

Sintomatología depresiva elevada y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de la salud en la zona centro de México

Elevated depressive symptomatology and use of contraceptive methods in health care college students in central Mexico

María Teresa Hurtado-de-Mendoza-Zabalgaitia ^{*◊}, Marcela Veytia-López^{**}, Rosalinda Guadarrama-Guadarrama^{**}, Catalina González-Forteza^{***}, Fernando A. Wagner^{****}

RESUMEN

La depresión es un problema de salud que afecta al 23% de universitarios predisponiéndolos a prácticas sexuales de riesgo. El objetivo de este estudio fue identificar la influencia existente entre la sintomatología depresiva elevada (SDE) en el uso de anticonceptivos y fallas al usarlos. Se realizó un estudio transversal no experimental a 1853 estudiantes de ambos sexos entre 18-24 años, del área de la salud de dos universidades públicas del centro de México. Se contrastaron SDE y uso de anticonceptivos por medio de χ^2 y Odds Ratio ajustado por: sexo, edad, estado civil, con quién vive, múltiples parejas e inicio temprano de coito. Se encontró que la SDE es mayor en mujeres, la probabilidad de fallas en el uso anticonceptivos naturales y hormonales con SDE es 40%; y no usar condón 38%, ($p < 0.05$), lo que aumenta el riesgo para embarazos no planeados y/o para la adquisición de infecciones de transmisión sexual.

ABSTRACT

Depression is a health problem that affects 23% of college students, predisposing them to risky sexual behaviors. The aim of this study was to identify the influence of Elevated Depressive Symptomatology (EDS) on contraceptive use and failures when used. A non-experimental study was carried out on 1853 college students of both sexes, aged 18-24 years, at two public universities in central Mexico. EDS and contraceptive use were compared using χ^2 and Odds Ratio adjusted for sex, age, marital status, house share (family, roommates, cohabitation, etc.), multiple partners and early onset of sexual intercourse. The results show that EDS is greater in college women than men. In the presence of EDS, the probability of failure in the use of natural and hormonal contraceptives is 40%, and 38% when not using a condom, ($p < 0.05$). These behaviors increase the risk of unintended pregnancies and of contracting sexually transmitted diseases within this population.

INTRODUCCIÓN

La depresión es definida en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5) como “la desregulación disruptiva del estado de ánimo” caracterizado por “la presencia un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo” (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014); además, estimaciones para el año 2020 dicen que la depresión será la segunda enfermedad que más incapacidad cause entre la población y esto ocasionará un alto impacto en la vida productiva de los individuos (Murray & López, 1996).

Recibido: 18 de mayo de 2016

Aceptado: 26 de abril de 2017

Palabras clave:

Sintomatología depresiva elevada; anticonceptivos; CES-D-R; estudiantes universitarios; México; relaciones sexuales.

Keywords:

Elevated depressive symptomatology; contraceptives; CES-D-R; college students; Mexico; sexual intercourse.

Como citar:

Hurtado-de-Mendoza-Zabalgaitia, M. T., Veytia-López, M., Guadarrama-Guadarrama, R., González-Forteza, C., & Wagner, F. A. (2017). Sintomatología depresiva elevada y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de la salud en la zona centro de México. *Acta Universitaria*, 27(4), 35-43. doi: 10.15174/au.2017.1379

* Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Génova 44-U, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600. Ciudad de México, México Correo electrónico: terehurtado16@gmail.com

** Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México.

*** Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

**** School of Community Health and Policy; Prevention Sciences Research Center, Morgan State University, Baltimore, MA, EUA.

◊ Autor de correspondencia.

Este trastorno del estado de ánimo es el resultado de interacciones complejas entre factores biológicos, psicológicos y sociales, consistentemente su prevalencia es mayor en mujeres que en hombres a razón de 2:1 (Lazarevich & Mora-Carrasco, 2008), ello debido a factores biológicos relacionados con los niveles estrogénicos, los cuales ejercen una regulación importante en las funciones cerebrales, produciendo a su vez modificaciones en el estado de ánimo y la conducta, en diversos periodos o etapas de la vida; por ejemplo, en el síndrome premenstrual, postparto, premenopausia y postmenopausia (Vega-Rivera, López, Páez, Castro & Estrada, 2013).

Además las mujeres a nivel psicológico y social están frecuentemente sometidas al desempeño de múltiples roles con sobrecarga de trabajo que les genera estrés y tensión (Lazarevich & Mora-Carrasco, 2008). Por su parte, Gámez, Arteaga & Bastidas (2012) reportan que el 43% de las mujeres tienen conflictos en su sexualidad debido a problemas emocionales, entre los que se encuentra la depresión. En el caso de los hombres la depresión tiende a ser enmascarada frecuentemente con un elevado consumo de alcohol, drogas y violencia (Lazarevich & Mora-Carrasco, 2009).

