No trabaja	0,13 (0,02-0,99) ^α	0,03 (0,01-0,06) ^α	0,07 (0,01-0,09) ^α
Comorbilidad			
No	Ref.	Ref.	Ref.
Si	1,40 (0,35-5,59)	1,45 (0,41-5,18)	1,49 (0,38-5,85)
Uso psicofármacos			
No	Ref.	Ref.	Ref.
Sí	4,96 (1,13-21,75) ^α	1,52 (1,05-2,20) ^α	5,09 (3,97-6,54) ^α
Antecedentes de ansiedad y/o depresión			
No	Ref.	Ref.	Ref.
Sí	1,77 (0,61-5,11)	1,93 (0,70-5,32)	2 (0,76-5,27)
Tiempo de uso MAH (meses)			
De 6 a 12	Ref.	Ref.	Ref.
De 13 a 36	0,78 (0,29-2,15)	0,85 (0,37-1,91)	0,73 (0,31-1,73)
De 37 a más	0,84 (0,12-6,05)	0,57 (0,08-4)	0,68 (0,10-4,72)

Fuente: Elaboración propia. Stata v.18

RPc y RPa: Razón de prevalencia crudo y ajustado, **IC95 %:** Intervalos de confianza al 95 %

α: Valores p significativos (p<0,05)

En la muestra estudiada de usuarias de métodos anticonceptivos hormonales, se evaluó la sintomatología severa o elevada de ansiedad mediante el análisis crudo y dos modelos ajustados. El modelo 1 consideró como exposición principal el tipo de hormona, mientras que el modelo 2 evaluó como exposición principal el tipo de método anticonceptivo; ambos modelos incluyeron además las covariables de ajuste. Este enfoque permite examinar la variación de la ansiedad elevada desde dos perspectivas analíticas complementarias.

En el modelo 1, el uso de métodos de solo progesterona mostró mayor prevalencia de ansiedad elevada frente a los métodos combinados (RPa=2,99; IC95 %: 1,13–7,92). Además, las usuarias de 31 a 43 años (RPa=0,19; IC95 %: 0,07–0,52) y aquellas que no trabajaban (RPa=0,03; IC95 %: 0,01–0,06) presentaron menor prevalencia de ansiedad elevada.

En el modelo 2, el uso de implante subdérmico mostró mayor prevalencia de ansiedad elevada en comparación con las píldoras (RPa=3,93; IC95 %: 1,28–12,13). Asimismo, las usuarias de 31 a 43 años (RPa=0,26; IC95 %: 0,11–0,61) y las que no trabajaban (RPa=0,07; IC95 %: 0,01–0,09) presentaron menor prevalencia de ansiedad elevada. Adicionalmente, el uso de psicofármacos mostró mayor prevalencia de ansiedad elevada (RPa=5,09; IC95 %: 3,97–6,54).

Estos resultados evidencian que, en ambos modelos, la sintomatología severa de la ansiedad fue más frecuente en usuarias de solo progesterona y de implante subdérmico, mientras que fue menos frecuente en las mujeres de 31 a 43 años y en aquellas que no trabajaban.

Tabla 9. Factores relacionados con sintomatología elevada de depresión en usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna 2025

Factores	RPc (IC95%)	Modelo 3	Modelo 4
		RPa (IC95%)	Rpa (IC95%)
Tipo de hormona			
Combinado	Ref.	Ref.	-
Solo progesterona	2,43 (1,09-5,44) ^α	2,80 (1,26-6,23) ^α	-
Tipo de método			
Píldoras	Ref.	Ref.	Ref.
Inyectable mensual	0,52 (0,13-2,04)	-	0,33 (0,06-1,91)
Inyectable trimestral	1,27 (0,38-4,27)	-	1.11 (0,34-3,64)
Implante subdérmico	2,17 (0,82-5,75)	-	2,48 (1,04-5,91) ^α
Edad			
De 18 a 30 años cumplidos	Ref.	Ref.	Ref.
De 31 a 43 años cumplidos	0,55 (0,22-1,41)	0,39 (0,15-1,01)	0,46 (0,17-1,14)
Educación			
Básica	Ref.	Ref.	Ref.
Superior	1,07 (0,50-2,32)	1,41 (0.69-2.90)	1,34 (0,67-2,67)

Factores	RPc (IC95%)	Modelo 3	Modelo 4
		RPa (IC95%)	Rpa (IC95%)
Ocupación laboral			
Trabaja	Ref.	Ref.	Ref.
No trabaja	0,88 (0,38-2,01)	0,72 (0,29-1,76)	0,95 (0,37-2,47)
Comorbilidad			
No	Ref.	Ref.	Ref.
Si	2,67 (1,16-6,14) ^α	3,11 (1,37-7,07) ^α	3,78 (1,74-8,23)
Uso psicofármacos			
No	Ref.	Ref.	Ref.
Sí	3,31 (0,78-14,05)	8,53 (1,14-63,83) ^α	10,47 (1,37-79,94) ^α
Antecedentes de ansiedad y/o depresión			
No	Ref.	Ref.	Ref.
Sí	0,77 (0,25-2,41)	0,65 (0,19-2,25)	0,67 (0,59-2,39)
Tiempo de uso MAH (meses)			
De 6 a 12	Ref.	Ref.	Ref.
De 13 a 36	0,86 (0,38-1,93)	0,86 (0,41-1,80)	0,64 (0,29-1,41)
De 37 a más	1,22 (0,31-4,73)	1,47 (0,30-7,08)	1,30 (0,31-5,41)

Fuente: Elaboración propia. Stata v.18

RPc y RPa: Razón de prevalencia crudo y ajustado, **IC95 %:** Intervalos de confianza al 95 %

α: Valores p significativos (p<0,05)

En la muestra estudiada, la depresión elevada fue evaluada mediante dos modelos ajustados. El modelo 1 incluyó como exposición principal el tipo de hormona, mientras que el modelo 2 consideró el tipo de método anticonceptivo.

En el modelo 1, el uso de métodos de solo progesterona mostró mayor prevalencia de depresión elevada frente a los métodos combinados (RPa=2,80; IC95 %: 1,26–6,23). Asimismo, la presencia de comorbilidad (RPa=3,11; IC95 %: 1,37–7,07) y el uso de psicofármacos (RPa=8,53; IC95 %: 1,14–63,83) mostraron mayor prevalencia de depresión elevada.

En el modelo 2, el uso de implante subdérmico mostró mayor prevalencia de depresión elevada en comparación con las píldoras (RPa=2,48; IC95 %: 1,04–5,91). De igual modo, la comorbilidad (RPa=3,78; IC95 %: 1,74–8,23) y el uso de psicofármacos (RPa=10,47; IC95 %: 1,37–79,94) también presentaron mayor prevalencia de depresión elevada.

En suma, los resultados de ambos modelos muestran que la sintomatología elevada de depresión fue más frecuente en usuarias de solo progesterona y de implante subdérmico, así como en aquellas con comorbilidad y uso de psicofármacos.

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar la asociación entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales y la severidad de la sintomatología ansiosa y depresiva en usuarias atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, durante el año 2025. Para ello, se describieron las características sociodemográficas, clínicas y de uso del método anticonceptivo hormonal, y se analizó cómo variaron la ansiedad y la depresión según esas características, además de identificar los factores relacionados con ansiedad elevada y depresión elevada mediante modelos epidemiológicos ajustados. Este enfoque permitió no solo conocer cuántas usuarias presentaban síntomas, sino también entender qué características personales, clínicas y del método podrían estar relacionadas con una mayor vulnerabilidad emocional. Esto es importante porque, en el primer nivel de atención, muchas veces la consejería anticonceptiva se concentra más en la eficacia del método y menos en los posibles efectos sobre el estado de ánimo.

En esta investigación predominó la sintomatología mínima o leve tanto para ansiedad como para depresión. En ansiedad, poco más de la mitad de las usuarias presentó síntomas mínimos (51,06%) y más de un tercio síntomas leves (38,3%); de manera similar, en depresión, casi la

mitad mostró síntomas mínimos (47,52%) y una proporción importante síntomas leves (36,88%). Esto indica que, en la mayoría de usuarias, la carga emocional fue baja. Sin embargo, también se encontró un grupo menor, pero clínicamente importante, con síntomas más intensos. Este resultado se parece al encontrado por Barrionuevo et al. (23), quienes también observaron que en mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos hormonales predominaba la depresión mínima o leve. La semejanza entre ambos estudios sugiere que, en contextos peruanos, la mayoría de usuarias no presenta cuadros depresivos severos, aunque sí existe un grupo vulnerable que necesita seguimiento más cercano. En otras palabras, no se puede decir que no exista problema; más bien, el problema está presente, pero concentrado en un grupo más pequeño de mujeres.

A nivel internacional, estos resultados también se relacionan con la evidencia reciente, aunque no de forma idéntica, porque los estudios previos muestran resultados diferentes entre sí. La revisión sistemática de Jahanfar et al. (20) encontró que, en mujeres sin antecedente de trastorno mental, el aumento del riesgo de síntomas depresivos fue pequeño pero constante, mientras que en mujeres con antecedente de trastorno mental incluso se observaron efectos protectores modestos; además, para ansiedad se describieron efectos protectores leves, aunque con señales de daño más claras en algunos métodos, especialmente en implantes, DIU

hormonal y parche/anillo. Por su parte, Kraft et al. (5) concluyeron que la mayoría de estudios sobre anticonceptivos orales no encontró efectos clínicamente importantes sobre síntomas afectivos o ansiosos a nivel general, aunque sí identificaron subgrupos con mayor susceptibilidad, sobre todo adolescentes y algunas usuarias de formulaciones específicas. Esto muestra una primera gran diferencia con el estudio base: mientras en algunos trabajos el efecto general es pequeño o incluso no significativo, en la investigación base sí aparecen asociaciones claras en ciertos subgrupos y con ciertos métodos. Al mismo tiempo, también hay una semejanza importante: todos coinciden en que la respuesta no es igual para todas las mujeres, sino que depende de la edad, del antecedente psiquiátrico, del tipo de formulación y de la vía de administración.

En relación con las características sociodemográficas, en el presente estudio no se identificaron diferencias significativas entre los grupos de edad y la severidad de ansiedad o depresión en el análisis bivariado. Sin embargo, en el análisis ajustado, las mujeres de 31 a 43 años cumplidos mostraron menor prevalencia de ansiedad elevada en ambos modelos. Esto sugiere que las mujeres más jóvenes podrían ser más sensibles emocionalmente frente al uso de anticonceptivos hormonales o frente a otros factores relacionados con su etapa de vida reproductiva. Este hallazgo se parece a lo reportado por Skovlund et al. (7), quienes

encontraron que el riesgo de depresión asociado a anticoncepción hormonal era más alto en adolescentes que en adultas. También es parecido a lo que señalaron Kroenke et al. (31), quienes observaron mayor riesgo de depresión en los primeros años de uso, sobre todo en mujeres jóvenes. La semejanza es clara: en ambos casos, la edad más baja aparece como un posible factor de mayor vulnerabilidad. La diferencia es que en el estudio base esa relación no fue tan fuerte para depresión como para ansiedad, y además no se mantuvo como una diferencia significativa en el análisis bivariado. Esto puede significar que la edad por sí sola no explica todo, sino que actúa junto con otros factores, como el tipo de método, la experiencia previa y la capacidad de adaptación de cada usuaria.

Respecto al nivel educativo y la ocupación laboral, se encontraron diferencias significativas con la severidad de la depresión en el análisis bivariado. La depresión elevada fue más frecuente en mujeres con menor nivel educativo y en amas de casa o mujeres que trabajaban, mientras que no se observaron casos de depresión elevada en estudiantes. Este resultado se relaciona con lo encontrado por Barrionuevo et al. (23), quienes no hallaron una asociación global entre el uso de métodos hormonales y la depresión, pero sí observaron que variables sociodemográficas como el estado civil, la residencia urbana y la condición

de estudiante se relacionaban con los síntomas depresivos. Aquí aparece una semejanza importante: en ambos estudios, la depresión no depende únicamente del anticonceptivo, sino también del contexto social de la mujer. La diferencia está en que en la investigación base el nivel educativo y la ocupación sí mostraron una relación más clara con la depresión, lo que sugiere que las condiciones de vida, las responsabilidades familiares, la carga laboral y el acceso a información pueden influir bastante en cómo la mujer vive emocionalmente el uso del método. La ausencia de depresión elevada en estudiantes podría entenderse como una posible protección relacionada con mayor acceso a información, más redes de apoyo o mayor capacidad para tomar decisiones sobre su salud (32).

En cuanto a las características clínicas, la comorbilidad se relacionó con mayor frecuencia de depresión elevada en el análisis bivariado y se mantuvo como un factor importante en ambos modelos ajustados. Este hallazgo tiene mucho sentido desde el punto de vista clínico, porque una mujer que vive con otra enfermedad o con una condición médica adicional puede sentir más preocupación, más cansancio y más limitación en su vida diaria, lo que facilita la aparición de síntomas depresivos. Además, en mujeres usuarias de anticonceptivos hormonales, la presencia de comorbilidad puede hacer que estén más atentas a cualquier cambio corporal o cualquier efecto adverso, lo que también puede afectar su

bienestar emocional. Este resultado coincide con la idea planteada por Jahanfar et al. (20), quienes señalaron que la respuesta a los anticonceptivos hormonales no es igual en todas las mujeres y puede variar según su historia clínica previa. La semejanza con el estudio base es que la salud mental aparece más afectada cuando ya existe una condición previa; la diferencia es que en la investigación base la comorbilidad no fue solo un dato acompañante, sino un factor que mantuvo su importancia incluso en el análisis ajustado, lo que refuerza que debe tomarse muy en serio al momento de evaluar a la usuaria.

Por otro lado, el uso de psicofármacos mostró una mayor prevalencia tanto de ansiedad elevada como de depresión elevada en los modelos ajustados. Este hallazgo debe interpretarse con cuidado, porque probablemente no significa que el psicofármaco sea la causa del problema, sino más bien que esas mujeres ya tenían una condición emocional previa o un cuadro de salud mental que motivó el uso del medicamento. Es decir, el uso de psicofármacos puede estar funcionando como una señal de mayor vulnerabilidad emocional. Esta interpretación coincide con lo que señalaron Jahanfar et al. (20) y Kraft et al. (5), quienes recomendaron considerar siempre la historia psiquiátrica de la usuaria al evaluar el posible efecto de los anticonceptivos hormonales sobre la salud mental. La semejanza está en que todos los estudios reconocen que el estado

emocional previo importa mucho; la diferencia es que en la investigación base este dato aparece de manera muy marcada en la asociación con ansiedad y depresión elevadas. Por eso, el uso de psicofármacos no debe verse como una variable secundaria, sino como una alerta clínica importante.

En relación con el tipo de hormona, en esta investigación las usuarias de métodos de solo progesterona presentaron mayor prevalencia de ansiedad elevada y depresión elevada en el modelo 1, en comparación con quienes usaban métodos combinados. Este hallazgo se relaciona con lo planteado por Mu et al. (6), quienes señalaron que el riesgo no es igual para todas las formulaciones y que depende del tipo de progestágeno, de la dosis y del tipo de estrógeno presente. También se parece a lo reportado por Skovlund et al. (7), quienes encontraron mayor riesgo de depresión tanto en métodos combinados como en los de solo progestágeno, aunque con mayor magnitud en algunos métodos no orales y en adolescentes. La semejanza entre estos estudios es que el componente hormonal sí parece tener un papel en la salud mental de algunas mujeres. La diferencia está en que tus resultados muestran con más claridad una mayor relación con los métodos de solo progesterona, lo que podría sugerir que la ausencia de estrógeno o la predominancia del progestágeno puede influir en la aparición de síntomas afectivos en mujeres más sensibles a estos cambios. Esto no

quiere decir que el método sea malo en sí mismo, sino que no todas las mujeres lo toleran de la misma manera.

No obstante, esta parte también muestra diferencias con otros trabajos. Kraft et al. (5) señalaron que la comparación entre anticonceptivos orales solo progestágeno y combinados sigue siendo poco clara, mientras que Worly et al. (32) encontraron una asociación mínima entre métodos solo progestágeno y depresión, aunque reconocieron varias limitaciones metodológicas. Esto muestra que no existe consenso absoluto. La diferencia con el estudio base puede deberse a que la investigación base incluyó diversos métodos hormonales y no solo anticonceptivos orales, además de que trabajó con información primaria recogida directamente en un establecimiento de salud. También puede influir el contexto local, porque las mujeres peruanas evaluadas pueden tener características distintas a las de otras poblaciones. Por eso, aunque hay coincidencias con algunos estudios, la investigación base aporta una mirada más concreta sobre la realidad de Tacna.

