

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y DEPRESIÓN EN
USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL CENTRO DE
SALUD HUAMBOCANCHA BAJA, CAJAMARCA-2025**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

Zeleny Marilú Espinoza Jambo

ASESORA:

M. Cs. Obsta. María Janet Sánchez Jaeger

CAJAMARCA - PERÚ
2026

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador:

Zeleny Marilú Espinoza Jambo

DNI: 72456251

Escuela Profesional/Unidad UNC:

Escuela profesional de obstetricia – Facultad de Ciencias de la Salud.

2. Asesor:

María Janet Sánchez Jaeger.

Facultad/Unidad UNC:

Escuela profesional de obstetricia – Facultad de Ciencias de la Salud.

3. Grado académico o título profesional

☐ Bachiller

☒ Título profesional

☐ Segunda especialidad

☐ Maestro

☐ Doctor

4. Tipo de Investigación:

☒ Tesis

☐ Trabajo de investigación

☐ Trabajo de suficiencia profesional

☐ Trabajo académico

5. Título de Trabajo de Investigación:

**ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y DEPRESIÓN EN USUARIAS DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD HUAMBOCANCHA
BAJA, CAJAMARCA-2025**

6. Fecha de evaluación: 05/03/2026

7. Software antiplagio: ☒ TURNITIN

☐ URKUND (ORIGINAL) (*)

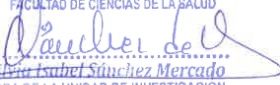
8. Porcentaje de Informe de Similitud: 15%

9. Código Documento: 3117:563894769

10. Resultado de la Evaluación de Similitud:

☒ APROBADO ☐ PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: 05/03/2026

<i>Firma y/o Sello Emisor Constancia</i>	
  Dra. Silvana Isabel Sánchez Mercado DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN	
Nombres y Apellidos DNI:	

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Espinoza J. 2026. **ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y DEPRESIÓN EN USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD HUAMBOCANCHA BAJA, CAJAMARCA-2025**/Zeleny Marilú Espinoza Jambo/86

ASESORA: M. Cs. Obsta. María Janet Sánchez Jaeger

Disertación académica para optar por el título profesional de obstetra UNC 2026



MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En Cajamarca, siendo las 17:30 del 24 de febrero del 2024, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente 6.E-205 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada:

Anticonceptivos hormonales y depresión en usuarias de Planificación familiar del Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca - 2025

del (a) Bachiller en Obstetricia:

Zeleny Marilu Espinoza Jambo

Siendo las 19:30 del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: muy bueno, con el calificativo de: 17, con lo cual el (la) Bachiller en Obstetricia se encuentra Apta para la obtención del Título Profesional de: **OBSTETRA**.

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente:	<u>Dra. Obsta. María Yris Huamani Medina</u>	
Secretario(a):	<u>Mcs. Janna Flore Quinones Cruz</u>	
Vocal:	<u>M.Cs. María Aurora Salazar Pajaro</u>	
Accesitaria:		
Asesor (a):	<u>M.Cs. María Janet Sánchez Jaeger</u>	
Asesor (a):		

Términos de Calificación:
 EXCELENTE (19-20)
 REGULAR (12-13)

MUY BUENO (17-18)
 REGULAR BAJO (11)

BUENO (14-16)
 DESAPROBADO (10 a menos)

"En algún lugar, algo increíble está esperando ser conocido"

Carl Sagan

DEDICATORIA:

A mis padres quienes son mi mayor motivación para seguir adelante, por su constante apoyo, alentarme siempre y por creer en mí incluso cuando yo dudaba. Este logro también es suyo, fruto del amor, paciencia y sacrificio con los que me han acompañado en cada momento. Nada de esto hubiera sido posible sin ustedes. A mi abuelito que siempre estará conmigo, cuidándome desde el cielo.

Zeleny E.

AGRADECIMIENTO:

A Dios por concederme vida, salud y fortaleza a lo largo de este camino.

A mis padres por su amor incondicional, quienes me aconsejaron y apoyaron siempre.

A mis hermanos, por su compañía y el aliento que nunca faltó.

A mis abuelitos por su cariño, enseñanzas y motivación que siempre me brindaron.

A todas las personas que de alguna manera me brindaron su apoyo y confianza.

A todos ustedes mi más sincero agradecimiento, por creer en mí y acompañarme en esta etapa.

Zeleny E.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA:.....	vii
AGRADECIMIENTO:.....	viii
ÍNDICE GENERAL	ix
ÍNDICE DE TABLAS	xi
GLOSARIO DE ABREVIATURAS.....	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	xv
CAPÍTULO I	1
EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos	4
1.4. Justificación.....	4
CAPÍTULO II	6
MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. Antecedentes	6
2.2. Marco conceptual.....	9
2.3. Hipótesis	33
2.4. Variables	33
CAPÍTULO III	35
METODOLOGÍA.....	35
3.1. Diseño y tipo de estudio.....	35
3.2. Área de estudio y población	36
3.3. Muestra y muestreo	37
3.4. Unidad de análisis y observación	38
3.5. Criterios de inclusión.....	38
3.6. Criterios de exclusión.....	38

3.7. Técnicas de recolección de datos	38
3.8. Procedimientos para la recolección de datos	39
3.9. Descripción de los instrumentos	39
3.10. Procesamiento y análisis de datos	40
3.11. Análisis de datos	41
3.12. Aspectos éticos	41
CAPÍTULO IV	42
RESULTADOS E INTERPRETACIÓN	42
CAPÍTULO V	46
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	46
CONCLUSIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	62

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1.- Características sociodemográficas de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales del Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca-2025	42
Tabla 2.- Distribución de las usuarias según el tipo de anticonceptivo hormonal utilizado en el Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca-2025.	43
Tabla 3.- Prevalencia de síntomas depresivos en las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales del Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca-2025.	44
Tabla 4.- Asociación entre el tipo de anticonceptivo hormonal y los síntomas depresivos en usuarias del Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca-2025.	45

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AH	: Anticonceptivos Hormonales
AHC	: Anticonceptivos Hormonales Combinados
ALLO	: Alopregnanolona
AO	: Anticonceptivos Orales
AOC	: Anticonceptivos Orales Combinados
ATC	: Antidepresivos Tricíclicos
CBG	: Globulina Transportadora de Corticosteroides
DIU	: Dispositivo Intrauterino
DMPA	: Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito
DRSP	: Drospirenona
EE	: Etinilestradiol
ENDES	: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ENG	: Etonogestrel
ETG	: Etonogestrel
FSH	: Hormona Folículo Estimulante
GABA	: Ácido Gamma-Aminobutírico
HDL	: Lipoproteínas de Alta Densidad
HHA	: Eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal
HHO	: Eje Hipotálamo-Hipófisis-Ovario
IMAO	: Inhibidores de la Monoaminoxidasa
IMC	: Índice de Masa Corporal
ISRS	: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina
LH	: Hormona Luteinizante
LNG	: Levonorgestrel
MINSA	: Ministerio de Salud
OMS	: Organización Mundial de la Salud
OPS	: Organización Panamericana de la Salud
ORSM	: Observatorio Regional de Salud Mental
SERT	: Transportador de Recaptación de Serotonina
SIU	: Sistemas Intrauterinos Hormonales
SNC	: Sistema Nervioso Central
SPM	: Síndrome Premenstrual
TDM	: Trastorno Depresivo Mayor
TDPM	: Trastorno Disfórico Premenstrual
RIS	: Red Integrada de Salud

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la asociación entre los anticonceptivos hormonales y la depresión en usuarias del servicio de planificación familiar del Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca–2025. Se realizó un estudio no experimental, cuantitativo, de alcance asociativo y corte transversal en una muestra de 162 usuarias de anticonceptivos hormonales. Para el análisis de asociación se empleó la prueba de Chi-cuadrado, con un nivel de significancia de $p < 0,05$. Los resultados revelaron un perfil sociodemográfico predominante de mujeres entre 28 y 36 años (40,7 %), convivientes (82,7 %), amas de casa (87,0 %) y con primaria incompleta (27,2 %). Los métodos más utilizados fueron el inyectable trimestral (44,4 %) y el implante subdérmico (27,8 %). Se encontró que el 56,8 % de las participantes presentó algún grado de sintomatología depresiva, de las cuales un 25,3 % correspondió a síntomas moderados o severos. Asimismo, se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el uso de anticonceptivos hormonales y la presencia de síntomas depresivos ($p < 0.001$). En particular, el implante subdérmico se vinculó con una mayor frecuencia de sintomatología moderada y severa. Estos hallazgos permiten concluir que el uso de anticonceptivos hormonales se asocia de manera significativa con la presencia de síntomas depresivos en la población estudiada.

Palabras clave: anticoncepción hormonal, depresión, salud mental, planificación familiar.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the association between hormonal contraceptives and depression among users of the family planning service at the Huambocancha Baja Health Center, Cajamarca–2025. A non-experimental, quantitative, associative, and cross-sectional study was conducted with a sample of 162 users of hormonal contraceptives. The Chi-square test was applied to analyze associations, with a significance level of $p < 0.05$. Results revealed a predominant sociodemographic profile of women aged 28–36 years (40.7%), cohabiting (82.7%), housewives (87.0%), and with incomplete primary education (27.2%). The most frequently used methods were the quarterly injectable (44.4%) and the subdermal implant (27.8%). Findings showed that 56.8% of participants presented some degree of depressive symptoms, with 25.3% corresponding to moderate or severe levels. A statistically significant association was identified between the use of hormonal contraceptives and the presence of depressive symptoms ($p < 0.001$). In particular, the subdermal implant was linked to a higher frequency of moderate and severe symptoms. These results suggest that hormonal contraceptive use is significantly associated with depressive symptomatology in the studied population.

Keywords: hormonal contraception, depression, mental health, family planning.

INTRODUCCIÓN

La salud mental y la salud reproductiva son pilares fundamentales del bienestar integral de las mujeres y constituyen una prioridad en la salud pública global. Las instituciones de atención primaria, en su rol esencial, tienen la responsabilidad de ofrecer servicios de planificación familiar que no solo garanticen la autonomía reproductiva, sino que también protejan el bienestar psicosocial de las usuarias. Sin embargo, en el contexto peruano, la posible interrelación entre las intervenciones hormonales más comunes y la salud mental femenina sigue siendo un área con importantes vacíos de conocimiento, especialmente en poblaciones rurales.

A pesar de la alta prevalencia de trastornos depresivos en el Perú (que afectan principalmente a mujeres) y del uso extendido de anticonceptivos hormonales, la asociación entre ambos fenómenos permanece poco clara, y la evidencia científica disponible resulta contradictoria. Para garantizar una atención en salud reproductiva verdaderamente integral y segura, no basta con ofrecer una gama de métodos anticonceptivos; es fundamental comprender los posibles efectos adversos que estos pueden generar, incluyendo su impacto sobre el estado de ánimo. Identificar si existe una asociación y qué factores la condicionan es clave para mejorar los protocolos de consejería, asegurar un consentimiento informado pleno y prevenir posibles afectaciones a la salud mental de las usuarias.

Este estudio se centró en las usuarias del servicio de planificación familiar del Centro de Salud Huambocancha Baja, en Cajamarca, una población representativa de la realidad rural peruana. Este grupo, con acceso limitado a servicios especializados de salud mental, se encuentra en una situación de particular vulnerabilidad. La investigación exploró cómo el uso de anticonceptivos hormonales se asocia con la presencia de síntomas depresivos, considerando además el perfil sociodemográfico de las participantes. El objetivo principal fue determinar la asociación entre los anticonceptivos

hormonales según su tipo y los síntomas depresivos en las usuarias del servicio de planificación familiar del Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca–2025.

Los resultados de este estudio constituyen un referente de evidencia local para el Centro de Salud Huambocancha Baja, la Red Integrada de Salud de Cajamarca y otras instituciones sanitarias. Se espera que los hallazgos impulsen la implementación de tamizajes de salud mental en las consultas de planificación familiar, mejoren las guías de consejería y promuevan una prescripción de métodos más personalizada. Esto contribuirá a mejorar la calidad de vida de las mujeres, fortalecer la seguridad de los programas de salud reproductiva y, en última instancia, beneficiar la salud integral de la mujer en la región.

Este trabajo está organizado en cinco capítulos:

- Capítulo I: Incluye el planteamiento y formulación del problema, los objetivos de la investigación y su justificación.
- Capítulo II: Presenta los antecedentes de investigaciones previas, las bases teóricas que sustentan el estudio, el marco conceptual, la formulación de hipótesis y la operacionalización de variables.
- Capítulo III: Describe el diseño metodológico, la población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, los procedimientos, el plan de análisis y los aspectos éticos considerados.
- Capítulo IV: Contiene la presentación de los resultados obtenidos, organizados en tablas estadísticas según los objetivos planteados.
- Capítulo V: Presenta el análisis y discusión de los resultados, contrastándolos con los antecedentes y el marco teórico. Finalmente, se incluyen las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos pertinentes.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La depresión constituye uno de los desafíos más significativos para la salud pública global. Entre sus principales causas se encuentran los traumas infantiles, el estrés crónico, la desregulación hormonal y los antecedentes psiquiátricos (1). A pesar de su alta prevalencia y las graves consecuencias que conlleva (desde el aislamiento social y el abuso de sustancias hasta la ideación suicida y la muerte), la depresión enfrenta una marcada disparidad en la asignación de recursos sanitarios (2). Este trastorno mental caracterizado por un estado de tristeza, desinterés, y alteraciones cognitivas, emocionales y fisiológicas puede llegar a interferir con el desempeño diario de una persona (3).

Por otra parte, los anticonceptivos hormonales (AH) son productos químicos usados por las mujeres para evitar un embarazo y de acuerdo con el informe World Family Planning de las Naciones Unidas del 2022, su uso ha mostrado un crecimiento sostenido, alcanzando una prevalencia del 25,8% entre las mujeres en edad fértil (4). Las píldoras anticonceptivas son las más usadas, con 151 millones de usuarias; seguidas por los inyectables (74 millones), los parches y anillos vaginales (15 millones) y los implantes (23 millones) (5). Si bien se reconoce ampliamente su efectividad en la planificación familiar y sus beneficios en el tratamiento de diversas patologías ginecológicas, también se presume una posible relación entre el uso de AH y el desarrollo de síntomas depresivos (6).

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2025 (1), la depresión es una condición que afecta al 6,9 % de las mujeres, quienes presentan un riesgo 1,5 veces mayor que los varones. No obstante, menos de un tercio de quienes requieren atención recibe tratamiento formal, posiblemente debido a la escasa inversión en salud mental, que representa apenas el 0,5 % del presupuesto de salud en los países de ingresos bajos (1).

En Estados Unidos, Jahanfar et al. durante el 2024 encontraron un incremento del 13% en el riesgo de depresión entre usuarias de DIU hormonales, implantes, píldoras, parches y anillos de progesterona (5). De manera similar, Murphy, S. et al. en el Reino Unido en el 2023 reveló que el riesgo de depresión aumentaba un 130% en mujeres que iniciaban el uso de píldoras anticonceptivas (7). Hallazgos aún más preocupantes vienen de Dinamarca y Suecia, donde Bchtawi en 2020 encontró que las usuarias de minipíldoras de progesterona tienen 1,3 veces más probabilidad de necesitar psicotrópicos, además de un riesgo mucho mayor de intentos de suicidio ($OR=1,97$) y suicidio consumado ($OR=3,08$) (8).

