



Universidad del Azuay

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS, Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

***“Relación entre síntomas depresivos y anticonceptivos hormonales en el grupo privado de Facebook ‘Mujeres Cuenca’”***

Tesis previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Autora:

Andrea Isabel Valdivieso Vintimilla

Directora:

Cesibel Ochoa Pineda PhD.

Cuenca-Ecuador

2019

## **DEDICATORIA**

*Dedico este trabajo a toda mi familia, especialmente a mis padres Gabi y Fernando por su guía y su apoyo incondicional.*

*A mi abuelo Rigo, pilar fundamental en mi vida,*

*Y a Gustavo por siempre estar junto a mí.*

*Andrea Valdivieso Vintimilla*

## **AGRADECIMIENTOS**

*Agradezco a todos mis maestros que formaron parte de este proceso, dentro y fuera  
de las aulas especialmente a mi tutora Cesibel Ochoa Phd.  
A Eduardo V. por brindarme su ayuda siempre.*

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
Capítulo I: Depresión en la Mujer Adulta y Anticonceptivos Hormonales .....	4
1.1 Depresión.....	5
1.1.1 Clasificación de los tipos de trastornos depresivos .....	6
1.1.2 Depresión en la mujer.....	8
1.2 Anticonceptivos hormonales .....	15
1.2.1 Tipos de anticonceptivos hormonales.....	16
1.2.2 Efectos secundarios relacionados a los anticonceptivos hormonales.....	19
Capítulo II: Metodología y Resultados.....	22
2.1 Metodología.....	22
2.1.1 Instrumentos .....	22
2.1.2 Población de estudio.....	23
2.1.3 Procedimiento de la investigación.....	24
2.2 Resultados de la investigación.....	27
2.2.1 Resultados cuantitativos .....	27
2.2.2 Resultados cualitativos .....	37

Capítulo III: Discusión .....	42
CONCLUSIONES.....	48
RECOMENDACIONES .....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	51
ANEXOS .....	55

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Procedimiento de la investigación .....	26
Figura 2. Conocimiento de las usuarias sobre síntomas depresivos como efecto secundario de anticonceptivos hormonales.....	28
Figura 3. Percepción de otras personas sobre cambios en la esfera emocional con el uso de anticonceptivos hormonales.....	29
Figura 4. Autopercepción de las usuarias sobre cambios en la esfera emocional y en el estado de ánimo .....	30
Figura 5. Comparación de niveles de depresión entre usuarias y no usuarias de anticonceptivos hormonales .....	32
Figura 6. Niveles de depresión según tipo de método anticonceptivo empleado.....	36
Figura 7. Experiencias positivas con el uso de anticonceptivos hormonales .....	38
Figura 8. Experiencias negativas con el uso de anticonceptivos hormonales .....	40

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos sociodemográficos.....	27
Tabla 2. Tipos de anticonceptivos empleados .....	28
Tabla 3. Niveles de depresión en la muestra total .....	30
Tabla 4. Comparación de significancia entre niveles de severidad de depresión de la muestra total .....	31
Tabla 5. Frecuencias y porcentajes de los niveles de depresión según el uso o no de anticonceptivos hormonales .....	31
Tabla 6. Depresión clínica según uso o no de anticonceptivos hormonales.....	32
Tabla 7. Nivel de depresión según edad en usuarias de anticonceptivos hormonales....	33
Tabla 8. Nivel de depresión según hijos en usuarias de anticonceptivos hormonales ...	33
Tabla 9. Trabajo y anticonceptivos hormonales .....	34
Tabla 10. Nivel de depresión y trabajo.....	34
Tabla 11. Nivel de depresión y nivel de estudio.....	35
Tabla 12. Nivel de severidad de depresión y tiempo de uso .....	36
Tabla 13. Depresión y tiempo de uso .....	37

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Encuesta sobre anticonceptivos hormonales y depresión BDI II.....	55
Anexo 2. Respuestas cualitativas positivas sobre la experiencia del uso de anticonceptivos hormonales .....	62
Anexo 3. Respuestas cualitativas negativas sobre la experiencia del uso anticonceptivos hormonales .....	63



## RESUMEN

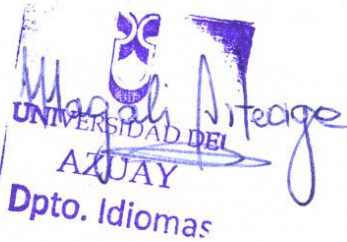
El objetivo de este estudio fue identificar la relación que existe entre el uso de anticonceptivos hormonales y la presencia de síntomas depresivo en 254 mujeres integrantes del grupo privado de Facebook “Mujeres Cuenca”. Este es un estudio de tipo descriptivo, transversal, correlacional, con una metodología de tipo cuantitativa y cualitativa. Se empleó el Inventario de Depresión de Beck II. Los resultados indicaron que el 32.28% de las mujeres presentaron algún nivel depresión. Entre las usuarias de anticoncepción hormonal, se encontró que las que sí utilizan anticonceptivos presentan mayores índices de depresión que aquellas que no  $p < 0,04$ ; Hallazgos que sería interesante incluir en los procesos de atención psicológica.

*Palabras claves: depresión, niveles de depresión, mujeres, anticoncepción hormonal*

## ABSTRACT

The objective of this study was to identify the relationship between the use of hormonal contraceptives and the presence of depressive symptoms in 254 women members of the private Facebook group "Mujeres Cuenca". This is a descriptive, transversal and correlational study with a quantitative and qualitative methodology. The Beck Depression Inventory II was used. The results indicate that 32.28% of the women showed some level of depression. Among users of hormonal contraception, it was found that those who use contraceptives have higher rates of depression than those who do not  $p < 0.04$ . These findings would be interesting to include in psychological care processes.

**Keywords:** depression, depression levels, women, hormonal contraception.



A handwritten signature in blue ink, located in the bottom right corner of the page. The signature is stylized and appears to be 'Paúl Arpi'.

Translated by  
Ing. Paúl Arpi

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales son definidos como enfermedades o disfunciones que producen alteraciones en el sentir, pensar y actuar de las personas que lo padecen. Según la severidad y recurrencia de los síntomas, pueden llegar a ser incapacitantes y deteriorar las relaciones sociales, familiares y laborales de la persona, llegando a sentir un malestar clínicamente significativo.

En los últimos años, la depresión ha sido catalogada como uno de los problemas psicológicos que más molestias causa a las personas. La depresión ocupa el 20% del aporte global de trastornos mentales. Según estudios, para el 2020 representará la primera o segunda causa de mortalidad en el mundo después las enfermedades cardiovasculares. Las mujeres padecen trastornos depresivos dos veces más que los hombres, y se estima que en la población general, 5 de cada 100 personas sufren de algún tipo de trastorno depresivo (Niño-Avendano, Ospina, & Manrique Abril, 2014)

Está bien sustentado empíricamente que las mujeres presentan con mayor frecuencia trastornos depresivos y del humor. A pesar de ello, aún no se encuentran causas específicas y concluyentes sobre el tema. Dentro de los varios tipos de depresión, se encuentran aquellos que son exclusivos para el sexo femenino como son el síndrome disfórico premenstrual, la depresión post parto y la depresión en la menopausia. Sería sensato concluir que la causa de prevalencia de depresión en mujeres, es el factor biológico. Sin embargo, si nos apegamos a teorías puramente biológicas, descartaríamos facultades psicológicas, y sociales, que son igual de influyente, y formarían a una persona como una totalidad.

El rol de la mujer ha cambiado mucho en el último siglo, si se analiza desde el ámbito social y cultural, en unas culturas más que en otras, el papel de la féminas ha progresado en el sentido laboral, económico y profesional. El entorno y el comercio demanda mujeres más productivas económicamente y mejor capacitadas. Este suceso ha retardado, o de cierta manera pausado, la maternidad. Con los avances en temas de igualdad de género, la mujeres ha podido tomar decisiones sobre su sexualidad, la maternidad, el número de hijos que desean, el tiempo que emplean en un trabajo o a su carrera, etc. Por todo esto, las mujeres han recurrido a distintos métodos anticonceptivos hormonales, que brindan variedad de opciones que se adecuan a las necesidades y prioridades de cada usuaria.

El presente estudio indagó y relacionó la sintomatología depresiva con el uso de anticonceptivos hormonales. La investigación de esta problemática de salud surgió por el interés de dar respuestas más específicas a un fenómeno conocido popular entre las usuarias de los anticonceptivos hormonales pero poco estudiado en el ámbito académico de la psicología y poco sustentado científicamente. En algunos empaques de diferentes tipos de anticonceptivos, se menciona la depresión como efecto secundario, este estudio buscó identificar en que porcentaje se puede relacionar dichos síntomas con el uso de tratamientos hormonales.

A partir de las encuestas realizadas por vías electrónicas, se examinó datos sobre anticoncepción hormonal y variables sociodemográfica. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck II (BDI II), instrumento que evalúa sintomatología depresiva. Se manejó una muestra probabilística, la misma que se obtuvo de la población conformada exclusivamente por mujeres, del grupo virtual “Mujeres Cuenca” en Facebook.

Esta investigación es de tipo transversal, descriptiva, correlacional, donde se analizaron datos cuantitativos y cualitativos. Esta revisión buscó conocer la percepción

de las mujeres sobre anticonceptivos y depresión, así como determinar la incidencia de la patología depresiva tanto en usuarias como en no usuarias. Se espera así poder establecer y contrastar variables que influyeran o precipiten puntuaciones más elevadas en el BDI II.

En el Capítulo I se realizó el planteamiento del contexto donde se encuentra la problemática en relación con otros estudios a través de la revisión bibliográfica sobre el tema de la depresión y anticoncepción hormonal. En el Capítulo II se expuso la metodología y todo el proceso implicado para recolectar, analizar e interpretar los resultados tanto cuantitativos como cualitativos.

Si bien la encuesta fue anónima, y como se mencionó, a través de medios digitales, se espera que los resultados obtenidos sean en su mayoría verdaderos. Sin embargo no se puede descartar que una posible limitante del estudio sea la autenticidad y veracidad de los datos obtenidos de la encuesta, sobre todo en temas relacionados con síntomas depresivos donde pudo haber falsos negativos y falsos positivos.

## Capítulo I

### Depresión en la Mujer Adulta y Anticonceptivos Hormonales

A lo largo de este capítulo, se abordarán los diferentes conceptos y clasificaciones sobre la depresión. Con el fin de tener una visión clara sobre qué se trata esta patología, sus tipos y características. Este apartado pretende otorgar al lector un mapa general de dónde se encuentra hoy en día la depresión, detallando e intentando concretar cuáles son las causas de los trastornos depresivos, que usualmente padecen sobre todo las mujeres.

Sin duda, la variedad bibliográfica nos presenta diversas investigaciones con aún más diversos resultados, pero sigue siendo la misma pregunta la que guía a todas: ¿Cómo influyen las diferentes variables en el género femenino como factor de riesgo para un cuadro depresivo?

Las mujeres se deprimen más, es una afirmación que se repiten en todos los textos sobre depresión. Hoy en día esta patología representa la principal causa de incapacidad relacionada con la enfermedad en mujeres alrededor del mundo. Por tanto, se considera que la depresión es más común en mujeres que en hombres, siendo el riesgo de padecerla dos a uno (Vázquez, 2013). Este dato nos lleva a preguntarnos ¿qué hay detrás de estas cifras? ¿Cuáles son las posibles causas implicadas en que la población femenina presente mayores índices de diagnóstico para un cuadro depresivo?

Por otro lado, la preocupación de llegar a tener un embarazo no deseado ha marcado la actitud individual y social ante la actividad sexual, ya que esta ha sido separada de la reproducción generando un desarrollo en cuanto a la utilización de los métodos anticonceptivos, surgiendo una serie de métodos y dispositivos que hacen de cierta manera más fácil el control de la reproducción sexual.

En la búsqueda de una estrategia que controle la natalidad de manera idónea, se ha desarrollado, a través de los años, varias formas de control natal que han pasado por diversos cambios, como los pesarios de excrementos de cocodrilo y miel desarrollados en Egipto. En la dinastía XII, al ser una población nómada, consideraban a los hijos como una desventaja que dificultaba su movilización (Lugones & Quintana, 1996).

De ahí nacen varios tipos de anticonceptivos desarrollados a través del tiempo hasta llegar a la actualidad en la que el control de la natalidad es considerado un factor importante influenciado por la sociedad. Es cierto que con el auge de los anticonceptivos se ha podido separar las relaciones sexuales de la reproducción, sin embargo, el tema de la sexualidad permanece como un tabú. Un embarazo fuera del matrimonio, la libertad de la sexualidad femenina y otras formas socialmente no aceptadas pueden generar ansiedad, depresión, abortos, etc. Es por esto que el uso de anticonceptivos hormonales está aumentando con el paso de tiempo (González & Pieiga, 2001).