La depresión es más que un estado de tristeza y afecta a una gran parte de la población joven mexicana (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García & Gallo, 2012). Otra investigación con jóvenes de bachillerato de la zona centro de México reporta que la sintomatología depresiva elevada se encuentra presente en el 15.6% de los jóvenes (Veytia, González, Andrade & Oudhof, 2012).

En el ámbito universitario los jóvenes estudiantes son un grupo vulnerable para la depresión por los niveles de estrés, alteraciones en sus hábitos de sueño y disminución en la actividad física, entre otras (Piña *et al.*, 2015), se ha identificado además que los estudiantes del área de la salud tienen mayor propensión a la depresión que otras áreas del conocimiento debido a factores como la presión escolar, el dolor ajeno, la competitividad, así como la falta de tiempo para realizar actividades recreativas, entre otras (Soria, Ávila & Morales, 2015).

Un estudio con estudiantes mexicanos del área de la salud reportó que el 39.3% presentó sintomatología depresiva elevada, siendo estas cifras superiores a la población general y además significativamente mayor en las mujeres (Guerrero *et al.*, 2013). La depresión puede influir en la actividad sexual de dos formas: 1) Disminuyendo su frecuencia hasta llegar a la abstinencia sexual;

o 2) Incrementando la actividad sexual de forma importante, principalmente con encuentros sexuales de riesgo con múltiples parejas como no usar condón en sus relaciones sexuales (Seth *et al.*, 2011).

Otro estudio en los Estados Unidos de América reportó que mujeres jóvenes con depresión leve usaron menos anticonceptivos, entre el 10% y 15%; en cambio, las que tenían depresión moderada o severa el 69% no usaron anticonceptivos (Hall, Moreau, Trussell & Barber, 2013).

Anticonceptivos

Una de las consecuencias de no usar métodos anticonceptivos es tener embarazos no planeados que constituye un problema de salud pública. Los anticonceptivos se clasifican en: naturales, hormonales y condón o barrera. Los naturales son aquellos que se basan en conocer la fisiología de la ovulación para prevenir embarazos, sin utilizar fármacos, entre los que se encuentra: el coito interrumpido (eyacular afuera del canal vaginal), método de calendario (abstención en los días fértiles), temperatura basal (cuantificar la temperatura todos los días y en los días que esta aumenta abstenerse de tener relaciones sexuales coitales vaginales) y revisión de moco cervical todos los días y llevar a cabo la abstinencia cuando el moco cervical haga hebra.

Los anticonceptivos hormonales son aquellos que impiden la ovulación, entre los que se encuentran la píldora de toma diaria, inyección mensual, implante subdérmico de larga duración, parche dérmico, anillo vaginal o dispositivo intrauterino con hormonas. El condón es un método de barrera que impide el acceso de los espermatozoides por el canal vaginal y cervical, además previene de infecciones de transmisión sexual impidiendo el contacto con los fluidos genitales (Navarro *et al.*, 2014).

La baja frecuencia de uso de métodos anticonceptivos, específicamente el condón, así como el mal empleo de los mismos pone en riesgo a los jóvenes o a sus parejas a embarazarse y/o a adquirir infecciones de transmisión sexual (Hurtado-de-Mendoza & Olvera, 2013), incluyendo la infección de Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) que ocasiona el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (Sida). De acuerdo al Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida (2014), el 95% de los casos acumulados de esta infección, la vía de adquisición fue por contacto sexual, teniendo como agravante que el 50% de personas infectadas por el virus del VIH no lo saben en

fases tempranas, además de que es en la adolescencia y juventud cuando más frecuentemente se adquiere este virus.

Los comportamientos de riesgo sexual se han asociado tanto a la depresión como a la sintomatología depresiva elevada, en investigaciones nacionales e internacionales (Hall *et al.*, 2013; Reyes-Morales *et al.*, 2013). Sin embargo, se requieren más estudios con poblaciones mexicanas diversas para documentar las similitudes y diferencias entre ellas y, de manera específica, si el nivel de educación o el tipo de carrera que estudian se relacionan de manera particular con el uso o no de métodos anticonceptivos y sintomatología depresiva elevada.

Por ello, el objetivo de la presente investigación fue identificar la influencia que hay entre la sintomatología depresiva elevada (SDE) con el uso de métodos anticonceptivos y sus fallas en estudiantes universitarios mexicanos del área de la salud. El punto de partida considera la posible paradoja de que quienes tendrían mayores conocimientos acerca de la salud y la reproducción humana presenten al mismo tiempo situaciones depresivas que los lleven a presentar problemas en cuanto al uso de métodos anticonceptivos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

Se llevó a cabo un estudio transversal no experimental en 2014 a estudiantes de dos universidades públicas del centro de la República Mexicana de un total de 8000 alumnos en ambas escuelas de las licenciaturas en Medicina, Psicología, Enfermería y Odontología.