En América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó en 2025 una prevalencia de depresión del 6 % en mujeres, junto con una alarmante brecha de tratamiento que deja sin atención al 74 % de las personas afectadas (9). Asimismo, la tasa de uso de anticonceptivos hormonales en la región alcanzó el 13 % en 2023, según datos de la misma entidad (10). Esta coincidencia entre la alta prevalencia de depresión y el uso de anticonceptivos hormonales configura un escenario de especial vulnerabilidad para la salud mental de las mujeres en edad fértil. De hecho, los estudios realizados en Costa Rica por Quesada D. y en Colombia por Botía C. et al., en 2023, evidenciaron una asociación significativa entre el uso de anticonceptivos hormonales (especialmente aquellos que contienen solo progestágeno) y la aparición de síntomas depresivos ($p < 0,001$) (11,12).

El panorama en Perú resulta aún más crítico. El 95% de las mujeres que utilizan métodos modernos de planificación familiar emplea anticonceptivos hormonales (13). Además, el

Ministerio de Salud (MINSA) atendió 280 917 casos de depresión en 2023, de los cuales el 75,5% correspondieron a mujeres (14). Aunque la relación entre depresión y uso de AH no está completamente esclarecida, el estudio de Barrionuevo A. y Flores M. en el 2024 reveló que el 91% de las usuarias de anticonceptivos hormonales en el Perú presentaban algún grado de depresión, siendo más frecuente en quienes utilizaban inyectables (34%) e implantes (15%) (15).

A nivel local, en la región Cajamarca, no se han identificado estudios que investiguen específicamente la asociación entre el uso de AH y la depresión. Sin embargo, los datos disponibles sugieren que se trata de un problema de salud pública latente y no abordado. El Observatorio Regional de Salud Mental (ORSM) reportó en 2023 que la depresión es uno de los trastornos más frecuentes, afectando mayoritariamente a mujeres (61%) (16). Por su parte, el estudio de Mercado S. et al. durante el 2022 evidenció una prevalencia del 46,6% en el uso de AH, principalmente inyectables: trimestrales (30,6%) y mensuales (13,6%) (17).

En el Centro de Salud Huambocancha Baja, algunas usuarias del servicio de planificación familiar manifestaron síntomas compatibles con depresión, tales como cambios de humor, anhedonia y trastornos del sueño. En este contexto, la confluencia entre la elevada prevalencia de uso de anticonceptivos hormonales, la significativa carga de depresión en la población femenina y la ausencia total de evidencia científica local justifica plenamente la realización del presente estudio.

1.2. Formulación del problema

¿Qué asociación existe entre el tipo de anticonceptivo hormonal y la depresión en las usuarias del servicio de planificación familiar del Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca–2025?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre el tipo de anticonceptivo hormonal y la depresión en las usuarias del servicio de planificación familiar del Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca–2025.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales del Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca–2025.
- Identificar la distribución de las usuarias según el tipo de anticonceptivo hormonal utilizado en el Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca–2025.
- Estimar la prevalencia de síntomas depresivos en las usuarias métodos anticonceptivos hormonales del Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca–2025.

1.4. Justificación

El aumento sostenido en el uso de anticonceptivos hormonales, junto con la prevalencia de síntomas depresivos en mujeres en edad fértil, plantea la necesidad de esclarecer su posible asociación. En la región Cajamarca, no se han desarrollado investigaciones que aborden esta problemática, siendo estas las principales razones para la realización del presente estudio, la finalidad es contribuir al conocimiento sobre los posibles efectos de los anticonceptivos hormonales en la salud mental de las usuarias. Asimismo, la transferencia de estos hallazgos al campo de la tecnología reproductiva podría favorecer el desarrollo de alternativas anticonceptivas más efectivas y seguras.

Este tipo de investigaciones son fundamentales para promover cambios en la práctica clínica, orientándola hacia un enfoque más integral que considere no solo el aspecto biológico, sino también dimensiones psicológicas, sociales y emocionales. Su realización representa un beneficio directo para la sociedad, al mejorar la calidad de vida de las usuarias de planificación familiar, fortalecer la salud sexual y reproductiva, y contribuir a la prevención de trastornos mentales. Asimismo, los resultados pueden ser útiles para optimizar los recursos y reducir costos mediante intervenciones más oportunas y eficaces.

La aplicación práctica de esta investigación radica en mejorar la orientación y consejería brindada por los profesionales de salud a las usuarias de planificación familiar, promoviendo una atención informada y empática. Esto facilita la identificación temprana de síntomas depresivos y su abordaje adecuado, además de aportar criterios clínicos útiles al momento de prescribir anticonceptivos, priorizando siempre el bienestar integral de la mujer.

Finalmente, este estudio puede ser útil como una fuente de base teórica, un referente metodológico y un antecedente relevante para futuras investigaciones que aborden la relación entre anticoncepción hormonal y salud mental. Su desarrollo permitió visibilizar una problemática poco explorada en el contexto local, aportando evidencia empírica que puede ser utilizada para fortalecer políticas públicas, mejorar la atención en salud reproductiva y orientar decisiones clínicas más informadas y centradas en el bienestar integral de la mujer.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Alfaifi M, et al. (Arabia Saudita, 2025) realizaron un estudio con el objetivo de estimar la prevalencia de depresión entre usuarias de anticonceptivos hormonales (AH) en centros de atención primaria de Jazan e identificar factores psicosociales predisponentes. Se trató de un estudio transversal con 904 mujeres. La prevalencia de uso de anticonceptivos orales fue 57,3%. Aproximadamente un tercio presentó alteraciones del estado de ánimo. Se halló correlación significativa entre puntuaciones más altas de depresión y antecedentes de terapia antidepresiva ($p < 0,001$), siendo más frecuente la depresión moderada, grave y extrema en este grupo. El tipo de anticonceptivo también fue un factor significativo ($p = 0,01$). Concluyeron que cerca de un tercio de las usuarias de AH presentan síntomas depresivos (21).

Sultan S, et al. (Arabia Saudita, 2024) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de establecer la asociación entre uso de AH y síntomas depresivos. Estudio analítico transversal con 326 mujeres de 15-49 años. El 50,6% usaba AH, el 15,0% anticonceptivos no hormonales y el 34,4% no usaba anticonceptivos. No se hallaron diferencias significativas en las puntuaciones medias del BDI-II ($p = 0,79$) ni en los grados de depresión ($p = 0,06$). Sin embargo, síntomas individuales como tristeza ($p = 0,01$), libido reducida ($p = 0,0002$), pesimismo ($p = 0,02$) y fracaso ($p = 0,003$) fueron significativamente más altos en usuarias de AH. Concluyeron que, aunque no hubo

diferencias en las puntuaciones globales, ciertos síntomas depresivos fueron más frecuentes en usuarias de AH (22).

Johansson T, et al. (Reino Unido, 2023) realizaron un estudio para estimar el riesgo de depresión asociado al inicio del uso de anticonceptivos orales (AO) y su efecto a lo largo de la vida. Cohorte poblacional con 264 557 mujeres del Biobanco del Reino Unido. Los primeros 2 años de uso se asociaron con mayor tasa de depresión frente a nunca usuarias (HR = 1,71; IC 95%: 1,55-1,88). El uso alguna vez se asoció con mayor riesgo de depresión durante la vida (HR = 1,05; IC 95%: 1,01-1,09). El riesgo fue mayor en adolescentes usuarias (HR = 1,18; IC 95%: 1,12-1,25), mientras que en adultas no hubo asociación significativa (HR = 1,00; IC 95%: 0,95-1,04). Concluyeron que el uso de AO, especialmente en los primeros 2 años y durante la adolescencia, incrementa el riesgo de depresión (23).

Caballero J, et al. (Ecuador, 2023) llevaron a cabo un estudio para evaluar el impacto de los AH en el estado de ánimo de mujeres en edad fértil. Estudio transversal, correlacional con una muestra de 5 493 participantes. El 64,57% usaba AH y el 15,69% (IC 95%: 15,02%-16,77%) presentaba problemas psicológicos. El uso de AH incrementó 3,12 veces (OR = 3,12; IC 95%: 3,046-3,321; $p < 0,05$) la probabilidad de padecer enfermedades mentales crónicas como depresión. Además, mujeres de la zona rural, con bajos ingresos y menor escolaridad fueron más susceptibles. Concluyeron que las usuarias de AH tienen mayor riesgo de problemas psicológicos (24).

Quesada D (Costa Rica, 2023) realizó un estudio con el objetivo de analizar la relación entre consumo de AO e indicadores de depresión. Estudio trasversal y correlacional. Muestra de 206 mujeres de 18-49 años. Los resultados no encontraron una relación significativa entre uso de AO y depresión, aunque se observaron más síntomas depresivos en usuarias. El puntaje BDI-II mostró correlación inversa con tiempo de consumo ($r = -0,26$; $p = 0,02$) y edad ($r = -0,29$; $p = 0,001$). Concluyó que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre usuarias y no usuarias de AO (10).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Barrionuevo A, Quispe M (Lima, 2024) realizaron un estudio con el objetivo de identificar la asociación entre uso de AH y síntomas depresivos en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis secundario con 880 mujeres. El 37% usó inyectables y el 91% presentó depresión mínima a leve. El análisis bivariado mostró síntomas depresivos mínimos/leve en 34% de usuarias de inyectable y 15% de implante, sin significancia estadística ($p = 0,584$). Concluyeron que no hubo asociación significativa entre síntomas depresivos y uso de AH (14).

Porcel R, Rivera J (Cusco, 2023) realizaron un estudio para establecer el nivel de asociación entre AH y depresión. Estudio transversal, correlacional, con 125 usuarias. El 18,8% de quienes usaban AH ≥ 3 meses presentó depresión moderada. El 22,2% de quienes consumían AO de emergencia presentaron depresión moderada y el 57,9% de usuarias de implante subcutáneo depresión leve. No hallaron asociación significativa ($p = 0,491$). Concluyen que la asociación entre AH y depresión fue baja (25).

Vignale A (Lima, 2023) realizó el estudio con el fin de determinar la asociación entre uso de AO y depresión. Estudio observacional, analítico y transversal con 152 mujeres. El 50,7% usaba AO; de ellas, el 36,4% presentó depresión moderada/grave frente al 10,7% del grupo no expuesto. El riesgo de depresión moderada/grave fue mayor en usuarias ($RRa = 2,45$; $p = 0,025$) y en aquellas con antecedentes de trastorno de ánimo ($RRc = 1,98$; $p = 0,024$). Concluyó que las usuarias de AO tienen mayor riesgo de depresión moderada o grave (26).

2.1.3. Antecedentes locales

En la región Cajamarca no se han identificado estudios previos que incluyan las variables abordadas en la presente investigación.

2.2. Marco conceptual

2.2.1. Teorías sobre el uso de anticonceptivos como mediadores de la depresión

El uso de anticonceptivos hormonales (AH) constituye una de las intervenciones farmacológicas más difundidas a nivel mundial, proporcionando autonomía reproductiva y beneficios terapéuticos a millones de mujeres con condiciones ginecológicas. No obstante, una proporción significativa de usuarias reporta efectos adversos sobre el estado de ánimo, que van desde labilidad emocional hasta síntomas depresivos clínicamente relevantes, siendo esta una de las principales causas de discontinuación del método (27).

En los últimos años, diversos estudios han evidenciado una correlación entre el uso de AH y el riesgo de diagnóstico inicial de depresión o inicio de tratamiento antidepresivo, lo que sugiere la existencia de mecanismos causales subyacentes. Esta asociación parece ser especialmente relevante en poblaciones neurobiológicamente vulnerables, como las adolescentes (27).

Las vías biológicas implicadas incluyen la alteración de sistemas de neurotransmisión (como el GABAérgico y el serotoninérgico), la disrupción del eje neuroendocrino de respuesta al estrés, y mecanismos emergentes como la neuroinflamación y el eje intestino-cerebro (27).

Efecto de los anticonceptivos en el sistema GABAérgico

El ácido gamma-aminobutírico (GABA) es el principal neurotransmisor inhibitorio del sistema nervioso central (SNC), cuya acción se ejerce a través de receptores ionotrópicos (27). Su activación genera un influjo de iones que hiperpolariza la membrana neuronal, disminuyendo la excitabilidad y reduciendo la probabilidad de generación de potenciales de acción. Esta inhibición es esencial para la homeostasis del SNC, previniendo estados de hiperexcitabilidad que pueden manifestarse como ansiedad,

agitación o convulsiones. Conductualmente, la potenciación de la señalización GABAérgica se asocia con efectos ansiolíticos, sedantes, hipnóticos y anticonvulsivantes (27). Por el contrario, una función GABAérgica deficiente se ha vinculado de forma consistente con la fisiopatología de trastornos de ansiedad y depresión mayor, posicionando a este sistema como una diana terapéutica clave (27).

Además de la síntesis y liberación de GABA, el SNC depende de neuroesteroides endógenos que modulan alostéricamente la función del receptor GABA (27). El más relevante en este contexto es la alopregnanolona (ALLO), un metabolito neuroactivo de la progesterona conocido por su capacidad para potenciar la acción del GABA sin competir por su sitio de unión (28,29). ALLO se une a un sitio alostérico del receptor, induciendo un cambio conformacional que incrementa la afinidad y eficacia del GABA endógeno, amplificando la corriente de cloruro y la inhibición neuronal (28,29). Los niveles de ALLO fluctúan a lo largo del ciclo menstrual, alcanzando su punto máximo en la fase lútea media y descendiendo abruptamente antes de la menstruación. Esta caída ha sido implicada en la etiología del síndrome premenstrual (SPM) y del trastorno disfórico premenstrual (TDPM), y de manera más contundente, en la depresión posparto (DPP) (30).

Los AH inducen un estado de deficiencia crónica de ALLO al suprimir el eje hipotálamo-hipófisis-ovario (HHO), inhibiendo el pico de hormona luteinizante (LH) y, por ende, la ovulación. La ausencia de cuerpo lúteo impide la producción cíclica de progesterona endógena, manteniéndola en niveles bajos y constantes, similares a los de la fase folicular temprana. Esto conlleva una reducción significativa en la síntesis y concentración cerebral de ALLO (31,32).

Las progestinas sintéticas utilizadas en AH —como levonorgestrel, drospirenona, etonogestrel y dienogest— son análogos de la progesterona diseñados para activar su receptor. Sin embargo, sus modificaciones estructurales, orientadas a mejorar la biodisponibilidad y vida media, impiden su conversión efectiva en ALLO o lo hacen en cantidades clínicamente insignificantes (33). Esta combinación de supresión de

progesterona endógena y falta de conversión de progestinas exógenas genera un estado sostenido de privación de neuroesteroides, debilitando la modulación positiva del receptor GABA y reduciendo el tono inhibitorio del SNC.