## **1.1 Depresión**

La depresión es un trastorno mental, que se caracteriza por la presencia recurrente de tristeza y/o pérdida de interés o placer notable en actividades que tal vez antes disfrutaba o que los demás disfrutaban normalmente (Organización Panamericana de la Salud, 2017). Suele incapacitar a quien la padece al realizar actividades diarias que pueden variar desde desinterés por el aseo personal hasta interponerse y afectar directamente el área social, laboral y familiar.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), “La depresión es un trastorno mental, que es frecuente y como principales causas de discapacidad en todo el mundo, hoy en día afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, con mayor

prevalencia en las mujeres que en los hombres” (p .1). La revista *Medline Plus* (2016) del Instituto Nacional de la Salud Mental, añade que el paciente que presenta depresión, por lo general demuestra tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración, también puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes, por lo que esta patología puede ser de larga duración o recurrente, y puede afectar considerablemente a la capacidad de llevar a cabo las actividades laborales o académicas y la manera de afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave, puede conducir al suicidio.

Un estudio realizado en Colombia sobre la prevalencia de la depresión y factores asociados a ella, indicó que los factores asociados con la depresión son ser mujer, considerar el estado de salud propio como regular o malo, sufrir de dolores o molestias, tener dificultades en las relaciones interpersonales, consumir marihuana o sustancias adictivas, medicamentos estimulantes o calmantes, tener dependencia del alcohol, o estar desempleado con discapacidad (Gómez et al., 2004).

### **1.1.1 Clasificación de los tipos de trastornos depresivos**

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V, 2014), de la Asociación Americana de Psiquiatría, indica que al momento existen ocho tipos de trastornos dentro de la clasificación de “trastornos depresivos”.

Trastorno de la desregulación disruptiva del estado de ánimo: Se caracteriza por accesos de cólera, graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente y/o con el comportamiento cuya intensidad o duración son desproporcionados a la situación o provocación.



Trastorno de depresión mayor: Se distingue de los demás tipos de trastornos depresivos por su intensidad y duración de los síntomas siendo uno de ellos el estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días. De la misma manera se observa una disminución importante del interés por todas o casi todas las actividades. Son notables los cambios en el peso, ya sea su pérdida sin hacer dietas o un aumento significativo del apetito. También puede presentar dificultades en el sueño como insomnio o hipersomnía. Fatiga, pérdida de energía, disminución de la capacidad para pensar, son parte de la sintomatología depresiva mayor y se presentan la mayor parte del día, casi todos los días.

Trastorno depresivo persistente (distimia): Comparte similitudes con el trastorno depresivo mayor, a diferencia de como su nombre lo indica, es persistente en el tiempo. Su distinción está en que la persona que padezca distimia sufrirá al menos dos síntomas depresivos como insomnio, cambios en el apetito, poca energía, baja autoestima y persistirá durante el período de dos años de la alteración, durante este tiempo el sujeto nunca ha estado sin los síntomas más de dos meses.

Trastorno disfórico premenstrual: en la mayoría de ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezará a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación. Los síntomas típicos dentro de esta condición son: a) labilidad afectiva intensa b) irritabilidad intensa c) estado de ánimo intensamente deprimido d) ansiedad, tensión o nervios intensos; además se combinan los síntomas propios de una depresión general como han sido mencionado antes: insomnio, cambios en el apetito y peso, disminución de interés, letargo, etc.

Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos: se distingue por la alteración importante y persistente del estado de ánimo, de tipo depresivo después de la

abstinencia o poco después de la intoxicación de una sustancia o por la exposición a un medicamento que pueda causar dicha sintomatología.

Trastorno depresivo debido a otra afección médica: La sintomatología se presenta después de la revisión de la historia clínica y la examinación física que da como resultado dicha sintomatología depresiva como consecuencia directa de otra afección médica.

Otro trastorno depresivo especificado: esta categoría se aplica cuando el individuo presenta síntomas característicos depresivos de un trastorno depresivo que causan un malestar clínicamente significativo pero que no cumple todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos; en este caso el clínico opta por mencionar el motivo específico del por qué no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico.

Otro trastorno depresivo no especificado: similar al anterior en sus características son la diferencia de que el clínico que maneja el caso decide no especificar el motivo por el cual el caso no presenta un trastorno depresivo específico.

### **1.1.2 Depresión en la mujer.**

Como se ha mencionado, los primeros factores de riesgo asociados a la depresión suelen ser las variables sociodemográficas como el género. Existen gran cantidad de estudios que se han dedicado exclusivamente a la investigación de las causas y factores que hacen que afecte la depresión dos a uno en mujeres en comparación a los hombres. Por ejemplo, la investigación sobre las “Características de Ansiedad y Depresión en Estudiantes Universitarios” publicada por *el International Journal of Psychological Research* en el 2008, concluye que dentro de las variables sociodemográficas, el sexo femenino presenta con mayor frecuencia índices de depresión, las autoras Vélez,

Casadiego & Sánchez (2008) indican “los datos encontrados confirman que la población femenina además de ser la que consulta con mayor frecuencia, también manifiesta mayor vulnerabilidad frente a la presencia de trastornos de ansiedad y del estado del ánimo” (p. 38). Por otra parte, la investigación realizada por Matud, Guerrero & Matía (2006), detalla que, si bien el modelo biomédico es utilizado como punto de partida para el análisis de las diferencias entre géneros y sus repercusiones en los trastornos mentales, los factores sociales y psicosociales tienen un mayor impacto en la frecuencia en la que la depresión y la ansiedad se presenta más en mujeres, que en hombres. Los mismos autores afirman “las imágenes estereotipadas y condicionadas socialmente producen en la mujer una serie de condicionantes cognitivos opuestos a la aserción. Así, durante el proceso de socialización, las chicas aprenden a ser indefensas, desarrollando un repertorio de respuestas limitado cuando están sometidas a estrés. Esas autoimágenes y expectativas son interiorizadas en la infancia, de modo que posteriormente llegan a creer que el estereotipo de feminidad es normativo, esperado y valorado” (p. 10).

En la literatura científica encontramos variedad de estudios sobre la salud mental de la mujer y su vulnerabilidad frente a los trastornos mentales. Dichos estudios, a escala general comparten la misma pregunta y buscan la misma respuesta: ¿qué está pasando con las mujeres alrededor del mundo? ¿Dónde se encuentra la causa específica para aquella remarcada distinción en comorbilidad y frecuencia de trastornos depresivos entre mujeres? A continuación, se analizan las diferentes causas y explicaciones que se encuentran hoy en día para la depresión en mujeres.

### ***Etiopatogenia.***

La etiopatogénesis hace referencia a las causas y mecanismos de cómo se produce una enfermedad o patología. Cuando hablamos de la etiopatogenia de la depresión en mujeres,

surgen cuatro perspectivas que intentan analizar y dar la respuesta del por qué los índices de depresión son más frecuentes en la población femenina que se describen a continuación:

**Modelo biomédico:** refiere a las diferencias en base a agentes biológicos, fisiológicos, genéticos y hormonales, siendo los últimos los más considerados como causa principal para marcar diferencias en la salud mental entre sexos. Un ejemplo de la influencia que ejercen los cambios hormonales drásticos sobre la salud física y mental son todos aquellos procesos que presentan fluctuaciones hormonales como la menstruación, el embarazo, el parto. Patologías relacionadas a estos procesos son: el trastorno disfórico premenstrual, la depresión postparto y hasta la menopausia. Estos están relacionados al principio fisiológico de los cambios hormonales propios de cada fase del ciclo vital de la mujer. Desde el principio biomédico se recalca en el factor hormonal como causa principal para establecer la diferencia y la vulnerabilidad de las mujeres hacia los trastornos mentales sobre todo los emocionales en comparación con los hombres (Vélez, Casadiegos, & Sánchez, 2008).

**Factores genéticos:** Diversos estudios tratan de exponer la implicación que tienen los factores genéticos en la depresión (Silva, 2002). Así como el papel que juegan, para explicar las diferencias de género en la incidencia del trastorno. Estos se basan fundamentalmente en estudios de familias y gemelos con la enfermedad. Szatkowski citado en Vázquez (2013) señala:

“la participación genética puede basarse específicamente en el papel de las mitocondrias como modelo genético, el cual predispone a la persona a sufrir el efecto de diversos estresores ambientales. Es decir, los genes específicos hacen más vulnerable a

las mujeres a los eventos vitales, lo que determina la aparición de los síntomas depresivos y su expresión diferente con respecto a los hombres” (p.6).

Varios investigadores mantienen la teoría de que no existe predisposición genética en ninguno de los dos sexos que los haga más vulnerables a padecer un trastorno depresivo. Un artículo realizado por Sullivan y colaboradores citado por Kuehner (2003), profesionales de la investigación que incluyeron más de 20 000 personas en los cuales no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en la transmisión de la depresión, dichos autores concluyeron su investigación determinando que el efecto de los factores genéticos es igual para ambos sexos. La bibliografía sobre el tema es amplia pero parece concluir que la relación entre los factores genéticos con la depresión solo determinan o influyen en mayor medida la sensibilidad hacia agentes o eventos externos (Silva, 2002).

Factores hormonales y depresión: como se ha mencionado anteriormente, el factor hormonal como epistemología de la depresión es el eje desde el punto de vista biológico. Las hormonas sexuales juegan un papel fundamental en el desarrollo físico, psicológico y social de la persona. Las investigaciones sobre las causas de la psicopatología infantil y juvenil de Zahn-Waxler C. citado por Vázquez (2013), señalan que antes de la adolescencia la depresión puede ser incluso más frecuente en hombres que en mujeres. Otros investigadores indican que, en esta etapa tanto niñas como niños tienen igual probabilidad de presentar trastornos depresivos. Sin embargo, cuando ocurre la primera menstruación se incrementa la depresión en mujeres superando a los varones; esta inversión estaría determinada por el aumento y fluctuación hormonal propia de esta edad (Zahn-Waxler, Shirtcliff, & Marceau, 2008). Considerando diferentes factores psicosociales y culturales, las mujeres estarían expuestas a mayores factores estresantes durante la adolescencia a comparación de los varones, pero además la población femenina

parece que reacciona con mayor sintomatología depresiva que ellos cuando se exponen a los mismos estresores (Essau, Lewinsohn, Seeley, & Sasagawa, 2010). Esta diferencia en la expresión de la psicopatología expone una mayor vulnerabilidad en el género femenino por sus cambios y fluctuaciones hormonales, que estaría relacionado directamente con el aumento de estrógenos y progesterona en las mujeres durante la etapa adolescente. El trastorno disfórico premenstrual, el parto, la depresión postparto y la menopausia estarían agrupados dentro del influjo de hormonas sexuales, que parece derivar en sintomatología depresiva. Una investigación realizada por Miakon & Alkon (2004), tras realizar un experimento en ratas concluyeron que el sexo femenino es más vulnerable a la depresión inducida experimentalmente, pues tras administrar hormonas sexuales notaron que la testosterona disminuye dicha vulnerabilidad y los estrógenos la aumenta. Esto sugiere que sería un error considerar a la secreción de estrógenos, propio del ciclo menstrual femenino, como el único causante de un cuadro depresivo, sino más bien dicha condición característica de las mujeres, aumenta la sensibilidad a conflictos del entorno y estresores externos por ende mayor vulnerabilidad para desencadenar un trastorno depresivo o afectivo.

Modelo psicosocial: analiza diferentes variables intrapsíquicas e interpersonales como personalidad, mecanismos de afrontación, habilidades sociales. Un artículo publicado por la *Revista MedWave* el autor Zarragoitía (2013), intenta dar con la respuesta a las preguntas relacionadas con tema de género y salud mental. El autor plantea la problemática de género como punto de partida para comprender las diferencias psicológicas que puedan existir, y puntualiza en tres aspectos y conceptos básicos para entender las diferencias neurobiológicas desde el punto de vista histórico-cultural, que son los siguientes:

- Asignación de género: se da desde el momento del nacimiento por los órganos genitales.
- Identidad de género: son los aspectos biológicos y psicológicos que se establecen desde los primeros años de vida.
- Rol de género: conjunto de normas establecidas socialmente para cada sexo.

De estos conceptos podemos considerar que las diferencias entre géneros no se basan en constructos puramente biológicos. La investigación realizada por Vázquez (2013) en el artículo “Depresión. Diferencias de Género” menciona:

“la mujer se enfrenta a más factores psicosociales derivado de la doble jornada de trabajo (centro laboral y el hogar), la existencia de prejuicios sociales que aún persisten sobre la “feminidad y el rol de la mujer” y las afectan de manera específica, el estrés derivado del embarazo (más aún si es no planificado), el parto, la crianza de los hijos, “desventajas” en la relación de pareja (dependencia económica, obediencia al esposo); si ocurre un divorcio en la mayoría de las ocasiones le corresponde quedarse con los hijos, muchas veces sin sustento económico; es más frecuente la existencia de la madre soltera que el padre soltero” (p. 10).

Un ejemplo de esto es el estudio realizado por Blanco & Feldman (2000), donde el objetivo fue analizar la relación existente entre la distribución de responsabilidades en el hogar y la salud física y mental percibida por un grupo de mujeres trabajadoras. Las investigadoras utilizaron una muestra de 260 profesoras universitarias, los resultados fueron que las mujeres que ocupaban más tiempo en la administración y planificación en las tareas del hogar mostraron una mayor tendencia a padecer síntomas depresivos y ansiosos. En el estudio bibliográfico realizado por Vázquez (2013), indica que, investigaciones recientes sugieren que se debe prestar atención al rol que juegan los

traumas psicológicos en la niñez y en adolescencia temprana, pues dichos traumas parecen aumentar la vulnerabilidad a la depresión. La exposición a eventos traumáticos puede manifestarse produciendo cambios en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal. Cuando estos eventos vuelven a ocurrir, pero esta vez en la adultez incrementa la predisposición a la depresión. El género femenino está expuesto a más traumas y violencia, ya sea física, psicológica, verbal y sexual (Vázquez, 2013).