Muestra

Con el propósito de tener una muestra representativa de alumnos de las universidades participantes así como de las licenciaturas de ambos turnos y de primero a sexto año escolar, se calculó el tamaño de la muestra usando la fórmula de diferencia de proporciones con un poder de 99% tomando en cuenta *OR*'s de 1.4 en promedio de acuerdo a reportes de artículos similares, razón 1-1 y se agregó un 20% por posibles pérdidas.

Se aplicaron dos instrumentos tipo *Likert* (ver más adelante) a 2640 alumnos, de los cuales fueron excluidos

787 (29.8%) por no haber iniciado vida sexual coital al momento de la aplicación de los instrumentos. La muestra quedó conformada por 1853 estudiantes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: tener vida sexual activa, edad entre 18 a 24 años, estudiar Medicina, Enfermería, Psicología y Odontología y haber firmado el consentimiento informado; de los cuales 1276 (68.8 %) fueron mujeres y 577 (31.2%) hombres.

Instrumentos

1) Cuestionario de datos sociodemográficos. 2) Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-R) creada por Radloff (1977), en formato autoaplicable que consta de 20 reactivos que evalúan la presencia de síntomas depresivos en los últimos 7 días con puntajes de frecuencia que van de 0 a 3: (0 = *ningún día*, 1 = *uno a dos días*, 2 = *de tres a cuatro días* y 3 = *de cinco a siete días*), por lo que el puntaje total de la escala puede fluctuar entre 0 y 60 puntos. En un estudio en una muestra universitaria se reportó un alfa de Cronbach de 0.83 (González-Forteza *et al.*, 2011). En el presente estudio la consistencia interna fue de 0.87; y el punto de corte establecido en función de la media más una desviación estándar fue de 23.6 para los hombres y 26.6 para mujeres para determinar la presencia o no de sintomatología depresiva elevada. 3) Cuestionario Sobre Sexo en Estudiantes Universitarios (SSEU) de Pulido *et al.* (2013), que consta de 5 dimensiones que en su versión original completa obtuvo un alfa de Cronbach de 0.81. En el presente estudio la consistencia interna fue de 0.78. Conforme al objetivo de esta investigación se utilizó únicamente la dimensión de Uso de Anticonceptivos que consta de 4 preguntas para registrar la frecuencia del uso de: 1) anticonceptivos naturales (¿Has utilizado tú o tu pareja alguno de los siguientes métodos como estrategia anticonceptiva coito interrumpido, días menos fértiles, temperatura basal o revisión de moco?); 2) hormonales (¿Has utilizado o tu pareja algún método anticonceptivo como píldora diaria, inyección, implante, parche, anillo vaginal o DIU?); 3) acerca del uso de condón (¿Has tenido sexo sin protección (usar condón tú o tu pareja?; y 4) fallas en su uso, (¿Has cometido errores o te han sucedido accidentes a ti o a tu pareja en el uso de anticonceptivos como ruptura de condón, olvidar la píldora o la fecha?). Con opciones de respuesta: siempre, algunas veces, alguna vez o nunca; y además se preguntó sobre el número de parejas sexuales y edad de inicio de las relaciones sexuales coitales.

Consideraciones éticas y procedimiento

El proyecto fue valorado y aprobado con el registro 2014/10 por el Comité de Ética del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México. La administración de los cuestionarios en formato auto aplicable se realizó en forma grupal en los salones de clase, aproximadamente con duración de 20 min., previo proceso de información y firma de consentimiento informado por los alumnos.

Análisis estadísticos

Se empleó la prueba de χ^2 para identificar la asociación de la SDE, tomando como punto de corte la media más una desviación estándar en cada sexo con la finalidad de tomar en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres, por lo que el punto de corte para hombres fue arriba de 23.6 puntos y para las mujeres de 26.6; con el uso de métodos anticonceptivos naturales, hormonales, condón y fallas en su uso; se realizaron tablas de contingencia 2×2 para determinar si las diferencias entre los grupos se debieron al azar o no, con un nivel de error alfa de 0.05.

De igual forma se estimaron regresiones logísticas para valorar la influencia del uso de métodos anticonceptivos, condón y fallas en su uso controlando simultáneamente por edad, sexo, año escolar, si vivían con sus padres, haber tenido múltiples parejas e iniciado a temprana edad actividad sexual coital. Estos

resultados se reportaron como Odds Ratio ajustados (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC95%) y fueron considerados significativos al nivel estadístico aquellos valores p menores a 0.05. Los datos se procesaron en el programa estadístico libre GNU PSPP versión 0.8.5.