El resultado es una mayor vulnerabilidad a la hiperexcitabilidad neuronal, que puede manifestarse como ansiedad, irritabilidad, labilidad emocional y, en individuos susceptibles, como un síndrome depresivo completo (34). Este mecanismo es especialmente relevante en el contexto de los métodos de solo progestina (POC), que carecen del componente estrogénico, el cual podría conferir efectos neuroprotectores y estabilizadores del ánimo (27).

Influencia del tipo de progestina en el riesgo de depresión

La evidencia indica que el riesgo de depresión asociado al uso de AH no es homogéneo, sino que varía según el tipo específico de progestina empleada. Las progestinas con actividad androgénica residual, como el levonorgestrel (LNG), derivado de la 19-nortestosterona, pueden reducir los niveles de neuroesteroides endógenos y afectar negativamente las vías dopaminérgicas (27). En contraste, progestinas con perfil antiandrogénico, como la drospirenona (DRSP), presentan un riesgo menor. Asimismo, se ha observado una asociación más fuerte entre síntomas depresivos y el uso de POC (frecuentemente basados en LNG) en comparación con anticonceptivos orales combinados (AHC) que contienen progestinas menos androgénicas (27).

El papel modulador del estrógeno y el sistema serotoninérgico

Aunque las progestinas son el principal componente implicado en los efectos adversos sobre el estado de ánimo, el componente estrogénico de los anticonceptivos hormonales (usualmente etinilestradiol (EE) o, en formulaciones más recientes, estradiol) se considera ampliamente neuroprotector y beneficioso para la regulación afectiva (35). Esta acción se ejerce principalmente a través de la modulación del sistema de neurotransmisión serotoninérgico.

El estradiol, tanto endógeno como exógeno, ha demostrado potenciar de manera consistente la señalización de la serotonina (5-HT) en el cerebro mediante múltiples mecanismos moleculares. A través de su interacción con el receptor alfa de estrógeno (ER α), puede aumentar la expresión del gen del triptófano hidroxilasa (TPH), promoviendo la síntesis de serotonina (35). Además, se ha observado que reduce la expresión y actividad del transportador de recaptación de serotonina (SERT), lo que prolonga la permanencia de la serotonina en la sinapsis y potencia su neurotransmisión (36).

Además, el estradiol modula la densidad y sensibilidad de los receptores postsinápticos de serotonina, implicados en la regulación del estado de ánimo, la ansiedad y la cognición, y que constituyen dianas terapéuticas de diversos psicofármacos. También puede inhibir la señalización de los autorreceptores presinápticos, lo que desinhibe la actividad de las neuronas serotoninérgicas y aumenta su tasa de disparo, favoreciendo una mayor liberación de serotonina (31).

En el contexto de los anticonceptivos hormonales combinados (AHC), que incluyen tanto un estrógeno como una progestina, el componente estrogénico (habitualmente etinilestradiol) ejerce un efecto potencialmente antidepresivo al potenciar la vía serotoninérgica (32). En contraste, el componente progestagénico puede inducir efectos depresores mediante la supresión de la alopregnanolona y la consecuente hipofunción del sistema GABAérgico (27). El efecto neto sobre el estado de ánimo de cada usuaria dependerá del equilibrio entre la dosis de estrógeno, el tipo y la dosis de progestina, así como de la sensibilidad individual de sus sistemas de neurotransmisión, determinada por factores genéticos y epigenéticos (37).

Impacto de los anticonceptivos en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA)

Los esteroides sexuales sintéticos presentes en los anticonceptivos hormonales (AH) interactúan con el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), alterando significativamente su regulación. El etinilestradiol (EE), componente estrogénico común en los AH, estimula

la síntesis hepática de la globulina transportadora de corticosteroides (CBG), principal proteína encargada del transporte de cortisol en sangre, a la cual se une aproximadamente el 90 % del cortisol circulante (37). Este aumento en la producción de CBG eleva los niveles de cortisol total, dado que hay mayor disponibilidad proteica para su unión (38).

Aunque los niveles de cortisol libre (la fracción biológicamente activa) pueden no incrementarse proporcionalmente, esta alteración, sumada a la exposición crónica a esteroides sintéticos, parece inducir una desensibilización de los receptores de glucocorticoides en el hipotálamo y la hipófisis, reduciendo la eficacia del mecanismo de retroalimentación negativa (37). Como consecuencia, la respuesta fisiológica al estrés se torna embotada, caracterizada por una ausencia del pico agudo de cortisol ante un estresor (38).

Se postula que esta respuesta atenuada compromete la capacidad del individuo para enfrentar y adaptarse eficazmente a los estresores psicosociales. La falta de una activación hormonal adecuada ante el estrés disminuye la resiliencia, incrementando la vulnerabilidad a desarrollar síntomas depresivos frente a las adversidades cotidianas (27). Esta incapacidad de afrontamiento biológico se traduce en una mayor probabilidad de descompensación psicológica y en la aparición de episodios depresivos. Por tanto, la disrupción del eje HHA no actuaría como causa directa e inmediata de la depresión, sino como un factor de riesgo latente. Este mecanismo contribuye a explicar por qué no todas las usuarias desarrollan sintomatología depresiva y por qué el inicio de los síntomas suele coincidir con eventos vitales estresantes.

2.2.2. Anticoncepción

La anticoncepción hormonal constituye uno de los métodos modernos más utilizados dentro de la planificación familiar. Los servicios de planificación familiar tienen como objetivo brindar información, educación, orientación y consejería a sus usuarios, además de garantizar la prescripción y provisión adecuada de métodos anticonceptivos para

mujeres y hombres en edad fértil. Su finalidad es asegurar que cada persona pueda ejercer, de manera libre y responsable, su derecho a decidir cuándo y cuántos hijos desea tener (39). Asimismo, la anticoncepción es reconocida como un derecho humano fundamental, cuyo ejercicio contribuye de manera significativa a la equidad de género, el empoderamiento de las mujeres, la reducción de la pobreza y el avance hacia el desarrollo sostenible (40).

2.2.2.1. Definición

La anticoncepción hormonal es un tipo de planificación familiar que utiliza hormonas esteroideas como progesterona sola o en combinación con estrógeno para prevenir el embarazo al impedir la liberación de óvulos (40). El asesoramiento anticonceptivo consiste en ayudar a la paciente a prevenir un embarazo no deseado, motivándola y ayudándola a elegir el método que mejor se adapte a sus necesidades y a su perfil médico y psicosocial (toma de decisiones), y apoyándola durante el uso de este método (41).

2.2.2.2. Epidemiología

De acuerdo con el último informe de la OMS (2023), en todo el mundo hay aproximadamente 1900 millones de mujeres en edad fértil (15-49 años); de ellas, 874 millones usan métodos anticonceptivos modernos (MAC) y 164 millones tienen sus necesidades insatisfechas de anticoncepción (4). Aproximadamente el 25,8% de las mujeres que usan métodos anticonceptivos modernos usan anticonceptivos hormonales, según el informe “World Family Planning 2022” de las Naciones Unidas (4). Las píldoras tienen 151 millones de usuarias; los inyectables, 74 millones de usuarias; los parches y anillos vaginales, 15 millones de usuarias, y los implantes, 23 millones de usuarias en todo el mundo (3).

2.2.2.3. Criterios de elegibilidad médica de anticonceptivos hormonales

La OMS en el año 1996 publica por primera vez los criterios de elegibilidad médica; su última actualización fue publicada en el año 2015 (44). Los criterios de elegibilidad médica son recomendaciones de uso internacional que respaldan el suministro seguro de métodos anticonceptivos a personas con una serie de afecciones o características médicas, puesto que el método anticonceptivo podría tener un efecto en la afección o que la afección o su tratamiento podrían comprometer la seguridad del anticonceptivo (44).

Según la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar del MINSA, estos criterios se agrupan en cuatro categorías:

- La categoría 1: se refiere a situaciones en las que no existe restricción para el uso del método anticonceptivo, puesto que el beneficio supera cualquier riesgo teórico o comprobado (39).
- La categoría 2: contempla condiciones en las que el método puede utilizarse, dado que los beneficios superan los posibles riesgos teóricos (39).
- La categoría 3: incluye afecciones en las que los riesgos generalmente superan los beneficios, recomendándose evitar el método salvo que no exista otra alternativa disponible o que, tras una evaluación individual, el beneficio potencial justifique su uso (39).
- La categoría 4: reúne condiciones en las que el método anticonceptivo está absolutamente contraindicado debido a que su uso representa un riesgo inaceptable para la salud (39).

2.2.2.4. Clasificación de los anticonceptivos hormonales

Los anticonceptivos hormonales se clasifican en anticonceptivos hormonales combinados (AHC), que contienen progestágeno y estrógeno (anticonceptivos orales combinados (AOC), anticonceptivos hormonales combinados de depósito, parche hormonal combinado, anillo vaginal combinado). Mientras que los anticonceptivos

hormonales de solo progestina incluyen píldoras, inyectables, implantes, DIU hormonal y anillo vaginal (46,49).

I. Anticonceptivos hormonales combinados (AHC)

Mecanismos de acción

El compuesto de progestina es el principal inhibidor de la ovulación; este proceso se realiza a través de una retroalimentación negativa en la glándula pituitaria que consigue inhibir la liberación de la hormona luteinizante (HL) y la hormona folículo estimulante (FSH) (43,45). El compuesto de estrógeno proporciona estabilidad al endometrio y reduce el riesgo de sangrado no programado; las píldoras de dosis muy bajas (EE < 30 µg) se asocian con más sangrado intermenstrual (43).

El consumo continuo de las formulaciones de 21 días de hormona activa durante los 7 primeros días da como resultado la inhibición de la ovulación y los siguientes 14 días mantienen la anovulación; además, se suprime el crecimiento endometrial, lo que reduce la probabilidad de implantación del blastocisto; el moco cervical se espesa; se disminuye la secreción y peristaltismo de la trompa, disminuyendo la penetración de los espermatozoides (43,45).

Los estrógenos de los AHC son el etinil estradiol, estradiol o valerato de estradiol; de ellos, el más potente es el etinil estradiol y tiene una capacidad de metabolizarse muy lentamente, por tanto tiene un gran impacto en el hígado, ya que aumenta la síntesis de ciertos factores de coagulación y fibrinolíticos, globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG), colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL), lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) y angiotensinógenos, lo que conduce a un riesgo de desarrollar un coágulo de sangre en el sistema venoso y arterial (43).

Modos de uso

Por lo general, este tipo de anticonceptivos se pueden usar durante 21 días seguidos y de manera continua, seguidos de una semana de descanso para el sangrado por privación hormonal (43,45). Así, por ejemplo, las píldoras se toman diariamente durante 21 días, seguido de un intervalo de 7 días sin píldoras o píldoras de placebo; el parche es efectivo por 7 días y se usa durante tres semanas, seguido de una semana sin uso; el anillo vaginal se utiliza durante 21 días, seguido de una semana sin anillo (43,45).

Algunas píldoras que contienen acetato de estradiol y norgestrel o etinodiol y drospirenona tienen un régimen de 24 días, seguidos de 4 días de placebo en cada ciclo de 28 días (43). Hay una baja probabilidad de que el sangrado por privación no se dé (18–32% para compuestos de estradiol/norgestrel y 19,4% para compuestos de valerato de estradiol/dienogest); en tales casos se recomienda el uso de pruebas de embarazo (45).

El inyectable mensual, compuesto por 5 mg de cipionato de estradiol y 25 mg de acetato de medroxiprogesterona, debe administrarse entre el primer y el quinto día del ciclo menstrual, considerando como día uno el inicio del sangrado. Cuando la aplicación se realiza dentro de este rango, la protección anticonceptiva es inmediata. En caso de que la administración ocurra después del quinto día, es indispensable descartar previamente la posibilidad de embarazo y utilizar un método de barrera, como el preservativo, durante los siete días siguientes para garantizar la eficacia del tratamiento (43,45).

Las dosis de mantenimiento deben aplicarse cada 30 días, con una estricta puntualidad, ya que este aspecto resulta crítico para asegurar la efectividad del método. La administración se realiza por vía intramuscular profunda, preferentemente en la región glútea (cuadrante superior externo), siguiendo las recomendaciones técnicas para optimizar la absorción y acción del fármaco (43,45).

Contraindicaciones

Contraindicaciones absolutas (43):

- Antecedentes familiares de evento tromboembólico en un familiar de primer grado.
- Antecedentes familiares o trombofilia conocida del paciente.
- Antecedentes de trombosis venosa, embolia pulmonar, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular isquémico hemorrágico.
- Migraña con aura.
- Tabaquismo y edad mayor de 35 años.
- Diabetes con complicaciones vasculares.
- Lupus eritematoso con enfermedad vascular.
- Hipercolesterolemia severa o hipertrigliceridemia.
- Enfermedad hepática con deterioro marcado de la función hepática (hepatitis aguda, cirrosis hepática).
- Hipertensión ($\geq 160/100$ mm Hg).
- Cáncer hormonodependiente (cáncer de mama, cáncer de endometrio).

Contraindicaciones relativas (43):

- Sobrepeso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) y obesidad ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$).
- Tabaquismo.
- Migraña sin aura.
- Edad mayor de 35 años.
- Diabetes.
- Lactancia materna, especialmente en los 3 primeros meses después del parto.
- Trastornos convulsivos.
- Hiperlipidemia.
- Tromboflebitis.
- Enfermedad de la vesícula biliar.
- Porfiria.

— Cirugía electiva.

Más de una contraindicación relativa puede dar lugar a una contraindicación absoluta, ya que los riesgos se multiplican (43).

Tipos y características de los anticonceptivos hormonales combinados

Anticonceptivos orales combinados (AOC):

Los AOC pueden ser de altas dosis de estrógeno ($\geq 50 \mu\text{g}$) o de bajas dosis (de 35, 30, 25, 20 y 15 μg); además, monofásicos si la dosis de estrógenos y progestágenos no varía en los comprimidos o trifásicos cuando la dosis es baja de ambos compuestos en la primera fase, en la segunda ambos compuestos aumentan y en la tercera fase la dosis del estrógeno disminuye y el progestágeno aumenta (42). Los comprimidos tienen una tasa de falla teórica de 0,3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso y su tasa de fallo típico alcanza los 8 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso (42,43,45).

Anticonceptivos de depósito combinados

Son compuestos que tienen valerato de estradiol 5 mg y enantato de noretisterona 20 mg o 5 mg de cipionato de estradiol con 25 mg de acetato de medroxiprogesterona (42). Su tasa de fallo teórico alcanza los 0,05 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso, mientras que su uso típico alcanza los 3 embarazos (42,43,45).

Parche anticonceptivo combinado

Es un parche adhesivo de 20 cm² de área que se coloca en la piel y contiene 6 mg de norelgestromina y 0,6 mg de etinilestradiol (42). La tasa de falla teórica es de 0,3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso y su tasa de fallo típico alcanza los 8 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso (42,43,45).