Modelo social: el entorno codifica e influye de manera directa y causal sobre la salud tanto física como mental. Se analizan ámbitos culturales, económicos, políticos, etc. Las mujeres sufren más violencia a lo largo de la vida y con mayor frecuencia es la víctima en la violencia conyugal. Está ampliamente documentada la relación entre maltrato hacia la mujer y depresión. Según Villajero (2005), las mujeres maltratadas por sus parejas presentan un síndrome que contiene características que ejercen como elementos etiopatogénicos de depresión, el primero que es una carga estresora psicosocial fuerte que puede actuar como factor precipitante para un cuadro depresivo. Segundo, disminuye cualidades psicológicas de la víctima como la autoestima, crea distorsiones cognitivas, sentimientos de culpabilidad y de indefensión.

Modelo biopsicosocial: Este es un cuarto modelo, que no divide a la persona como estructuras y componentes separados, sino más bien considera al individuo como una totalidad, sin buscar una causa única, sino como el resultado de una compleja asociación de interacciones y modificaciones estructurales y funcionales, entre lo biológico, psicológico y socio-ambiental (Chong, 2012).

Si nos enfocamos en las diferencias de salud mental entre géneros desde el modelo biopsicosocial partimos de la biológica, que como ya se mencionó anteriormente, la fisiología endocrina es un punto diferencial clave; el componente psicológico está



directamente ligado y consecuente tanto al factor biológico como social. Para ejemplificar podemos decir que cuando biológicamente se asigna el cromosoma XX y es mujer, desde el momento del nacimiento se crearán constructos psicológicos propios, como la personalidad, capacidad de afrontamiento, resiliencia, que continuarán moldeando como el resultado tanto de su entorno social como de su influencia biológica. Es innegable que cada entorno social, ya sea político, o más importante como económico y cultural, influenciarán como una constante durante su desarrollo en el ciclo vital.

## **1.2 Anticonceptivos hormonales**

A lo largo de la historia, la maternidad ha sido considerada como un evento natural, el mismo que se catalogó como símbolo de prosperidad ya que si una mujer mostraba ser fértil esto llenaba de orgullo a quien fuese su esposo. Sin embargo, con el pasar del tiempo, el cambio en la sociedad y la economía esto se ha dejado de lado, ya que en la actualidad la tendencia de hijos es controlada; y un medio de control creado son los anticonceptivos hormonales que a manera de planificación familiar se aplican tanto a hombres como a mujeres, pero quienes utilizan estos medios de control en su mayor parte es la población femenina.

La actividad anticonceptiva de naturaleza farmacológica se lleva a cabo, principalmente, con sustancias de carácter hormonal o anti hormonal que llegan a modificar de manera sustancial los mecanismos de ovulación, fecundación o implantación del huevo fecundado en la mujer e inhiben la espermatogénesis o modifican la actividad de los espermatozoides en el varón (Amado & Flórez, 1997).

La mayoría de las pastillas anticonceptivas, parches, anillos vaginales e implantes contienen una combinación de derivados de las hormonas estrógeno y progestina. Estas

actúan al imitar las hormonas en el cuerpo para engañar a su sistema reproductivo, con el fin de producir los siguientes efectos:

- Prevenir que los ovarios liberen óvulos.
- Engrosar el moco cervical para ayudar a impedir que el esperma fertilice un óvulo.
- Adelgazar el revestimiento del útero, lo que hace difícil que un óvulo se implante, en caso de ser fertilizado.

No obstante, el sistema reproductivo no se encuentra aislado, está conectado con sus otros sistemas corporales, y por lo tanto la anticoncepción hormonal es capaz de alterar mucho más que el estado reproductivo (Mercola, 2016).

### **1.2.1 Tipos de anticonceptivos hormonales.**

Dispositivos Intrauterinos (DIU): Dispositivos que liberan levonogestrel y combinan lo mejor del DIU (de cobre) con anticonceptivos hormonales, lo que aumenta su eficacia, tiene acción prolongada y es reversible. Según el tipo puede utilizarse por 5 o 10 años. Entre sus mecanismos de acción tenemos que altera el ambiente uterino, dificultando la vida de los espermatozoides. Producen una alteración del endometrio por secreción hormonal (progestasert) y además, previenen la fertilización, no la implantación (González & Pieiga, 2001; Vargas & Estrada, 2013).

Anticonceptivos orales combinados (píldora): Las píldoras anticonceptivas orales combinadas (AOC) contienen diferentes combinaciones de estrógenos y progestinas sintéticos. Una mujer toma una píldora por día, de preferencia a la misma hora cada día. Dentro de sus mecanismos de acción esta: suprimir la ovulación, reducen la movilización de espermatozoides hacia las trompas de Falopio, modifican el endometrio para que haya

mayor dificultad de implantación y espesan el moco cervical impidiendo el paso agilitado de los espermias. Hay muchos tipos de anticonceptivos orales disponibles, por lo que un profesional de la salud ayuda a determinar qué tipo se adapta mejor a las necesidades de una mujer. El uso de píldoras AOC no se recomienda a mujeres que consumen tabaco, mayores de 35 años o a cualquier mujer que tenga presión arterial alta, antecedentes de coágulos sanguíneos, de cáncer de mama, hígado o endometrio (Vásquez-Awad, Palacios, Roberto de Melo, Gómez-Tabares, & Loret de Mola, 2014) .

Píldoras solo de progestina: Una mujer toma una píldora por día, de preferencia a la misma hora cada día. Las píldoras solo de progestina podrían interferir con la ovulación o la función del espermia. Este tipo de píldoras engrosan el moco cervical, lo que dificulta que el espermia nade hacia el útero o ingrese a las trompas de Falopio. Alteran los cambios cíclicos normales en el revestimiento del útero y podrían provocar sangrado entre los períodos menstruales normales de una mujer (metrorragia) (Vallejo & Blumel, 2010).

Parche anticonceptivo: Es un parche de plástico fino que se adhiere a la piel y libera hormonas al torrente sanguíneo a través de la piel. El parche se coloca en la parte baja del abdomen, las nalgas, la parte externa del brazo o la parte superior del cuerpo. Se coloca un nuevo parche una vez por semana durante tres semanas y no se usa parche en la cuarta semana para permitir la menstruación. Presenta similitudes en los mismos mecanismos que la píldora anticonceptiva combinada Los efectos secundarios incluyen irregularidades en el peso, acné, sensibilidad mamaria, cefaleas, nerviosismo, etc. Tiene altos índices de confiabilidad (Díaz & Schiappacasse, 2017).

Anticonceptivo inyectable: Este método implica la inyección de una progestina, Depo-Provera (DMPA—acetato de medroxiprogesterona de depósito) en el brazo o la nalga una vez cada tres meses . Los anticonceptivos solo de progestina como el inyectable, alteran

el homeóstasis de las hormonas naturales del organismo femenino, y al romper ese equilibrio impiden una serie de señales químicas que son fundamentales para completar el ciclo normal femenino, ya sea que no permite la liberación de un óvulo fértil o impidiendo su fecundación (Rodríguez, Gómez, & Conde, 2003).

**Anillos vaginales:** El anillo es fino, flexible y mide aproximadamente dos pulgadas de diámetro. Administra una combinación de estrógeno sintético (etinilestradiol) y progestina. El anillo se inserta en la vagina, donde libera en forma continua hormonas durante tres semanas. La mujer se lo retira en la cuarta semana e inserta un anillo nuevo siete días después. Los eficacia y riesgos de este método anticonceptivo son similares a los de las píldoras anticonceptivas orales combinadas. Este método debilita el endometrio, engrosa la mucosa vaginal, inhibe la hormona luteinizante LH, etc (Soriano, Rodenas, & Moreno, 2010).

**Píldoras anticonceptivas de emergencia (AE):** Las AE son píldoras hormonales que se toman como una dosis única o en dos dosis con 12 horas entre una y otra. Su uso está previsto para casos de relaciones sexuales sin protección. Si se toman antes de la ovulación, las píldoras pueden retardar o inhibir la ovulación durante al menos cinco días para permitir que el esperma se torne inactivo. También pueden engrosar el moco cervical y podrían interferir con el funcionamiento del esperma. Los AE deben tomarse lo antes posible luego de la exposición al semen y no deben usarse como método anticonceptivo regular. Si las píldoras se toman después de la ovulación o si hay una exposición posterior al semen en el mismo ciclo, puede producirse un embarazo (Toro, 2011).

### **1.2.2 Efectos secundarios relacionados a los anticonceptivos hormonales.**

Como se ha detallado en el punto anterior sobre la depresión, la parte fisiológica enfocada principalmente en los cambios hormonales propios del ciclo de la mujer, juegan un papel importante como factor en la vulnerabilidad ante cambios de humor y estados depresivos en la mujer. Es por ello que se analizan la relación que mantiene los síntomas depresivos con los anticonceptivos hormonales, pues la afección que estos ocasionan muchas veces pasa desapercibida por parte de sus consumidoras. En este caso las mujeres que muy lejos de pensar que es un efecto secundario del consumo de anticonceptivos los relacionan a problemas familiares, sociales, o de trabajo llevando así el problema a una perspectiva equivocada. En muchos casos al ser diagnosticada de manera inadecuada lleva a la mujer a buscar el tratamiento con antidepresivos consintiendo la idea que los necesita por problemas relacionados con el ámbito en el que vive, más no por la verdadera causa que viene a ser las hormonas de los anticonceptivos. Consideramos que los profesionales de la salud, muchas veces omiten la detallada información sobre los efectos secundarios que pueden causar los anticonceptivos hormonales, en otras palabras, hay cierto nivel de desinformación, que sin duda tendría un impacto en el desempeño de los mismos.

Los efectos secundarios suelen ser causa de abandono del uso de los anticonceptivos. Los estudios demuestran que hasta un 65% de las mujeres que dejan el anticonceptivo hormonal se debe a sus efectos secundarios (González, et al., 2013).

Los efectos secundarios más frecuentes son el sangrado intermenstrual, las náuseas, mareos, aumento de peso, cambios de humor, sensibilidad en las mamas y cefalea (Gómez-Sánchez & Pairo, 2010). Además, las usuarias de parches pueden interrumpir el método debido a reacciones locales en la piel y las usuarias del anillo debido a la

secreción vaginal (Roumen, 2007). Las píldoras que contienen solo progesterona, pueden presentar efectos secundarios similares a los anteriores, pero la frecuencia de sangrado irregular es mayor. Además, pueden mostrar menor sangrado menstrual e incluso amenorrea. Por este motivo, es importante informar a las usuarias de los posibles efectos secundarios para conseguir mayor adherencia al tratamiento y menos tasas de abandono por desinformación (Gallo, et al., 2011). Respecto al deseo sexual, en los estudios no hay una evidencia clara de disminución de deseo debido al uso de anticoncepción hormonal, pero si la usuaria lo refiere, se puede recomendar una píldora más androgénica. Si existe sequedad vaginal, se recomendará el uso de lubricantes hidrosolubles. No existe evidencia científica sobre el aumento de peso utilizando la píldora anticonceptiva a corto plazo (6 meses) (González et al., 2013).

Los investigadores de la Universidad de Copenhague, en Dinamarca realizaron un estudio en el cual analizaron un millón de mujeres durante 14 años en la cual se indicaba que en ninguna de las mujeres que comprendían una edad entre 15 y 34 años había sido diagnosticada con depresión al iniciar el estudio. Sin embargo, el resultado del análisis demostró que el 40% de las mujeres habían sido diagnosticadas con riesgo de desarrollar depresión después de seis meses de uso de anticonceptivos comparado con mujeres que no los consumían. Como resultado se obtuvo la asociación entre el consumo de anticonceptivos hormonales y el uso de anti depresivos en la etapa posterior a dejar de usar el método anticonceptivo. Además, con el estudio se demostró que tienden a sufrir de cambios de humor, que, según los investigadores del estudio se atribuye a la presencia de hormonas femeninas como el estrógeno y la progesterona (Wessel, Steinrud, Vedel, & Lidegaard, 2016).

## **Conclusiones del capítulo**

Como se expuso a lo largo de este capítulo, la depresión es más común en el género femenino que en el masculino. Las diferentes investigaciones han aportado varias teorías sobre la etiología de la misma.

Se sobreponen aquellas teorías o modelos que atribuyen la diferencia en frecuencia del trastorno depresivo en mujeres a los factores biológicos, como los procesos hormonales intrínsecos al sexo femenino. De la misma manera, resaltan los factores psicosociales como importantes agentes a la hora de desarrollar un posible cuadro depresivo. El entorno, situaciones de riesgo, eventos estresantes, expectativas sociales, carga social o familiar y la violencia de género serían factores de riesgos psicosociales que, acompañados de antecedentes genéticos podrían desencadenar una depresión.