RESULTADOS

La mediana de edad es 21 años igual para hombres y mujeres. Los hombres que cursan de 1er a 3er año son el 56.7% y de 4to a 6to año el 43.3%; las mujeres que cursan de 1er a 3er año son el 58.5% y de 4to a 6to año 41.5%, sin diferencias entre ambos grupos. El 97% de los hombres y el 90% de las mujeres son solteras con diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 25.4, p < 0.05$). Viven con sus padres el 87% de los hombres y el 85.2% de las mujeres, sin diferencias estadísticamente significativas. Han tenido cuatro o más parejas sexuales en la vida, los hombres el 37.1% y de las mujeres 19% con diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 70.3, p < 0.05$).

Las mujeres presentaron mayor proporción de sintomatología depresiva elevada (17.2%) que los hombres (13.3%), con diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 4.48, p < 0.05$) respecto a la edad de inicio de relaciones sexuales, los hombres iniciaron antes que las mujeres 17.0 años ($DE \pm 2$) y ellas a los 17.6 años ($DE \pm 1.8$) con diferencias significativas ($\chi^2 = 57.1, p < 0.05$) (tabla 1).

Tabla 1.
Comparación de las características demográficas, comportamiento sexual y SDE por sexo

Total N = 1853	Hombres n = 577 (31.2%)		Mujeres n = 1276 (68.8%)		χ^2	p	
	n	%	n	%			
Año escolar que cursa	1 a 3 años	327	56.7	746	0.538	0.469	
	4 a 6 años	250	43.3	530			41.5
Estado civil	Soltero/a	560	97.1	1153	25.4	0.001	
	Casado/a	17	2.9	123			9.6
Vive con	Padres	502	87.0	1087	1.07	0.301	
	Otros/ pareja	75	13.0	189			14.8
Cuatro ó más parejas sexuales/vida	Si	214	37.1	242	70.3	0.001	
	No	393	62.9	1034			81.0
SDE	Si	77	13.3	220	4.48	0.034	
	No	500	86.7	1056			82.8
		Media	DE*	Media	DE*	T student	p
Edad de inicio de relaciones sexuales coitales N = 1851**		17.0	2.0	17.6	1.8	-5.85	0.001

Nota de la tabla:

* DE: Desviación Estándar

** Se eliminaron a 2 personas que habían respondido en la edad de inicio de actividad sexual 3 y 5 años.

Fuente: Elaboración propia basada en los instrumentos aplicados (N = 1853)

Tabla 2.
 Influencia de la SDE en el uso de métodos anticonceptivos naturales y hormonales en cada sexo

Sexo	SDE	*Uso de anticonceptivos naturales N= 1853				** Uso de anticonceptivos hormonales N= 1853							
		Si usa n = 991		No usa n = 862		Valor		Si usa n = 730		No usa n = 1123		Valor	
		n	%	n	%	χ^2	p	n	%	n	%	χ^2	p
Hombres	Si SDE	37	48.0	40	52	0.024	0.877	24	31.0	53	69	0.214	0.644
	No SDE	245	49.0	255	51			143	29.0	357	71		
Mujeres	Si SDE	131	59.5	89	40.5	1.70	0.191	100	45.5	120	54.5	0.191	0.662
	No SDE	578	55.0	478	45			463	44.0	593	56		

Notas de la tabla:

*Coito Interrumpido, método Billings, temperatura basal o calendario.

**Píldora diaria, inyección, parche dérmico, implante subdérmico, anillo vaginal o DIU

Fuente: Elaboración propia basada en los instrumentos aplicados N = 1853

Tabla 3.
 Influencia de SDE en el uso de condón y fallas en el uso de anticonceptivos en cada sexo

Sexo	SDE	Uso de condón en todos los coitos N=1853				*Fallas en uso de métodos anticonceptivos N = 1853							
		Si usa n = 518		No usa n = 1335		valor		Si tiene n = 649		No tiene n = 1204		valor	
		n	%	n	%	χ^2	p	n	%	n	%	χ^2	p
Hombres	Si SDE	18	23.0	59	77.0	3.07	0.079	32	42	45	11.5	3.39	0.065
	No SDE	167	33.0	333	66.0			155	31	345	69.0		
Mujeres	Si SDE	39	18.0	181	82.0	9.65	0.002	95	43	125	57.0	5.59	0.018
	No SDE	294	28.0	762	72.0			367	35	689	65.0		

Notas de la tabla:

* Olvido de tomar píldora, inyección, ruptura de condón, olvido de días fértiles.

Fuente: Elaboración propia basada en los instrumentos aplicados N = 1853.

Al analizar la asociación de la SDE con el uso de métodos anticonceptivos naturales (coito interrumpido, método de revisión de moco cervical, temperatura basal o calendario), no se obtuvo asociación estadísticamente significativa tanto para el grupo de hombres como de mujeres; sucediendo lo mismo para la variable de uso de anticonceptivos hormonales (píldora diaria, inyección, parche dérmico, implante subdérmico, anillo vaginal o DIU con hormonas), lo que indica que el usar o no algún tipo de método anticonceptivo no se relaciona con la presencia o ausencia de SDE (tabla 2).