Anillo vaginal combinado

El anillo vaginal es un anillo vaginal flexible, suave y transparente hecho de etinil acetato de vinilo. Tiene un diámetro exterior de 54 mm y un diámetro de sección transversal de 4 mm y contiene 2,7 mg de etinilestradiol (EE) y 11,7 de etonogestrel (ENG); este anillo diariamente libera 15 µg de EE y 120 µg de ENG (46). La falla teórica de este anticonceptivo es de 0,3 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso y su falla típica alcanza los 8 embarazos (42).

II. Anticonceptivos hormonales de solo progestina

Los anticonceptivos de progestágeno solo tienen actividades progestagénicas, antagonizadoras y antiestrogénicas, y algunos de ellos son de acción corta (píldoras orales), de acción intermedia (inyectables) o de acción prolongada (implantes y los sistemas intrauterinos (SIU)).

Mecanismo de acción

Los anticonceptivos de progestina sola en dosis altas, como el de depósito de acetato de medroxiprogesterona, inhiben completamente el desarrollo folicular y la ovulación al actuar mediante retroalimentación negativa de las hormonas foliculoestimulante y la hormona luteinizante; además, alteran la acción ciliar de las trompas de Falopio, aumentan la viscosidad del moco cervical interfiriendo en el transporte de los espermatozoides y adelgazan el endometrio disminuyendo la probabilidad de implantación del blastocisto (43).

Los anticonceptivos con dosis medias (píldoras e implante) permiten el desarrollo folicular e inhiben la ovulación de manera efectiva, en tanto que las dosis muy bajas (SIU y algunas píldoras) en su mayoría no inhiben la ovulación y su eficacia depende de la atrofia endometrial y el espesamiento del moco cervical (43).

Modos de uso

Este tipo de anticonceptivos puede usarse en la mayoría de mujeres y ser una alternativa en mujeres que no pueden usar AHC o con efectos adversos a los estrógenos; no tienen un impacto negativo en la lactancia ni en la salud de los bebés (43). Las píldoras de progestina pueden usarse en las mujeres fumadoras mayores de 35 años, con hipertensión ($\geq 160/\geq 100$ mmHg), con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular arterial y diabetes (43). Los implantes, las píldoras y el SIU pueden usarse en mujeres con fuertes factores de riesgo de trombofilia y tromboembolismo endovenoso o embolia pulmonar (EP), si no se encuentran otras alternativas (43).

Tipos de anticonceptivos hormonales de solo progestina

Píldoras de solo progestinas

Las píldoras que están compuestas de levonorgestrel o noretisterona pueden suprimir hasta en un 60% la ovulación, mientras que las que contienen desogestrel suprimen la ovulación entre 97-99%, además de espesar el moco cervical y adelgazar el endometrio (45). Esto dará como resultado el desarrollo de folículos que no se romperán, provocando quistes ováricos y altos niveles de estrógeno que pueden provocar sensibilidad en los senos y sangrado intermenstrual (43). Todas las mujeres que deseen usar anticonceptivos pueden usar este tipo de píldoras; sin embargo, es recomendable evitar su uso en mujeres que toman fármacos inductores de enzimas hepáticas, con tumores hormono-dependientes (por ejemplo, cáncer de mama), con cirrosis descompensatoria grave o tumores hepáticos, o que desarrollen la enfermedad isquémica cardíaca o cerebrovascular (45). Tiene una eficacia de uso perfecto y típico de las píldoras en el primer año de 0,7% y 9,0%, respectivamente (43).

Dentro de los efectos adversos, se ha podido observar que el 40% de usuarias tiene hemorragias impredecibles que incluyen sangrado y manchado frecuente, infrecuentes o sangrado prolongado; otro 20% llegará a desarrollar amenorrea; además, otros efectos

adversos son quistes ováricos, dolor de cabeza, acné, sensibilidad en los senos, náuseas, depresión y vaginitis (43).

Inyectables de depósito de solo progestina

Los inyectables de progestina sola pueden usarse en todas las mujeres hasta los 50 años; sin embargo, no es recomendable usarlos en mujeres con enfermedad cardiovascular o cerebrovascular, cáncer de mama actual o reciente, cirrosis descompensada grave o tumores hepáticos, sangrado vaginal inexplicable y en mujeres con alto riesgo de desarrollar osteoporosis o en adolescentes, puesto que ejercen un impacto negativo en el desarrollo de la masa ósea máxima (45).

Su modo de acción es igual que el de otras progestinas (42,43,45). Existen compuestos con acetato de medroxiprogesterona (DMPA, 150 mg/1 ml) administrado por vía intramuscular cada 12 semanas y 0,65 ml (104 mg) administrado por vía subcutánea cada 13 semanas (43). Dentro de sus beneficios se encuentra la reducción de sangrado menstrual, protección de la anemia ferropénica, reducción de las dismenorreas, inhibición del crecimiento de los fibromas uterinos, protección contra el cáncer de ovario y un impacto positivo en la endometriosis (43).

Dentro de sus efectos adversos, se han observado en un 47-60% de las usuarias que se vuelven amenorreicas después del primer año de uso; otras presentan sangrado persistente abundante y prolongado (6%) o sangrado irregular (15%), aumento de peso, dolor de cabeza, náuseas, acné, depresión o cambios de humor, disminución de la libido y reacciones en el lugar de la inyección (43). El retorno de la fertilidad es tardío, aproximadamente 10 meses después de la última dosis (42,43,45).

Implantes de solo progestina

Son anticonceptivos hormonales (AH) de larga duración y contienen solo progestágenos en cilindros pequeños o varillas flexibles que son liberados en dosis suficientes como para lograr su principal mecanismo de acción y se colocan debajo de la piel en el brazo

(47). Los implantes se clasifican según su principio activo, ya sea de levonorgestrel o etonogestrel:

- Implantes liberadores de levonorgestrel (LNG): Jadelle® es un implante de 2 varillas con 75 mg de LNG cada una con un periodo efectivo de 5 años, y Sino-implant (II)® o Levoplant®, de características similares a las del anterior, con un periodo efectivo de 4 años (48).
- Implantes liberadores de etonogestrel (ETG): Implanon NXT® o Nexplanon® es un implante de una varilla con 68 mg de ETG y 15 mg de sulfato de bario, con un periodo efectivo de 3 años (48).

Pueden ser usados por la mayoría de mujeres; sin embargo, no se pueden usar en las mujeres que toman fármacos inductores de enzimas hepáticas, con tumor hormono-dependiente, enfermedad hepática descompensatoria grave o tumores hepáticos, sangrado vaginal inexplicable, enfermedad isquémica o accidente cerebrovascular (43).

El Implanon o Implanon NXT libera diariamente 67 µg de etonogestrel, logrando la inhibición de la ovulación en 1-13 días y tiene una duración de aproximadamente 3 años (47). El implante es un método con una eficacia alta; su tasa de falla teórica es del 0,05% y la del uso típico es del 1%, además es un método de larga duración (3–5 años) (47).

Sistemas intrauterinos hormonales (SIU)

Los sistemas intrauterinos hormonales tienen la ventaja de exponer bajas concentraciones de progestina, entre 10 y 30 veces menos que otros anticonceptivos de solo progestina; sin embargo, el SIU de levonorgestrel (LNG-SIU 20) expone concentraciones intrauterinas 1000 veces más altas que las que aporta el implante o de 200 a 800 veces más altas que las píldoras. Por tanto, su principal mecanismo de acción es alterar la receptividad endometrial y, al suprimir la proliferación endometrial, dar lugar a una marcada atrofia endometrial con inhibición de la implantación; además, espesan el moco cervical (43).

Es un método muy efectivo si se insertan durante los días 1 a 7 del ciclo menstrual o después de un aborto en el primer trimestre o dentro de las 48 horas posparto; dentro de sus beneficios se ha observado que reduce la dismenorrea y el dolor pélvico crónico asociado con la endometriosis y disminuye la recurrencia postoperatoria de la endometriosis, protege contra la anemia ferropénica e inhibe el crecimiento de los miomas uterinos (43).

Dentro de sus efectos adversos se han observado hemorragias irregulares transitorias durante los primeros meses de uso; al final del primer año, la mayoría de las mujeres presentan episodios de sangrado muy ligeros, cortos, impredecibles e infrecuentes que siguen un patrón menstrual regular solo en el 20% de ellas. Además, se han observado dolor o malestar en los senos, acné, dolor de cabeza, alteración del estado de ánimo, aumento de peso y dolor pélvico (43).

En la mayoría de mujeres, el SIU puede usarse debido a que los beneficios superan los riesgos; sin embargo, no debe usarse en mujeres con sangrado vaginal inexplicable, sepsis, β -hCG persistentemente elevada o enfermedad trofoblástica gestacional maligna, cáncer de cuello uterino, cáncer de endometrio, enfermedad inflamatoria pélvica actual, clamidia o gonorrea, tuberculosis pélvica conocida, afecciones cardíacas graves conocidas o arritmias en las que un colapso vasovagal puede tener consecuencias graves, o VIH positivo con un recuento de CD4 <200 células/mm³ (45).

Su tasa de fallo es de 2 embarazos en 1000 durante 5 años (SIU-52); el SIU-13,5 y el SIU-19,5 tienen una tasa de fracaso del 0,2% y el 0,33% al año, del 0,9% a los 3 años y del 1,4% a los 5 años, respectivamente (45).

2.2.3. Depresión

2.2.3.1. Definición

Para la OMS, la depresión “implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida de placer o el interés por actividades durante largos periodos de tiempo que puede afectar a todos los ámbitos de la vida, incluidas las relaciones familiares, de amistad y las comunitarias” (18). Por su parte, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) define la depresión mayor (TDM) como la presencia de cinco o más síntomas presentes, como: pérdida de placer o interés, estado de ánimo deprimido; aumento o pérdida de peso, insomnio o hiperinsomnia, enlentecimiento o agitación psicomotora, sensación de pérdida de energía o fatiga; alteración en la habilidad para pensar y concentrarse; pensamientos de muerte e ideación suicida (50). Los síntomas o signos deben estar presentes durante casi todo el día o casi todos los días en un periodo de al menos 2 semanas y no deben ser causados por otra afección médica, el efecto de una sustancia o medicamento, o por el duelo (51).

Se han descrito otro tipo de depresiones, como la distimia, que es una depresión crónica con síntomas de depresión leve a moderada, pero menos intensos que el TDM la mayor parte de sus días por al menos dos años (51). El Trastorno Afectivo Estacional (TAE) es la depresión estacional o depresión invernal. Los síntomas aparecen durante el otoño o invierno y se caracteriza porque el paciente duerme muchas horas, el apetito y el peso están aumentados, pero hay poca energía y actividad, irritabilidad, bajo interés sexual (51). El trastorno bipolar (TBP) se caracteriza por episodios de depresión y manía (euforia anormal, insomnio, hiperactividad, ideas de grandeza, pensamiento acelerado, aumento de la sexualidad, inapetencia, logorrea) o hipomanía (51).

2.2.3.2. Epidemiología

A nivel mundial, la prevalencia es aproximadamente del 18% en países en desarrollo y en países subdesarrollados del 9,2%; su presentación es más frecuente en las mujeres

(el doble de veces), las personas blancas (18%), afrocaribeños (13%), afroamericanos (10%) y en adultos jóvenes alrededor de los 20 años; hay un segundo pico hacia los 50 años (52).

2.2.3.3. Etiología

La etiología de la depresión es multifactorial e intervienen los factores biológicos, genéticos y psicosociales (52):

Factores biológicos

- Aminas biógenas: La serotonina cumple un papel importante en el sueño, actividad motora, comportamiento sexual, apetito, percepción sensorial, secreción de hormonas; la disminución de esta hormona predispone a la depresión. La noradrenalina cumple funciones importantes en el estado de alerta y vigilia, apetito, aprendizaje, recompensa, etc. Está muy relacionada con los trastornos afectivos y de motivación. Dopamina: Sus concentraciones bajas se asocian con la anhedonia, síntoma patognomónico del TDM (52).
- Alteraciones de la regulación hormonal: El estrés crónico produce una alteración en la plasticidad neuronal, puesto que las hormonas somatostatina y la CRH inhiben la secreción de noradrenalina y dopamina, causando depresión (52).
- Trastornos inflamatorios: Se ha observado que citocinas inflamatorias alteran la plasticidad cerebral; por ejemplo, las personas con VIH-SIDA o cáncer tienden a tener más depresión (52).
- Consideraciones neuroanatómicas: Se ha observado que los pacientes con TDM presentan modificaciones anormales en las regiones subcorticales, periventriculares, ganglios basales y el tálamo, así como reducción significativa del hipocampo, disminución de la corteza prefrontal y aumento en la actividad de la amígdala (52).

Factores genéticos

- Herencia familiar: los trastornos de ánimo se heredan en un 10 a 25% cuando un solo padre lo padece y es el doble cuando ambos padres lo padecen; el TDM se hereda en un 40% en mujeres (52).

Factores psicosociales

- Eventos vitales y sociales: El TDM se ha asociado a la exposición de violencia continua, sobre todo en los primeros años, al abandono, al abuso o a la pobreza (51).
- Alcohol, drogas y otras causas: El consumo de cannabis, alcohol y tabaco predispone al desarrollo del TDM; así como la hipoactividad física y dieta poco saludable (51).
- Personalidad: Las personas con afectividad negativa o constructo del neuroticismo tienen mayor probabilidad posterior de un trastorno depresivo (51).

2.2.3.4. Factores de riesgo

Los factores de riesgo para el TDM incluyen enfermedad concomitante. Estrés elevado, estar divorciado o separado, dolor crónico, uso de glucocorticoides, eventos adversos de la vida, conflictos de la infancia, ser fumador, antecedente de enfermedad mental, estatus económico bajo; además, creencia religiosa, soporte social, tener hijos y embarazo (51,52).

2.2.3.5. Diagnóstico

El trastorno depresivo mayor (TDM) se diagnostica según los criterios propuestos por el DSM-5 (52). Para establecer el diagnóstico, la persona debe presentar cinco o más síntomas durante un mismo período de al menos dos semanas, los cuales deben representar un cambio respecto del funcionamiento previo. Además, al menos uno de los síntomas principales debe ser el estado de ánimo deprimido o la pérdida del interés o del placer (anhedonia). Es importante que los síntomas no puedan explicarse mejor por otra afección médica.

Los síntomas que se deben evaluar incluyen un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, ya sea por autorreporte (sentimientos de tristeza, vacío o desesperanza) o por observación de terceros (apariencia llorosa). También se considera un criterio diagnóstico la disminución marcada del interés o del placer en casi todas las actividades, la pérdida o aumento significativo de peso sin hacer dieta o las alteraciones del apetito, así como insomnio o hipersomnia casi todos los días. Otros síntomas incluyen agitación o enlentecimiento psicomotor observable por otros, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y la presencia de pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, intentos de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo (52).

Además de cumplir los criterios anteriores, los síntomas deben causar un malestar clínicamente significativo o un deterioro funcional en áreas importantes del funcionamiento social, laboral o personal. El episodio depresivo mayor no debe atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra condición médica. Aunque las respuestas a pérdidas significativas pueden incluir varios de los síntomas mencionados, es necesario ejercer juicio clínico para distinguir una reacción esperable al duelo de un episodio depresivo mayor, considerando la historia del individuo y las normas culturales relacionadas con la expresión del malestar (52).