Por otro lado, los diversos anticonceptivos hormonales que existen hoy en día, ofrecen variedad de tipos o presentaciones, y se presentan como métodos eficaces para evitar embarazos, tratamientos contra el acné, tratamientos hormonales, etc. Sin embargo, el impacto que pueden generar sobre el organismo, excluyendo la función para la que fueron realizadas, es intensa. Como ha aportado la literatura científica, sabemos que sí existen repercusiones y efectos secundarios. Varias farmacéuticas mencionan en sus empaques los posibles efectos secundarios, como por ejemplo cefaleas, náuseas, ánimo deprimido, sensibilidad, dolor de mamas, etc. El efecto de los anticonceptivos hormonales no será aislado y afectará o involucrará a otros sistemas del cuerpo de la mujer.

## **Capítulo II**

### **Metodología y Resultados**

A lo largo de este capítulo, se especificará la metodología que fue empleada para la obtención de datos e información para la elaboración de este estudio. De la misma manera se describe el proceso que se llevó a cabo con el fin de alcanzar los resultados y cumplir con los objetivos propuestos para esta investigación. El análisis de resultados, tanto cuantitativos como cualitativos, nos permitió corroborar la hipótesis planteada al inicio de este estudio, el mismo que es de tipo descriptivo, no experimental, transversal correlacional, con una muestra probabilística. A continuación, se detalla cada componente de la metodología así como el análisis de resultados cuantitativos y cualitativos.

#### **2.1 Metodología**

Seguidamente, se describe los instrumentos, la población de estudio y los criterios de inclusión y exclusión.

##### **2.1.1 Instrumentos**

Encuesta sobre el uso de anticonceptivos: se realizó una encuesta ad hoc. estructurada en cuatro partes con un total de 13 ítems de opción múltiple y dos ítems adicionales sobre la atribución de síntomas depresivos y la experiencia de las usuarias en la esfera emocional con el uso de anticonceptivos hormonales. La primera parte de la encuesta fue el consentimiento, seguido se recolectaron datos sociodemográficos como edad, trabajo, nivel de estudio, hijos, etc. La tercera parte de la encuesta abarcaba todo lo relacionado al uso de anticonceptivos hormonales, como: tipo, tiempo de uso, antecedentes, etc. A



continuación, se procedió a completar la última sección de la encuesta que correspondía al Inventario de Depresión de Beck II, para finalizar con los dos ítems sobre la atribución de los síntomas y la experiencia de las usuarias (Ver Anexo 1).

Inventario de Depresión de Beck II (BDI II): este instrumento consta de 21 ítems donde se presentan cuatro afirmaciones relacionadas con síntomas depresivos, la persona encuestada debió escoger una afirmación por cada ítem. El BDI-II nos proporcionó una medida de la presencia y de la severidad de depresión en la muestra estudiada. Los ítems son indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Se obtuvo un índice de consistencia interna (coeficiente Alfa de Cronbach = 0.92) lo que indica que la prueba es fiable (Ver Anexo 1). Las puntuaciones del BDI II se determina mediante las sumas de las elecciones para los 21 ítems. Cada ítem es valuado según una escala de cuatro puntos, de 0 a 3, siendo la puntuación máxima posible de 63. Las pautas de puntuación de corte para severidad son: depresión mínima 0-13, depresión leve 14-19, depresión moderada 20-28 y depresión severa 29-63.

### **2.1.2 Población de estudio**

La población estuvo conformada por las mujeres integrantes del grupo privado de Facebook “Mujeres Cuenca”. El grupo consta con un total de 5.484 integrantes con un rango de edad que va desde los 16 años hasta los 70 años o más. Se estableció un plazo de recolección de datos de dos meses que inició el 20 de enero de 2019 y finalizó el 20 de marzo del mismo año, obteniendo una muestra final de 254 encuestas válidas que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

a) Criterios de inclusión

- Integrantes del grupo “Mujeres Cuenca” que tengan 18 años o más.
- Participantes que deseen colaborar con la investigación y firmen el consentimiento informado.

b) Criterios de exclusión

- Miembros del grupo “Mujeres Cuenca” que sean menores de edad.
- Mujeres que requieran el permiso de otros para firmar el consentimiento.

### **2.1.3 Procedimiento de la investigación**

- Obtención de permisos para realizar la encuesta: Este proceso se realizó con las creadoras del grupo y coordinadoras del mismo. Se les pidió autorización para publicar la encuesta, explicando brevemente cual sería el objetivo del estudio.

- Sociabilización de la encuesta: Debido a que la encuesta se realizó en su totalidad de manera digital, para motivar a las integrantes a colaborar con la investigación se ofreció diferentes premios que fueron sorteados después de cada mes de recolección de encuestas. De la misma manera para evitar que la publicación de la encuesta se pierda en el grupo, se puso como condición para poder participar en los sorteos, sugerir a dos integrantes más del grupo que realice la encuesta y participe en el concurso.

- Aplicación de las encuestas: Las encuestas se realizaron en un plazo de dos meses. Empezando el 20 de enero y finalizando el 20 de marzo de 2019 para completar el mayor número de encuestas válidas posibles. Se inició con la difusión de la encuesta formulada en Google Forms. La encuesta fue anónima, sin embargo, se indagaron datos sociodemográficos de las participantes, así como información sobre el uso de anticonceptivos hormonales y para concluir con el Inventario de Depresión de Beck.

- Análisis estadístico: Obtenido el consentimiento, se prosiguió a los ítems de la encuesta que corresponden a preguntas sociodemográficas, uso de anticonceptivos hormonales, el BDI II y las preguntas sobre atribución y experiencia al uso de anticonceptivos hormonales y de la esfera emocional. Se presentan como frecuencias y porcentajes. La prueba estadística de Kolmogorov Smirnov reveló que el comportamiento de los datos se encuentra dentro los rangos estadísticos apropiados, los resultados fueron: 0,136; gl. 254 sig. 0.000. El procesamiento de los datos se realizó en el programa de estadística SPSS 22.0 y la edición de tablas y gráficos en Excel 2010.

- Obtención de resultados preliminares: Los datos preliminares fueron analizados en primera instancia mediante la plataforma de Google Forms, donde presenta en manera de porcentajes generales las respuestas registradas, en forma de gráficos porcentuales.

- Procesamiento de datos: Los datos obtenidos de los resultados preliminares fueron procesados en el programa estadístico SPSS 22.0 para comparar las diferentes variables.

-Elaboración de resultados finales: Con los datos obtenidos en el programa SPSS, se prosiguió a elaborar los resultados finales en forma de tablas y gráficos.

**Figura 1.** Procedimiento de la investigación



## 2.2 Resultados de la investigación

En el siguiente apartado se describen los resultados cuantitativos, los cuales fueron analizados con el programa estadístico SPSS. De la misma manera se detalla el análisis y resultados de los datos cualitativos.

### 2.2.1 Resultados cuantitativos

**Datos sociodemográficos.** El estudio se realizó con 254 mujeres, integrantes del grupo privado de Facebook “Mujeres Cuenca”, 63.8% de la muestra tenía entre 18-25 años de edad, el 57.5% no tenía hijos. Un 69.3% de las participantes trabaja. El 65.7% de las encuestadas se encuentra cursando o han completo el tercer nivel académico, el 22,4% se ubicó dentro del rango en el cuarto nivel de estudios, el 11,4% ha alcanzado o cursa el segundo nivel, y el 0,4% el primer nivel de estudios. El 81.5% de la muestra sí utiliza o ha utilizado anticonceptivos hormonales frente al 18.5% que no lo ha hecho. Todos los detalles se observan en la Tabla 1.

Tabla 1. *Datos sociodemográficos*

<b>Edad</b>	18-30	162	63,8%
	31-45	49	19,3%
	46-64	40	15,7%
	65 o más	3	1,2%
<b>Hijos</b>	No	146	57,5%
	Sí	108	42,5%
<b>Trabajo</b>	No	78	30,7%
	Sí	176	69,3%
<b>Nivel de estudios</b>	Primer nivel	1	0,4%
	Segundo nivel	29	11,4%
	Tercer nivel	167	65,7%
	Cuarto nivel	57	22,4%
<b>Anticonceptivo</b>	No	47	18,5%
	Sí	207	81,5%

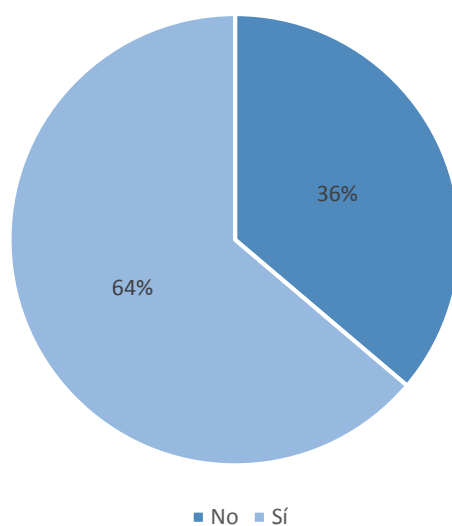
**Tipos de anticonceptivos hormonales.** Se encontró que, de las 207 mujeres de la muestra que utilizan o han utilizado anticonceptivos hormonales, el más empleado fue la píldora anticonceptiva (58.80%). El método anticonceptivo que menos se utilizó entre las usuarias fueron los parches transdérmicos (2.60%) ver Tabla 2.

Tabla 2. *Tipos de anticonceptivos empleados por las usuarias*

Tipo de anticonceptivo	n	%
<b>Píldora anticonceptiva</b>	161	58,8%
<b>Anillo vaginal</b>	19	6,9%
<b>Parches transdérmicos</b>	7	2,6%
<b>Inyectables intramusculares</b>	55	20,1%
<b>Sistema intrauterino</b>	24	8,8%
<b>Otro</b>	8	2,9%
<b>Total</b>	274	100%

**Efectos secundarios.** Los resultados demuestran que el 64% de las participantes que son o han sido usuarias de métodos anticonceptivos hormonales, sí conoce acerca de sus efectos secundarios, siendo uno de ellos los síntomas depresivos (Figura 2).

Figura 2. Conocimiento de las usuarias sobre síntomas depresivos como efecto secundario de anticonceptivos hormonales



**Percepción de efectos secundarios de los métodos anticonceptivos hormonales.** De igual manera, los efectos secundarios se indagaron desde la percepción de las usuarias, sobre los cambios que pudieron haber producido el uso de anticonceptivos hormonales en la esfera emocional. Como se puede observar en la Figura 3, el 54.10% de las mujeres indicaron que las personas alrededor sí mencionaron cambios en el comportamiento y/o estado de ánimo; y el 62.80% determinaron que ellas mismas pudieron observar cambios en la esfera emocional y del estado de ánimo desde que utilizan métodos anticonceptivos hormonales (Figura 4).

Figura 3. Percepción de otras personas sobre cambios en la esfera emocional con el uso de anticonceptivos hormonales

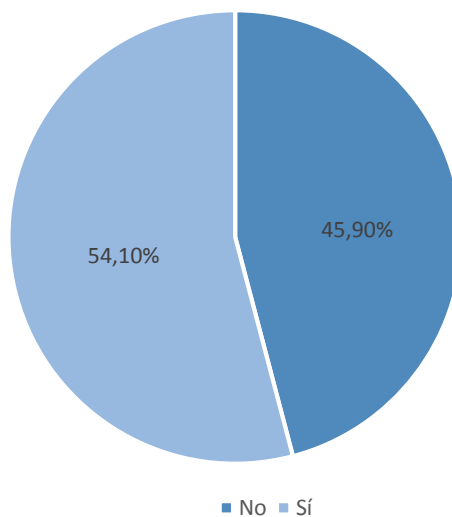
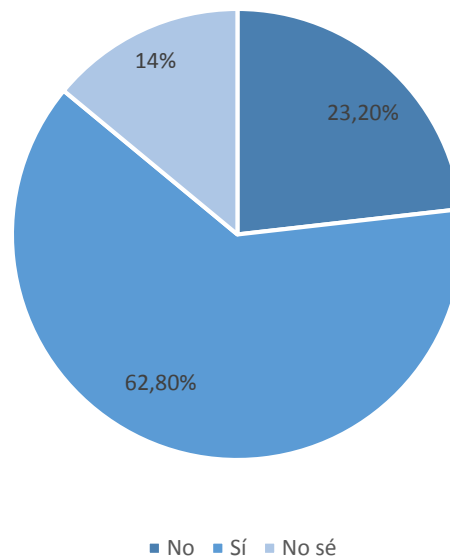


Figura 4. Autopercepción de las usuarias sobre cambios en la esfera emocional y en el estado de ánimo



**Nivel de severidad de depresión.** Se encontró que en el Inventario de Depresión de Beck II, la muestra total de las 254 mujeres encuestadas obtuvo los siguientes resultados: el 67.7% indicó nivel de depresión mínima, el 16.5% depresión leve, depresión moderada 10.6% y finalmente depresión severa 5.1% (Detalles en la Tabla 3).

Tabla 3. Niveles de depresión en la muestra total

Nivel	n	%
<b>Depresión mínima</b>	172	67,7%
<b>Depresión leve</b>	42	16,5%
<b>Depresión moderada</b>	27	10,6%
<b>Depresión severa</b>	13	5,1%
<b>Total</b>	254	100%

Se obtuvo una diferencia significativa ( $p < 0.00$ ) entre la población que no presenta depresión o se encuentra en el rango de depresión mínima ( $n=172$ ) frente al resto de la muestra que se encuentra dentro de los rangos de severidad de depresión (leve, moderado y grave) ( $n=82$ ). Estos datos se obtuvieron tras realizar una prueba t de comparación de medias (ver Tabla 4).