En la tabla 3 respecto a la asociación de la SDE con el uso del condón en todos los coitos, en los hombres no se observa asociación estadísticamente significativa entre ambos grupos, en cambio las mujeres con SDE

presentan asociación significativa con no usar condón (82%) a diferencia de las mujeres sin SDE (72%), ($\chi^2 = 9.65$, $p < 0.05$). Tener fallas en el uso de métodos anticonceptivos como olvidar tomar la píldora, aplicar la inyección u olvido de los días fértiles o que se rompa el condón, en los hombres no hay diferencias estadísticamente significativas entre los que tienen SDE y los que no la presentan; en cambio en las mujeres con SDE tienen más fallas al usar los métodos anticonceptivos o condón (43% vs. 35%) respecto a las que no tienen SDE, ($\chi^2 = 5.59$, $p < 0.05$).

Se muestran los Odds Ratio para identificar los factores que influyen en el uso de métodos anticonceptivos naturales, hormonales, condón y tener fallas en su uso (tabla 4). Para el uso de anticonceptivos naturales hay mayor posibilidad de no utilizarlos: el

ser mujer, haber tenido 4 o más parejas sexuales en la vida y haber iniciado vida sexual coital antes de los 16 años. Para el uso de anticonceptivos hormonales tienen mayor probabilidad de no usarlos los que tienen más edad, el ser mujer ($OR = 2.0$, $IC95\%$, 1.6:2.6); tener cuatro o más parejas sexuales en la vida ($OR = 1.3$, $IC95\%$, 1.0:1.6). Y el hecho de ser soltero/a disminuye la probabilidad de usar anticonceptivos naturales.

En cuanto a usar condón tienen 40% menor probabilidad los que presentan SDE ($OR = 0.6$ $IC95\%$, 0.5:0.9), los de edad menor tiene un 20% menor probabilidad de usarlo ($OR = 0.8$ $IC95\%$, 0.8:0.9); ser mujer 30% menos posibilidad ($OR = 0.7$, $IC95\%$ 0.5:0.8), haber tenido múltiples parejas ($OR = 0.4$, $IC95\%$, 0.3-0.6) haber iniciado actividad sexual antes de los 16 años tienen el 30% menor de probabilidad de usarlo ($OR = 0.7$, $IC95\%$, 0.5:0.9). En cambio los solteros tienen casi cuatro veces mayor probabilidad de utilizar condón ($OR = 3.7$, $IC95\%$, 1.9:7.0.)

Por último, respecto a las fallas en el uso de anticonceptivos y condón, los alumnos que presentaron SDE tienen 1.4 veces más probabilidad de incurrir en fallas de uso (olvido de los días fértiles, de tomar la píldora, de aplicar inyección, o tener ruptura de condón) ($OR = 1.4$, $IC95\%$, 1.1:1.8, ser mujer ($OR = 1.1$, $IC95\%$, 1.0:1.1, haber tenido 4 o más parejas sexuales ($OR = 1.7$, $IC95\%$, 1.3:2.1 y los que iniciaron actividad sexual coital antes de los 16 años de edad ($OR = 1.3$ $IC95\%$, 1.0:1.6.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue identificar la asociación de la sintomatología depresiva elevada (SDE) con el uso de métodos anticonceptivos y sus fallas en estudiantes universitarios de la salud en la zona centro de México. La mayoría de los estudiantes eran solteros y vivían con sus padres, siendo más las mujeres quienes vivían en pareja o en matrimonio, coincidiendo esto con los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015).

Los hombres habían tenido más parejas sexuales coitales en su vida que las mujeres coincidiendo también con otras investigaciones (Azwiangwisi & Teka, 2016; Gayet & Gutiérrez, 2014; González-Serrano & Hurtado-de-Mendoza, 2013) que reportan que los hombres tienen más parejas sexuales que las mujeres, en una cultura donde a los hombres se les aplaude y fomenta el tener múltiples parejas sexuales.

En este estudio se observó lo mismo que en el de García-Vega, Menéndez, García & Rico (2010) respecto a la edad de inicio de relaciones sexuales coitales, en donde los hombres iniciaron a menor edad comparados con las mujeres, algunos autores determinan que esto está dado también por los aprendizajes de género, respecto a las exigencias sociales en relación a la sexualidad, diferentes para hombres y mujeres (Pérez-Jiménez & Orengo-Aguayo, 2012).

Tabla 4.

Análisis de regresión logística del uso de anticonceptivos naturales, hormonales, condón, fallas en el uso.