En cuanto al tipo de método anticonceptivo, el implante subdérmico se relacionó con mayor prevalencia tanto de ansiedad elevada como de depresión elevada en el modelo 2, en comparación con las píldoras. Este resultado se parece bastante a lo que reportaron Jahanfar et al. (18),

quienes identificaron señales de mayor riesgo de depresión y uso de antidepresivos en usuarias de implante, DIU hormonal y parche/anillo. También se relaciona con lo encontrado por Skovlund et al. (7), quienes observaron un gradiente de riesgo por tipo de método, con mayores riesgos en algunos métodos no orales. La semejanza es clara: en varios estudios, los métodos de larga duración o de vía no oral parecen asociarse con más síntomas en ciertos grupos de mujeres. La diferencia es que en el estudio base esa relación apareció con mayor claridad en el implante subdérmico, lo que podría deberse a que este método mantiene una exposición hormonal continua y estable, y eso podría afectar más a mujeres sensibles a los cambios del ánimo. También podría explicarse porque algunas mujeres que eligen este método ya tienen antecedentes o características particulares que aumentan su vulnerabilidad emocional.

Otro hallazgo importante fue que el cambio de método anticonceptivo hormonal mostró una diferencia significativa con la severidad de la ansiedad en el análisis bivariado, siendo mayor la proporción de ansiedad elevada entre quienes cambiaron de método. Aunque esta variable no se mantuvo como factor significativo en el modelo final, su comportamiento sugiere que la inestabilidad en el uso del método podría estar relacionada con experiencias previas de malestar, insatisfacción, cambios de humor o dificultad para adaptarse al esquema

hormonal. De hecho, entre quienes cambiaron de método, la razón principal fue el cambio de humor, y entre quienes presentaron sospecha de reacción adversa destacaron la cefalea, las náuseas y la alteración emocional. Esto se relaciona con lo que propone Mu et al. (6), quienes señalan que debe evaluarse la relación temporal entre el inicio del método y los cambios del estado de ánimo, porque muchas veces el síntoma aparece poco después del inicio o del cambio del método. La semejanza con el estudio base es que el cambio de humor realmente aparece como una causa importante de modificación del método; la diferencia es que en otros estudios este aspecto no siempre se analiza con tanto detalle, por lo que la investigación base aporta una visión más cercana a la experiencia real de las usuarias.

En los antecedentes nacionales, los hallazgos de esta tesis se parecen más a los de Vignale (22), quien encontró que el uso de anticonceptivos orales se relacionó con mayor riesgo de sintomatología depresiva moderada-grave, y también a los de Porcel et al. (24), quienes encontraron una relación de baja magnitud entre anticoncepción hormonal y depresión. En cambio, se diferencian de Barrionuevo et al. (23), quienes no encontraron una asociación global significativa entre el uso de métodos hormonales y la sintomatología depresiva. La diferencia entre estos estudios puede explicarse por el tipo de población, la forma de medir los síntomas, el tamaño muestral y el control de otras variables. Por ejemplo,

Barrionuevo (23) trabajó con datos secundarios de ENDES, lo que puede limitar la precisión para distinguir entre un tipo y otro de anticonceptivo, mientras que en el estudio base se recogió información directa en un establecimiento de salud, lo que permite una mejor identificación del uso real del método. Por eso, la investigación base ayuda a comprender mejor cuándo sí aparecen síntomas y en qué mujeres se presentan con mayor fuerza.

En términos metodológicos, la diferencia entre los estudios también puede explicarse porque algunos usan resultados clínicos duros, como diagnóstico de depresión o inicio de antidepresivos, mientras que otros, como el tuyo, emplean escalas de tamizaje como PHQ-9 y GAD-7. Además, en muchos estudios no se distingue con claridad entre tipo de progestágeno, dosis de estrógeno, vía de administración o tiempo de uso, lo que dificulta comparar resultados. También existe el problema de la confusión por indicación, porque algunas mujeres reciben un método determinado precisamente por condiciones médicas o emocionales que ya influyen en su salud mental. Todo esto hace que los hallazgos no siempre sean iguales entre sí. Por eso, la diferencia entre el estudio y otros no significa necesariamente que uno esté mal y otro bien, sino que probablemente responden a contextos distintos y a formas distintas de medir el problema.

Desde una perspectiva clínica y de salud pública, los resultados de esta investigación no significan que los métodos anticonceptivos hormonales sean dañinos para todas las mujeres. Más bien, muestran que la mayoría de usuarias presenta síntomas bajos, pero existe un grupo que sí puede experimentar mayor ansiedad o depresión, especialmente cuando usa métodos de solo progesterona, implante subdérmico, presenta comorbilidad o usa psicofármacos. Por eso, la principal lección que dejan estos resultados es que la consejería anticonceptiva debe ser individualizada y no igual para todas. Es importante preguntar por antecedentes de salud mental, comorbilidades, síntomas emocionales y cambios de humor después de iniciar o cambiar el método. Esto puede ayudar a detectar a tiempo a las mujeres con mayor riesgo y a brindarles un seguimiento más cercano.

Además, estos hallazgos deben interpretarse tomando en cuenta algunas limitaciones. El diseño transversal no permite establecer causalidad, por lo que no se puede afirmar con total seguridad que el anticonceptivo haya causado los síntomas. También puede haber causalidad inversa, porque algunas mujeres podrían haber elegido o cambiado de método precisamente por presentar ya síntomas emocionales. Además, algunos subgrupos fueron pequeños, especialmente el de usuarias de psicofármacos o con comorbilidad, lo que

puede afectar la precisión de los resultados. A ello se suma que no se evaluaron con suficiente detalle factores como el tipo exacto de formulación hormonal, la dosis, el motivo de indicación, el apoyo social o situaciones de estrés. Aun así, la investigación aporta evidencia local importante sobre un tema poco estudiado en Tacna y muestra que la salud mental debe ser considerada como parte de la atención integral en usuarias de anticonceptivos hormonales.

Además, los resultados dan cuenta de que la elección del método anticonceptivo no depende solo de la preferencia de la usuaria, sino también de factores previos que pueden influir en esa decisión. En la muestra estudiada, la presencia de comorbilidad, el uso de psicofármacos y los antecedentes de ansiedad y/o depresión sugieren que algunas usuarias ya tenían una condición clínica o emocional antes de usar el método, lo cual pudo influir en la elección, tolerancia o cambio del anticonceptivo.

Del mismo modo, el hecho de que entre quienes cambiaron de método predominara el cambio de humor y que también se reportaran cefalea, náuseas y alteración emocional, hace pensar que la decisión de continuar, suspender o cambiar el método pudo estar relacionada con experiencias previas de malestar físico o emocional. Por ello, al interpretar

los resultados, es importante considerar que algunas asociaciones observadas pueden reflejar no solo el efecto del método, sino también características previas de la mujer que ya estaban presentes al momento de elegirlo.

Sin embargo, estos hallazgos deben interpretarse con cautela debido a las limitaciones propias del diseño transversal. Este tipo de estudio permite observar asociaciones en un solo momento, pero no permite afirmar con seguridad cuál fue primero, si el uso del método o la aparición de la ansiedad y la depresión. Por esta razón, no se puede establecer causalidad, y también existe la posibilidad de causalidad inversa, es decir, que algunas mujeres hayan elegido o cambiado su método precisamente por presentar ya síntomas emocionales.

Además, al haberse trabajado con una sola medición, no fue posible seguir la evolución de los síntomas en el tiempo ni evaluar con precisión cómo cambiaron después del inicio del método. A ello se suma que algunos subgrupos fueron pequeños, por lo que ciertos resultados deben leerse con prudencia. Por estas razones, los hallazgos muestran una relación importante entre el uso de anticonceptivos hormonales y la sintomatología ansioso-depresiva, pero no permiten concluir una relación causal directa.

Implicancias clínicas, de salud pública y farmacéuticas

Los hallazgos de la presente investigación no implican que los anticonceptivos hormonales sean perjudiciales para la salud mental de todas las usuarias ni justifican suspender o cambiar automáticamente un método. La mayoría presentó sintomatología mínima o leve, y la anticoncepción hormonal mantiene beneficios relevantes en la prevención de embarazos no planificados. Los resultados respaldan, más bien, una atención individualizada que considere la edad, los antecedentes de salud mental, las comorbilidades, la experiencia previa con anticonceptivos y la relación temporal percibida entre el inicio o cambio del método y los síntomas emocionales.

En el primer nivel de atención, el GAD-7 y el PHQ-9 podrían emplearse como herramientas breves de tamizaje cuando existan antecedentes, cambios de humor, solicitud reiterada de cambio, suspensión por molestias emocionales o dificultades de adherencia. Un resultado elevado no equivale a un diagnóstico y debe complementarse con evaluación clínica, valoración del riesgo y derivación cuando corresponda. Esta estrategia permitiría detectar tempranamente a las usuarias que requieren apoyo sin generar alarma ni estigmatizar métodos específicos.

Desde la práctica farmacéutica, los resultados resaltan la importancia de la atención farmacéutica y la farmacovigilancia. El químico farmacéutico puede contribuir mediante la orientación sobre el uso correcto, la identificación de sospechas de reacciones adversas, el registro de cambios del estado de ánimo y la referencia oportuna al equipo asistencial.

Limitaciones y fortalezas del estudio

La presente investigación presentó limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados. En primer lugar, el diseño transversal permitió estimar prevalencias y asociaciones, pero no establecer la secuencia temporal ni una relación causal entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales y la sintomatología ansiosa o depresiva. En consecuencia, no pudo descartarse causalidad reversa, especialmente entre las usuarias que cambiaron o suspendieron el método por cambios del estado de ánimo.

En segundo lugar, varias variables fueron autorreportadas, entre ellas los antecedentes de ansiedad o depresión, el uso previo, la suspensión, el cambio de método y las sospechas de reacciones adversas. Por ello, la información pudo estar afectada por sesgo de memoria, clasificación incorrecta o deseabilidad social. Aunque algunos datos se

contrastaron con la historia clínica o los registros del establecimiento cuando estuvieron disponibles, esta verificación no fue uniforme para todas las participantes.

En tercer lugar, el número de participantes con ansiedad elevada, uso de psicofármacos, comorbilidades y algunos métodos específicos fue reducido. La escasez de eventos frente al número de covariables incorporadas en los modelos pudo generar sobreajuste, inestabilidad de las estimaciones e intervalos de confianza amplios. En consecuencia, deben priorizarse la dirección de las asociaciones y su coherencia clínica sobre una interpretación rígida de la magnitud puntual de las razones de prevalencia.

En cuarto lugar, no se contó con información detallada sobre el principio activo, la dosis hormonal, el tipo específico de progestágeno, la indicación clínica, el nivel de adherencia, el inicio exacto de los síntomas ni factores psicosociales como violencia, estrés, apoyo social o conflictos de pareja. Estas variables podrían actuar como factores de confusión, mediadores o modificadores del efecto. Además, el estudio se realizó en un único establecimiento de salud, por lo que la generalización de los resultados a otras poblaciones debe efectuarse con cautela.

Sin embargo, entre las fortalezas, se emplearon datos primarios, instrumentos estandarizados y ampliamente utilizados para medir por separado la sintomatología ansiosa y depresiva, y modelos de regresión de Poisson con varianza robusta para estimar razones de prevalencia. Asimismo, la exposición se analizó según tipo de hormona y método específico, lo que permitió una caracterización más detallada que la obtenida al agrupar todos los anticonceptivos hormonales. Finalmente, el estudio aporta evidencia local sobre un problema poco investigado en Tacna y genera hipótesis relevantes para futuros estudios longitudinales con mayor tamaño muestral, medición basal de salud mental y seguimiento desde el inicio o cambio del método.

En síntesis, la mayor prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva observada entre usuarias de métodos de solo progestágeno y de implante subdérmico constituye una señal epidemiológica que merece seguimiento, pero no demuestra una relación causal. La heterogeneidad de la literatura, la posibilidad de causalidad reversa, la confusión por indicación, el sesgo de usuaria tolerante y la limitada precisión de algunos modelos exigen una interpretación prudente. El principal aporte del estudio consiste en identificar grupos que podrían requerir evaluación individualizada y en sustentar la integración del tamizaje de salud mental,

la consejería anticonceptiva y la farmacovigilancia en el primer nivel de atención.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se determinó que la sintomatología ansiosa-depresiva se asoció con el uso de anticonceptivos hormonales en las usuarias del Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025. La ansiedad elevada se asoció con el uso de métodos de solo progesterona (RPa=2,99; IC95 %: 1,13–7,92) y de implante subdérmico frente a píldoras (RPa=3,93; IC95 %: 1,28–12,13). Asimismo, la depresión elevada se asoció con el uso de métodos de solo progesterona (RPa=2,80; IC95 %: 1,26–6,23) y de implante subdérmico (RPa=2,48; IC95 %: 1,04–5,91). Adicionalmente, la comorbilidad y el uso de psicofármacos también se asociaron con una mayor prevalencia de depresión elevada.

SEGUNDA: Se estimó un predominio de sintomatología ansiosa-depresiva de baja severidad. En cuanto a la ansiedad, el 51,06 % de las usuarias presentó síntomas mínimos y el 38,30 % síntomas leves, mientras que la ansiedad elevada alcanzó el 10,64 %. Respecto a la depresión, el 47,52 % presentó síntomas mínimos y el 36,88 % síntomas leves, en tanto que la depresión elevada correspondió al 15,60 %. En conjunto, predominó la

sintomatología mínima o leve, aunque se identificó un grupo menor con mayor severidad clínica.

TERCERA: Se describió que las usuarias de anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva fueron principalmente mujeres de 18 a 30 años (65,25 %), con educación secundaria (48,94 %) y dedicadas mayoritariamente al comercio (52,48 %). Desde el punto de vista clínico, predominó la ausencia de comorbilidades (90,07 %), el no uso de psicofármacos (98,58 %) y la ausencia de antecedentes de ansiedad y/o depresión (82,98 %). Entre las usuarias con comorbilidad, la más frecuente fue la obesidad (42,86 %).

CUARTA: Se describió que, entre las características de uso de los métodos anticonceptivos hormonales, predominó el uso de anticonceptivos combinados (58,16 %), mientras que los métodos más utilizados fueron el inyectable mensual (31,21 %) y las píldoras (26,95 %). El tiempo de uso se concentró principalmente entre 6 a 12 meses (47,52 %) y 13 a 36 meses (45,39 %). Además, la mayoría de usuarias no suspendió el método (87,23 %) ni realizó cambio de método (90,78 %). Entre quienes suspendieron el método, la razón más frecuente fue no

acudir a control (55,56 %), y entre quienes cambiaron de método predominó el cambio de humor (69,23 %). Asimismo, la mayoría no presentó sospecha de RAM (86,52 %); sin embargo, entre quienes sí la reportaron destacaron la cefalea y náuseas (47,37 %) y la alteración emocional (42,11 %).

QUINTA: Se comparó la sintomatología ansiosa y depresiva según las características sociodemográficas, clínicas y de uso de los anticonceptivos hormonales. En el análisis bivariado, la depresión elevada mostró diferencias significativas según nivel educativo ($p=0,014$), ocupación laboral ($p=0,036$), comorbilidad ($p=0,045$) y tipo de hormona ($p=0,024$). La ansiedad elevada mostró diferencia significativa según el cambio de método anticonceptivo hormonal ($p=0,001$). En el análisis ajustado, las usuarias de 31 a 43 años presentaron menor prevalencia de ansiedad elevada en ambos modelos ($RPa=0,19$; IC95 %: 0,07–0,52 y $RPa=0,26$; IC95 %: 0,11–0,61), al igual que aquellas que no trabajaban ($RPa=0,03$; IC95 %: 0,01–0,06 y $RPa=0,07$; IC95 %: 0,01–0,09). En conjunto, los factores más relevantes vinculados a mayor frecuencia de sintomatología elevada fueron el uso de métodos de solo progesterona, el implante subdérmico, la comorbilidad y el uso de psicofármacos.

RECOMENDACIONES

Al Centro de Salud Ciudad Nueva, fortalecer la consejería en planificación familiar incorporando la evaluación inicial y el seguimiento periódico de la sintomatología ansiosa y depresiva en usuarias de anticonceptivos hormonales, especialmente en aquellas que utilizan métodos de solo progesterona o implante subdérmico, debido a su asociación con mayor prevalencia de ansiedad y depresión elevadas.

Al personal de salud responsable de la atención en planificación familiar, implementar el uso rutinario de instrumentos breves y validados, como la escala GAD-7 y el PHQ-9, a fin de detectar oportunamente síntomas de ansiedad y depresión, sobre todo en usuarias con comorbilidades, uso de psicofármacos o antecedentes de malestar emocional.