Tabla 4. *Comparación de significancia entre niveles de severidad de depresión de la muestra total*

Nivel de severidad de depresión	n	$\bar{x}$	DE
Depresión mínima	172	5,55	4,15
Leve/moderada/grave	82	22,21	9,12

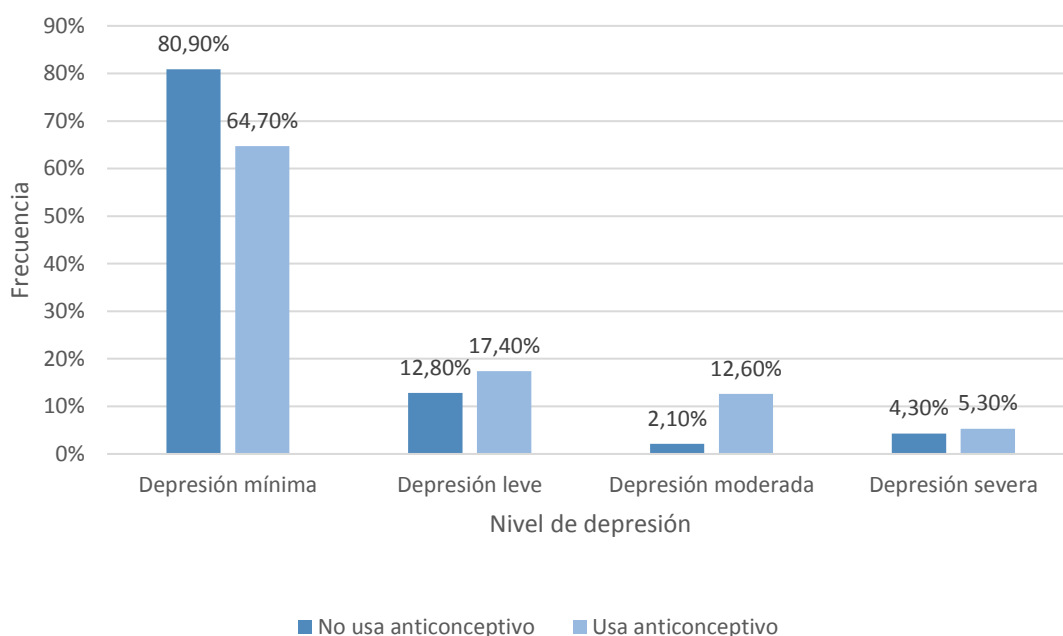
*Niveles de severidad de depresión según el uso de anticonceptivos hormonales.*

Comparando el nivel de severidad de depresión entre las usuarias de anticonceptivos y no usuarias, se encontró que 47 mujeres no utilizan o han utilizado anticonceptivos hormonales frente a las 207 mujeres que sí lo han hecho (ver Tabla 5). En los niveles de severidad, para depresión mínima las mujeres que indicaron no usar anticonceptivos presentaron porcentajes más altos (80.90%) frente a las que sí usan o han utilizado anticonceptivos (64.70%). Sin embargo, en los rangos de depresión moderada y severa los resultados indicaron que las mujeres que sí utilizan anticonceptivos hormonales presentaron índices más altos de severidad de depresión que aquellas que no los han utilizado (véase Figura 5).

Tabla 5. *Frecuencias y porcentajes de los niveles de depresión según el uso o no de anticonceptivos hormonales*

Nivel	No usa anticonceptivos		Usa anticonceptivos	
	n	%	n	%
Depresión mínima	38	80,9%	134	64,70%
Depresión leve	6	12,8%	36	17,%
Depresión moderada	1	2,1%	26	12,6%
Depresión severa	2	4,3%	11	5,3%
<b>Total</b>	47	100%	207	100%

Figura 5. Comparación de niveles de depresión entre usuarias y no usuarias de anticonceptivos hormonales



Dentro de los niveles clínicamente significativos de depresión (leve, moderada y grave) y el uso o no de anticonceptivos hormonales, se encontró una diferencia significativa ( $p=.004$ ). La muestra de mujeres que sí utilizan anticonceptivos ( $n=73$ ) con una media de 22.56 y desviación estándar de 9.25, presenta mayores niveles de depresión clínica frente a las no usuarias de anticonceptivos ( $n=9$ ) con una media de 19.33 ( $DE=7.89$ ) Tabla 6.

Tabla 6. Depresión clínica según uso o no de anticonceptivos hormonales

	Presentan depresión leve/moderada/grave		
	n	$\bar{x}$	DE
No usan anticonceptivos	9	19,33	7,89
Sí usan anticonceptivos hormonales	73	22,56	9,25

*Características sociodemográficas y niveles de depresión en usuarias de anticonceptivos hormonales.*

**Edad.** Se observó que el rango de edad comprendido entre los 18-30 años es el que presenta mayor número de casos dentro de depresión moderada (8.7%) y severa (3.4%). Las mujeres entre los 46-64 años de edad son las que obtuvieron los puntajes más bajos para depresión moderada y severa. Es importante mencionar que en el rango de edad de 65 años o más, 2 de 3 usuarias presentan depresión severa. Tabla 7.

Tabla 7. Nivel de depresión según edad en usuarias de anticonceptivos hormonales

Nivel	Edad								Total	
	18-30		31-45		46-64		65 o más			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Depresión mínima</b>	82	39,6%	29	14,0%	22	10,6%	1	0,5%	134	64,7%
<b>Depresión leve</b>	26	12,6%	8	3,9%	2	1,0%	0	0,0%	36	17,4%
<b>Depresión moderada</b>	18	8,7%	4	1,9%	4	1,9%	0	0,0%	26	12,6%
<b>Depresión severa</b>	7	3,4%	2	1,0%	0	0,0%	2	1,0%	11	5,3%
<b>Total</b>	133	64,3%	43	20,8%	28	13,5%	3	1,4%	207	100%

**Hijos.** Como se puede observar en la Tabla 8. en la comparación sobre el factor hijos se obtuvo que aquellas mujeres que no tienen hijos y toman anticonceptivos hormonales puntuaron más alto en los niveles de depresión moderada (7.7%) y depresión severa (3.9%) frente a las mujeres que sí tienen hijos y utilizan métodos hormonales (4.8%) y (1.4%).

Tabla 8. Nivel de depresión según hijos en usuarias de anticonceptivos hormonales

Nivel	Hijos				Total	
	No		Sí			
	n	%	n	%	n	%
<b>Depresión mínima</b>	68	32,9%	66	31,9%	134	64,7%
<b>Depresión leve</b>	26	12,6%	10	4,8%	36	17,4%
<b>Depresión moderada</b>	16	7,7%	10	4,8%	26	12,6%
<b>Depresión severa</b>	8	3,9%	3	1,4%	11	5,3%
<b>Total</b>	118	57%	89	43%	207	100%

**Trabajo.** El análisis determinó que las usuarias de anticonceptivos que sí trabajan (n=150) tenían puntuaciones entre 0-58 en el BDI-II con una media de 11.75 (DE=10.45), mientras que aquellas mujeres que no trabajan (n=57) reflejaron puntuaciones entre el mínimo y 49 con una media de 11.49 (DE=9.81) (ver Tabla 9.). Mostraron mayores niveles de depresión aquellas mujeres que sí trabajan, especialmente para depresión moderada (9.7%) (Tabla 10).

Tabla 9. *Trabajo y anticonceptivos hormonales*

<b>Trabajo</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>DE</b>
<b>No</b>	57	11,49	9,818
<b>Sí</b>	150	11,75	10,455
<b>Total</b>	207	11,68	10,261

Tabla 10. *Nivel de depresión y trabajo*

<b>Nivel</b>	<b>Trabajo</b>					
	<b>No</b>		<b>Sí</b>		<b>Total</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Depresión mínima</b>	36	17,4%	98	47,3%	134	64,7%
<b>Depresión leve</b>	12	5,8%	24	11,6%	36	17,4%
<b>Depresión moderada</b>	6	2,9%	20	9,7%	26	12,6%
<b>Depresión severa</b>	3	1,4%	8	3,9%	11	5,3%
<b>Total</b>	57	27,5%	150	72,5%	207	100%

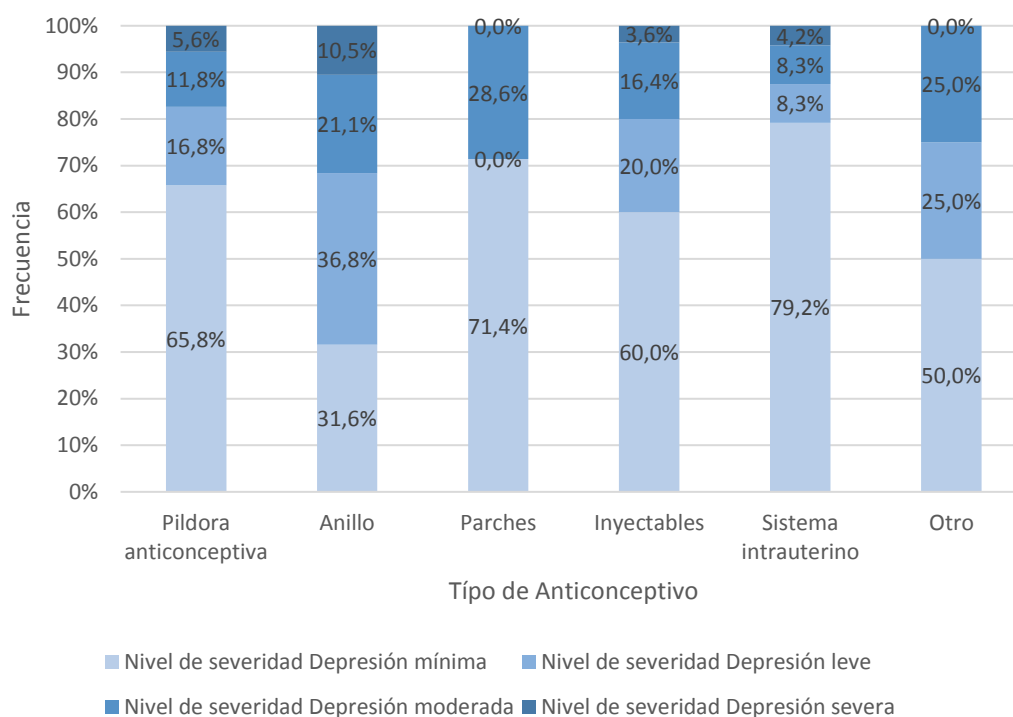
**Nivel de estudios.** La severidad de la depresión según el nivel de estudios demostró que las mujeres que al momento cursan el tercer nivel de estudios o han obtenido un título de grado universitario puntuaron más alto en depresión moderada (8.2%) y depresión severa (4.3%) que sus compañeras de estudio (Tabla 11).

Tabla 11. *Nivel de depresión y nivel de estudio.*

Nivel	Nivel de estudios									
	Primer nivel		Segundo nivel		Tercer nivel		Cuarto nivel		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Depresión mínima</b>	0	0,0%	17	8,2%	86	41,5%	31	15,0%	134	64,7%
<b>Depresión leve</b>	1	0,5%	1	0,5%	23	11,1%	11	5,3%	36	17,4%
<b>Depresión moderada</b>	0	0,0%	3	1,4%	17	8,2%	6	2,9%	26	12,6%
<b>Depresión severa</b>	0	0,0%	2	1,0%	9	4,3%	0	0,0%	11	5,3%
<b>Total</b>	1	0,5%	23	11,1%	135	65,2%	48	23,2%	207	100%

**Nivel de severidad de depresión según tipo de anticonceptivo empleado.** Se encontraron diferencias en la severidad de depresión según el tipo de anticonceptivos utilizados. Las usuarias que mayor puntaje obtuvieron en depresión moderada y depresión severa fueron aquellas que hicieron uso del anillo o aro vaginal y el parche transdérmico. Usando el anillo como método anticonceptivo 21.1% de las mujeres puntuaron para una depresión moderada, y el 10.5% para depresión severa, y obtuvieron el menor porcentaje en depresión mínima (31.6%). Como se puede observar en la Figura 6, las mujeres que han empleado el DIU, y la píldora anticonceptiva como método anticonceptivo son las que mayor porcentaje obtienen en depresión mínima (79.2% y 65.8%) indicando ausencia de depresión.

Figura 6. Niveles de depresión según tipo de método anticonceptivo empleado



**Nivel de severidad y tiempo de uso de anticonceptivos hormonales.** Se analizó el nivel de severidad de depresión según el tiempo de uso de anticonceptivos hormonales. Se observó que mientras más prologando sea el uso continuo de hormonas mayor probabilidad existe de obtener mayor puntaje para depresión moderada y severa. Como se puede observar en la Tabla 12. el 4.8% de las mujeres que han utilizado cualquier método entre 1-3 años se ubicaron en el rango de depresión moderada, con una media de 11.74 y una desviación estándar de 9.41 (ver Tabla 13).