Variable	Uso de anticonceptivos naturales			Uso de anticonceptivos hormonales			Uso de condón			Fallas en el uso de anticonceptivos		
	OR	*IC 95%	p	OR	*IC 95%	p	OR	*IC 95%	p	OR	*IC 95%	p
SDE	1.1	0.9-1.4	0.462	1.0	0.8-1.3	0.860	0.6	0.5-0.9	0.004	1.4	1.1-1.8	0.010
Edad	1.0	1.0-1.1	0.417	1.2	1.1-1.3	0.001	0.8	0.8-0.9	0.001	1.1	1.0-1.1	0.115
Sexo (mujer)	1.4	1.1-1.7	0.001	2.0	1.6-2.6	0.001	0.7	0.5-0.8	0.001	1.3	1.1-1.7	0.012
Estado civil(soltero)	0.9	0.6-1.4	0.711	0.3	0.2-0.5	0.001	3.7	1.9-7.0	0.001	1.0	0.7-1.4	0.882
Vive con sus padres	0.9	0.7-1.2	0.565	0.9	0.8-1.3	0.694	1.1	0.8-1.5	0.589	0.8	0.6-1.0	0.039
Múltiples parejas(más de 4 parejas)	1.3	1.1-1.7	0.013	1.4	1.1-1.8	0.003	0.4	0.3-0.6	0.001	1.7	1.3-2.1	0.001
Inicio vida sexual coital (16 años o menos)	1.4	1.1-1.7	0.005	1.1	0.9-1.4	0.426	0.7	0.5-0.9	0.002	1.3	1.0-1.6	0.035

Notas de la tabla:

*IC Intervalo de Confianza

Ajustado simultáneamente por todas las variables en la tabla (v.gr., SDE, edad, sexo, estado civil, con quien vive, múltiples parejas e inicio temprano de relaciones sexuales).

Fuente: Elaboración propia basada en los instrumentos aplicados $N = 1853$

En relación a la edad de inicio de relaciones sexuales coitales, en este estudio la media fue de 17 años y relacionando esto con la escolaridad podemos considerar que la mayoría estaba cursando entre el segundo y tercer año de bachillerato o preparatoria cuando ello sucedió, por lo que los esfuerzos de prevención y educación para la sexualidad plena, saludable y responsable tienen que ser aplicados en forma constante desde la educación secundaria.

Es importante considerar que la población universitaria estudiada en la presente investigación tiene cuatro años en promedio llevando a cabo relaciones sexuales coitales, de acuerdo a la mediana de la edad de los alumnos que es de 21 años y la media de edad de inicio de relaciones sexuales de 17 años, por lo que es indispensable que el proceso de educación de la sexualidad sea constante para reafirmar hábitos saludables a los que iniciaron actividad sexual previamente y para los que aún no la inician, tengan la información adecuada para el momento que inician su actividad sexual coital.

La SDE es más frecuente en mujeres que en hombres (17.2% vs. 13.3%) con diferencias significativas, coincidiendo esto con lo publicado con otros autores, tanto con la prueba de tamizaje CES-D como en otras (González-Forteza, Hermosillo, Vacio-Muro, Peralta & Wagner, 2015). En relación a los estudiantes universitarios se ha documentado consistentemente que los del área de la salud presentan altos niveles de SDE y diagnóstico de depresión (Fouilloux, Barragán, Jaimes, Urrutia, Guevara-Guzmán, 2009; Niño-Avendaño & Ospina, 2012).

Tanto los que presentan SDE como los que no la presentan, utilizan anticonceptivos hormonales y naturales; sin embargo, las mujeres con SDE utilizan menos condón en sus relaciones sexuales que las que no tienen SDE (82% vs. 72%), concordando ello también con otras investigaciones en poblaciones distintas (Morokoff *et al.*, 2009). Las mujeres que estudian carreras relacionadas con la salud no están exentas de problemáticas que afectan a otro tipo de población, por lo que es importante diagnosticar a las mujeres con SDE en etapas tempranas para tratarlas en forma oportuna con la finalidad de que tengan las habilidades de negociar el uso de condón en sus relaciones sexuales además de mejorar su calidad de vida.

En relación a las fallas en el uso de métodos anticonceptivos que contempla también en el uso del condón, en los hombres con y sin SDE no hay diferencias entre los grupos, en cambio en las mujeres que tienen

SDE incurren en más fallas en el uso de cualquier anticonceptivo comparándolas con las que no tienen SDE (43% vs. 35%); lo que coincide con lo publicado en el estudio realizado por Hall *et al.* (2013) en un estudio longitudinal de un año, en el cual encontraron que la sintomatología depresiva es un predictor de conductas sexuales de riesgo en jóvenes estudiantes ya que no usaban anticonceptivos ni condón.

Al respecto algunos autores señalan que hay otros factores involucrados para no usar métodos anticonceptivos y/o condón, como son los aprendizajes de género, en donde se ha demostrado que los hombres utilizan condón principalmente con parejas ocasionales para no adquirir alguna infección de transmisión sexual (ITS) y no así con parejas estables y conocidas con las que consideran que no tienen riesgo de alguna infección (Uribe, Andrade & Zacarías, 2009; Wordofa & Shiferaw, 2015).