Al equipo asistencial del establecimiento, reforzar el seguimiento clínico de las usuarias que reporten cambios de humor, cefalea, náuseas u otras molestias durante el uso del método anticonceptivo hormonal, con la finalidad de valorar de manera integral la tolerabilidad, adherencia y necesidad de ajuste o cambio del método.

Al servicio de planificación familiar, promover estrategias que mejoren la continuidad del uso anticonceptivo y la asistencia a controles, considerando que entre las usuarias que suspendieron el método predominó como motivo principal el no acudir a control. Para ello, se recomienda fortalecer la educación sanitaria, el seguimiento y los recordatorios de atención.

A futuros investigadores, desarrollar estudios con diseño longitudinal y mayor tamaño muestral que permitan establecer temporalidad entre el inicio o cambio del anticonceptivo hormonal y la aparición de sintomatología ansiosa-depresiva, así como evaluar con mayor precisión el efecto de la formulación hormonal específica, el tiempo de uso y otros factores de confusión, esto disminuiría la presencia de sesgos como de causalidad reversa y de memoria.

A las instituciones académicas y de salud, promover nuevas investigaciones en población peruana sobre anticoncepción hormonal y salud mental, incorporando variables como antecedentes psiquiátricos, estrés, violencia, soporte social, satisfacción con el método y reacciones adversas, con el fin de ampliar la evidencia disponible y orientar mejor la práctica clínica.

Al químico farmacéutico responsable de la dispensación de métodos anticonceptivos hormonales, brindar atención farmacéutica individualizada al momento de la entrega del método, orientando a la usuaria sobre su uso correcto, posibles reacciones adversas y signos de alerta relacionados con cambios del estado de ánimo, a fin de favorecer el uso seguro, la adherencia terapéutica y la detección temprana de sintomatología ansiosa o depresiva.

Asimismo, fortalecer el seguimiento farmacoterapéutico de las usuarias con antecedentes de ansiedad y/o depresión que reciben anticonceptivos hormonales, especialmente durante el inicio o cambio del método, con el propósito de identificar oportunamente problemas relacionados con la medicación, variaciones en la tolerabilidad y posibles alteraciones emocionales que requieran consejería, derivación o reevaluación clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Depression. [Internet].; 2025 [citado 20 de sep 2025]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1.
2. Liu J, Ning W, Zhang N, Zhu B, Mao Y. Estimation of the Global Disease Burden of Depression and Anxiety between 1990 and 2044: An Analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. Healthcare (Basel) [Internet]. 2024; 12(17): p. 1721. Disponible en: <https://doi.org.10.3390/healthcare12171721>.
3. Ministerio de Salud. Establecimientos del Minsa atendieron más de 250 000 casos de depresión a lo largo del año 2024. [Internet].; 2025 [citado 22 de sep 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1088925-establecimientos-del-minsa-atendieron-mas-de-250-000-casos-de-depresion-a-lo-largo-del-ano-2024>.
4. Ministerio de Salud. La depresión es uno de los trastornos de salud mental más frecuentes en el país. [Internet].; 2024 [citado 22 de sep 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/892900-la-depresion-es-uno-de-los-trastornos-de-salud-mental-mas-frecuentes-en-el-pais>.
5. Kraft M, Rojczyk P, Weiss T, Derntl B, Kikinis Z, Croy I, et al. Symptoms of mental disorders and oral contraception use: A systematic review and meta-analysis. Front Neuroendocrinol

[Internet]. 2024; 72: p. 101111. Disponible en: <https://doi.org.10.1016/j.yfrne.2023.101111>.

6. Mu E, Kulkarni J. Hormonal contraception and mood disorders. *Aust Prescr*. [Internet]. 2022; 45(3): p. 75-79. Disponible en: <https://doi.org.10.18773/austprescr.2022.025>.
7. Skovlund C, Mørch L, Kessing L, Lidegaard Ø. Association of hormonal contraception with depression. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2016; 73(11): p. 1154-1162. Disponible en: <https://doi.org.10.1001/jamapsychiatry.2016.2387>.
8. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. INSM: 6 de cada 10 emergencias en salud mental corresponden a mujeres. [Internet].; 2026 [citado 23 de mar 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inism/noticias/1362387-inism-6-de-cada-10-emergencias-en-salud-mental-corresponden-a-mujeres>.
9. Taquila J, Chambilla C, Mamani A, Vargas A, Apaza D, Rendon M. Factores asociados a depresión, ansiedad y estrés en internos de medicina humana en Tacna, 2022. *Rev Méd Hosp Hipólito* [Internet]. 2024; 17(3): p. 15-20. Disponible en: <https://doi.org.10.70409/rmhut.2024.173.58>.
10. Toffoletto S, Lanzenberger R, Gingnell M, Sundström-Poromaa I, Comasco E. Emotional and cognitive functional imaging of estrogen and progesterone effects in the female human brain: a systematic

review. Psychoneuroendocrinology [Internet]. 2014; 50: p. 28-52. Disponible en: <https://doi.org.10.1016/j.psyneuen.2014.07.025>.

11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2024: departamento de Tacna. Capítulo 4: planificación familiar [Internet] Lima: INEI; 2025. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2024/departamentales/Endes23/pdf/Cap04.pdf>.
12. Jares K, García C, Avilés B, Guillén J, Vidaurre J, Pizarro J. Edición, análisis y revisión. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2024: departamento de Tacna [Internet] Lima: INEI; 2025.
13. Dirección Regional de Salud Tacna. Más de 6000 tacneños son atendidos y diagnosticados con trastornos de salud mental. [Internet].; 2024 [citado 26 de sep 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/regiontacna-diresa/noticias/1036691-mas-de-6000-tacnenos-son-atendidos-y-diagnosticados-con-trastornos-de-salud-mental>.
14. Dirección General de Medicamentos. Insumos y Drogas. Anticonceptivos hormonales: estado de ánimo depresivo y depresión asociados a su uso. Alerta DIGEMID N.º 25-2019 [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2019.
15. Uppsala Monitoring Centre. VigiAccess [Internet]. Uppsala: Uppsala Monitoring Centre. [Internet].; 2025 [citado 26 de sep 2025]. Disponible en: <https://www.vigiaccess.org>.

16. Luthuli M, Nkala-Dlamini B, Nzuza-Moroe N. Influence of mental health conditions and symptoms on contraceptive use among adolescent girls and young women: a scoping review. *Front Reprod Health* [Internet]. 2025; 7: p. 1620736. Disponible en: <https://doi.org.10.3389/frph.2025.1620736>.
17. Cerda M, Garrido V, Crockett M, Martínez V. Uso de anticonceptivos hormonales y depresión en mujeres adolescentes y jóvenes: una revisión de alcance. *Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc.* [Internet]. 2024, 35(1): p. 12-22. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/05/1554987/rev-sopnia-2024-1-12-22.pdf>
18. Jahanfar S, Mortazavi J, Lapidow A, Cu C, Al Abosy J, Morris K, et al. Assessing the impact of contraceptive use on mental health among women of reproductive age: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2024; 24(1): p. 396. Disponible en: <https://doi.org.10.1186/s12884-024-06587-9>.
19. Johansson T VLSBMEWKTJÅ. Population-based cohort study of oral contraceptive use and risk of depression. *Epidemiol Psychiatr Sci.* [Internet]. 2023;: p. 32. Disponible en: <https://doi.org.10.1017/S2045796023000525>.
20. De Wit A, Booij S, Giltay E, Joffe H, Schoevers R, Oldehinkel A. Association of use of oral contraceptives with depressive symptoms among adolescents and young women. *JAMA Psychiatry* [Internet].

2020; 77(1): p. 52-59. Disponible en:
<https://doi.org.10.1001/jamapsychiatry.2019.2838>.

21. Vignale A. Uso de píldoras anticonceptivas orales y depresión en mujeres de 20-35 años en la Facultad de Medicina Humana Manuel Huamán Guerrero, 2023 [Tesis de grado]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2023. Disponible en:
<https://hdl.handle.net/20.500.14138/6690>.
22. Barrionuevo A, Flores M. Uso de anticonceptivos hormonales y síntomas depresivos en mujeres en edad fértil: un análisis secundario de la ENDES 2021 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2024. Disponible en:
<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/10757/682135>.
23. Porcel R, Rivera J. Asociación entre anticonceptivos hormonales y depresión en usuarias de planificación familiar del Hospital Túpac Amaru II-E del Cusco, 2023 [Tesis de grado]. Cusco: Universidad Andina del Cusco; 2023. Disponible en:
<https://hdl.handle.net/20.500.12557/5643>.
24. Sanz A. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association [Internet]. 2022; 19(2): p. 339-340. Disponible en:
<https://doi.org.10.5209/psic.84045>.
25. Craske M, Stein M. Anxiety. Lancet. 2016; 388(10063): p. 3048-3059. Disponible en: [https://doi.org.10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org.10.1016/S0140-6736(16)30381-6).

26. Sundström-Poromaa I, Segeblad B. Adverse mood symptoms with oral contraceptives. *Acta Obstet Gynecol Scand*. [Internet]. 2012; 91(4): p. 420-427. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01333.x>.

27. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. [Internet]. 2017; 19(2): p. 93-107. Disponible en: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow>.

28. Ote C, Gold S, Penninx B, Pariante C, Eikin A, Fava M, et al. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. [Internet]. 2016; 2: p. 16065. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.65>.

29. Robertson E, Thew C, Thomas N, Karimi L, Kulkarni J. Pilot data on the feasibility and clinical outcomes of a norgestrel acetate oral contraceptive pill in women with premenstrual dysphoric disorder. *Front Endocrinol (Lausanne)* [Internet]. 2021; 12: p. 704488. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.704488>.

30. Kroenke K, Spitzer R, Williams J. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. [Internet]. 2001; 16(9): p. 606-613. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>.

31. Yusuf A, Warsame M, Gedi S, Abdullahi N, Ahmed D. Prevalence of depression among women using hormonal contraceptives in Mogadishu, Somalia: a cross-sectional study. *Open Access J*

Contracept. [Internet]. 2024; 15: p. 89-98. Disponible en: <https://doi.org.10.2147/OAJC.S444545>.

32. Worly B, Gur T, Schaffir J. The relationship between progestin hormonal contraception and depression: a systematic review. Contraception [Internet]. 2018; 97(6): p. 478-489. Disponible en: <https://doi.org.10.1016/j.contraception.2018.01.010>.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	TECNICAS INSTRUMENTOS
PROBLEMA PRINCIPAL ¿Existirá asociación entre la sintomatología ansiosa-depresiva y el uso de anticonceptivos hormonales en usuarias del Centro de Salud Ciudad Nueva Tacna, 2025?	OJETIVO GENERAL Determinar la asociación entre la sintomatología ansiosa-depresiva y el uso de anticonceptivos hormonales en usuarias del Centros de Salud Ciudad Nueva Tacna, 2025.	Hipótesis alterna: Existe asociación entre la sintomatología ansioso-depresiva y el uso de métodos de anticoncepción hormonal en usuarias del Centros de Salud Ciudad Nueva Tacna, 2025. Hipótesis nula: No existe asociación entre la sintomatología ansioso-depresiva y el uso de métodos de anticoncepción hormonal en usuarias del Centros de Salud Ciudad Nueva Tacna, 2025.	Variable dependiente Sintomatología ansiosa-depresiva	Tipo de investigación Observacional: Porque no se realizan manipulaciones de las variables de estudio y se observan o describen de acuerdo a su naturaleza. Cuantitativa: Porque se emplearán métodos numéricos para la recolección de las variables, así como tratamiento estadístico descriptivo e inferencial para responder a los objetivos de la investigación. Analítica: Porque se incluyen más de dos variables para el análisis estadístico. Asimismo, como objetivos secundarios, se propone comparar el comportamiento de la prevalencia de la sintomatología ansioso-depresiva de acuerdo al tipo y tiempo de uso del método anticonceptivo hormonal. Diseño de investigación Epidemiológico transversal: Porque en la presente investigación la recolección de las variables de estudio (sintomatología ansiosa-depresiva y uso de métodos hormonales) se realizan en un	Ficha de recolección de datos Historias Clínicas Consentimiento Informado Instrumentos para la sintomatología ansiosa-depresiva <i>Para ansiedad: Medición de ansiedad con el instrumento GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7)</i> <i>Para depresión: Medición de depresión con el instrumento PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)</i>

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	TECNICAS INSTRUMENTOS
				momento puntual de tiempo. Esto permite que se estimen prevalencias de la sintomatología ansiosa-depresiva. Nivel de investigación Relacional: Porque pretende evaluar si la sintomatología ansioso-depresiva (definida como PHQ-9≥10 o GAD-7≥10) se asocia con el tipo de método anticonceptivo hormonal.	
PROBLEMAS SECUNDARIOS a) ¿Cuál será la frecuencia de sintomatología ansiosa y depresiva en usuarias de anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025? b) ¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de las usuarias de anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025?	OBJETIVOS ESPECÍFICOS a) Estimar la frecuencia de sintomatología ansiosa y depresiva en usuarias de anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025. b) Describir las características sociodemográficas y clínicas de las usuarias de anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025.		Variable independiente Método anticonceptivo hormonal Co-variables Características sociodemográficas y clínicas	POBLACIÓN Y MUESTRA Población La población de estudio son las mujeres de 18–49 años que utilizan métodos anticonceptivos hormonales (MAH) de forma continua y acuden a consulta externa en los centros participantes. Muestra Se realizará un muestreo probabilístico consecutivo por afijación proporcional al flujo anual de usuarias en cada centro (tomando como referencia 2024), hasta completar el tamaño total. Se emplea la siguiente fórmula para la estimación de proporciones o prevalencia de síntomas ansioso-depresivo: $n_0 = \frac{1.96^2 p (1 - p)}{d^2}$ $n_{ajustada} = \frac{n_0 \times DEFF}{1 - 0.10}$	

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	TECNICAS INSTRUMENTOS
c) ¿Cuáles son las características de uso de los métodos anticonceptivos hormonales en las usuarias atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025? d) ¿Existirán diferencias entre la sintomatología ansiosa y depresiva en usuarias de anticonceptivos hormonales, según sus características sociodemográficas, clínicas y de uso, atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025?	c) Describir las características de uso de los métodos anticonceptivos hormonales en las usuarias atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025. d) Evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva en usuarias de anticonceptivos hormonales, según sus características sociodemográficas, clínicas y de uso, atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025.				

Anexo 2: Formato de consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica

SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA ASOCIADA A MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD DE CIUDAD NUEVA, TACNA 2025

FECHA: (día / mes / año) ____ / ____ / ____

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN
Se invita a usted a participar en un estudio realizado por la Escuela de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. En el presente estudio participarán todas las usuarias que utilizan métodos anticonceptivos hormonales del centro de salud C. S. Ciudad Nueva de Tacna, a quienes se les aplicará un instrumento de recolección de datos (FORMULARIO GAD-7 Y PHQ-9) que tiene la finalidad de determinar la asociación entre la sintomatología ansiosa-depresiva y el uso de anticonceptivos hormonales en usuarias del Centro de Salud de Ciudad Nueva.

No están obligados a participar en este estudio de investigación, su participación es completamente libre y voluntaria. Este estudio es realizado con fines solamente de investigación.

Antes de que usted sea incluido en el estudio, nosotros queremos que lea este consentimiento. Este documento puede tener algunas palabras técnicas que no conozca y necesite de explicación. Por favor pídale a su investigador o cualquier personal de la salud participativo del estudio para que le explique sobre alguna palabra que no estén completamente claras. Por favor haga todas las preguntas que necesite para que usted entienda claramente las implicancias de su participación.

PROCEDIMIENTOS
Si usted decide participar se le aplicará un instrumento de recolección de datos (FORMULARIO GAD-7 Y PHQ-9) que consta de La entrevista tendrá una duración estimada de 15–20 minutos y seguirá un orden fijo. Primero, se registrarán datos sociodemográficos y clínicos (edad, estado civil, escolaridad, ocupación, psicofármacos, distancia/tiempo). Luego, se documentará la exposición: método anticonceptivo actual con uso continuo ≥3 meses, tipo específico, fecha de inicio o última administración/colocación, tiempo de uso (meses), cambios en los últimos 12 meses. Cada instrumento de recolección de datos consta de 7 y 9 preguntas respectivamente.

RIESGOS Y MOLESTIAS
Este procedimiento no implicará ningún daño a su integridad ni salud física, no les ocasionará gasto alguno.

BENEFICIOS
Permitirá estimar la prevalencia y severidad de síntomas ansioso-depresivos y su asociación con los distintos MAH en usuarias del Centro de Salud de Ciudad Nueva de Tacna. Ello aportará insumos prácticos para la consejería informada, la detección oportuna y la articulación con servicios de salud mental en el primer nivel.

COMPENSACIÓN
No se dará ninguna compensación económica por su participación en este estudio.