Tabla 12. Nivel de severidad de depresión y tiempo de uso

Nivel	Tiempo de uso								Total	
	1-6 meses		6-12 meses		1-3 años		3 años o más			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Depresión mínima	18	8,7%	17	8,2%	49	23,7%	50	24,2%	134	64,7%
Depresión leve	8	3,9%	6	2,9%	10	4,8%	12	5,8%	36	17,4%
Depresión moderada	4	1,9%	4	1,9%	10	4,8%	8	3,9%	26	12,6%
Depresión severa	2	1,0%	2	1,0%	4	1,9%	3	1,4%	11	5,3%
<b>Total</b>	32	15,5%	29	14,0%	73	35,3%	73	35,3%	207	100%

Tabla 13. *Depresión y tiempo de uso*

Tiempo de uso	$\bar{x}$	n	DE
1-6 meses	12,44	32	10,398
6-12 meses	12,55	29	8,998
1-3 años	11,74	73	9,413
3 años o más	10,93	73	11,551
<b>Total</b>	11,68	207	10,261

## 2.2.2 Resultados cualitativos

En la parte final de la encuesta, se solicitó a las mujeres que utilizan o han utilizado anticonceptivos hormonales, que brevemente describan su experiencia con el uso de los mismos relacionado a la esfera emocional y del estado del ánimo. A continuación, un breve análisis dichos comentarios.

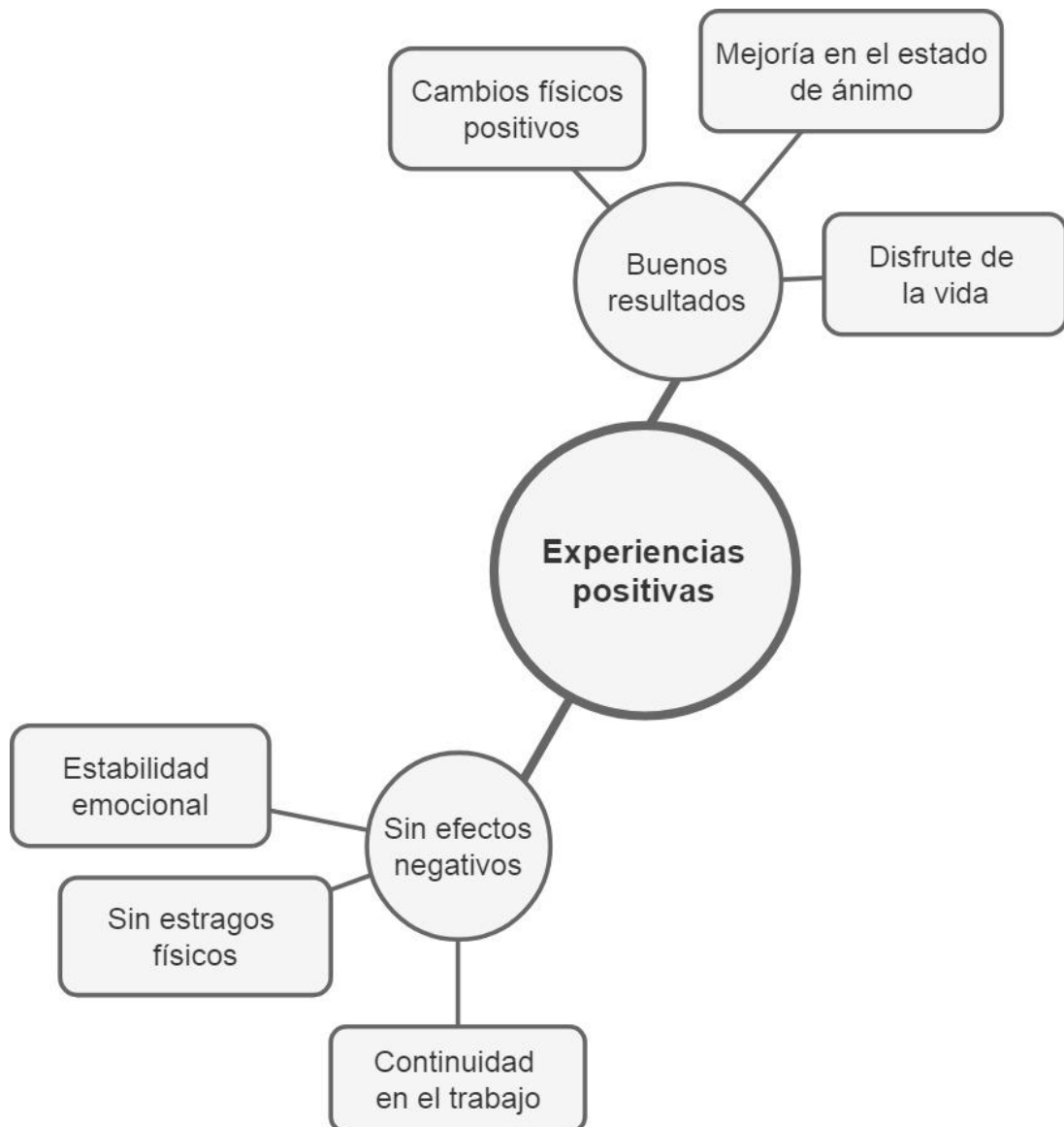
### *Experiencias positivas y/o sin cambios ante el uso de anticonceptivos hormonales en la esfera emocional y del estado de ánimo.*

De las respuestas recogidas, se rescatan las referencias positivas con respecto al estado de ánimo durante el uso de los anticonceptivos hormonales, a continuación se presentan algunas de ellas. Se considera importante no descartar la cantidad de valiosos resultados cualitativos debido al aporte que brindan para esta investigación. Se adjuntan en el Anexo 2.

- “Fue buena, no tuve ningún problema”
- “No ha alterado mi estado de ánimo”
- “No he notado ningún cambio durante el tiempo que usé anticonceptivos”.
- “¡Excelente!”.
- “Con totalidad normalidad, sin efectos negativos”.
- “Algunas marcas han ayudado a mejorar mis cambios de ánimo”.

- “En realidad no he visto cambios notorios en mi esfera emocional, así que realmente han sido buenos a comparación de otras mujeres que conozco”.

Figura 7. Experiencias positivas con el uso de anticonceptivos hormonales



En la mayoría de comentarios que denotan el uso de anticonceptivos como una experiencia positiva, pudimos encontrar afirmaciones que utilizar métodos anticonceptivos produce cambios positivos o no produce cambios en lo absoluto en el



estado del ánimo, es decir mantienen una continuidad. Poder mantener la normalidad y equilibrio en el cuerpo y en las emociones parece un pilar fundamental para aquellas que consideran la experiencia sobre su uso como positivo (Figura 7).

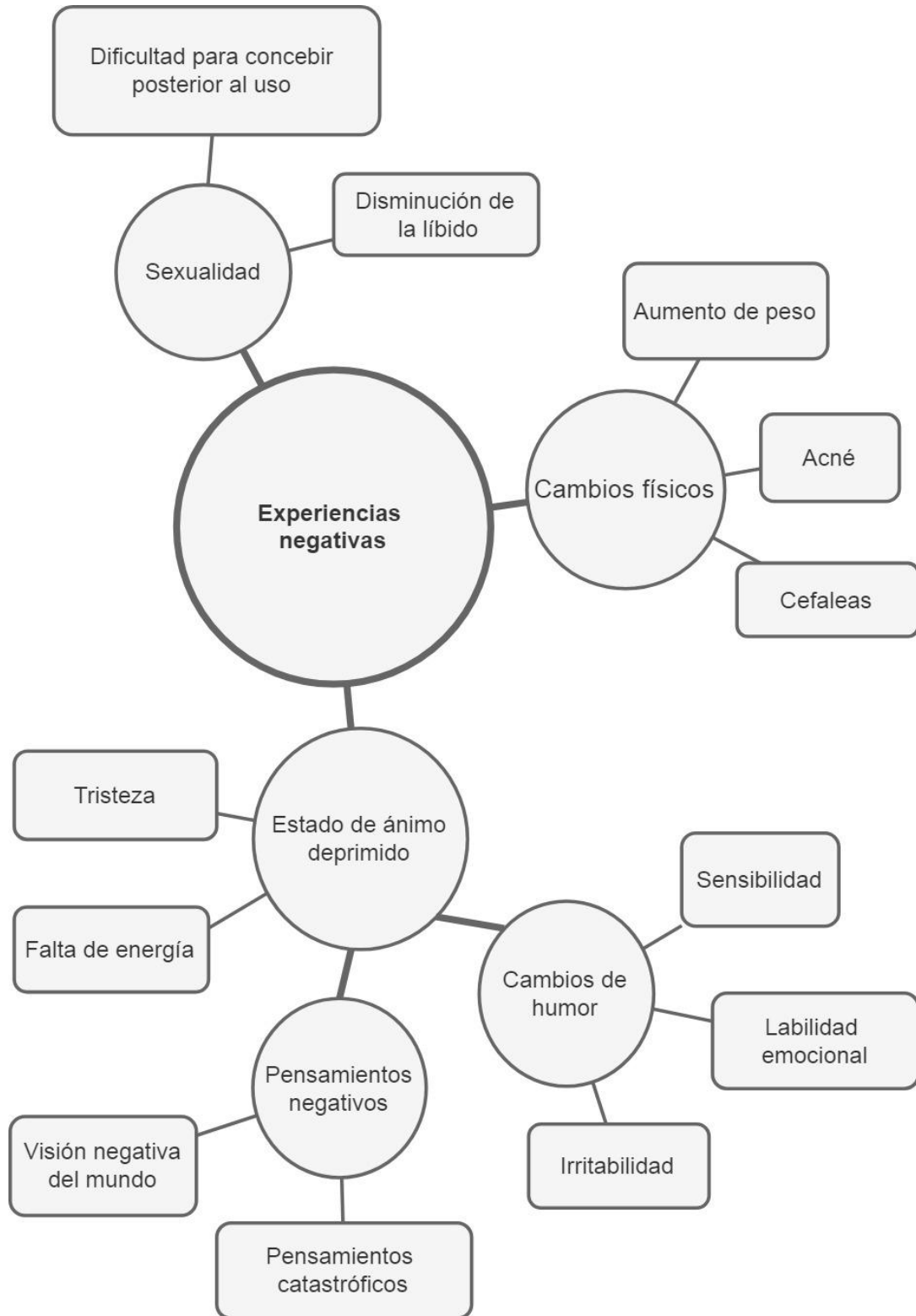
***Experiencias negativas sobre el uso de anticonceptivos en la esfera emocional y del estado del ánimo.***

De las respuestas de las encuestadas se rescatan las referencias negativas con respecto al estado de ánimo durante el uso de los anticonceptivos hormonales. Se presentan las más relevantes, más en el Anexo 3.

- “Deje de tomar la píldora anticonceptiva por cambios en mi humor, sentía que no podía razonar las cosas con facilidad, tenía pereza de hacer las cosas, quería pasar acostada, no tenía energía para nada”.
- “Lo peor de mi vida, me cambio el estado de ánimo, solo quería llorar”.
- “Perdí todo mi apetito sexual”.
- “Me afectaban demasiado, agradezco haberlos dejado de tomar”.
- “Me causaban mucha más ansiedad y tristeza, lloraba fácilmente”.
- “Evidencié un cambio emocional negativo. Poca capacidad para contrarlar las emociones fuertes y reaccionar a cualquier situación”.
- “Fatal, me destruyeron la vida”.
- “Pésima, además estuve estéril tres años sin poder concebir”.
- “Los anticonceptivos me hacían sentir vulnerable, retirada, cansada y depresiva. También muy sensible, todo me hacía llorar y mis pensamientos eran trágicos. Mi relación con las personas siempre era a la defensiva. Todo cambio cuando dejé los anticonceptivos, volví a la vida”.
- “Desde que dejé de usarlos, siento que me inyectaron vida, no me había dado cuenta de los cambios que me produjo solo hasta que dejé de usarlos”.

o

Figura 8. Experiencias negativas con el uso de anticonceptivos hormonales



En los comentarios sobre experiencias negativas con anticonceptivos hormonales, se encontró expresiones que denotan total disgusto o disconformidad con los efectos secundarios producidos, como dificultan la vida de quien los utiliza, tanto a nivel psicológico, emocional y físico (Figura 8).

### **Conclusiones del capítulo**

A lo largo de este capítulo, se expuso el proceso metodológico que se siguió para la obtención de datos y resultados cuantitativos como cualitativos.

Mediante el análisis estadístico de los resultados cuantitativos, se logró poder cumplir los objetivos propuestos para este estudio. Los datos cuantitativos indicaron que, en números, existe relación positiva entre las usuarias de anticonceptivos hormonales y sintomatología depresiva, comparado con aquellas mujeres que no utilizan anticonceptivos, las cuales manifestaron mayor estabilidad en el estado de ánimo y en cambios de humor.

De la misma manera, las respuestas cualitativas proporcionadas por las mujeres encuestadas, permitieron a este estudio comprender las experiencias de las usuarias con los anticonceptivos hormonales en un plano más personal y subjetivo.