El diagnóstico también requiere descartar trastornos como el esquizoafectivo, la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante u otros trastornos del espectro de la esquizofrenia. Asimismo, nunca debe haberse presentado un episodio maníaco o hipomaníaco, salvo que estos hayan sido inducidos por sustancias o por efectos fisiológicos de una afección médica (52).

2.2.3.6. Tratamiento

El tratamiento de la depresión se basa en su severidad y es recomendable usar la psicoterapia como tratamiento de primera línea en pacientes con depresión leve o en casos que contraindique la farmacoterapia, como el embarazo, lactancia, enfermedad médica compleja (interacción con otros fármacos, antecedentes de baja respuesta a la monoterapia) o en casos de duelo, divorcio, disfunción familiar, etc., siendo la terapia cognitiva-conductual la que ha mostrado evidencia positiva para la depresión leve y moderada (50).

El tratamiento farmacológico es recomendable usarlo en casos moderados a graves o episodios depresivos únicos o recurrentes; para ello existen diversos grupos de antidepresivos (50):

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): Fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram, escitalopram (50,52).
- Inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (ISRS): Venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina, milnacipran (50,52).
- Moduladores de serotonina: Nefazodona, trazodona, vilazodona (50,52).
- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO): Isocarboxazid (50,52).
- Antidepresivos tricíclicos (ATC): Imipramina, desipramina, maprotilina, nortriptilina, amitriptilina, clomipramina (50,52).

2.2.3.7. Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)

El Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9 por sus siglas en inglés: Patient Health Questionnaire-9) es un instrumento que se ha diseñado para valorar y monitorear la severidad de la depresión en la atención primaria y otros entornos y contiene 9 ítems que se basan en los criterios de diagnóstico del DSM-5 (Tabla 1) (53). Este instrumento mide

de forma equivalente los síntomas depresivos entre las personas de diferentes grupos de edad, sexo, nivel de educación, situación socioeconómica, estado civil y áreas de residencia, haciéndolo aplicable en cualquier grupo poblacional del Perú (54).

El modelo unifactorial consta de las siguientes dimensiones:

Anhedonia: Según la Real Academia Española (RAE), anhedonia significa “incapacidad para sentir placer” (55). Según el diccionario Dicciomed, es la “incapacidad de experimentar placer, asociada con pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades y constituye uno de los síntomas o indicadores más claros de depresión” (56).

Distimia: La RAE lo define como un “trastorno de la afectividad caracterizado por fatiga, insomnio y frecuentes variaciones de humor” (57). Según Dicciomed, es un “estado de ánimo depresivo que dura por lo menos dos años y se acompaña de los síntomas de la depresión, como baja autoestima, insomnio, dificultad de concentración o desesperanza” (58).

Sueño: Es un estado fisiológico de reposo en el que se disminuye la interacción con el entorno y es necesario para procesar nueva información, reparar y regenerar nuestras células, reforzar el sistema inmunológico, regular hormonas y consolidar la memoria; consta de dos fases, el sueño REM y el no REM (59).

Cansancio: “Es una sensación extrema de agotamiento o falta de energía, a menudo descrita como estar exhausto” (60). El término médico es la astenia y sus causas pueden ser orgánicas o psíquicas (61). También se le conoce como fatiga y resulta difícil iniciar y mantener una actividad por falta de energía; es normal después de un esfuerzo físico, estrés prolongado y la falta de sueño (62).

Apetito: Para la OMS, “es una sensación física incómoda o dolorosa, causada por un consumo insuficiente de energía alimentaria” (63).

Culpa: Es una emoción que hace que una persona se sienta mal, lo que resulta en un efecto doloroso y que se origina en la conciencia o sensación de haber quebrantado las normas éticas, personales o sociales, sobre todo cuando se ha ocasionado un daño por la propia conducta (64). Lleva a una persona a sentir tensión, remordimiento, arrepentimiento por sus acciones y sus consecuencias; se centra en la acción y no en la persona en sí; por tanto, puede ser el resultado de transgresiones objetivas o subjetivas (64,65).

Desconcentración: Es un problema cognitivo que dificulta la realización de las actividades cotidianas y afecta el rendimiento diario de una persona; además, está estrechamente relacionada con la memoria, por tanto, puede provocar dificultades para recordar y retener información (66).

Psicomotricidad: Para la RAE, es la “coordinación de los movimientos del cuerpo con la actividad mental” (67). Son las destrezas o habilidades que muestra una persona a la hora de controlar sus movimientos corporales cuando interactúa con su entorno, puede ser gruesa (implica grupos musculares amplios) o fina (implica grupos musculares pequeños) (68).

Ideación suicida: son los pensamientos que tiene una persona acerca de la intención de quitarse la vida en un futuro próximo, tenga o no un plan o método (69). Puede ocurrir cuando una persona siente que no es capaz de sobrellevar una situación abrumadora (70).

2.2.4. Características sociodemográficas

- Edad: Es el tiempo cronológico que una determinada persona ha vivido desde la fecha de su nacimiento hasta el momento actual; generalmente suele representarse en años (71).

- Estado civil: Es la situación de las personas de acuerdo con las leyes o costumbres del país en función del matrimonio o parentesco, que establece ciertos derechos y deberes dentro de la sociedad (72). Este parámetro demográfico indica el estado de una persona con respecto al matrimonio, divorcio, viudez, soltería, etc. (73). Según el INEI, para las mujeres existen los siguientes estados civiles: soltera, casada, viuda, divorciada y conviviente (74).
- Nivel de educación: Es el nivel más alto de educación que ha alcanzado una persona de acuerdo a los sistemas de educación de un país determinado y está relacionado con las actitudes y prácticas que influyen en la salud, el comportamiento reproductivo, la práctica de planificación familiar (71). Según la ENDES 2024 del INEI existen los siguientes niveles de educación: Sin nivel Educación inicial Primaria incompleta Primaria completa Secund. completa Secund. incompleta Básica especial Sup. no universitaria incompleta Sup. no universitaria completa Sup. universitaria incompleta Sup. universitaria completa Maestría/Doctorado (74).
- Ocupación: La ocupación hace referencia al tipo de trabajo que realiza una persona en un empleo (71). Hace referencia a las artesanías, oficios, profesiones u otros medios de ganarse la vida (74).
- Religión: “Es el conjunto de creencias o dogmas que tiene una persona acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto” (75). De acuerdo con el censo del 2017 el INEI clasifica la religión en católica, evangélica, otra y ninguna (76).

2.3. Hipótesis

H₁: Existe asociación significativa entre el tipo de anticonceptivo hormonal y la depresión en usuarias de planificación familiar del Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca-2025.

H₀: No existe asociación significativa entre el tipo de anticonceptivo hormonal y la depresión en usuarias de planificación familiar del Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca-2025.

2.4. Variables

Variable 1: Anticonceptivos hormonales

Variable 2: Depresión

2.4.1. Conceptualización y operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Variable 1: Anticonceptivos hormonales	La anticoncepción hormonal es un tipo de planificación familiar que utiliza hormonas esteroideas como progesterona sola o en combinación con estrógeno para prevenir el embarazo al impedir la liberación de óvulos (40).	Se determinará mediante el reporte de la usuaria en la ficha de recolección de datos respecto al método específico que utiliza actualmente, clasificándolo según su composición hormonal.	Anticonceptivos hormonales combinados	Uso del anticonceptivo oral combinado	Nominal
				Uso del inyectable de depósito combinado	
			Anticonceptivos hormonales de solo progestina	Uso del inyectable de depósito de solo progestina	
				Uso del implante	
Variable 2: Depresión	Es un estado de ánimo deprimido o la pérdida de placer o el interés por actividades durante largos periodos de tiempo que puede afectar a todos los ámbitos de la vida, incluidas las relaciones familiares, de amistad y las comunitarias (18).	Se medirá mediante la aplicación de la escala PHQ-9. Se obtendrá un puntaje sumatorio final que permitirá categorizar la severidad de la sintomatología depresiva.	Sintomatología depresiva: Sin síntomas: (0-7 puntos) Síntomas depresivos leves: (8-14 puntos) Síntomas depresivos moderados: (14-20 puntos) Síntomas depresivos severos (21-27 puntos)	Anhedonia	Ordinal
				Distimia	
				Sueño	
				Apetito	
				Culpa	
				Desconcentración	
				Psicomotricidad	
				Ideación suicida	

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. Diseño y tipo de estudio

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, un diseño no experimental, es de alcance relacional-asociativo y de corte transversal (76).

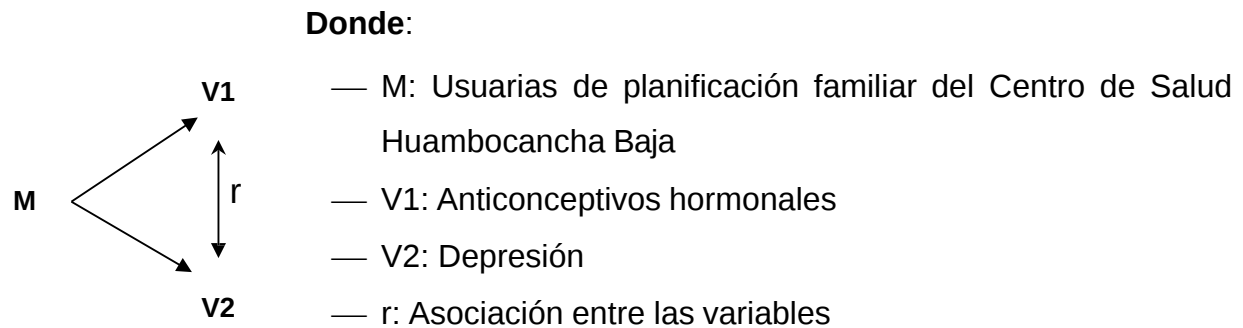
Es cuantitativo porque las variables anticonceptivo hormonales y depresión han sido cuantificadas (76).

El diseño es no experimental, ya que las variables de estudio fueron observadas en su contexto natural, sin ser manipuladas por la investigadora (76).

El alcance es relacional-asociativo, puesto que el objetivo principal fue determinar el grado de asociación entre ambas variables mediante la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrado (76).

Finalmente, el estudio es de corte transversal, debido a que la recolección de los datos se efectuó en un único momento (76).

Esquema de un estudio correlacional asociativo:



3.2. Área de estudio y población

3.2.1. Área de estudio

La investigación se realizó en el Centro de Salud Huambocancha Baja, ubicado en el Km 3.5 de la carretera Cajamarca-Bambamarca, en el centro poblado de Huambocancha Baja, distrito, provincia y departamento de Cajamarca.

3.2.2. Población

La población estuvo conformada por las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales que acudieron a los servicios de planificación familiar. Según el padrón de usuarias, un total de 249 mujeres fueron atendidas durante los meses de marzo, abril y mayo del año 2025.

3.3. Muestra y muestreo

3.3.1. Muestra

La muestra estuvo compuesta por 162 usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en los servicios de planificación familiar del Centro de Salud Huambocancha Baja.

3.3.2. Tipo de muestreo

Se empleó un muestreo probabilístico aleatorio simple, que garantizó que todas las integrantes de la población tuvieran la misma probabilidad de ser seleccionadas. Para ello, se realizó un sorteo aleatorio entre las 249 usuarias registradas en el padrón de planificación familiar, con el fin de asegurar la representatividad de la muestra (77).

3.3.3. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó utilizando la fórmula para poblaciones finitas. Se consideró un nivel de confianza del 95 % ($Z = 1.96$), un margen de error del 5 % ($d = 0.05$) y una proporción esperada del 50 % ($p = 0.5$), al no contar con estudios previos que permitieran estimar dicho valor. La fórmula empleada fue la siguiente (77):

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

- **n:** Tamaño de la muestra
- **N:** Tamaño de la población (249)
- **Z:** Valor correspondiente al nivel de confianza del 95 % (1.96)
- **p:** Proporción esperada de la población (0.5)
- **q:** Complemento de la proporción ($1 - p = 0.5$)

- **e:** Margen de error aceptado (0.05)

$$n = \frac{249 \times (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}{(0,5)^2 \times (249 - 1) + (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5} = \frac{239.841}{1.5804}$$

$$n = 161,7$$

$$n \approx 162$$

3.4. Unidad de análisis y observación

La unidad de análisis estuvo conformada por cada una de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales del servicio de planificación familiar del Centro de Salud Huambocancha Baja durante el mes de abril de 2025, que cumplió con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

3.5. Criterios de inclusión

- Mujeres usuarias de métodos anticonceptivos hormonales del servicio de planificación familiar.
- Mujeres entre 18 y 45 años.
- Mujeres que firmaron el consentimiento informado.

3.6. Criterios de exclusión

- Mujeres que no estuvieron dispuestas a participar.
- Mujeres embarazadas.
- Mujeres con antecedentes psiquiátricos previos.

3.7. Técnicas de recolección de datos

Para la variable anticonceptivos hormonales se empleó la técnica investigativa de encuesta y, como instrumento, un cuestionario. De manera similar, para la variable depresión se utilizó la encuesta como técnica y el cuestionario Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) como instrumento de recolección de datos. Ambos fueron aplicados a usuarias de los servicios de planificación familiar del Centro de Salud Huambocancha Baja.

3.8. Procedimientos para la recolección de datos

Para la ejecución de la investigación se siguieron los siguientes procedimientos:

1. **Autorización institucional:** Se solicitó y obtuvo la autorización del jefe del Centro de Salud Huambocancha Baja para la realización del estudio (Anexo 1).
2. **Consentimiento informado:** Se garantizó la participación voluntaria mediante la obtención del consentimiento informado verbal y por escrito de cada usuaria del servicio de planificación familiar (Anexo 4).
3. **Aplicación de cuestionarios:** La investigadora administró los cuestionarios de manera directa, formulando las preguntas a las participantes para asegurar la comprensión y la calidad de la información recolectada (Anexo 5).
4. **Sistematización y análisis de datos:** Los resultados obtenidos fueron organizados y sistematizados para su análisis, empleando tablas estadísticas que facilitaron la interpretación de la información.

3.9. Descripción de los instrumentos

El primer instrumento es un cuestionario que ha sido creado por la propia autora y consta de dos partes. La primera, recoge datos sobre las características sociodemográficas de la participante como la edad, estado civil, religión, ocupación y grado de instrucción. La segunda parte, recoge datos sobre el tipo de anticonceptivos que usa.

El segundo instrumento es el “Cuestionario de Salud del Paciente-9” (PHQ-9) en la versión peruana, diseñado para evaluar cada uno de los nueve criterios diagnósticos de

depresión establecidos por el DSM-IV. Este cuestionario ha sido validado por el INEI y se aplica anualmente en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). En el año 2020, Villarreal D. et al. (54) validaron su uso mediante una prueba piloto realizada en 30,449 participantes con la base de datos de la ENDES 2016, que incluyó todas las regiones del Perú, entre ellas Cajamarca. Los resultados evidenciaron una alta fiabilidad en las puntuaciones del PHQ-9, con coeficientes de consistencia interna de $\alpha = 0,870$ y $\omega = 0,873$.