CONFIDENCIALIDAD
Nosotros guardaremos sus respuestas a las preguntas y los formatos con códigos y no con nombres. Si se publican los resultados de este estudio, no se nombrarán o identificarán a las personas que participaron en el estudio. Los datos de su participación en este estudio no se harán disponibles a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

CONSENTIMIENTO
Yo he leído el formato de consentimiento /asentimiento informado y se me ha dado la oportunidad de discutirlo y hacer preguntas. YO, por medio de este documento, consiento participar en este estudio. Yo recibiré una copia firmada de este formato de consentimiento.

Nombres y apellidos del participante del estudio

Firma

Investigador Principal
Br. Flor de María Mayta Mamani
E.P. Farmacia y Bioquímica

Anexo 3: Carta de aprobación de Comité Institucional de Ética de la UNJBG



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

CONSTANCIA

El que suscribe, Presidenta del Comité de Ética Institucional (CEI) de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, deja constancia que el protocolo de investigación titulado **"SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA ASOCIADA A MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL EN USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CIUDAD NUEVA DE TACNA, 2025"**, código **2025-069-CEIUNJBG**, ha sido **Evaluable y Aprobado** por nuestro Comité, no habiéndose encontrado objeciones en dicho protocolo de acuerdo a los estándares propuestos por el CEI, y que se ejecutará bajo la responsabilidad del investigador Bach. Flor de María Mayta Mamani, incluyendo los siguientes documentos:

1. Protocolo de Investigación. Versión 1.1 del 03/12/2025

La fecha de aprobación tendrá vigencia desde el **11 de diciembre del 2025 hasta el 11 de diciembre del 2026**. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento, adjuntando el Informe de Avance de ejecución del estudio.

Notificar inmediatamente al CEI-UNJBG de cualquier enmienda, desviaciones o incidentes de acuerdo con los términos establecidos, el titular deberá notificar al CEI mediante un informe final, cuando un estudio ha concluido o cuando se ha suspendido/ terminado anticipadamente en un plazo, máximo de seis (6) meses de finalizado el plazo de vigencia.

Asimismo, el titular del proyecto comunicará al CEI cualquier publicación de los resultados del proyecto de investigación que se haga por medio de revistas científicas, boletines o vía virtual.

Tacna, 12 de diciembre del 2025




Dra. Silvia Cristina Quispe Prieto
Presidenta
Comité de Ética Institucional
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann

Anexo 4: Carta de Autorización de la Red de Salud de Tacna

 **REDST**
RED
SALUD
TACNA

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"
"Año del Centenario de la Reincorporación de la Provincia de Tarata al Perú"

Nº 059-2025-AFI-UESA-ODI-DE-REDS.T.-

AUTORIZACIÓN

LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA RED DE SALUD, DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TACNA, AUTORIZA A:

FLOR DE MARIA MAYTA MAMANI

INVESTIGADOR DE LA ESCUELA DE FARMACIA Y BIOQUIMICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, A FIN DE EJECUTAR EL PROYECTO DE TESIS TITULADO "SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA ASOCIADA A MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA DE TACNA 2025", POR LO QUE SÍRVASE BRINDAR LAS FACILIDADES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO EN MENCIÓN.

Tacna, 17 de diciembre del 2025

 GOBIERNO REGIONAL DE TACNA
REDST - RED DE SALUD TACNA
Dra. ENITH MARIELA VECINA ARBOCUTIPA
DIRECTORA EJECUTIVA DE LA RED DE SALUD
COR. N° 16764

YMVA/LCCH/FCL/KASC

Av. Gregorio Albarracín N°510
Pág. Web: www.redsaludtacna.gob.pe
Tacna - Perú

Anexo 5: Instrumentos para evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Código del participante:

Edad:

Método anticonceptivo hormonal (MAH)

Educación:

- () Primaria
() Secundaria
() Superior técnica
() Superior universitaria completa
() Superior universitaria incompleta

Nombre del MAH:.....

- () Combinado
() Solo progesterona

Tiempo de uso:.....

Ocupación laboral:

- () Dependiente | Precisar:
() Independiente | Precisar:

¿Alguna vez ha suspendido o interrumpido su administración?

- () Sí
Razón:.....

Tiempo de suspensión/interrupción:.....

- () No

Antecedentes de salud:

Comorbilidades:

- () Sí
Precisar:

- () No

¿Cambió de MAH alguna vez?

- () Sí
Razón:.....

- () No

Uso de psicofármacos:

- () Usa
Nombre de medicamento (s):.....
Motivo de prescripción:

Sospecha de reacción adversa al MAH

- () Sí
Precisar:

- () No

- () No usa

Antecedentes de ansiedad y/o depresión:

- () Tiene
() No tiene

Instrumentos para evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva

Formulario GAD-7 y PHQ-9 para evaluación de la sintomatología ansiosa-depresiva

Este documento incluye las versiones en español de dos instrumentos de tamizaje ampliamente utilizados en atención primaria: GAD-7 (Trastorno de Ansiedad Generalizada-7) y PHQ-9 (Cuestionario de Salud del Paciente-9). Ambos se refieren a los últimos 14 días y utilizan las mismas opciones de respuesta.

Instrucciones de respuesta (para ambos instrumentos)

Indique con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas durante las últimas 2 semanas:

0 = Nada en absoluto	1 = Varios días	2 = Más de la mitad de los días	3 = Casi todos los días
----------------------	-----------------	---------------------------------	-------------------------

Puntuación: sume los valores para obtener el puntaje total.

GAD-7 (Trastorno de Ansiedad Generalizada – 7 ítems)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

Ítem	0 Nada en absoluto	1 Varios días	2 Más de la mitad de los días	3 Casi todos los días
1. Sentirse nervioso(a), ansioso(a) o al borde.	☐	☐	☐	☐
2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación.	☐	☐	☐	☐
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas.	☐	☐	☐	☐
4. Dificultad para relajarse.	☐	☐	☐	☐
5. Estar tan inquieto(a) que es difícil permanecer sentado(a) o quedarse quieto(a).	☐	☐	☐	☐
6. Irritarse o molestarse con facilidad.	☐	☐	☐	☐
7. Sentir miedo, como si algo terrible fuera a suceder.	☐	☐	☐	☐

Interpretación sugerida: 0–4 mínima, 5–9 leve, 10–14 moderada, 15–21 severa. Punto de corte habitual para tamizaje positivo: ≥ 10 .

PHQ-9 (Cuestionario de Salud del Paciente – 9 ítems)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

Ítem	0 Nada en absoluto	1 Varios días	2 Más de la mitad de los días	3 Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas.	☐	☐	☐	☐
2. Sentirse decaído(a), deprimido(a) o sin esperanza.	☐	☐	☐	☐
3. Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido(a) o dormir demasiado.	☐	☐	☐	☐
4. Sentirse cansado(a) o con poca energía.	☐	☐	☐	☐
5. Falta de apetito o comer en exceso.	☐	☐	☐	☐
6. Sentirse mal consigo mismo(a) —o que es un fracaso o que ha quedado mal consigo mismo(a) o con su familia—.	☐	☐	☐	☐
7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión.	☐	☐	☐	☐
8. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado; o lo contrario: estar tan inquieto(a) o	☐	☐	☐	☐

agitado(a) que se mueve mucho más de lo habitual.				
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de hacerse daño de alguna manera.	☐	☐	☐	☐

Pregunta de dificultad funcional:

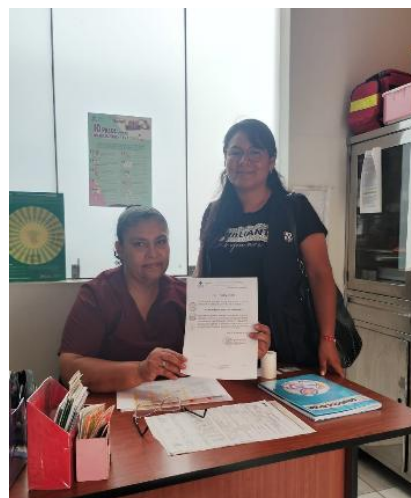
Si marcó alguna respuesta distinta de “0”, ¿qué tan difíciles han hecho estos problemas su trabajo, las tareas de casa o el llevarse bien con otras personas?

0 = Nada difícil	1 = Algo difícil	2 = Muy difícil	3 = Extremadamente difícil
------------------	------------------	-----------------	----------------------------

Interpretación sugerida: 0–4 mínima, 5–9 leve, 10–14 moderada, 15–19 moderadamente severa, 20–27 severa. Punto de corte habitual para tamizaje positivo: ≥ 10 .

Nota: Administre los instrumentos con lectura literal de los ítems. Ante ideación suicida (ítem 9 del PHQ-9 > 0), active el protocolo de seguridad y derivación clínica.

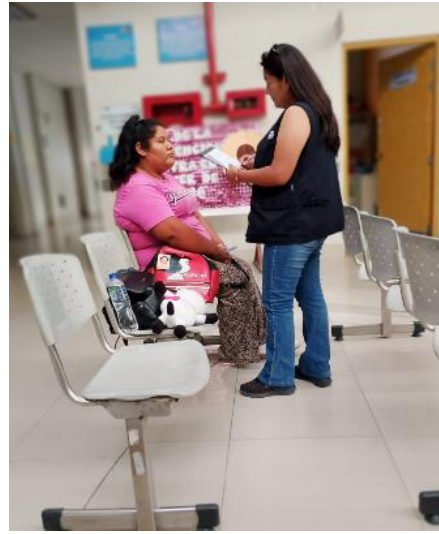
Anexo 6: Pasos de ejecución de la investigación



Centro de Salud de Ciudad Nueva y presentación de la investigación a la jefa del Servicio de Obstetricia.



Presentación de la investigación al gerente del Centro de Salud y verificación de criterios de selección a pacientes del servicio de obstetricia.



Aplicación de instrumentos de medición GAD-7 y PHQ-9 para evaluar sintomatología ansiosa y depresiva, respectivamente.

Anexo 7: Gráficos estadísticos

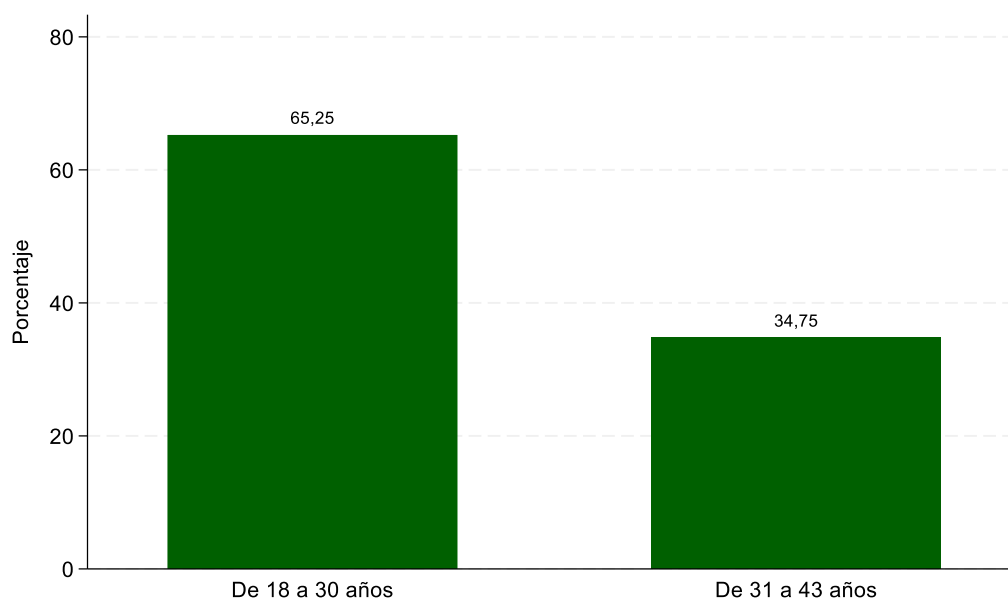


Gráfico 7. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según edad

Fuente: Tabla 2

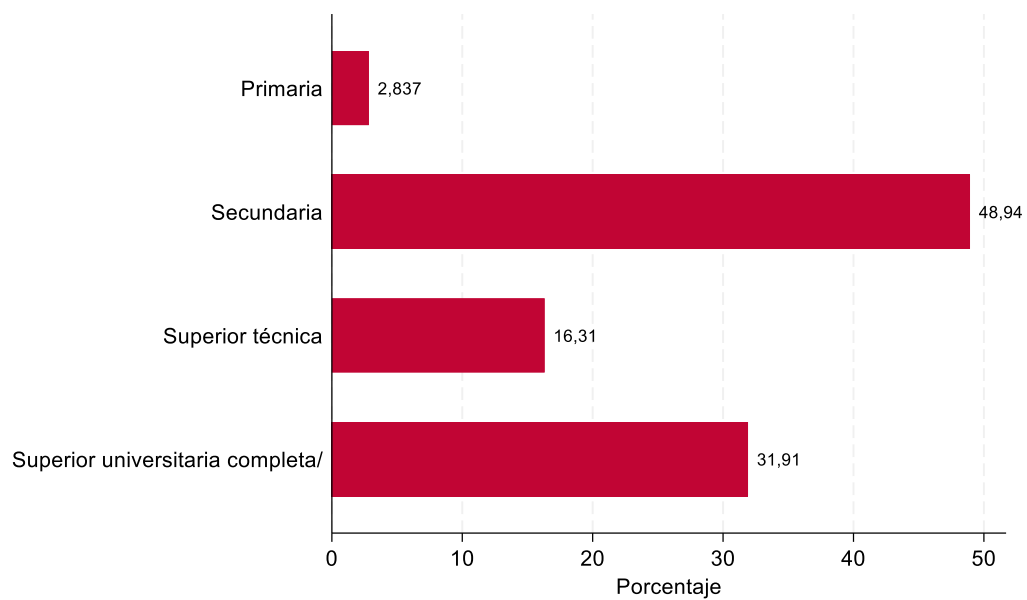


Gráfico 8. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según educación

Fuente: Tabla 2

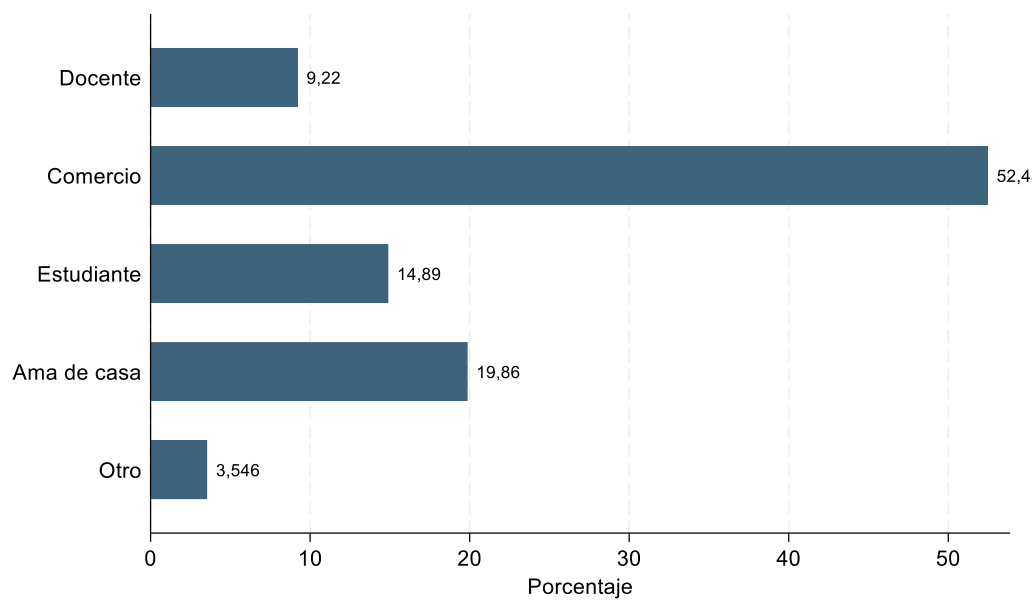


Gráfico 9. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según ocupación

Fuente: Tabla 2

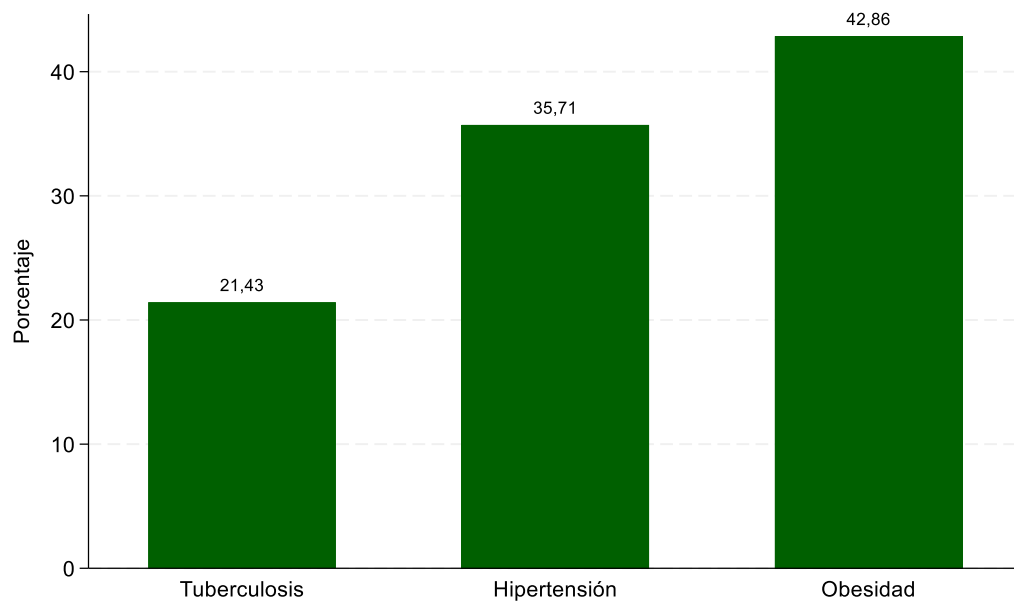


Gráfico 10. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según comorbilidad