## Capítulo III

### Discusión

El presente estudio examinó la relación que existe entre el uso de anticonceptivos hormonales y síntomas depresivos. Los objetivos planteados al inicio de la investigación permitieron trazar una guía para el estudio donde se intentó abarcar y no omitir los diferentes ámbitos en los que se pueda encontrar dicha relación entre anticonceptivos hormonales y síntomas depresivos.

#### **3.1 Percepción de los anticonceptivos hormonales y su relación con el estado de ánimo y otros efectos secundarios:**

Partiendo desde el objetivo general de esta investigación, que fue determinar si las mujeres del grupo de estudio conocían la relación de síntomas depresivos con el uso de anticonceptivos hormonales. Los resultados indicaron que el 63.80% de las usuarias sí conocen acerca de los efectos secundarios, siendo uno de ellos la sintomatología depresiva y ansiosa. Además de conocer sobre los efectos adversos, según la percepción de las usuarias, sí pudieron notar dichos cambios en la esfera emocional y en el estado de ánimo. Similares resultados se obtuvieron del análisis cualitativo donde se evidenció que al presentar cambios en su estado de ánimo como síntomas depresivos, ya sea tristeza, fatiga, desinterés, disminución del interés sexual, etc., o efectos secundarios físicos como acné, aumento de peso, cefaleas, etc., las usuarias decidieron abandonar el uso de anticoncepción. Un estudio publicado por la revista de Enfermería Universitaria titulado “La píldora anticonceptiva a debate” (2013), refirió que los efectos secundarios suelen ser causa de abandono de los métodos anticonceptivos hormonales y que, estadísticas

demuestran que hasta el 65% de las mujeres que abandonan tratamientos hormonales se debe a causa de experimentar dichos efectos adversos.

### **3.2 Relación entre el uso de anticoncepción hormonal y síntomas depresivos:**

Los resultados indicaron que sí existe relación significativa entre el uso de anticonceptivos hormonales (en adelante AH) y sintomatología depresiva  $p < 0,004$ . Los resultados coinciden con el estudio realizado por Niño-Avendaño, Ospina & Manrique Abril (2014), quienes investigaron sobre la asociación entre el uso de anticonceptivos hormonales y episodios de ansiedad y depresión en estudiantes universitarias en Colombia; al igual que en nuestro estudio, estos autores obtuvieron una asociación positiva entre el uso de métodos hormonales y depresión. De la misma manera, se encontraron resultados similares en el estudio realizado por Robinson, Dowell, Pedulla & McCauley (2004); esta investigación arroja que las usuarias de AH, en comparación con no usuarias, presentan mayores índices de depresión, ansiedad, fatiga, síntomas neuróticos, dificultad sexual, enojo, etc. En nuestra investigación, se evidencia claramente esta relación, incluso dentro de los hallazgos cualitativos.

Sin embargo, dentro de la literatura científica también se encontró estudios que discrepan con los resultados de esta investigación. En un estudio realizado en México sobre la experiencia clínica de los anticonceptivos orales combinados por Saldívar R. & colaboradores (2006), indicó que no se encontró evidencia de asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, sino que también se observó que la sintomatología depresiva disminuía con el uso prolongado de anticonceptivos orales combinados. Un artículo llamado “Combined hormonal contraception and its effects on mood: a critical review” publicado por The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care (2016), sugirió que tras la revisión de la bibliografía de los últimos 30 años sobre temas de anticoncepción hormonal y sus efectos secundarios en el estado de ánimo, no

encontraron resultados consistentes sobre los efectos de los mismos. La mayoría de mujeres que los utilizan no demuestran mejorías significativas en su estado de ánimo, y es de poca incidencia los efectos adversos como síntomas depresivos.

### **3.3 Variables sociodemográficas:**

*Edad.* Dentro de las variables sociodemográficas, el factor edad parece ser tener relevancia a la hora de indicar severidad de síntomas depresivos. De las 207 usuarias de AH, 64.4% se encontraban entre los 18 y 30 años de edad, de las cuales el 8.7% indicaron depresión moderada y 3.4% depresión severa en el BDI-II, constituyéndolo como el rango de edad que mayores índices de depresión presenta. El grupo de edades que le sigue en severidad es el conformado por mujeres entre 31-45 años, donde el porcentaje es de 1.9% para depresión moderada, y 1.0% para depresión severa. Los investigadores Wessel, Steinrud, Vedel & Lidegaard en Dinamarca (2016), estudiaron la asociación de anticonceptivos hormonales y depresión por trece años, a más de 1 millón de mujeres que se encontraban entre los 15-34 años de edad al iniciar el estudio. Concluyeron que el riesgo de usar por primera vez antidepresivos, disminuía con el avance de edad. Estos resultados son similares a los de este estudio, que a medida que aumenta los rangos de edad, menores son los índices de severidad de depresión, el segmento más joven, y el más fértil, es el que presenta mayores índices de depresión. Es importante recalcar que para la población de 65 años o más, solo se obtuvo una muestra de 3 personas que hubieran utilizado AH, 2 de las 3 mujeres puntuaron para depresión severa. Estos datos se pueden corroborar con los obtenidos del estudio realizado por Sanz, Pedigón & Vázquez (2003) para la adaptación española del Inventario de Depresión de Beck II, donde se indicó que las

personas entre 18-29 años y las mayores a 60 obtuvieron puntuaciones más altas y significativas.

**Nivel de estudios.** Según esta variable, aquellas mujeres usuarias de AH que están cursando tercer nivel o ya obtuvieron un título universitario presentan mayores índices de depresión, 8.2% para depresión moderada y 4.3% para depresión leve, le siguen aquellas mujeres en cuarto nivel de estudios con 2.9% para depresión moderada. Estos datos coinciden con la edad de las usuarias que indican puntajes más altos en el BDI II. Sin embargo, los resultados no se corroboran con investigaciones semejantes, donde indican que mientras menor el nivel escolaridad mayores son los índices de depresión (Matud, et al., 2006; Sanz, et al., 2003).

**Hijos.** En cuanto a la variable hijos, se obtuvo una ligera diferencia entre las que no tienen hijos frente a las usuarias que sí. Según los resultados de esta investigación, de las mujeres que no tenían hijos (n=118), el 7.7% puntuaron para depresión moderada y el 3.9% para depresión severa; las usuarias que sí tenían hijos (n=89), el 4.85% puntuaron para depresión moderada y el 1.4% para depresión severa.

**Trabajo.** No se encontraron diferencias significativas entre las usuarias AH que trabajan y las que no lo hacen.

**Tiempo de uso de anticonceptivos hormonales.** El estudio anteriormente mencionado que fue realizado en Dinamarca indicó que, según el tiempo de uso de AH, mientras más prologando sea, mayor parece ser el riesgo de usar por primera vez antidepresivos y, de obtener un diagnóstico para depresión, siendo el pico de riesgo las usuarias que los han utilizado entre 6 meses a menos de 1 año. Comparado con el presente estudio, las usuarias que refieren usar o haber utilizado AH entre 1-3 años (n=49) presentaron los índices más

altos, 4.8% para depresión moderada y 1.9% para depresión severa; las mujeres que han sido usuarias entre 1-6 meses presentaron 1.9% para depresión moderada y 1% depresión severa. Si bien los resultados se corroboran en el sentido de a mayor tiempo de uso, mayor riesgo, también se encuentran pequeñas diferencias, siendo el pico más vulnerable el de 1-3 años en esta investigación, y en el de Dinamarca el tiempo de uso que más índices presenta es entre 6-12 meses.

***Tipo de anticonceptivo hormonal utilizado.*** Por otra parte, el tipo de anticonceptivo empleado parece influenciar significativamente el nivel de severidad o de ausencia de síntomas depresivos. Según las puntuaciones del BDI, los métodos que menos puntaje reflejaron (depresión mínima) fueron: sistema intrauterino o DIU (79.2%), parche transdérmico (71.4%) y la píldora anticonceptiva (65.8%). Agrupando los tres niveles de severidad de depresión del BDI (depresión leve, modera y severa), se obtuvo que el método que mayores índices de depresión presenta son las usuarias del anillo vaginal (67.4%), seguido por los de tipo inyectable (40%). No se encontró bibliografía similar que corrobore estos resultados, sin embargo en otros estudios sobre los efectos secundarios de anticonceptivos hormonales, se observó resultados contrarios, donde manifiestan que el parche transdérmico es el más propenso a producir efectos secundarios en las usuarias (Carbajal Ugarte, Cárdenas Blanco, Pastrana Huanaco, & López Berrios, 2008). El estudio publicado por Wessel y colaboradores (2016) coincide con lo mencionado, sin embargo cabe indicar que también se encontró resultados congruentes con esta investigación, ya que el mismo estudio demostró que el anillo también demuestra significancia a la hora de presentar síntomas depresivos, y la píldora anticonceptiva se sitúa como el método más seguro en cuestión de efectos secundarios.

En cuanto a las limitaciones del estudio, ya que la encuesta que se envió por medios digitales y se completó en su totalidad por las mujeres que contribuyeron al estudio, los



datos que se obtuvieron pudieron existir falsos positivos y falsos negativos. En el BDI II, las encuestadas pudieron no haber respondido con total sinceridad para evitar indicar síntomas depresivos.

## CONCLUSIONES

Las mujeres actualmente conocen y están bien informadas acerca de los anticonceptivos hormonales y los efectos secundarios que pueden provocar el uso de los mismos en el humor y estado de ánimo. Como se puede evidenciar en los resultados, 8 de cada 10 mujeres utiliza o ha utilizado métodos de anticoncepción hormonal. El 64% de las usuarias conocen y han experimentado los efectos negativos sobre el estado del ánimo tras el uso de anticonceptivos hormonales; el análisis cualitativo indica resultados similares.

Según el Inventario de Depresión de Beck se categoriza la severidad de depresión en cuatro niveles o rangos: depresión mínima, leve, moderada y grave, siendo los tres últimos los que indican presencia de síntomas depresivos para atención clínica. Se encontró que el 32,28% de las mujeres en este estudio puntuaron dentro de los tres últimos niveles, indicando que 3 de 10 mujeres actualmente padecen de depresión.

En comparación entre las usuarias y no usuarias de anticoncepción hormonal, existe una diferencia significativa entre los dos grupos en cuanto a la presencia de síntomas depresivos. Las que sí los utilizan presentan mayores índices de depresión que aquellas que no. El 35% de las mujeres que utilizan anticonceptivos presentan síntomas depresivos, frente al 19% de aquellas que no los emplean. Se obtuvo un total de 26 usuarias con puntuación para depresión moderada y 11 usuarias con puntuación para depresión severa.

Por otro lado, con lo que respecta a las variables sociodemográficas, la población que se encuentra en el rango de edad entre 18-30 años manifiesta mayores índices de depresión, indicando que 3 de cada 10 se encuentran en algún nivel de depresión para atención clínica. De la misma manera, según la variable de nivel de estudios, aquellas

mujeres que se encuentran en tercer nivel académico obtienen puntajes más altos en el BDI II, que el resto de niveles de estudio.

De las 207 mujeres que utilizan anticoncepción hormonal, el método más empleado es la píldora anticonceptiva y el de menor elección el parche transdérmico. El 68% de las usuarias de el anillo vaginal presentan índices de depresión, siendo el más alto en comparación a otros métodos. Los que presentan menores porcentajes de depresión son las píldoras anticonceptivas y el DIU.

## RECOMENDACIONES

Ante la falta de investigaciones en el medio en referencia al tema, se sugiere realizar un estudio comparativo, con un grupo experimental y un grupo control con el fin de corroborar que los efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales provocan síntomas depresivos en las mujeres.

Debido a la gran número de mujeres entre 18-30 años que toman anticonceptivos hormonales, y que presentan índices de depresión, se aconseja sociabilizar temas de salud mental y vías de ayuda como asistencia psicológica para disminuir sintomatología depresiva.

Se recomienda continuar con el tema de investigación, con poblaciones más heterogéneas, para así garantizar resultados más concluyentes en comparación con más variables.

Se espera que con los resultados obtenidos en esta investigación, se puedan aplicar en el ámbito clínico de los profesionales de la salud mental. Se podría incluir dentro de la apertura de la ficha clínica y tomar en consideración durante la entrevista el apartado de uso o no uso de anticonceptivos y efectos secundarios experimentados.

Debido a la buena acogida que tuvo esta investigación en el grupo de estudio, y el interés brindado por parte de las mismas, se sugiere crear espacios de diálogo sobre la depresión y muchos otros problemas relacionados a la salud mental que pueden servir como prevención, o atención para que las participantes busquen ayuda profesional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amado, J., & Flórez, J. (1997). "Hormonas sexuales: estrógenos, gestágenos, andrógenos y anticonceptivos hormonales". En J. Flórez , & J. Armijo, *Farmacología Humana* (pp. 867-890). Barcelona: Masson.
- Bernabeu, I. (2018). *Instituto Bernabeu*. Obtenido de <https://www.institutobernabeu.com/es/ib/anticoncepcion-la-prevencion-del-embarazo/>
- Blanco, G., & Feldman, L. (2000). "Responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora". *Salud Pública México*, pp. 217-225.
- Boeree, G. (31 de Octubre de 2018). *La relación entre neurotransmisores y emociones*. Obtenido de <https://www.psicologia-online.com/la-relacion-entre-neurotransmisores-y-emociones-593.html>
- Chong, A. (2012). "Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(2).
- Essau, C., Lewinsohn, P., Seeley, J., & Sasagawa, S. (2010). "Gender differences in the developmental course of depression". *J Affect Disord*, pp. 185-190.
- Gallo, M., Lopez L, Grimes, D., Carayon, F., Schulz, K., Helmerhost, F. (2014). Combination contraceptives: effects on weight. . *The Cochrane database of SystemicReviews*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24477630>.
- Gómez-Restrepo, C. B. (2004). "Prevalencia de depresión y factores asociados a ella en la población colombiana". *Revista Panamericana de la Salud Pública*, pp. 378-386.
- González, I., & Pieiga, E. (2001). Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, pp. 367-378.