Asimismo, se demostró la invariancia de medición, con valores de $\Delta CFI < 0,01$ al comparar los distintos modelos, lo que confirma que el instrumento puede aplicarse de manera consistente en diferentes grupos independientemente del grupo de edad, sexo, nivel educativo, nivel socioeconómico, estado civil y zona de residencia (54). Posteriormente, en el año 2025, Quispilcaya K. et al. (55) corroboraron estos hallazgos con una prueba piloto aplicada a 33 613 personas, utilizando datos de la ENDES 2019. Los resultados indicaron buena calidad de los ítems, evidenciando capacidad para medir el mismo constructo y diferenciar a las personas con distintos niveles de depresión. Se obtuvo un alto nivel de confiabilidad ($\omega = 0,892$). En consecuencia, dado que el PHQ-9 ha sido aplicado y validado en todas las regiones del Perú, su utilización resulta pertinente y adecuada para la población de la región Cajamarca.

Este instrumento empleó una escala tipo Likert en 9 ítems, con opciones de respuesta: “para nada” (0 puntos), “varios días” (1 punto), “la mayoría de días” (2 puntos) y “casi todos los días” (3 puntos). Según el puntaje total, se clasificó la severidad del trastorno depresivo en: sin síntomas (0–6), leve (7–14), moderado (14–20), severo (21–27) (54).

3.10. Procesamiento y análisis de datos

3.10.1. Procesamiento de datos

Los datos recolectados fueron tabulados en una base de Excel y posteriormente el análisis estadístico se realizó utilizando SPSS v.27, aplicando la prueba de Chi cuadrado para

tabular, procesar e interpretar los datos, con el fin de determinar el nivel de asociación entre el uso de anticonceptivos hormonales y la presencia de síntomas depresivos.

3.11. Análisis de datos

El análisis se desarrolló en dos fases:

- **Fase descriptiva:** Se presentaron los resultados estadísticos de cada cuestionario y se compararon con estudios previos, formulando conclusiones por dimensión evaluada.
- **Fase inferencial:** Se aplicó la prueba de Chi cuadrado para comprobar la hipótesis del estudio y medir el grado de asociación entre las variables, con un nivel de confianza del 95%. Se consideró estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$.

3.12. Aspectos éticos

La investigación se rigió por los cuatro principios fundamentales de la bioética (68):

- **Autonomía:** Se respetó la voluntariedad de cada participante.
- **No maleficencia:** No se causó daño alguno; los datos fueron utilizados exclusivamente para cumplir los objetivos del estudio.
- **Beneficencia:** Los resultados permitieron formular recomendaciones al Centro de Salud Huambocancha Baja para mejorar la atención en salud sexual y reproductiva.
- **Justicia:** Todas las participantes fueron tratadas equitativamente, evitando cualquier forma de discriminación durante el desarrollo del estudio.

CAPITULO IV

RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

Tabla 1. Características sociodemográficas de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales del Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca-2025.

Características sociodemográficas		ni	%
Edad en años	18 a 27 años	53	32,7
	28 a 36 años	66	40,7
	37 a 45 años	43	26,5
Estado civil	Soltera	7	4,3
	Casada	21	13,0
	Conviviente	134	82,7
Religión	Católica	111	68,5
	Evangélica	49	30,2
	Otra	2	1,2
Ocupación	Ama de casa	141	87,0
	Empleada	13	8,0
	Trabajo propio	8	4,9
	Desempleada	0	0,0
	Sin instrucción	2	1,2
	Inicial	0	0,0
Grado de instrucción	Primaria incompleta	44	27,2
	Primaria completa	37	22,8
	Secundaria incompleta	15	9,3
	Secundaria completa	43	26,5
	Básica especial	0	0,0
	Superior no universitaria incompleta	0	0,0
	Superior no universitaria completa	15	9,3
	Superior universitaria incompleta	4	2,5
	Superior universitaria completa	2	1,2
Total		162	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En la Tabla 1, se observa que el 40,7 % tenían entre 28 y 36 años; el 82,7 %, eran convivientes; el 68,5 % eran católica, el 87,0 % eran amas de casa y el 27,2 % había alcanzado únicamente la primaria incompleta.

Tabla 2. Distribución de las usuarias según el tipo de anticonceptivo hormonal utilizado en el Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca-2025.

Anticonceptivo utilizado	Ni	%
Oral combinado	12	7,4
Inyectable mensual	33	20,4
Inyectable trimestral	72	44,4
Implante subdérmico	45	27,8
Total	162	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La Tabla 2 muestra que el método más utilizado es el inyectable trimestral (44,4%); mientras que el anticonceptivo oral combinado fue el menos utilizado (7,4%).

Tabla 3. Prevalencia de síntomas depresivos en las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales del Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca-2025.

Síntomas depresivos	Ni	%
Sin síntomas	70	43,2
Leves	51	31,5
Moderados	21	13,0
Severos	20	12,3
Total	162	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Respecto a la sintomatología depresiva, la Tabla 3 evidencia que el 43,2% de las participantes no presentó síntomas depresivos, mientras que el 56,8% restante manifestó algún grado de sintomatología. Esta última se distribuyó en síntomas leves (31,5%), moderados (13,0%) y severos (12,3%).

Tabla 4. Asociación entre el tipo de anticonceptivo hormonal y los síntomas depresivos en usuarias del Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca-2025.

	Síntomas depresivos								Total		Chi-cuadrado
	Sin síntomas		Leves		Moderados		Severos				
	Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%	
Anticonceptivo utilizado:											
Oral combinado	6	50,0	5	41,7	1	8,3	0	0,0	12	7,4	X ² = 32,511 p = 0,000
Inyectable mensual	15	45,5	11	33,3	4	12,1	3	9,1	33	20,4	
Inyectable trimestral	33	45,8	30	41,7	6	8,3	3	4,2	72	44,4	
Implante subdérmico	16	35,6	5	11,1	10	22,2	14	31,1	45	27,8	
Total	70	43,2	51	31,5	21	13,0	20	12,3	162	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

De acuerdo con la Tabla 4, se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de anticonceptivo hormonal utilizado y la presencia de síntomas depresivos ($p < 0,001$). Las usuarias de implante subdérmico presentaron las mayores frecuencias de sintomatología depresiva moderada (22,2%) y severa (31,1%). En contraste, las usuarias de anticonceptivos orales combinados y de inyectables (tanto mensuales como trimestrales) se concentraron predominantemente en las categorías de “sin síntomas” y “síntomas leves”.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Comprender el perfil y las vivencias de las usuarias de planificación familiar en contextos rurales es fundamental para diseñar intervenciones de salud pública efectivas y equitativas. A pesar de la existencia de programas nacionales, las realidades locales suelen presentar particularidades que condicionan tanto la elección de métodos anticonceptivos como el bienestar psicosocial de las mujeres. Este estudio buscó analizar los factores sociodemográficos, los patrones de uso de anticonceptivos y su asociación con la sintomatología depresiva en usuarias del Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca, con el fin de aportar evidencia contextualizada que oriente la práctica clínica y las políticas de salud.

En el análisis de las características de la población, se observó que la mayoría de las usuarias tenía entre 28 y 36 años. Este resultado es consistente con la edad media de 28,29 años reportada por Quesada D. (10) en Costa Rica y con el estudio de Sultan S. et al. (22) en Arabia Saudita, donde un 39,6% de las usuarias superaba los 30 años. Sin embargo, el hallazgo contrasta marcadamente con estudios nacionales como el de Barrionuevo A. et al. (14), basado en la encuesta ENDES, que encontró una mayoría en el grupo de 20 a 24 años (77,8%), y con el de Vignale A. (26) en una población universitaria de Lima (46,8% entre 20 y 25 años). La explicación de esta discrepancia radica en el contexto: en poblaciones urbanas o con mayor nivel educativo, la búsqueda de métodos de planificación familiar se inicia en una etapa más temprana de la vida reproductiva, mientras que en el ámbito rural de Cajamarca parece coincidir con una fase de consolidación familiar.

En cuanto al estado civil, se encontró que las mujeres mayormente eran convivientes, rasgo característico de la estructura familiar en el país. Este dato es respaldado por el estudio de Barrionuevo A. et al. (14), que a nivel nacional identificó la convivencia como

el estado mayoritario (67,8%). No obstante, el porcentaje registrado en esta muestra fue aún más elevado, lo que podría reflejar una normalización más acentuada de este tipo de unión en el contexto rural de Cajamarca. En contraste, estudios internacionales como los de Alfaifi M. et al. (21) y Sultan S. et al. (22) en Arabia Saudita reportaron que la casi totalidad de las mujeres en estudio estaban casadas (94,2% y 92%, respectivamente), lo cual se explica por las normas culturales y religiosas del islam, que difieren sustancialmente de la realidad sociocultural peruana.

Respecto a la ocupación y el nivel educativo, los datos revelaron un perfil de vulnerabilidad socioeconómica. La mayoría eran amas de casa, estos resultados contrastan con el 50,4% de mujeres empleadas en el estudio de Alfaifi M. et al. (21). Este hecho estuvo estrechamente vinculado al nivel de instrucción: predominó la primaria incompleta (27,2%), lo que sugiere la persistencia de barreras culturales y estructurales para el acceso a la educación en zonas rurales. Estos resultados divergen del promedio nacional reportado por Barrionuevo A. y Quispe M. (14), donde el 68,1% de las mujeres tenía educación secundaria, y de contextos con mayor desarrollo educativo como Cusco, donde Porcel R. et al. (25) encontraron un 58,3% con educación superior, o Costa Rica, donde Quesada D. (10) reportó participantes con estudios universitarios. Esta brecha educativa podría limitar no solo el acceso temprano a la anticoncepción, sino también a los servicios de salud mental.

Los patrones de uso en la población estudiada revelaron una marcada preferencia por métodos de acción prolongada: la mayoría empleaba el inyectable trimestral y el implante subdérmico. Este hallazgo es consistente con lo reportado a nivel nacional por Barrionuevo A. et al. (14), quienes identificaron al inyectable (37,2%) y al implante (16,9%) como los métodos más utilizados, lo que sugiere que estas opciones están bien establecidas en el país. En contraste, estudios en Arabia Saudita (Alfaifi M. et al. (21) y Sultan S. et al. (22)) y Costa Rica (Quesada D. (10)) mostraron una preferencia predominante por las píldoras orales (con cifras de 43,9%, 28,8% y 39,5%, respectivamente). Incluso en el contexto nacional, pero en una ciudad con mayor urbanización como Cusco, Porcel R. et al. (25) encontraron que las píldoras fueron el

método más elegido (24,4%). La preferencia observada en Huambocancha Baja no es casual; puede interpretarse como una decisión pragmática y racional que responde directamente al perfil sociodemográfico descrito, donde los métodos que eliminan la carga del cumplimiento diario representan un factor decisivo para mujeres con baja escolaridad y múltiples responsabilidades en el hogar.

La prevalencia de síntomas depresivos evidenció una significativa carga de morbilidad: el 56,8% de las participantes presentó algún grado de sintomatología, predominando los síntomas leves (31,5%). Esta prevalencia general fue comparable con lo reportado por Alfaifi M. et al. (21) en Arabia Saudita (56,0%) y por Quesada D. (10) en Costa Rica (56,3%). Sin embargo, el 25,3% de las participantes experimentó síntomas de moderados a severos, lo que representa una necesidad clínica urgente. Proporciones similares de casos moderados a graves fueron reportadas por Alfaifi M. et al. (21) (26,4%), Porcel R. et al. (25) (33,9%) y Vignale A. (26) (36,4%). La marcada divergencia se encuentra con el promedio nacional de Barrionuevo A. et al. (14), que indicó solo un 9,3% en esta categoría. Esta diferencia sugiere que factores socioculturales y socioeconómicos propios de la población rural de Cajamarca, que actúan como estresores crónicos, podrían estar exacerbando el riesgo de sintomatología depresiva, más allá del efecto de los anticonceptivos.

Para profundizar en esta dinámica, se analizó la asociación entre el tipo de anticonceptivo y los síntomas depresivos, encontrando una relación estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Específicamente, el implante subdérmico se asoció con una mayor carga de sintomatología moderada (22,2%) y severa (31,1%). Este hallazgo es consistente con Alfaifi M. et al. (21), quienes también identificaron una asociación significativa ($p < 0,001$). Sin embargo, contrasta con estudios que encontraron el riesgo asociado a los anticonceptivos orales, como Caballero J. et al. (24) en Ecuador ($OR = 3,12$) o Vignale A. (26) en Lima ($RRa = 2,45$). Además, difiere de múltiples trabajos que no encontraron ninguna relación estadísticamente significativa, como los de Barrionuevo A. et al. (14) a nivel nacional ($p = 0,584$), Porcel R. et al. (25) en Cusco ($p = 0,491$),

Quesada D. (10) en Costa Rica ($p < 0,47$) y Sultan S. et al. (22) en Arabia Saudita ($p = 0,33$).

La discrepancia con los estudios que no hallaron asociación, y la fuerte correlación negativa encontrada en este estudio con el implante, puede explicarse a través de mecanismos neurobiológicos específicos. El implante subdérmico es un método de solo progestina (POC), carente de componente estrogénico. Desde la base teórica, el etinilestradiol presente en los métodos combinados ejerce un efecto neuroprotector al potenciar la señalización serotoninérgica y modular positivamente el estado de ánimo (32, 35). Al carecer de este factor protector, las usuarias de implante quedan expuestas únicamente a la acción de la progestina sintética.

El mecanismo subyacente sugiere que el bloqueo de la ovulación inducido por el anticonceptivo suprime la producción de progesterona endógena y, consecuentemente, de su metabolito alopregnanolona (ALLO) (31, 32). La ALLO es fundamental para modular el receptor GABA y mantener el tono inhibitorio del sistema nervioso central, previniendo la ansiedad y la depresión (27). Las progestinas sintéticas del implante (como el etonogestrel) no se convierten eficazmente en ALLO (33), generando un estado de privación de neuroesteroides que debilita la función GABAérgica, facilitando la aparición de sintomatología depresiva (27, 34).

Adicionalmente, las características de la población estudiada (zona rural con vulnerabilidades socioeconómicas) podrían exacerbar esta respuesta biológica. La teoría indica que los esteroides sintéticos alteran el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), embotando la respuesta al estrés y disminuyendo la resiliencia ante adversidades cotidianas (27, 38). En un contexto de alta demanda psicosocial, esta desregulación endocrina, sumada a la falta de neuroprotección estrogénica del implante, crea el escenario propicio para la severidad de los síntomas observados.

En virtud de los resultados expuestos y su sustento teórico, se dispone de evidencia estadística suficiente para rechazar la hipótesis nula respecto a la asociación entre el

tipo de anticonceptivo y los síntomas depresivos. Este hallazgo invita a reflexionar sobre la necesidad de que la elección del anticonceptivo hormonal, especialmente los de solo progestina como el implante, no sea un acto protocolario, sino una decisión informada. Ante la fuerte señal de riesgo y los mecanismos biológicos descritos, se vuelve imperativo realizar un tamizaje de antecedentes y síntomas depresivos antes de su colocación. La integración de la salud mental en los servicios de planificación familiar no es solo recomendable, sino una necesidad evidenciada por los datos de esta investigación.