Fuente: Tabla 3

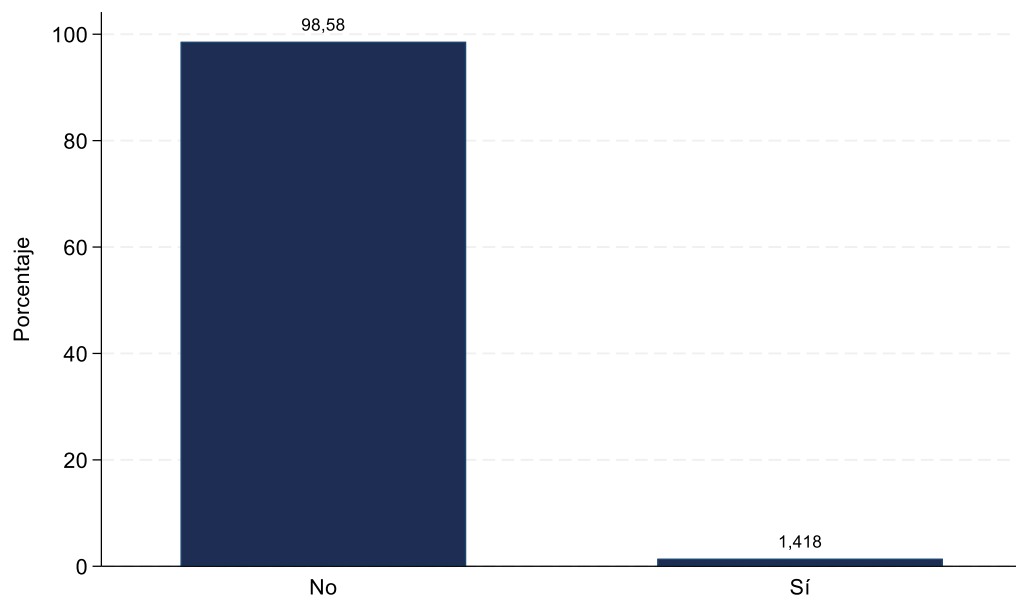


Gráfico 11. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según uso de psicofármacos

Fuente: Tabla 3

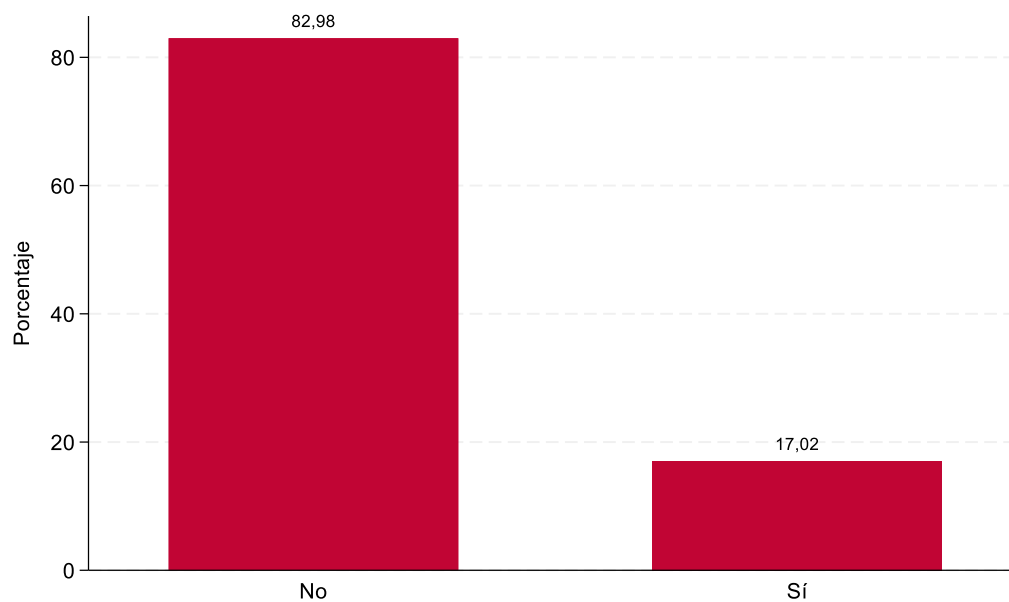


Gráfico 12. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según antecedentes de ansiedad y/o depresión

Fuente: Tabla 3

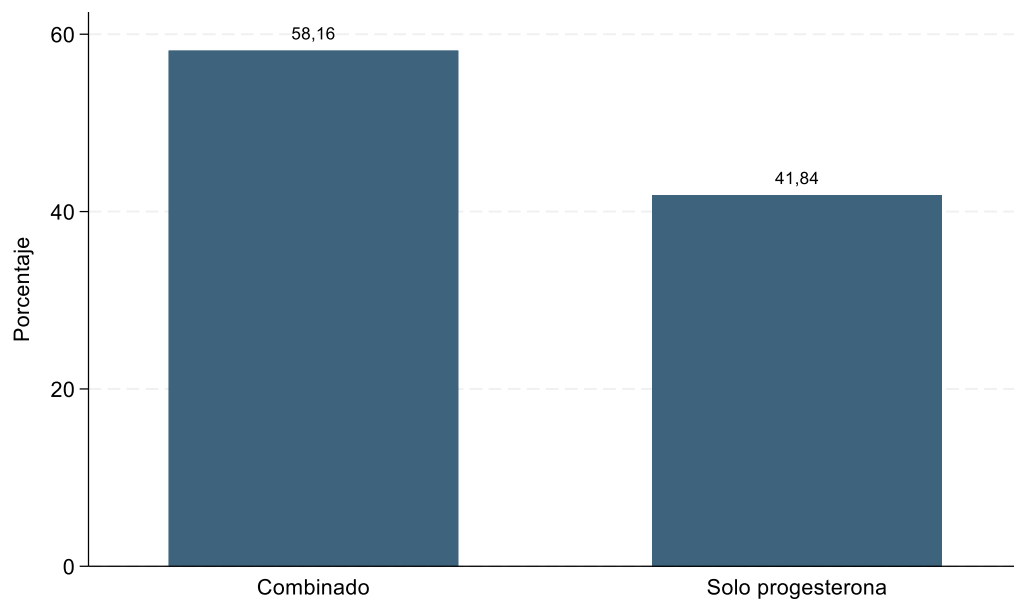


Gráfico 13. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según tipo de hormona que reciben

Fuente: Tabla 4

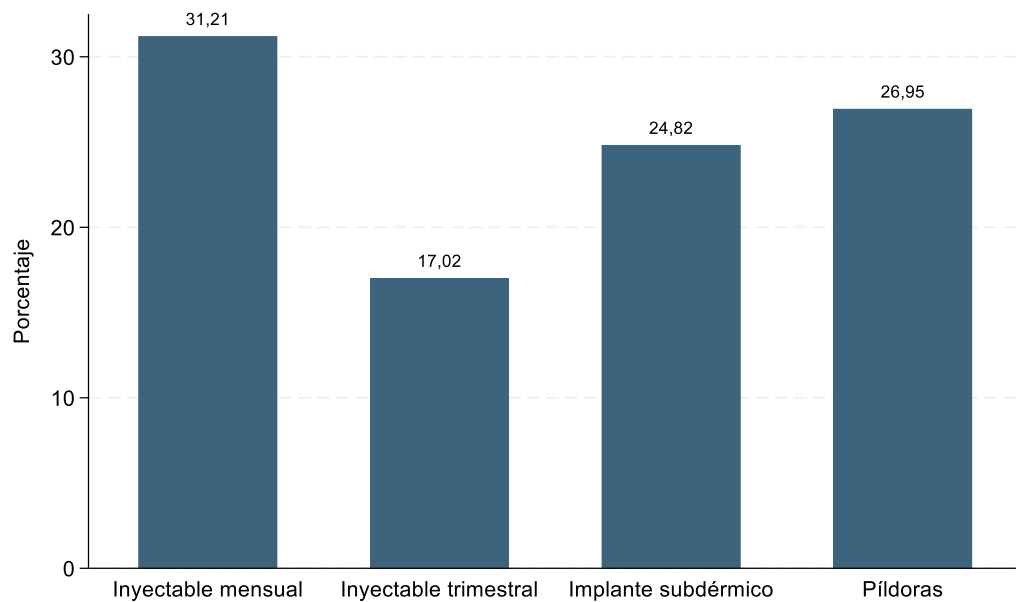


Gráfico 14. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según tipo de método que reciben

Fuente: Tabla 4

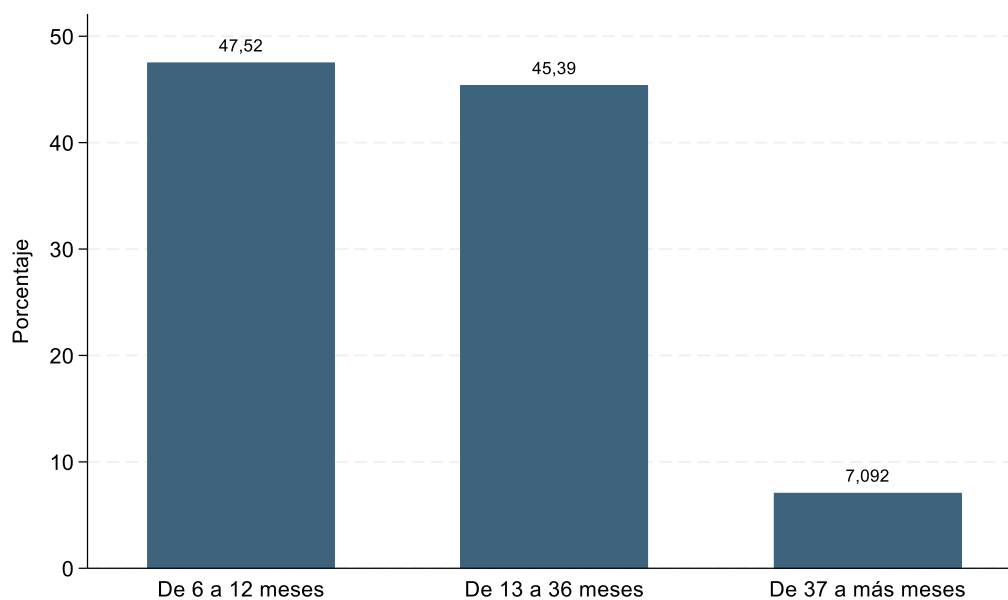


Gráfico 15. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según tiempo de uso de los anticonceptivos

Fuente: Tabla 4

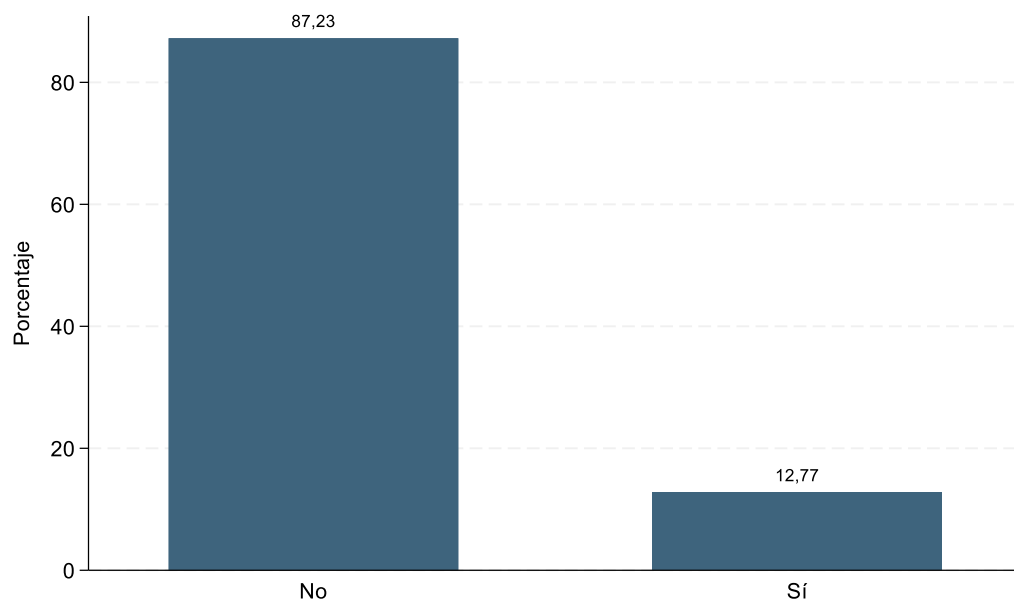


Gráfico 16. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según suspensión del método

Fuente: Tabla 4

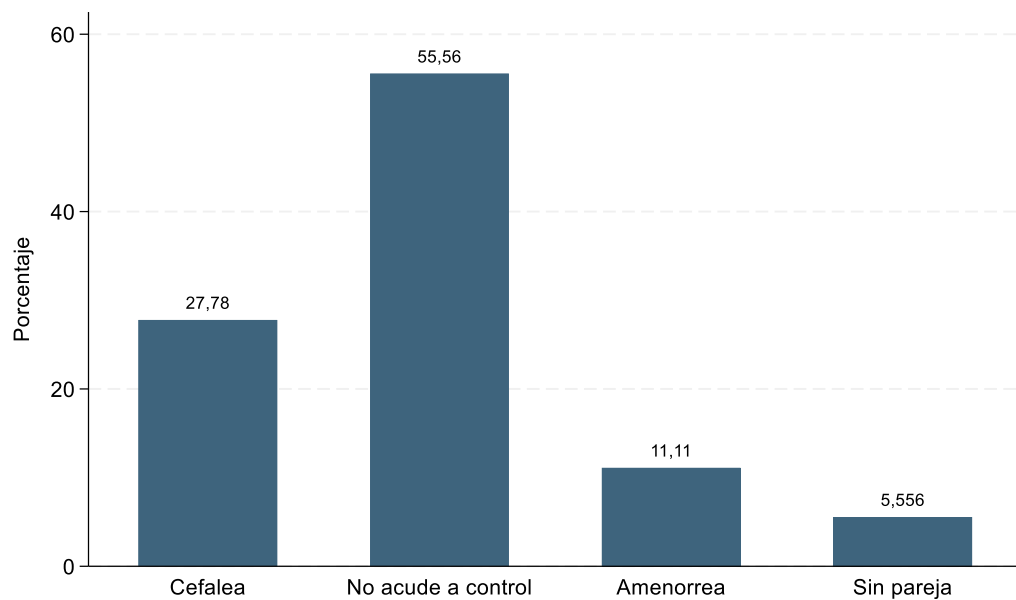


Gráfico 17. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según razón de la suspensión