Es importante la detección temprana de SDE a través de la CES-D, ya que es viable por su fácil aplicación grupal en las escuelas preparatorias y universidades a fin de identificar y referir a los estudiantes con SDE para su manejo, pues por las características mismas de la depresión, como son los sentimientos de infravaloración, obstaculizan una comunicación adecuada y asertiva con sus parejas y ello, a su vez, les impide una adecuada negociación del uso de métodos anticonceptivos y condón.

Una adecuada comunicación y equidad entre las parejas dan mejores resultados respecto al uso adecuado del condón, además se ha comprobado que la comunicación efectiva es un facilitador para el uso consistente del condón (Uribe, Andrade, Zacarías & Betancourt, 2013; Valencia & Canaval, 2012). Lo mismo sucede con el uso de métodos anticonceptivos naturales, que no son la mejor opción contraceptiva; sin embargo, debe haber una adecuada comunicación entre la pareja para ellos funcionen de la mejor forma, sobre todo en conjunto con otros métodos como el condón.

Es importante brindar educación sexual a estudiantes de secundaria, bachillerato y licenciatura con la intención de erradicar los mitos en torno a los temas de sexualidad y disminuir los embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, utilizando adecuadamente los métodos anticonceptivos más eficaces y el uso correcto del condón por su doble función: la primera anticonceptiva y la segunda preventiva de infecciones de transmisión sexual.

CONCLUSIONES

Es preciso reconocer que una limitante importante del presente estudio es que al ser un estudio transversal no se conoce la temporalidad de los eventos y en ese sentido no es posible determinar si la SDE ocurrió antes o después de la mala utilización de métodos anticonceptivos y condón. Lo que además propicia preguntas para nuevas investigaciones, incluyendo investigaciones cualitativas para indagar por qué la SDE no influye directamente en el no uso de anticonceptivos naturales y hormonales y el por qué se relaciona con el no uso del condón y tener fallas en el uso de anticonceptivos.

La SDE es un problema encontrado en esta población universitaria, relacionándose en forma directa con el uso inadecuado de métodos anticonceptivos y condón, lo que conlleva a riesgos para embarazos no planeados y/o para adquirir ITS, por lo que la detección temprana de la sintomatología depresiva elevada y acciones de intervención oportuna para disminuirla o erradicarla pueden coadyuvar a que las estrategias educativas en sexualidad responsable tengan resultados efectivos en el autocuidado de la salud sexual, reflejándose directamente en un menor número de embarazos no planeados así como de ITS en los jóvenes universitarios.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Juan Talavera por su apoyo en los análisis estadísticos, a la Mtra. Daniela Vázquez Vega por su revisión al manuscrito, a las universidades participantes y a los estudiantes por su valiosa colaboración.

REFERENCIAS

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. (5ª ed.) Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

Azwihangwisi H., & Tekla A. (2016). The prevalence of risky sexual behaviours amongst undergraduate students in Jigjiga University, Ethiopia. *Health SA Gesondheid-Journal of Interdisciplinary Health Sciences*, 2(1), 179-186. doi: 10.1016/j.hsag.2015.11.002

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida. (2014). *La epidemia del VIH y el sida en México*. Recuperado el 11 de abril de 2016 de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf

Fouilloux, C., Barragán, V., Jaimes, A., Urrutia, M. & Guevara-Guzmán, R. (2013). Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de medicina. *Salud Mental*, 36(1), 59-65.

Gámez, L., Arteaga, E. & Bastidas, G. (2012). Algunos elementos sobre sexualidad en pobladores de un área rural del estado Cojedes, Venezuela. *Acta Universitaria*, 22(4), 13-21.

García-Vega, E., Menéndez, E. García, P., & Rico, R. (2010). Influencia del sexo y del género en el comportamiento sexual de una población adolescente. *Psicothema*, 22(4), 606-612.

Gayet, M. C. & Gutiérrez, J. P. (2014). Calendario de inicio sexual en México. Comparación entre encuestas nacionales y tendencias en el tiempo. *Salud Pública Mex.*, 56(6), 638-647.

González-Forteza, C., Solís, C., Jiménez, A; Hernández, I; González, A; Juárez, F; Medina-Mora, M., & Fernández, H. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 34(1), 53-59.

González-Forteza, C., Hermsillo, T., Vacio-Muro, M., Peralta, R., & Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155. doi: 10.1016/j.bmhmx.2015.05.006

González-Serrano, A., & Hurtado-de-Mendoza, M. (2013). Prácticas y satisfacción sexual en jóvenes universitarios. *Revista latinoamericana de medicina sexual-ReLAMS*. 2(2), 22-28.

Guerrero, J., Hainze, G., Ortiz, S., Cortés, J., Barragán, V., & Flores, M. (2013). Factores que predicen depresión en estudiantes de medicina. *Gaceta Médica de México*, 149, 598-604.