CONCLUSIONES

A partir del análisis de los resultados obtenidos en la presente investigación, se establecieron las siguientes conclusiones:

- El perfil sociodemográfico que caracterizó a las usuarias de planificación familiar atendidas en el Centro de Salud Huambocancha Baja durante el año 2025 correspondió a mujeres adultas, de entre 28 y 36 años, convivientes, de religión católica, cuya ocupación principal fue el trabajo doméstico y con un nivel educativo predominante de primaria incompleta.
- La distribución de uso de anticonceptivos hormonales según su tipo evidenció un predominio del inyectable trimestral como método de elección entre las usuarias.
- La prevalencia de síntomas depresivos en las usuarias de métodos anticonceptivos correspondió mayoritariamente a sintomatología leve.
- Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de anticonceptivo hormonal y la presencia de síntomas depresivos, observándose una mayor frecuencia de sintomatología depresiva moderada a severa en las usuarias de implante subdérmico. Estos hallazgos permitieron rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna.

RECOMENDACIONES

A partir de la evidencia generada en el presente estudio, se proponen las siguientes recomendaciones:

Para la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Cajamarca

- Fortalecer la red de referencia en salud mental entre los establecimientos de atención primaria y los servicios especializados, asegurando que las usuarias con sintomatología moderada o severa accedan a evaluación diagnóstica y tratamiento oportuno, en concordancia con la necesidad clínica identificada.

Para el Centro de Salud Huambocancha Baja

- Implementar el tamizaje rutinario de depresión, tanto en la consulta inicial como en las visitas de seguimiento, con el fin de monitorear el estado de ánimo durante el uso del método anticonceptivo.
- Fortalecer la consejería en planificación familiar, incluyendo información empática sobre los posibles cambios emocionales asociados a los métodos hormonales y se sugiere utilizar lenguaje sencillo y adaptado al contexto de la usuaria.
- Monitorear el bienestar emocional durante los controles de rutina a las usuarias que opten por métodos de larga duración como el implante subdérmico, para brindar apoyo oportuno y reevaluar el método si afecta su calidad de vida.

Para futuros investigadores

- Desarrollar estudios de cohorte prospectivos que acompañen a nuevas usuarias desde el inicio del uso anticonceptivo. Este diseño permitiría establecer la temporalidad y la posible relación causal entre el uso de métodos específicos y la aparición de síntomas depresivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión [Internet]. 2025 [citado 8 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud mental [Internet]. 2025 [citado 8 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
3. 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 May 30 [citado 8 de febrero de 2025];24(1):396. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06587-9>
4. United Nations. World Family Planning 2022: Meeting the changing needs for family planning. New York: United Nations; 2022 [citado 18 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/documents/2023/Feb/undesa_pd_2022_world-family-planning.pdf
5. Kraft MZ, 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 Jan 1 [citado 8 de febrero de 2025];72:101111. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091302223000596>
6. La Razón. La devastadora consecuencia de haber tomado la píldora anticonceptiva [Internet]. 2023 [citado 8 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.larazon.es/salud/devastadora-consecuencia-haber-tomado-pildora-siendo-adolescente_202306146489906fee20ff0001616d04.html
7. Bchtawi AK, Issa BSM, Jørgensen EF, Lidegaard Ø. Hormonel kontraseption, depression og selvmord.
8. Statista. Infografía: ¿Qué tipos de anticonceptivos se usan más en América Latina? Statista Daily Data [Internet]. 2022 [citado 8 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://es.statista.com/grafico/28082/metodos-anticonceptivos-mas-usados-en->

latinoamerica

9. Corea Del Cid M. La depresión y su impacto en la salud pública. Rev Méd Hondur [Internet]. 2021 May 3 [citado 8 de febrero de 2025];89(Supl 1):46-52. Disponible en: <https://camjol.info/index.php/RMH/article/view/12047>
10. Quesada D. Consumo de anticonceptivos orales y la presencia de indicadores de depresión en mujeres del Gran Área Metropolitana de Costa Rica. PsicoInnova [Internet]. 2023 [citado 8 de febrero de 2025];7(2):74-93. Disponible en: <https://www.unibe.ac.cr/ojs/index.php/psicoinnova/article/view/193>
11. Naranjo JJB, Vera AC, Rivero MC, Ghisays SG, Ortiz JJS. Uso de anticonceptivos LARC en mujeres posparto y su asociación con los síntomas de depresión. 2023.
12. Ministerio de Salud (MINSA). La depresión es uno de los trastornos de salud mental más frecuentes en el país [Internet]. [citado 8 de febrero de 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>
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). ENDES 2023 [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2024. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1950/libro.pdf
14. Barrionuevo A, Flores M. Uso de anticonceptivos hormonales y síntomas depresivos de mujeres en edad fértil: análisis secundario del ENDES 2021 [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Lima, Perú: Universidad de Ciencias Aplicadas; 2024 [citado 8 de febrero de 2025]. Disponible en: https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/682135/Barrionuevo_PA.pdf?isAllowed=y&sequence=1
15. Mercado SIS, Oliva JEQ, Izquierdo RPL. Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos durante 2015–2021 en Cajamarca, 2022. Caxamarca [Internet]. 2023 Dec 31 [citado 19 de diciembre de 2024];22(1-2):21-9. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.pe/index.php/caxamarcae/article/view/64>
16. Gobierno Regional de Cajamarca. Diresa presenta Observatorio Regional de Salud Mental [Internet]. [citado 8 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.diresacajamarca.gob.pe/portal/noticias/det/8082>

17. Curiel MA. Beneficios no contraceptivos de la anticoncepción hormonal. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2024 Jan 19 [citado 8 de febrero de 2025];84(Sup 1):128-44. Disponible en: <https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2024/01/CAPITULO-7-vol-84-2024-1.pdf>
18. Clínica Universidad de Navarra. Depresión: causas, síntomas y tratamiento [Internet]. [citado 8 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/depresion>
19. San Juan Capestrano Hospital. Causas y efectos de la depresión [Internet]. [citado 8 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.sanjuancapestrano.com/depresion/sintomas-efectos>
20. Ferllini S, Miranda M, Picado A. Depresión y terapia anticonceptiva hormonal. Rev Méd Sinerg [Internet]. 2020 [citado 8 de febrero de 2025];5(1). Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/333>
21. Alfaifi M, Najmi AH, Swadi KH, Almushtawi AA, Jaddoh SA. Prevalence of contraceptive use and its association with depression in Saudi Arabia. J Fam Med Prim Care [Internet]. 2021 Jul [citado 12 febrero 2025];10(7):2503-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8415675/>
22. Sultan S, Bashar MDA, Bazhair RM, Abdurahman DO, Alrehaili RA, Ennahoui ME, et al. Association of hormonal contraceptives with depression among reproductive-aged women. Obstet Gynecol Int [Internet]. 2024 [citado 12 febrero 2025];2024:7309041. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2024/7309041>
23. Johansson T, Vinther Larsen S, Bui M, Ek WE, Karlsson T, Johansson Å. Oral contraceptives and risk of depression: a population-based cohort. Epidemiol Psychiatr Sci [Internet]. 2023 Jun 12 [citado 12 febrero 2025];32:e39. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10294242/>
24. Caballero-Mendoza J, Salazar-Velez G, Pazmiño-Cuadros J, Romero-Carangui C, Silva-Ulli J, Figueroa-Bone R, et al. Relationship between hormonal contraception and mental health: a cross-sectional study in Ecuador. J Med Health Stud [Internet]. 2023 Sep 16 [citado 12 febrero 2025];4(5):43-53. Disponible en: <https://al-kindipublisher.com/index.php/jmhs/article/view/5909>
25. Porcel R, Rivera J. Asociación entre anticonceptivos hormonales y depresión en

- usuarias del Hospital Túpac Amaru del Cusco, 2023 [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Cusco, Perú: Universidad Andina del Cusco; 2023. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/588019226.pdf>
26. Vignale A. Uso de píldoras anticonceptivas orales y depresión en mujeres de 20–35 años, 2023 [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2023. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/d4075d53-57fa-4135-8cc4-851d9a4f7369/content>
 27. Mengelkoch S, Afshar K, Slavich GM. Hormonal contraceptives and affective disorders: updated review. Open Access J Contracept [Internet]. 2025 Feb 11 [citado 4 octubre 2025];16:1-29. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11829607/>
 28. Pisu MG, Concas L, Siddi C, Serra M, Porcu P. The allopregnanolone response to acute stress in females: preclinical and clinical studies. Biomolecules [Internet]. 2022 Sep [citado 4 de octubre de 2025];12(9):1262. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2218-273X/12/9/1262>
 29. Diviccaro S, Cioffi L, Falvo E, Giatti S, Melcangi RC. Allopregnanolone: an overview on its synthesis and effects. J Neuroendocrinol [Internet]. 2022 Feb [citado 4 de octubre de 2025];34(2):e12996. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9285581/>
 30. Hughes-Medlicott NJ, Nguyen H, Glue P, Barak Y. Allopregnanolone concentrations after ascending single-dose administration of progesterone in healthy volunteers. Hum Psychopharmacol [Internet]. 2025 Jul [citado 4 de octubre de 2025];40(4):e70012. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12285691/>
 31. Larsen SV, Ozenne B, Köhler-Forsberg K, Poulsen AS, Dam VH, Svarer C, et al. Impact of hormonal contraceptives on serotonergic neurotransmission and antidepressant response: NeuroPharm 1 study. Front Endocrinol [Internet]. 2022 Mar 11 [citado 4 de octubre de 2025];13:799675. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8962375/>
 32. Battipaglia C, Szeliga A, Setti V, Bala G, Chedraui P, Genazzani AD, et al.

- Neuroendocrinological aspects of tailored hormonal contraception. *Endocrines* [Internet]. 2025 Sep [citado 4 de octubre de 2025];6(3):37. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2673-396X/6/3/37>
33. Giatti S, Melcangi RC, Pesaresi M. The other side of progestins: effects in the brain. *J Mol Endocrinol* [Internet]. 2016 Aug 1 [citado 4 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://jme.bioscientifica.com/view/journals/jme/57/2/R109.xml>
 34. MGH Center for Women's Mental Health. Neuroesteroides, alopregnanolona y vulnerabilidad a la depresión en mujeres [Internet]. 2021 [citado 4 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://womensmentalhealth.org/posts/neurosteroids-depression/>
 35. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Chronic conditions that predominantly impact or affect women differently. En: *Advancing Research on Chronic Conditions in Women* [Internet]. Washington (DC): National Academies Press; 2024 [citado 4 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK607719/>
 36. Larsen SV, Köhler-Forsberg K, Dam VH, Poulsen AS, Svarer C, Jensen PS, et al. Oral contraceptives and the serotonin 4 receptor: a brain imaging study in healthy women. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2020 Oct [citado 4 de octubre de 2025];142(4):294–306. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7586815/>
 37. Smith K, Nayyar S, Rana T, Archibong AE, Looney KR, Nayyar T. Do progestin-only contraceptives contribute to depression risk? A pilot study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018 Sep [citado 4 de octubre de 2025];15(9):1966. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/9/1966>
 38. Paragliola RM, Papi G, Pontecorvi A, Corsello SM. Treatment with synthetic glucocorticoids and the HPA axis. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2017 Oct [citado 4 de octubre de 2025];18(10):2201. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1422-0067/18/10/2201>
 39. Lacasse JM, Heller C, Kheloui S, Ismail N, Raval AP, Schuh KM, et al. Beyond birth control: the neuroscience of hormonal contraceptives. *J Neurosci* [Internet]. 2024 Oct 2 [citado 4 de octubre de 2025];44(40). Disponible en:

<https://www.jneurosci.org/content/44/40/e1235242024>

40. National Cancer Institute. Definición de anticoncepción hormonal [Internet]. 2011 [citado 14 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/anticoncepcion-hormonal>
41. Meriggiola MC, Gemzell-Danielsson K, eds. Female and male contraception. Cham: Springer; 2021 [citado 13 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-70932-7>
42. Ministerio de Salud (MINSA). Norma técnica de salud de planificación familiar [Internet]. Lima: MINSA; 2017. p. 131. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>
43. Bitzer J, Mahmood TA, eds. Textbook of contraception, sexual and reproductive health. Cambridge: Cambridge University Press; 2024 [citado 14 febrero 2025]. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/product/identifier/9781108961097/type/book>
44. Organización Mundial de la Salud (OMS). Planificación familiar/métodos anticonceptivos [Internet]. [citado 18 diciembre 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
45. Percy L. Contraception made easy. 3rd ed. Banbury: Scion Publishing; 2023.
46. Shoupe D, ed. The handbook of contraception: evidence-based practice recommendations and rationales. Cham: Springer; 2020 [citado 15 febrero 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-46391-5>
47. Araya Calvo PI, Chacón Díaz S, Palzano Venega G. Implante subdérmico: revisión bibliográfica. Rev Cienc Salud Integrando Conoc [Internet]. 2021 Sep 3 [citado 20 diciembre 2024];5(4):29-34. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/293>
48. Rebón C. Implantes anticonceptivos subdérmicos: nota técnica. Ministerio de Salud de Argentina; 2022.
49. Bucheli Terán R, Noboa Flores E. Anticoncepción hormonal. 2.^a ed. Ecuador: Imprenta Mariscal Cía.; 2021 [citado 20 diciembre 2024]. Disponible en: <https://codeser.org/wp-content/uploads/2021/05/2021-Anticoncepción-Hormonal->