Fuente: Tabla 4

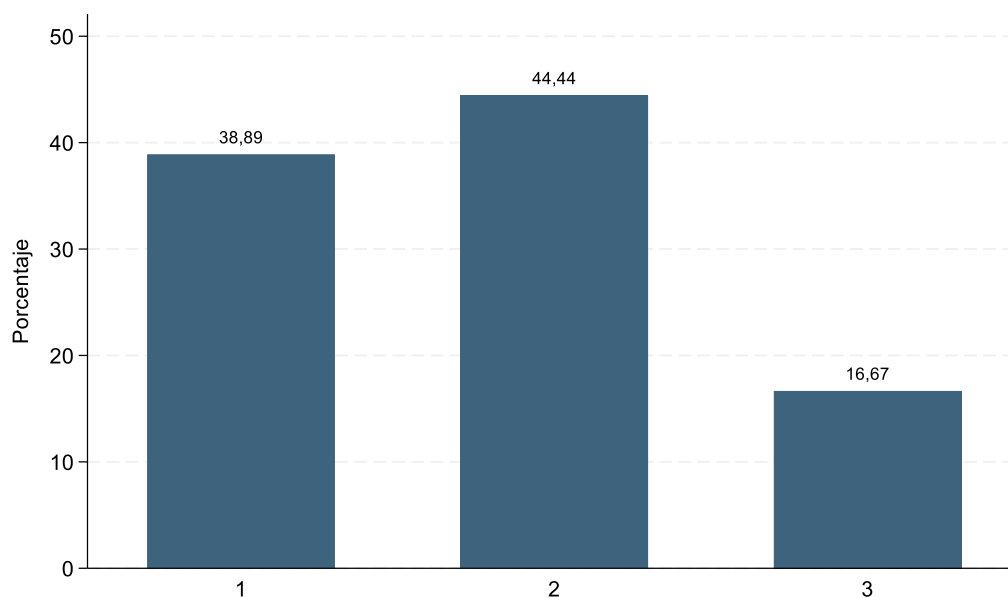


Gráfico 18. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según tiempo de suspensión del método

Fuente: Tabla 4

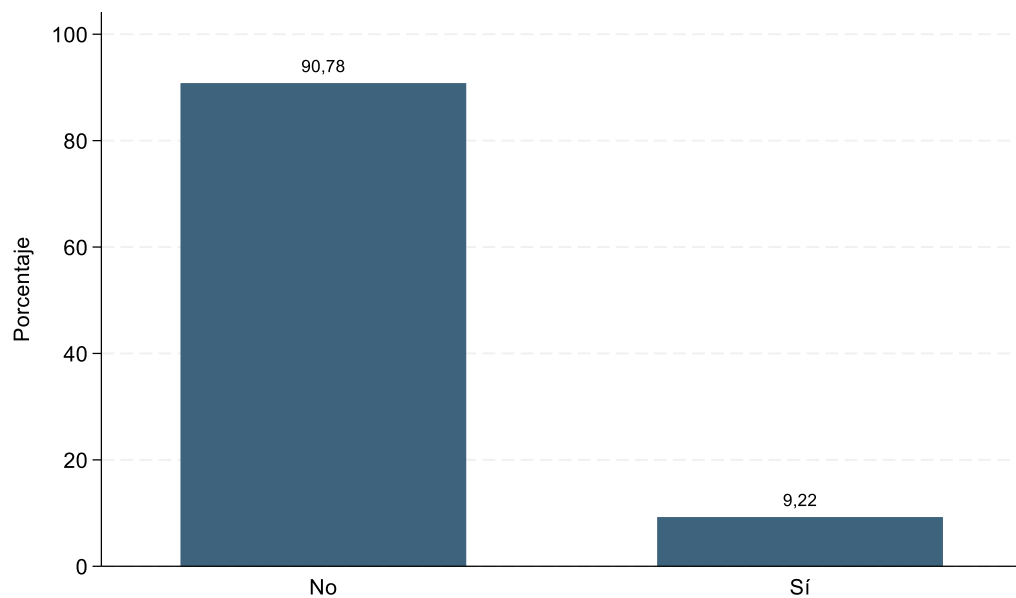


Gráfico 19. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según cambio de método

Fuente: Tabla 4

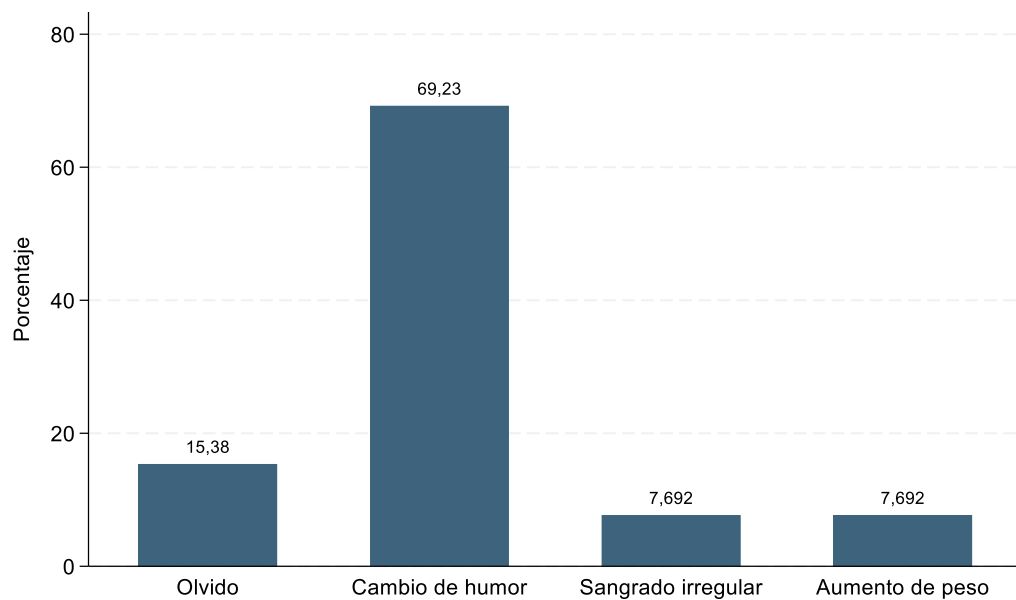


Gráfico 20. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según razón de cambio del método

Fuente: Tabla 4

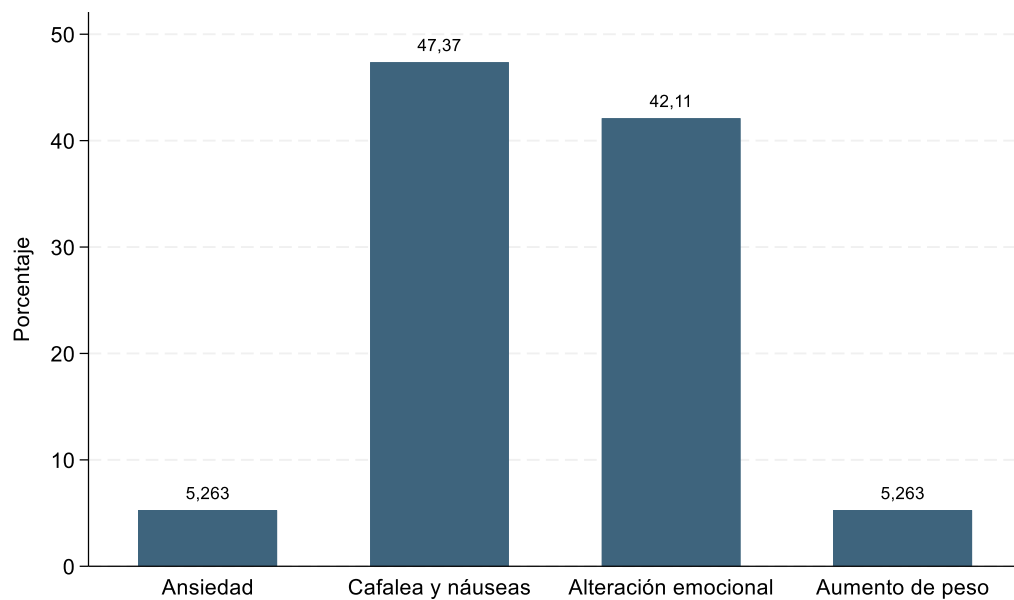


Gráfico 21. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, según sospecha de reacción adversa al método

Fuente: Tabla 4

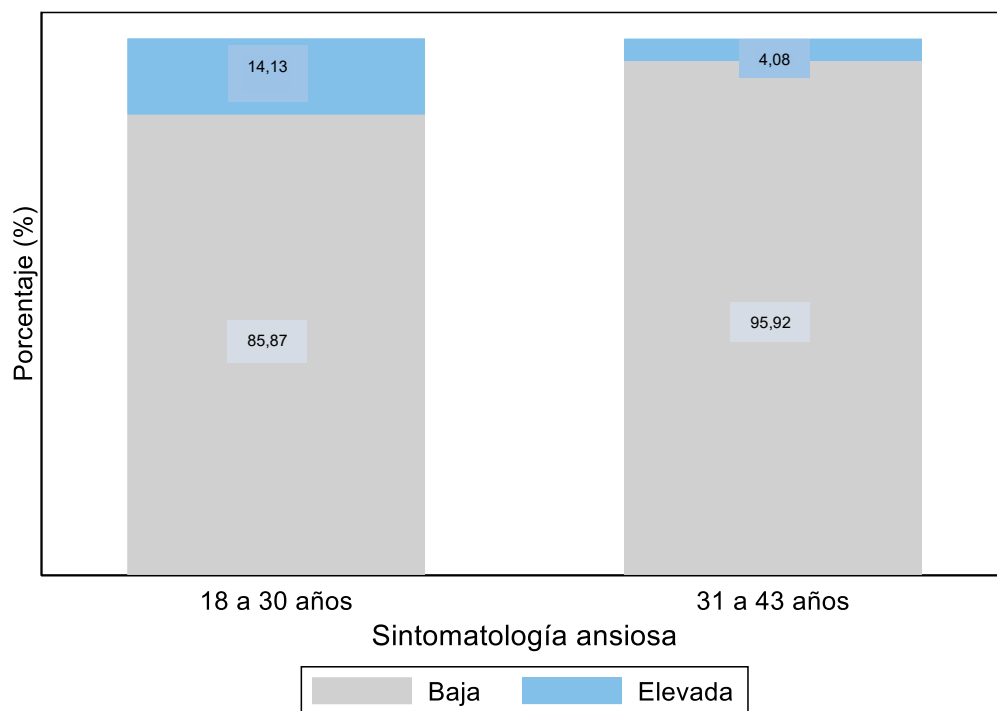


Gráfico 22. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según edad

Fuente: Tabla 5

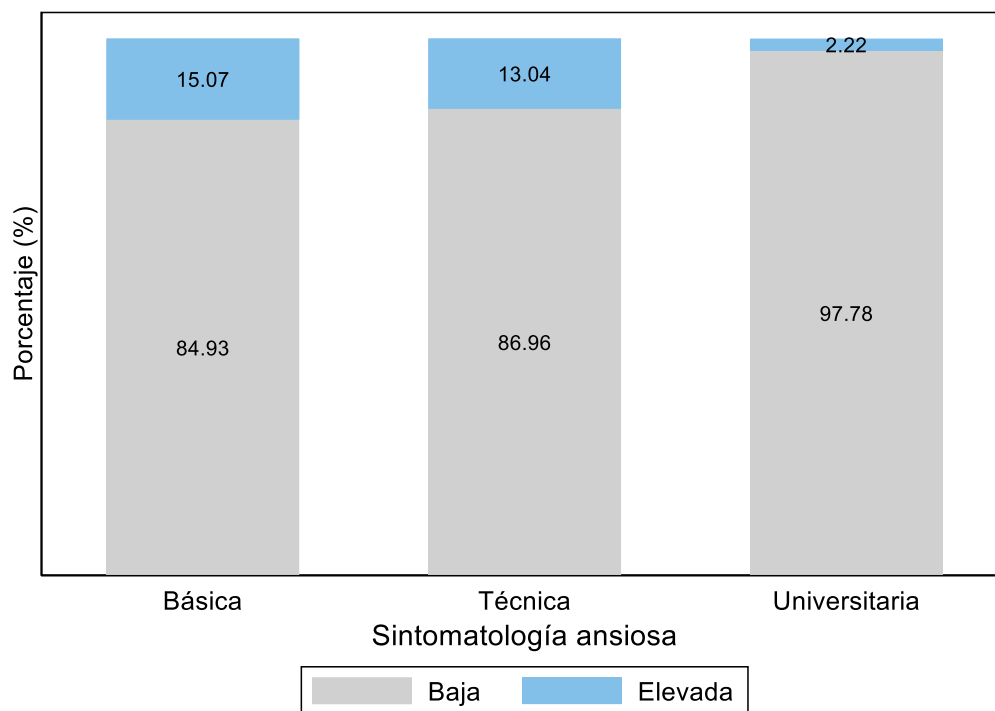


Gráfico 23. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según educación

Fuente: Tabla 5

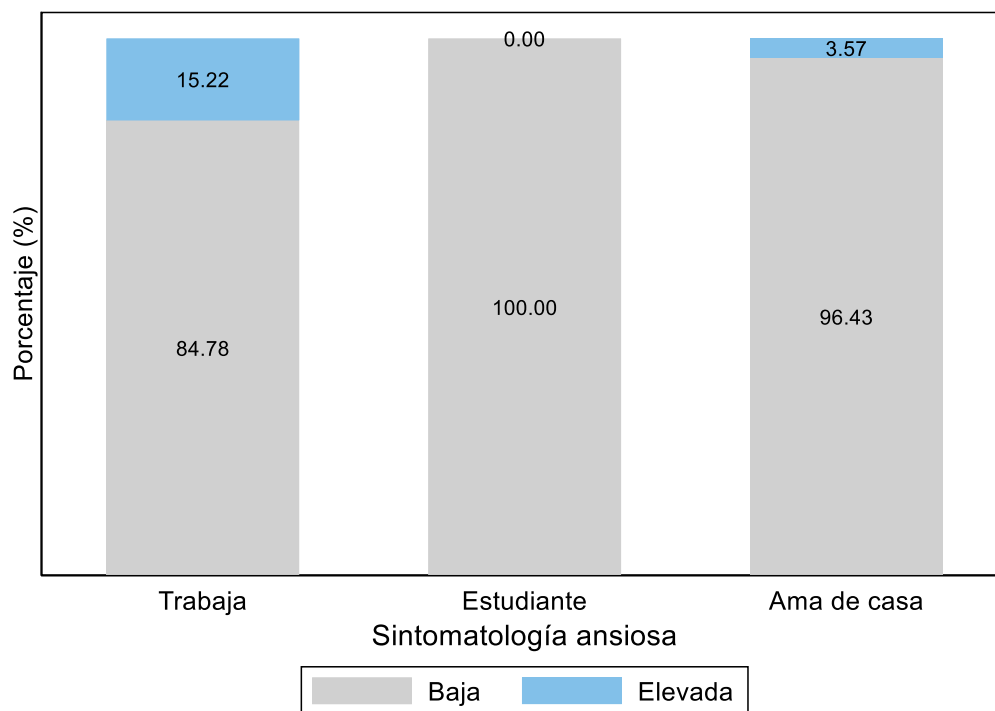


Gráfico 24. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según ocupación

Fuente: Tabla 5

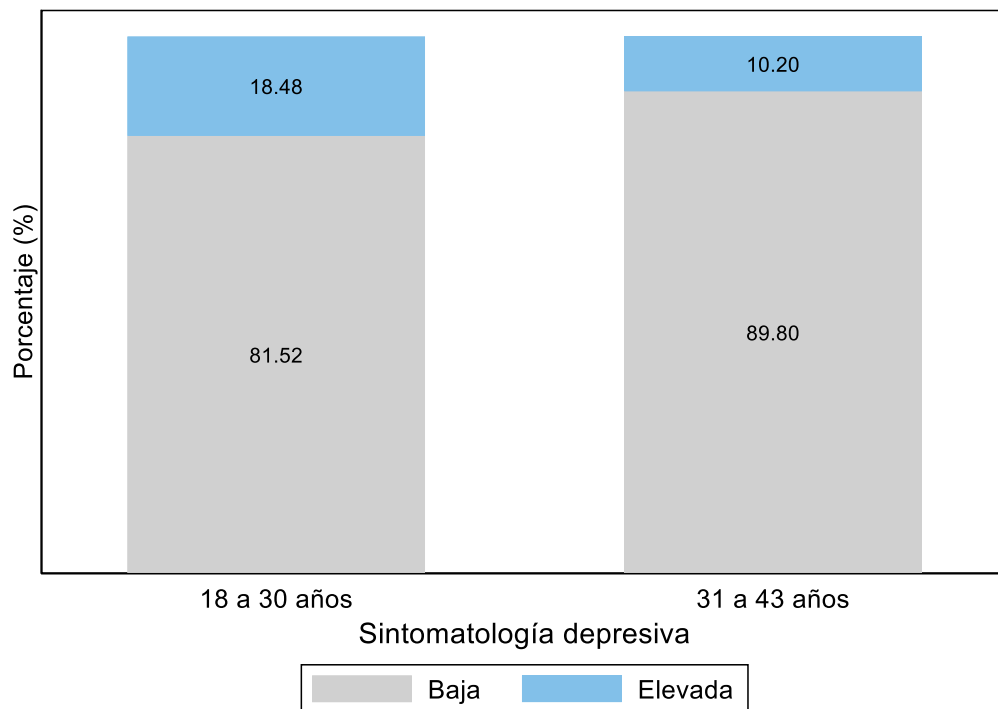


Gráfico 25. Porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología depresiva según edad