Hall, K., Moreau, C., Trussell, J., & Barber, J. (2013). Role of young women's depression and stress symptoms in their weekly use and nonuse of contraceptive methods. *Journal of Adolescent Health*, 53(2), 241-248. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.02.009

Hurtado-de-Mendoza, M., & Olvera, J. (2013). Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(1), 258-268.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). *Matrimonio según sexo en México*. Recuperado el 7 de abril de 2016 de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo79&s=est&c=23568>

Lazarevich, I., & Mora-Carrasco, F. (2008). Depresión y género: factores psicosociales de riesgo. *Segunda época*, 1(4), 1-15.

Lazarevich, I. & Mora-Carrasco, F. (2009). Identidad Masculina y Salud Mental. *Segunda Época*, 3(5), 1-14.

Morokoff, P., Redding, C., Harlow, L., Cho, S., Rossi, J., Meier, K., Mayer, K., Koblin, B. & Brown-Peterside, P. (2009). Associations of sexual victimization, depression, and sexual assertiveness with unprotected sex: A test of the multifaceted model of HIV risk across Gender. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 14(1), 30-54. doi: 10.1111/j.1751-9861.2009.00039.x

Murray, C., & López, A. (1996). *The Global Burden of Disease*. Boston: US: World Health Organization.

Navarro, J., Trillo, C., Luque, M., Seoane, J., Alonso, M., & Gotor, S. (2014). *Anti-concepción y Salud Sexual en Atención Primaria*. Recuperado el 11 de abril de 2016 de <http://www.samfyc.es/pdf/GdTSRM/2014002.pdf>

- Niño-Avendaño, C., & Ospina, D. (2012). Episodios de ansiedad y depresión en universitarios de Tunja Colombia: probable asociación con el uso de anticoncepción hormonal. *Revista Investigaciones Andina*, 16 (29).
- Pérez-Jiménez, D., & Orengo-Aguayo, R. (2012). Estereotipos Sexuales y su Relación con Conductas Sexuales Riesgosas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23(sup.), 48-61.
- Piña, B., Alvarado, A., Deveze, M., Durán, E., Padilla-Vaca, F., & Mendoza-Macias, C. (2015). Evaluación de hábitos de salud e identificación de factores de riesgo en estudiantes de la división de ciencias naturales y exactas (DCNE) unidad Noria Alta, Universidad de Guanajuato, México. *Acta Universitaria*, 25(1), 68-75. doi:10.15174/au.2015.768
- Pulido, M., Ávalos, C., Fernández, J., García, L., Hernández, L., & Ruiz, A. (2013). Conducta sexual de riesgo en tres universidades de la Ciudad de México. *Psicología y Salud*, 23(1), 25-35.
- Radloff, L. (1977). CES-D A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Reyes-Morales, H., Gómez, H., Torres, L. P., Tomé, P., Galván, G., González, M., & Gutiérrez, G. (2009). Necesidades de salud en áreas urbanas marginadas de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(4), 328-336.
- Seth, P., Patel N., Sales, M., Diclemente, J., Wingood, M., & Rose, S. (2011). The impact of depressive symptomatology on risky sexual behavior and Sexual communication among African American female adolescents. *Psychology, Health & Medicine*, 16(3), 346-356. doi: 10.1080/13548506.2011.554562
- Soria, T., Ávila, R., & Morales, P. (2015). Depresión y problemas de salud en estudiantes universitarios de la carrera de medicina. *Diferencias de género. Alternativas en Psicología*, 18(31), 46-59.
- Uribe, J., Andrade, P., & Zacarías, X. (2009). Risk sexual behavior predictors in high school students. *International Journal of Hispanic Psychology*, 2(2), 116-126.
- Uribe, J., Andrade, P., Zacarías, X., & Betancourt, D. (2013). Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes, análisis diferencial por sexo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(2), 75-92.
- Valencia, C., & Canaval, G. (2012). Factores que predisponen, facilitan y refuerzan el uso del preservativo en jóvenes universitarios de Cali. *Revista de Salud Pública*, 14(5), 810-821.
- Vega-Rivera, N., López, C., Páez, N., Castro, M., & Estrada, E. (2013). Interacción de estrógenos-noradrenalina en la depresión. *Salud Mental*, 34(6), 331-336.
- Veytia, M., González, N., Andrade, P., & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35(1), 37-43.
- Wagner, F., González-Forteza, C. Sánchez-García, S., García, C., & Gallo, J. (2012). *Enfocando la depresión como problema de salud pública en México*. *Salud Mental*, 35(1), 3-11.
- Wordofa D., & Shiferaw S. (2015). Sexual Risk Behaviors and its associated factors among undergraduate students in Mada Walabu University, Shoutheast Ethiopia: a facility-based cross sectional study. *Epidemiology: Open Access*, 5(4), 1-7. doi http://dx.doi.org/10.4172/2161-1165.1000207