50. Hernández JV, Barrera ME. Manejo del trastorno depresivo: ¿qué tratamiento elegir? Rev Méd Risaralda [Internet]. 2021 Jun [citado 16 febrero 2025];27(1):85–91. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0122-06672021000100085
51. Richards MS, Pujol S. La depresión en la práctica clínica. Baliarda.
52. Sancho GP, Brenes GS, Villalobos NDLC. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. Rev Méd Sinerg [Internet]. 2020 Dec 1 [citado 17 febrero 2025];5(12):e610. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/610>
53. Alvarez EAC, Virú-Flores H, Alburquerque-Melgarejo J, Roque-Quezada JC, Valencia JG, Matta GAG, et al. Validación del PHQ-9 en internos de medicina humana durante la pandemia por COVID-19. Rev Fac Med Humana [Internet]. 2022 Jul 9 [citado 17 febrero 2025];22(3). Disponible en: <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/3179>
54. Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Bernabé-Ortiz A, Melendez-Torres GJ, Bazo-Alvarez JC. Measurement invariance of the PHQ-9 across demographic groups. PLoS One [Internet]. 2019 Sep 9 [citado 17 febrero 2025];14(9):e0221717. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0221717>
55. Real Academia Española (RAE). Anhedonia. Diccionario de la lengua española [Internet]. [citado 17 febrero 2025]. Disponible en: <https://dle.rae.es/anhedonia>
56. Dicciomed. Anhedonia [Internet]. [citado 17 febrero 2025]. Disponible en: <https://dicciomed.usal.es/palabra/anhedonia>
57. Real Academia Española (RAE). Distimia. Diccionario de la lengua española [Internet]. [citado 17 febrero 2025]. Disponible en: <https://dle.rae.es/distimia>
58. Dicciomed. Distimia [Internet]. [citado 17 febrero 2025]. Disponible en: <https://dicciomed.usal.es/palabra/distimia>
59. Clínica Universidad de Navarra. ¿Qué es sueño? [Internet]. [citado 17 febrero 2025]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/sueno>
60. American Cancer Society. ¿Qué es el cansancio o la debilidad? [Internet]. [citado 17 febrero 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/efectos-secundarios/cansancio/que-es-el-cansancio-relacionado-con-el->

cancer.html

61. Clínica Universidad de Navarra. Fatiga crónica o astenia crónica [Internet]. [citado 17 febrero 2025]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/astenia-cronica-fatiga>
62. Wasserman M. Cansancio. Manual MSD para profesionales [Internet]. [citado 17 febrero 2025]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/temas-especiales/sintomas-no-especificos/cansancio>
63. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Hambre e inseguridad alimentaria [Internet]. [citado 17 febrero 2025]. Disponible en: <https://www.fao.org/hunger/es>
64. Gaceta UNAM. Si transgredes las normas, la culpa impide que lo repitas [Internet]. 2022 [citado 17 febrero 2025]. Disponible en: <https://www.gaceta.unam.mx/si-transgredes-las-normas-la-culpa-impide-que-lo-repitas/>
65. Guerola E, Prieto M, Panigua D. Culpa, responsabilidad y conductas reparatorias en el perdón a uno mismo. Psychology [Internet]. [citado 17 febrero 2025];e24:1–12. Disponible en: <https://www.revistaclinicacontemporanea.org>
66. Berocca Spain. Causas de la falta de concentración y cómo mejorarla [Internet]. [citado 17 febrero 2025]. Disponible en: <https://www.berocca.es/aumenta-tu-energia-vital/causas-falta-de-concentracion-como-mejorarla>
67. Real Academia Española. Psicomotricidad. Diccionario del estudiante [Internet]. 2024 [citado 17 febrero 2025]. Disponible en: <https://www.rae.es/diccionario-estudiante/psicomotricidad>
68. Universidad Internacional de La Rioja (UNIR). Psicomotricidad fina y gruesa: características y diferencias [Internet]. [citado 17 febrero 2025]. Disponible en: <https://www.unir.net/revista/educacion/psicomotricidad-fina-y-gruesa/>
69. Cañón Buitrago SC, Carmona Parra JA. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2018 [citado 17 febrero 2025];20(80):387–97. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-76322018000400014
70. Medical News Today. Pensamientos suicidas: síntomas, causas, prevención y recursos [Internet]. 2021 [citado 17 febrero 2025]. Disponible en:

<https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/ideacion-suicida>

71. Cusma Cabrera K. Perfil sociodemográfico, económico y de salud de las mujeres con parto domiciliario e institucional en 2019 [Tesis para optar el grado académico de Maestro]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2022.
72. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Definición de indicadores sociodemográficos [Internet]. [citado 20 diciembre 2024]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1753/definiciones.pdf
73. PubMed. Marital status [Internet]. [citado 20 diciembre 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Marital+Status>
74. PubMed. Occupations [Internet]. [citado 20 diciembre 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68009790>
75. Real Academia Española. Religión. Diccionario de la lengua española [Internet]. [citado 20 diciembre 2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/religión>
76. Arispe C, Yangali J, Guerrero M, Lozada O, Acuña L, Arellano C. La investigación científica: una aproximación para estudios de posgrado. 1.^a ed. Guayaquil: UIDE; 2020 [citado 16 diciembre 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/4310/1/LA%20INVESTIGACI%C3%93N%20CIENT%C3%8DFICA.pdf>
77. Hernández C, Carpio N. Introducción a los tipos de muestreo. Rev Alerta [Internet]. 2024 Oct 22 [citado 17 diciembre 2024];2(1):76–9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/333714362_Introduccion_a_los_tipos_de_muestreo

ANEXOS

ANEXO N° 1: SOLICITUD DE PERMISO AL CENTRO DE SALUD

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

SOLICITO: Autorización para realizar el trabajo de investigación

SEÑOR: JOSÉ RODRÍGUEZ BASILIO
Director del Centro de Salud Huambocancha Baja

Yo Zeleny Marilú Espinoza Jambo, egresada de la carrera profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca, identificado con DNI: 72456251, teléfono 930980355 y con correo institucional zespinozaj17_1@unc.edu.pe, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Qué por motivos académicos es conveniente desarrollar el presente proyecto de investigación; "ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y DEPRESIÓN EN USUARIAS DE PLANIFICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD HUAMBOCANCHA BAJA; CAJAMARCA 2025", cuyo objetivo es determinar la relación entre los anticonceptivos hormonales y la depresión en dichas usuarias, para la recolección de datos se realizará una encuesta haciendo uso de un instrumento de evaluación. Siendo la investigación un requisito indispensable para la obtención del Título Profesional de Obstetra.

Por tal motivo he creído conveniente seleccionar al Centro de Salud Huambocancha Baja y me dirijo hacia usted con el fin de que autorice realizar la actividad antes mencionada. Teniendo en cuenta que esta actividad no conlleva ningún gasto para la institución y se tomarán los resguardos necesarios para no interferir con el normal funcionamiento de las actividades propias del centro. Asimismo, informar que la presente investigación cuenta con la resolución aprobada emitida por la Universidad Nacional de Cajamarca (UNC), así como con la autorización correspondiente de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) y de la Red Integrada de Salud (RIS), conforme a los lineamientos éticos y normativos vigentes.

Sin otro particular, agradezco acceda a mi solicitud.

Cajamarca 25/07/2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ZONA BAJA HUAMBOCANCHA BAJA
LIC. ENF. JOSÉ R. RODRÍGUEZ BASILIO
Nº 22170
25/07/2025


Zeleny Marilú Espinoza Jambo
DNI: 72456251

ANEXO N° 2. AUTORIZACIÓN DE LA DIRESA PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

EXPEDIENTE N° 000785-2025-034839
Cajamarca, 07 de julio de 2025
OFICIO N° D4241-2025-GR.CAJ/DIRESA-DR-EPI

Firmado digitalmente por CUSMA
QUINTANA Simón Osiel FAU 20165945325
Jefe
DIRESA - DR - Dr. Reg.
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 07/07/2025 04:17 p. m.

FIRMA DIGITAL
CAJAMARCA

Señor
MIRANDA MIRANDA, Josué Obett
Director
RED INTEGRADA DE SALUD CAJAMARCA
AV. LA CANTUTA NRO. 1244 CAJAMARCA - CAJAMARCA - CAJAMARCA

Presente.

Asunto : SOLICITO BRINDAR FACILIDADES A INVESTIGADOR.

Referencia : HOJA DE ENVÍO N° D31-2025-GR.CAJ/DIRESA-EPI/UEBM (MAD3: 000785-2025-034839)

De mi consideración,

A través de la presente expresar mi más cordial saludo al mismo tiempo en relación al documento de referencia, alcanzar a usted la revisión expedita del protocolo de investigación:

APELLIDOS Y NOMBRES	TÍTULO DE PROYECTO
ESPIÑOZA JAMBO, Zeleny Marilú	"Anticonceptivos hormonales y depresión en usuarias de planificación del centro de salud Huambocancha Baja, Cajamarca - 2025"

Cabe resaltar, que el protocolo revisado CUMPLE con los requisitos metodológicos y éticos mínimos y resulta de gran interés debido a su relevancia y al hecho de abordar un problema actual de salud pública. Su ejecución podría aportar significativamente al conocimiento sobre este tema, mejorar su abordaje y contribuir potencialmente a la solución del problema planteado.

La Unidad de Investigación de la DIRESA Cajamarca APRUEBA el Protocolo de Investigación; y AUTORIZA su ejecución, solicitando al establecimiento de salud, brindar las facilidades al investigador.

Es propicia la ocasión para manifestarle las seguridades de mi consideración.

Atentamente,

SIMON OSIEL CUSMA QUINTANA
Director Regional
DIRECCIÓN REGIONAL

V° B° 

 Jr. Mario Uribeaga N° 500 Pueblo Joven Amauta

 075-363854

 www.diresacajamarca.gob.pe

Firmado digitalmente por
ANYAYPOMA GCON Walter
Gcon FAU 20165945325 a08
DIRESA - EPI - Dr.
Motivo: Soy V° B°
Fecha: 07/07/2025 03:08 PM

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Gobierno Regional Cajamarca, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2018-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser verificadas en la dirección web: <https://lgosecaj.pelmad3valider> e ingresando el código: 6JY9K3

Pág. 1 / 1

ANEXO N°. 3. AUTORIZACIÓN DE LA RIS PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
RED INTEGRADA DE SALUD CAJAMARCA



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

Exp. MAD N° 11305577

Cajamarca, 17 de julio 2025

CARTA N°398-2025-GR.CAJ/DRSC-REDCAJ/DG/DGDRHH

Señorita
Zeleny Marilú Espinoza Jambo
Celular: 930980355
Correo Electrónico: zespinoza17@unc.edu.pe
Dirección: NO CONSIGNO

Presente. –

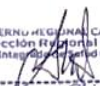
ASUNTO : PERMISO PARA DESARROLLO Y EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
REFERENCIA : SOLICITUD S/N MAD N°11304594

De mi consideración

Por medio del presente, tengo a bien dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez, en atención al documento de la referencia, comunicarle que es **PROCEDENTE** atender su solicitud, asimismo se le informa que se ha puesto de conocimiento al jefe del Centro de Salud Huambocancha Baja para que pueda realizar su trabajo de investigación denominado "Anticonceptivos hormonales y depresión en usuarias de planificación del Centro de Salud Huambocancha Baja – Cajamarca, 2025", por lo que, según las actividades programadas como investigador, se le agradecerá acercarse al Centro de Salud Huambocancha Baja, para realizar las coordinaciones previas al acceso y firma de la **DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL Y/O EQUIPO DE INVESTIGACIÓN**.

Sin otro particular, agradeciendo su comprensión, y pronta atención, es propicia la oportunidad para renovarle las muestras de mi consideración.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
Dirección Regional de Salud
Red Integrada de Salud Cajamarca

Carola Ariaya Chirinos
DOP 11347
DIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE RRHH

CRACH /bjcc
c.c. Archivo
Folios (01)

<http://www.riscajamarca.gob.pe/>

uecajamarca@riscajamarca.gob.pe
AV. LA CANTUTA #1244

ANEXO N°. 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Yoidentificada con N° de DNI....., que habiendo recibido toda la información verbal y escrita en el Centro de Salud Huambocancha Baja, para participar en el proyecto de investigación, tomando en cuenta la naturaleza del estudio, los objetivos y el propósito en que está orientado, y que mi participación es voluntaria y puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, además se me informó sobre las acciones que se tomaran en cuenta para salvaguardar la confidencialidad de mis resultados, autorizo se realice la encuesta y que se tome toda la información necesaria para la ejecución del Proyecto de investigación titulado: **“ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y DEPRESIÓN EN USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD HUAMBOCANCHA BAJA, CAJAMARCA-2025”** dirigido por la investigadora; Zeleny Marilú Espinoza Jambo.

Firma de la participante

Firma de la investigadora

Cajamarca,..... de del 2025

Gracias por su colaboración.

ANEXO N° 5: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Instrumento de características sociodemográficas y uso de métodos anticonceptivos

Instrucciones: ponga atención a cada una de las preguntas que se le hará a continuación y brinde una respuesta que considere como respuesta válida.

I. Factores sociodemográficos

A. Edad:.....

B. Estado civil: a) Soltera b) Casada c) Conviviente d) Divorciada e) Viuda

C. Religión: a) Católica b) Evangélica c) Otra: especificar

D. Ocupación: a) ama de casab) Empleada c) Trabajo propio d) Desempleada

E. Grado de instrucción: a) Sin nivel b) Educación inicial c) Primaria incompleta d) Primaria completa e) Secund. completa f) Secund. incompleta g) Básica especial h) Sup. no universitaria incompleta i) Sup. no universitaria completa j) Sup. universitaria incompleta k) Sup. universitaria completa l) Maestría/Doctorado

II. Uso de métodos anticonceptivos hormonales

Tipo de anticonceptivo hormonal que utiliza

- a) Anticonceptivo oral mensual o píldoras
- b) Inyectable mensual
- c) inyectable trimestral
- d) Implante subdérmico
- e) SIU o DIU hormonal

Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)

En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, usted ha sentido molestias o problemas como:

Item	Para nada	Varios días (1 a 6 días)	La mayoría de días (7 a 11 días)	Casi todos los días (12 a más días)
¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas?	0	1	2	3
¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?	0	1	2	3
¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?	0	1	2	3
¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?	0	1	2	3
¿Poco apetito o comer en exceso?	0	1	2	3
¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace?	0	1	2	3
¿Moverse más lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?	0	1	2	3
¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?	0	1	2	3
¿Sentirse mal acerca de si misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?	0	1	2	3
Puntaje total:				
Interpretación del puntaje obtenido				
0-7 puntos	Sin síntomas:			
8-14 puntos	Síntomas depresivos leves			
14-20 puntos	Síntomas depresivos moderados:			
21-27 puntos	Síntomas depresivos severos			

Fuente: Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Bernabé-Ortiz A, Melendez-Torres GJ, Bazo-Alvarez JC. Measurement invariance of the PHQ-9 across demographic groups. PLoS One [Internet]. 2019 Sep 9 [citado 17 febrero2025];14(9):e0221717. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0221717> (54).

CONSTANCIA DE PROCESO DE DATOS

Cajamarca, 15 de septiembre de 2025

Tesis: ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y DEPRESIÓN EN USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD HUAMBOCANCHA BAJA, CAJAMARCA-2025

Tesista: Zeleny Marilú Espinoza Jambo

Se hace constar que se proceso los siguientes datos:

- **Tabla 1.** Características sociodemográficas de las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca-2025.
- **Tabla 2.** Prevalencia de uso de anticonceptivos hormonales según tipo y tiempo de uso en usuarias de planificación familiar del Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca-2025.
- **Tabla 3.** Prevalencia de síntomas depresivos en las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca-2025.
- **Tabla 4.** Relación entre el tipo de anticonceptivo hormonal utilizado y los síntomas depresivos en usuarias de planificación familiar del Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca-2025.
- **Tabla 5.** Relación entre el tiempo de uso del anticonceptivo hormonal y los síntomas depresivos en usuarias de planificación familiar del Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca-2025.
- **Contrastación de hipótesis:** Se realizó mediante la prueba de Chi-Cuadrado.



.....
LIC. VÍCTOR SÁNCHEZ CÁCERES
COESPE 37
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

Dr. PhD. Víctor Sánchez Cáceres
DNI 26722763

ANEXO N° 7. EVIDENCIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



15% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 12%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 13%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

-  **Texto oculto**
633 caracteres sospechosos en N.º de páginas
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.