Fuente: Tabla 5

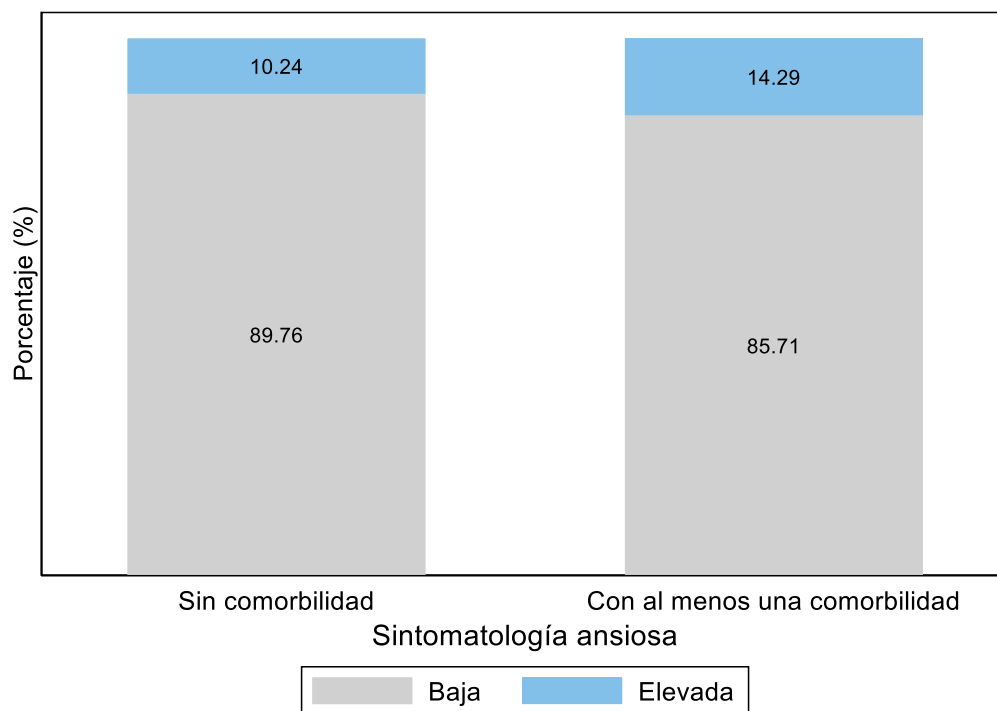


Gráfico 26. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según presencia de comorbilidad

Fuente: Tabla 6

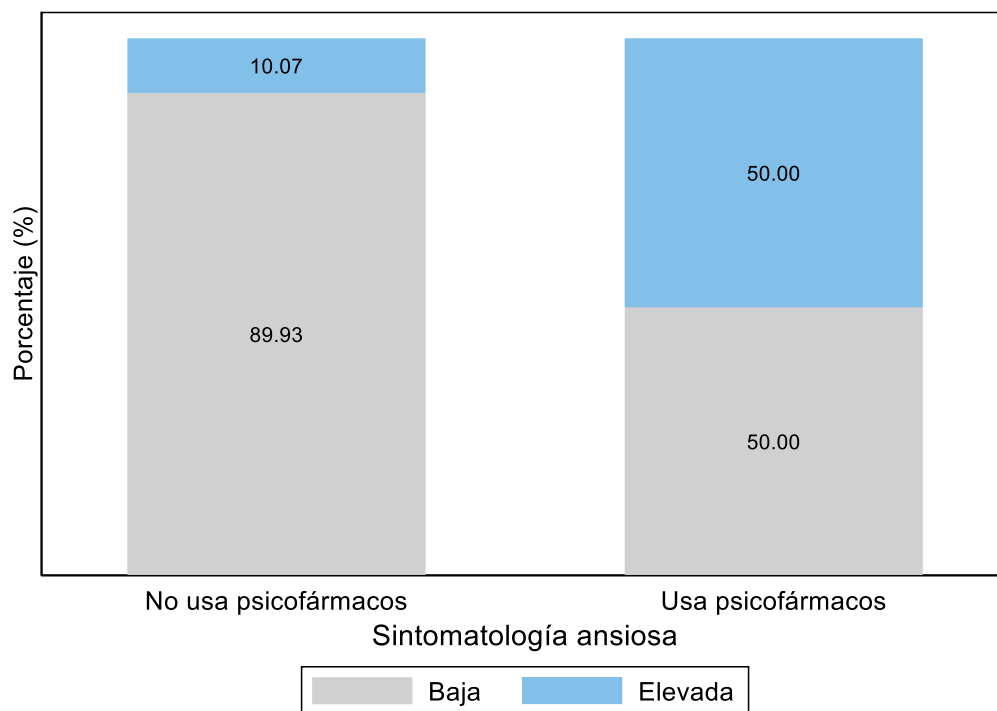


Gráfico 27. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según uso de psicofármacos

Fuente: Tabla 6

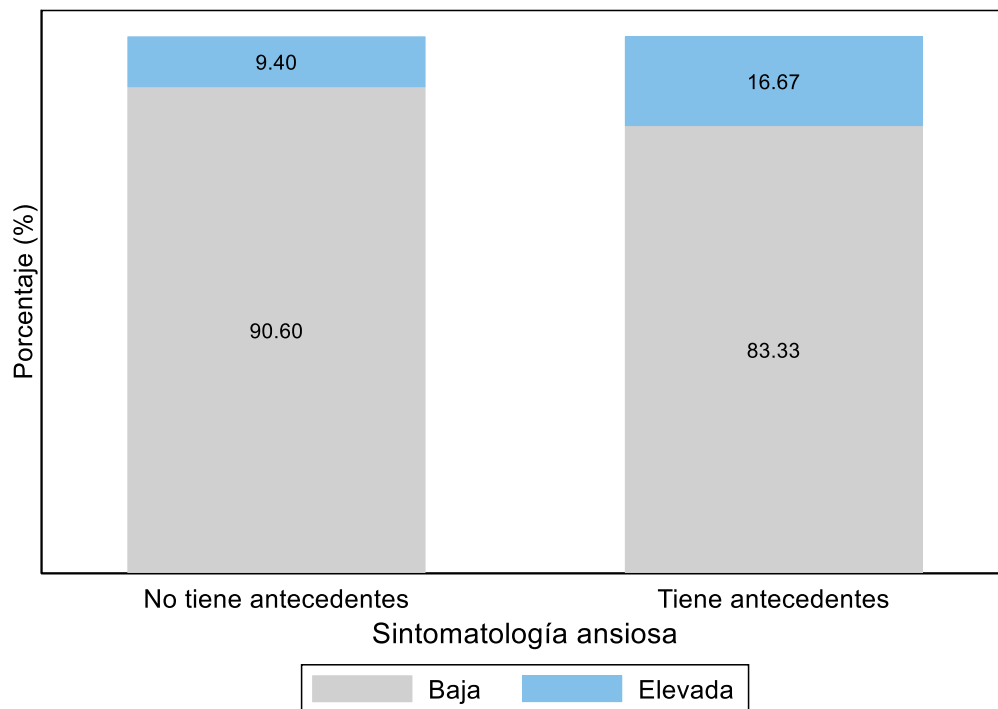


Gráfico 28. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según uso de presencia de antecedentes de ansiedad y/o depresión

Fuente: Tabla 6

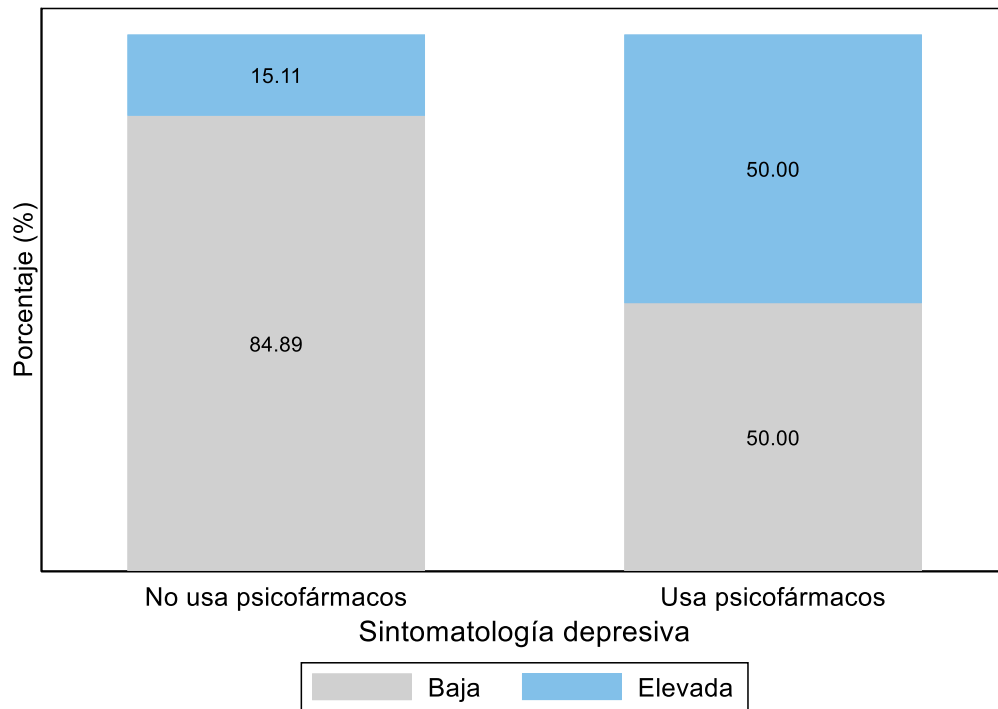


Gráfico 29. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología depresiva según uso de psicofármacos

Fuente: Tabla 6

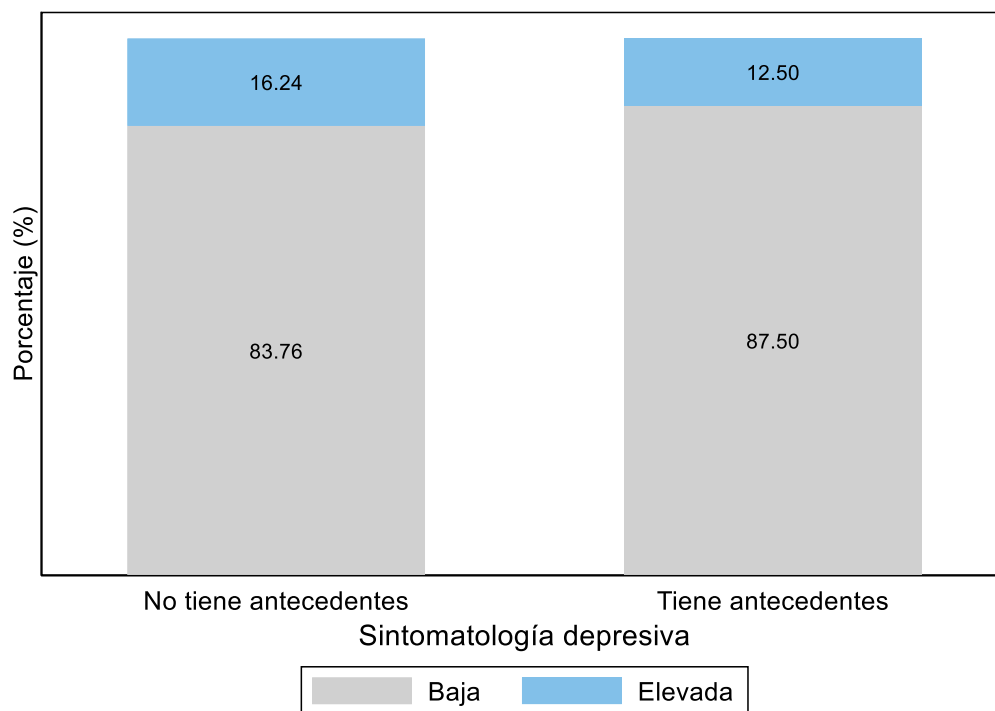


Gráfico 30. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología depresiva según presencia de antecedentes de ansiedad y/o depresión

Fuente: Tabla 6

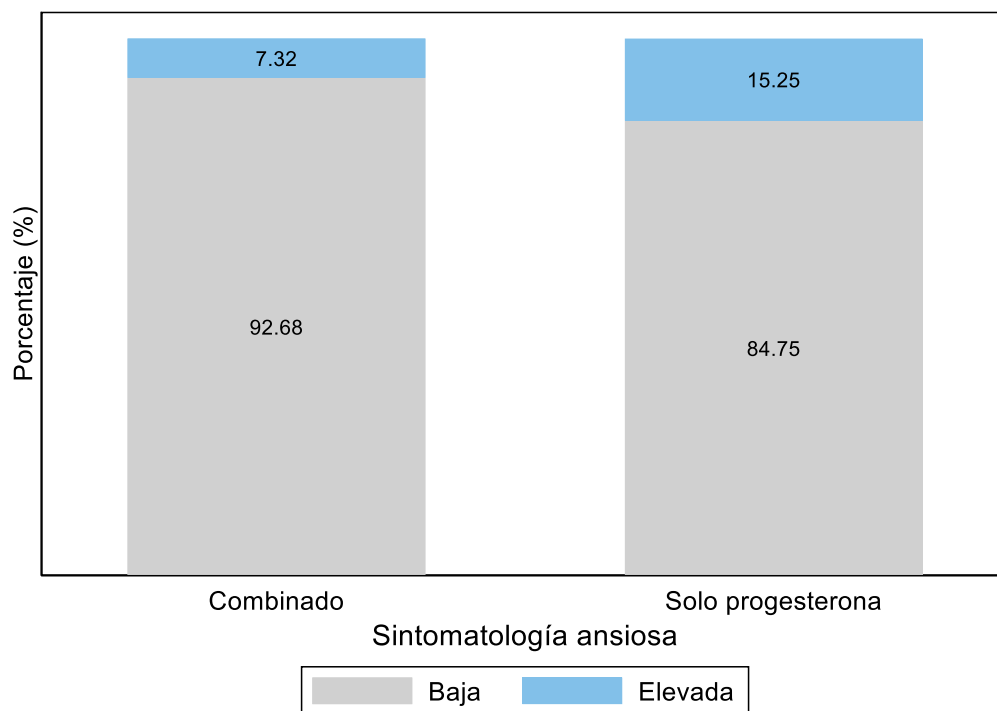


Gráfico 31. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según tipo de hormona del método

Fuente: Tabla 7

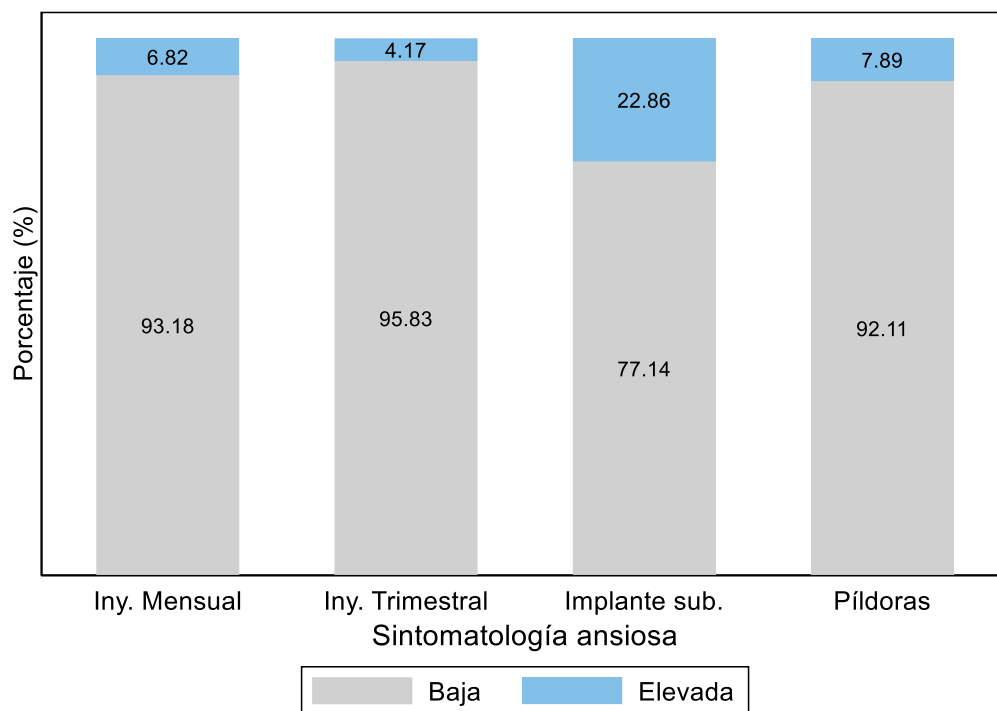


Gráfico 32. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según tipo de método

Fuente: Tabla 7

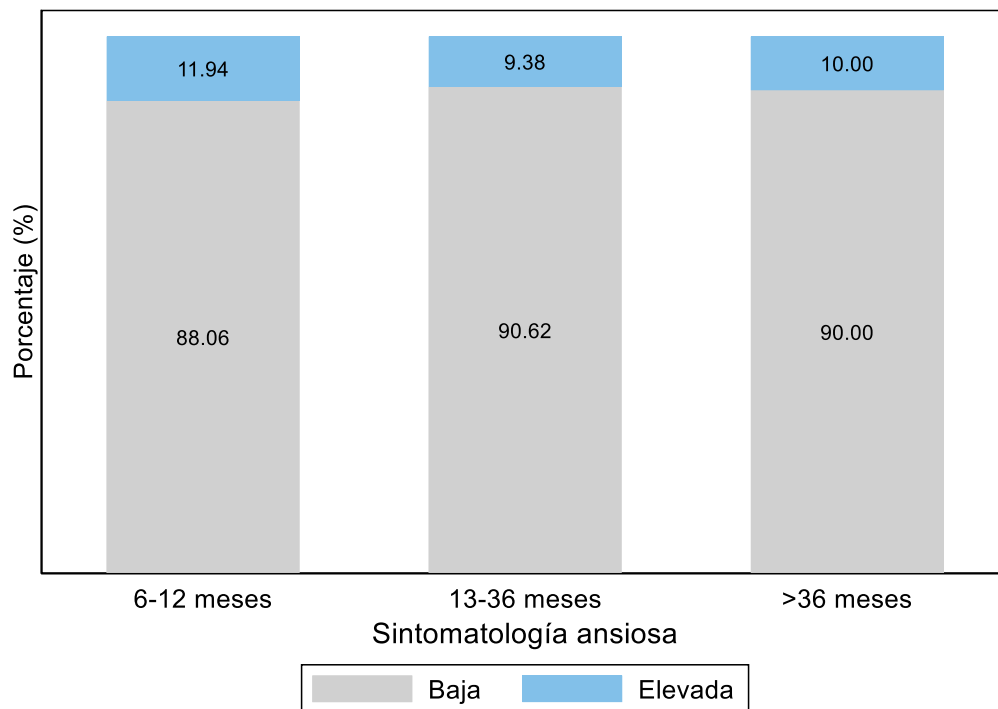


Gráfico 33. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según tiempo de uso del método anticonceptivo

Fuente: Tabla 7

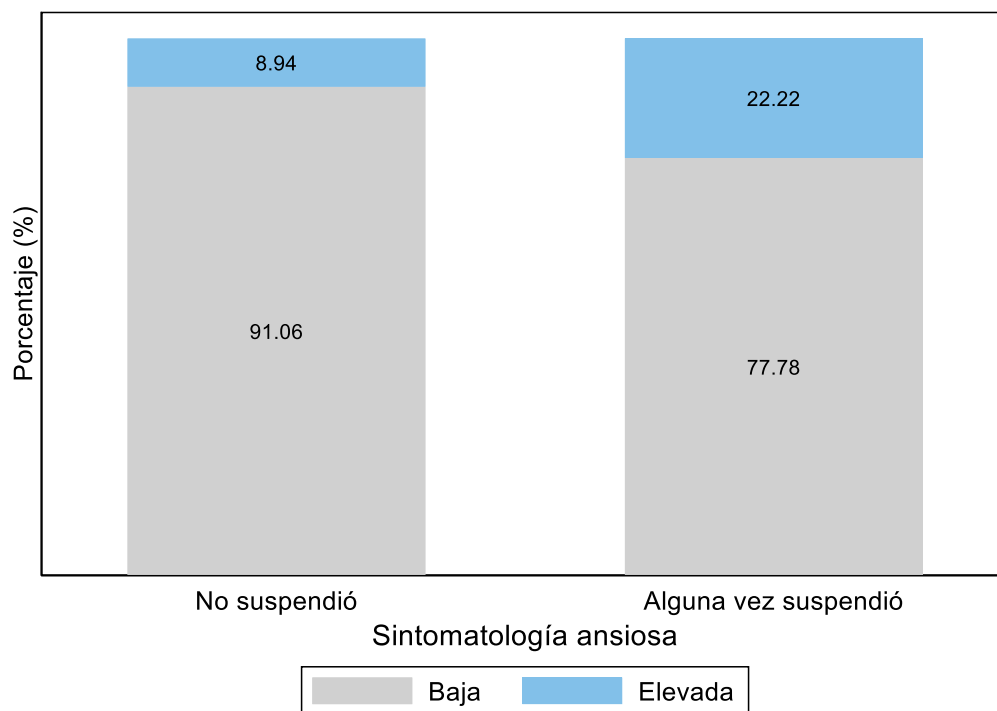


Gráfico 34. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según suspensión del método

Fuente: Tabla 7

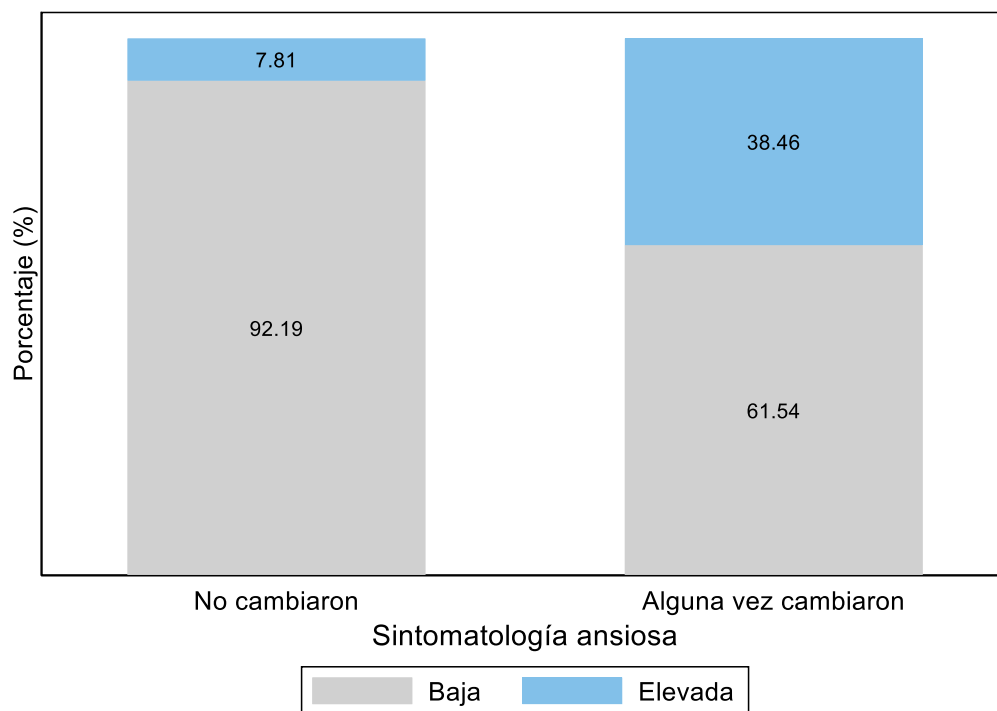


Gráfico 35. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología ansiosa según cambio del método

Fuente: Tabla 7

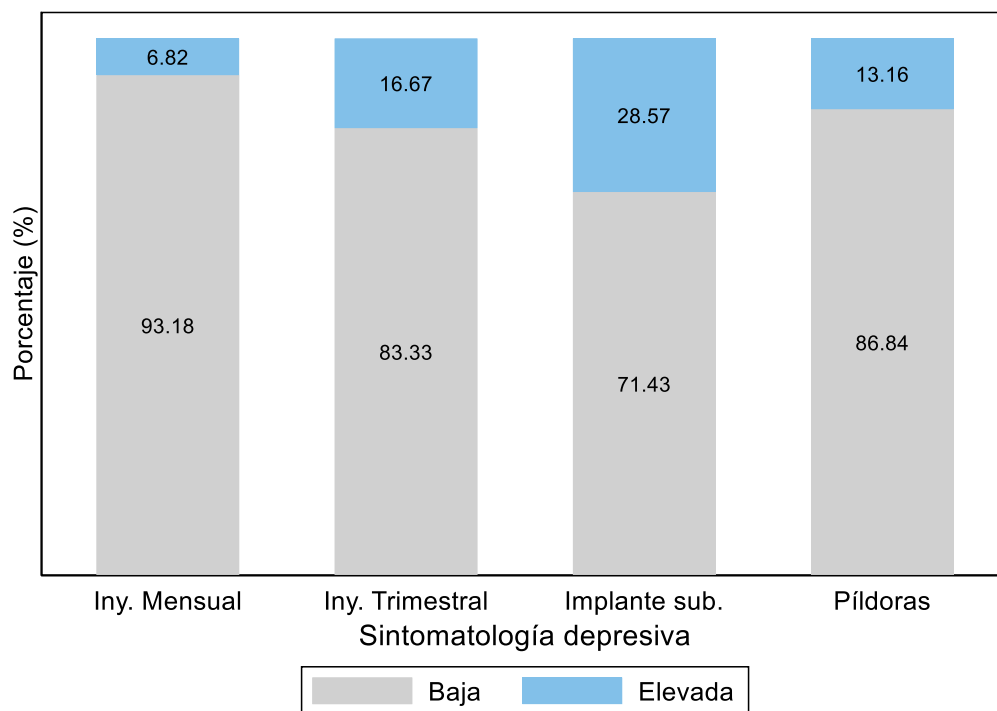


Gráfico 36. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología depresiva según tipo de método

Fuente: Tabla 7

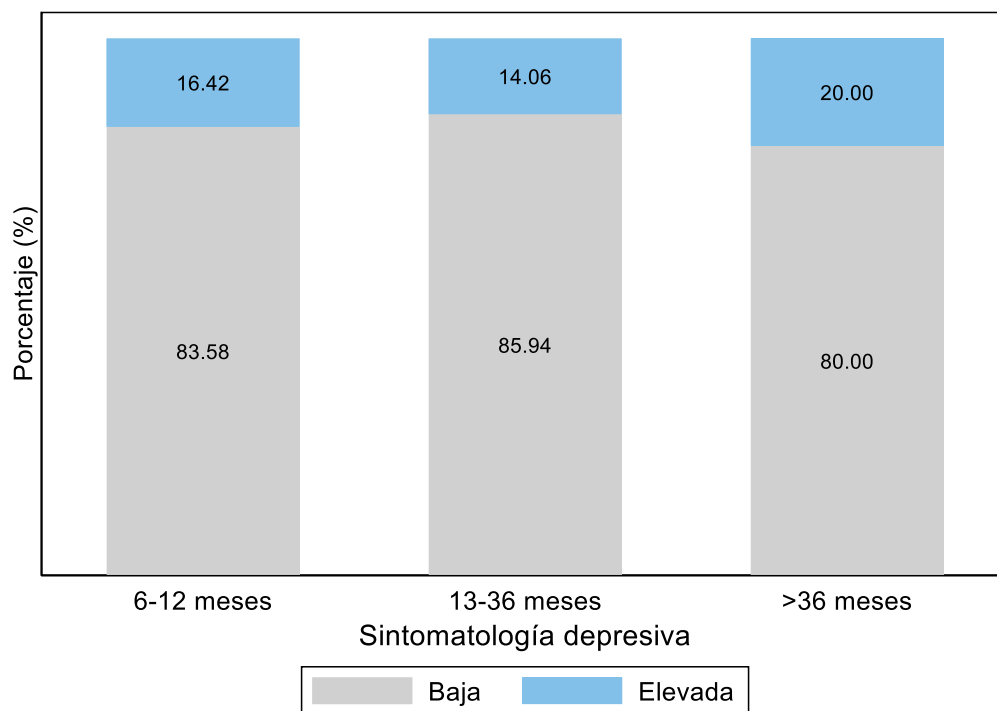


Gráfico 37. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología depresiva según tiempo de uso del método

Fuente: Tabla 7

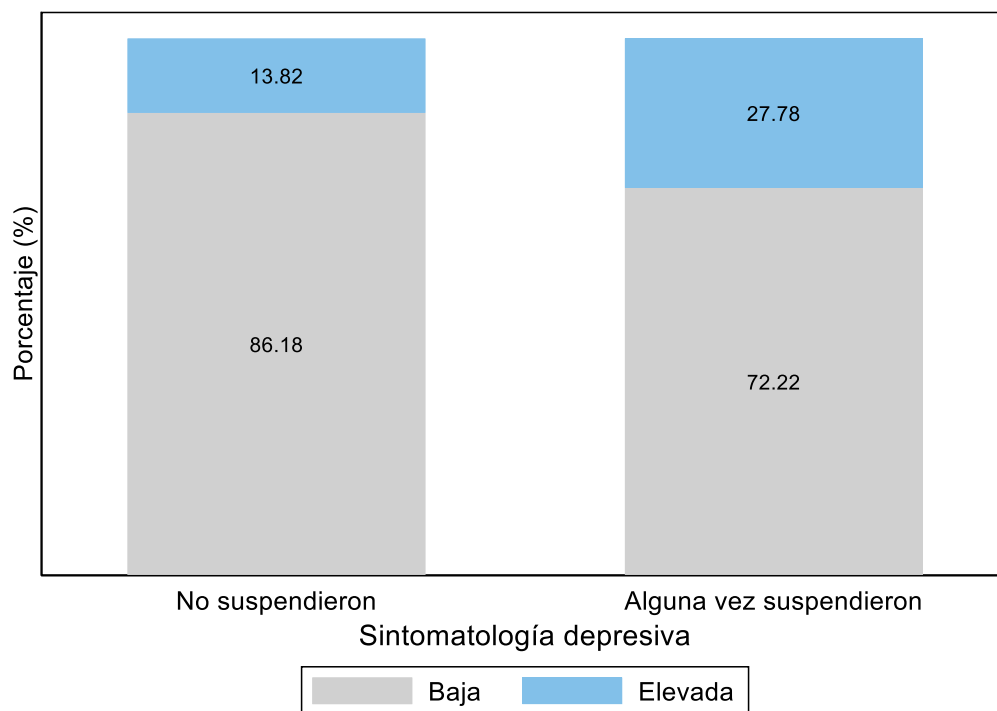


Gráfico 38. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología depresiva según suspensión del método

Fuente: Tabla 7

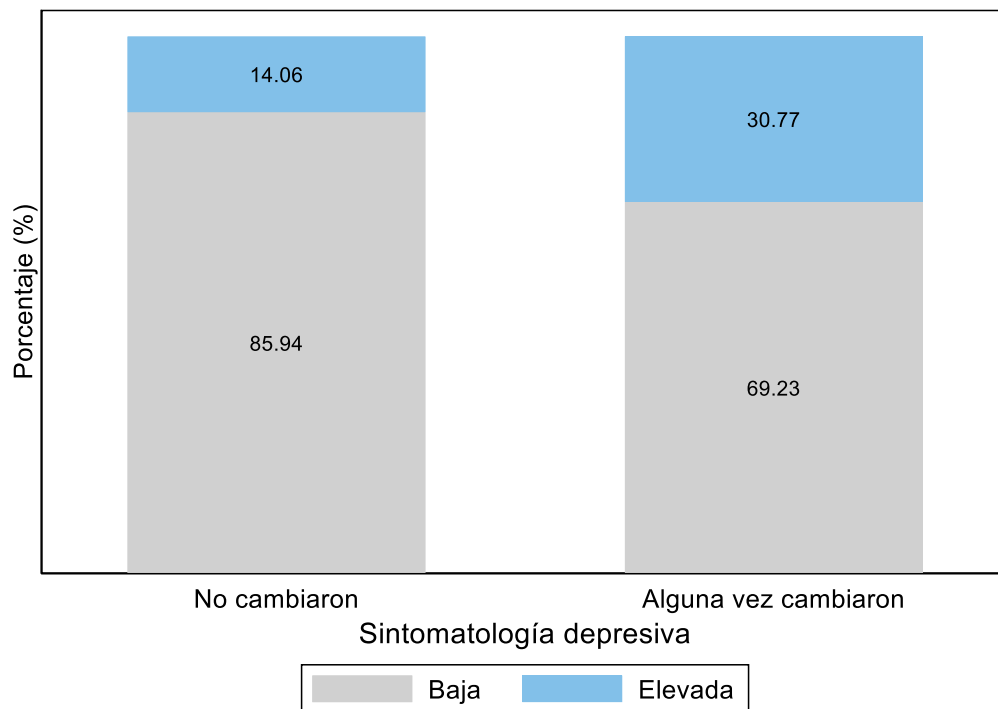


Gráfico 39. Porcentajes de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, Tacna, con sintomatología depresiva según cambio del método

Fuente: Tabla 7