- González-Hernando, C., Almeida, M. S.d., Martín-Villamora, P., & Castro-Alija, M. J.T. (2013). La píldora anticonceptiva a debate. *Enfermería universitaria*.
- Hidalgo Pérez, N. C. (Mayo de 2014). *Elsevier*. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-anticonceptivos-hormonales-X0213932414316911>
- Howard, J. (05 de Octubre de 2016). *Tomar anticonceptivos hormonales aumenta el riesgo de depresión, dice un nuevo estudio*. Obtenido de <https://cnnespanol.cnn.com/2016/10/05/tomar-anticonceptivos-hormonales-aumenta-el-riesgo-de-depresion-dice-un-nuevo-estudio/>
- Kessler, R. C. (2003). "Epidemiology of women and depression". *Journal of Affective Disorders*, pp. 5-13.
- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of an epidemiological findings and possible explanations. . *Acta Psychiatr Scand*, pp. 163-174.
- Lugones, M., & Quintana, T. (1996). Orígenes de la anticoncepción. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Recuperado en 10 de abril de 2019, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251996000400012&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251996000400012&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Matud, M., Guerrero, K., & Matía, R. (2006). "Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), pp. 7-21.
- Medline Plus. (2016). Trastornos mentales. *Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU.*
- Mercola, J. Obtenido de <https://articulos.mercola.com/sitios/articulos/archivo/2016/10/27/pastillas-anticonseptivas-depresion.aspx>

- Miakon, S., & Alkon, D. (2004). "Differential Gender-Related vulnerability to depression induction and covering antidepressant responses in rats". *International Journal Behav Development*, pp. 16-25.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). OMS. Obtenido de OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Organización Panamericana de la Salud Ecuador*. Obtenido de [https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1886:depression-hablemos-en-el-dia-mundial-de-la-salud-2017&Itemid=360](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1886:depression-hablemos-en-el-dia-mundial-de-la-salud-2017&Itemid=360)
- Potter, L., Oakley, D., Leon-Wong, E., & Canamar, R. (1996). "Measuring compliance among oral contraceptive users". *Family Planning Perspectives*, pp. 154-158.
- Roumen, F. (2007). "The contraceptive vaginal ring compared with the combined oral contraceptive pill: a comprehensive review of randomized controlled trials". *Contraception*, pp. 420-429.
- Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista Chilena NeuroPsiquiátrica*, 9-20.
- The National Institute of Mental Health Information Resource Center. (2011). "National Institute of Mental Health". *Las mujeres y la depresion*, 5-35. Obtenido de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-mujeres-y-la-depresion/index.shtml>
- Vázquez, A. (2013). "Depresión. Diferencias de género". *Multimed*, 17(3), p. 10.
- Vélez, D., Casadiegos, C., & Sánchez, D. (2008). "Características de Ansiedad y Depresión en Estudiantes Universitarios". *International Journal of Psychological Research*, pp. 34-39.

- Villajero, A. (2005). "Agresión a la mujer como factor de riesgo múltiple para la depresión". *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, pp. 75-86.
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E., & Marceau, K. (2008). "Disorders of childhood and adolescence:gender and psychopathology". *Annu Rev Clin Psychol*, pp. 11.1-11.29.
- Zarragoitía, I. (2013). "Las diferencias de sexo y género en la depresión: proclividad en la mujer". *MedWave*. Obtenido de,  
<http://www.medwave.cl/medios/medwave/Abril2013/PDF/medwave.2013.03.5651.pdf>



## ANEXOS

### Anexo 1. Encuesta sobre anticonceptivos hormonales y depresión BDI II

#### “Relación entre síntomas depresivos y anticonceptivos hormonales”

Les agradezco inmensamente que puedan ayudarme con unos minutos de su tiempo con la siguiente encuesta que tiene como objetivo conocer sobre el uso, percepción y conocimiento de las mujeres sobre los anticonceptivos hormonales y sus efectos, así como problemas relacionados al

estado de ánimo que muchas veces pueden ser resultado de la falta de información sobre nuestro propio cuerpo. La finalidad de este estudio es aportar a mi trabajo de investigación para obtener mi título de Psicóloga Clínica.

La encuesta es anónima, y les agradezco de todo corazón si su respuesta es lo más sincera posible.

Comencemos con su consentimiento:

#### 1. Desea contribuir al estudio?

Sí, deseo continuar

No, no deseo contribuir con el estudio (por favor continúe a enviar el formulario en la parte final después de la sección 4)

#### 2. DATOS

##### 2. Edad

- 18-30 años
- 31-45 años
- 41-64 años
- 65 años o más

##### 3. ¿Tiene hijos?

- Sí
- No

##### 4. ¿Trabaja actualmente?

- Sí
- No

##### 5. Marque su nivel de instrucción (por ejemplo si está cursando una carrera universitaria marque "Tercer nivel")

- Primer nivel
- Segundo nivel
- Tercer nivel
- Cuarto nivel

### 3. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

La siguiente sección está relacionada al uso de anticonceptivos hormonales como pastillas

anticonceptivas, parches, inyecciones, implantes, etc., y al uso de estos indistintamente de su propósito o fin por el cual los utiliza o utilizaba, ya sea tratamiento hormonal como acné, quistes, o como método de anticoncepción.

**6. ¿Usa o ha usado anticonceptivos hormonales como píldoras anticonceptivas, parche o anillo anticonceptivo, inyección de acción prolongada, implante, sistema intrauterino (IUS)?**

- Sí
- No. (Sí su respuesta es NO por favor continúe directamente a la sección 4)

**7. Si su respuesta fue Sí, por favor especifique cuál método anticonceptivo hormonal utiliza o ha utilizado.**

- Pastillas o píldoras anticonceptivas hormonales combinadas
- Anillo vaginal
- Parches transdérmicos
- Inyectables intramusculares
- Sistema intrauterino o DIU (T de cobre)
- Otro

**8. Por cuánto tiempo utiliza o utilizó cualquiera de los métodos anticonceptivos hormonales anteriormente enumerados**

- 1-6 meses
- 6-12 meses
- 1-3 años
- 3 años o más

**9. Excluyendo los períodos donde utiliza o utilizaba anticonceptivos hormonales, ¿ha presentado problemas como depresión, ansiedad, o otro malestar de tipo psicológico?**

- Sí
- No
- No sé

**10. ¿Conoce de antecedentes en su familia relacionados a la salud mental como depresión, ansiedad, bipolaridad, etc.?**

- Sí
- No
- No sé

**11. ¿Conoce los posibles efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales, siendo uno de ellos síntomas depresivos y/o ansiosos?**

- Sí
- No

**12. Desde que utiliza o utilizaba métodos anticonceptivos hormonales ¿las personas a su alrededor mencionaron cambios en su comportamiento y/o en su estado ánimo?**

- Sí
- No

**13. Desde que utiliza o cuando utilizaba métodos anticonceptivos hormonales ¿Pudo notar usted cambios en sí misma relacionados a la esfera emocional y en su estado de ánimo?**

- Sí
- No
- No sé

**4. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**

A continuación encontrará un cuestionario que consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija UNO de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido mientras utiliza o utilizaba anticonceptivos hormonales. Si nunca ha utilizado métodos anticonceptivos hormonales elija la afirmación que mejor describa el modo como se ha sentido en las últimas semanas incluyendo hoy.

**14. 1. Tristeza**

- No me siento triste y/o no me sentía triste.
- Me siento triste y/o me sentí triste.
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello y/o me sentía triste todo el tiempo y no podía librarme de ello.
- Me siento tan triste o desdichada que no puedo soportarlo y/o me sentía tan triste o desdichada que no podía soportarlo.

**2. Pesimismo**

- No estoy particularmente desanimada con respecto al futuro y/o no estaba particularmente desanimada con respecto al futuro.
- Me siento desanimada con respecto al futuro y/o me sentía desanimada con respecto al futuro
- Siento que no puedo esperar nada del futuro y/o sentía que no podía esperar nada del futuro.
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar y/o sentía que el futuro era irremediable y que las cosas no podían mejorar.

**3. Fracaso**

- No me siento fracasada y/o no me sentía fracasada.
- Siento que he fracasado más que la persona normal y/o sentía que he fracasado más que la persona normal.
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos y/o cuando miraba hacia el pasado lo único que podía ver en mi vida era un montón de fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso completo y/o sentía que como persona era un fracaso completo.

**4. Pérdida de placer**

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes y/o seguía obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo y/o no disfrutaba de las cosas como solía hacerlo.
- Ya nada me satisface realmente y/o ya nada me satisfacía realmente.
- Todo me aburre o me desagrada y/o todo me aburría o me desagradaba.

## **5. Sentimientos de culpa**

- No siento ninguna culpa particular y/o no sentía ninguna culpa particular.
- Me siento culpable buena parte del tiempo y/o me sentía culpable buena parte del tiempo.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo y/o me sentía bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo y/o me sentía culpable todo el tiempo.

## **6. Sentimientos de castigo**

- No siento que esté siendo castigada y/o no sentía que estaba siendo castigada.
- Siento que puedo estar siendo castigada y/o sentía que podía estar siendo castigada.
- Espero ser castigada y/o esperaba ser castigada.
- Siento que estoy siendo castigada y/o sentía que estaba siendo castigada.

## **7. Disconformidad con uno mismo**

- No me siento decepcionada en mí misma y/o no me sentía decepcionada de mí misma.
- Estoy decepcionada conmigo y/o estaba decepcionada conmigo.
- Estoy harta de mí misma y/o estaba harta de mí misma.
- Me odio a mí misma y/o me odiaba a mí misma.

## **8. Autocrítica**

- No me siento peor que otros y/o no me sentía peor que otros.
- Me critico por mis debilidades o errores y/o me criticaba por mis debilidades o errores.
- Me culpo todo el tiempo por mis faltas y/o me culpaba todo el tiempo por mis fallas.
- Me culpo por todas las cosas malas que suceden y/o me culpaba por todas las cosas malas que sucedían.

## **9. Pensamientos o deseos suicidas**

- No tengo ninguna idea de matarme y/o no tenía ninguna idea de matarme
- Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo y/o tenía ideas de matarme, pero no las llevé a cabo.
- Me gustaría matarme y/o me hubiera gustado matarme.
- Me mataría si tuviera la oportunidad y/o me hubiera matado si tenía la oportunidad.

## **10. Llanto**

- No lloro más de lo habitual y/o no lloraba más de lo habitual.
- Lloro más que antes y/o lloraba más que antes.
- Ahora lloro todo el tiempo y/o lloraba todo el tiempo.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera y/o antes era capaz de llorar, pero no podía llorar nunca aunque quisiera.

## **11. Irritabilidad**

- No me irrito más ahora que antes y/o no me irritaba más que antes.
- Me enoja o irrito más fácilmente ahora que antes y/o me enojaba o irritaba más fácilmente que antes.
- Me siento irritada todo el tiempo y/o me sentía irritada todo el tiempo.
- No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme y/o no me irritaba para nada con las cosas que solían irritarme.

## **12. Pérdida de interés**

- No he perdido interés en otras personas y/o no había perdido interés en otras personas.
- Estoy menos interesada en otras personas de lo que solía estar y/o estaba menos interesada en otras personas de lo que solía estarlo.
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás y/o había perdido la mayor parte de interés en los demás.
- He perdido todo interés en los demás y/o había perdido todo interés en los demás.

## **13. Indecisión**

- Tomo decisiones como siempre y/o tomaba decisiones como siempre.
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes y/o dejé de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones y/o tenía mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión y/o ya no podía tomar ninguna decisión.

## **14. Desvalorización**

- No creo que me vea peor que antes y/o no creía que me veía peor que antes.
- Me preocupa que esté pareciendo avejentada o inatractiva y/o me preocupa que esté pareciendo avejentada o inatractiva.
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractiva y/o sentía que habían cambios permanentes en mi apariencia que me hacían parecer inatractiva.
- Creo que me veo horrible y/o creía que me veía horrible.

## **15. Pérdida de energía**

- Puedo trabajar tan bien como antes y/o podía trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo y/o me costaba un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa y/o tenía que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo y/o no podía hacer ningún tipo de trabajo.

## **16. Cambios en los hábitos de sueño**

- Puedo dormir tan bien como antes y/o podía dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes y/o no dormía tan bien como antes.
- Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir y/o me despertaba 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me costaba volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme y/o me despertaba varias horas más temprano de lo habitual y no podía volver a dormirme.

## **17. Cansancio**

- No me canso más de lo habitual y/o no me cansaba más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme y/o me cansaba más fácilmente de lo que solía cansarme.
- Me canso al hacer cualquier cosa y/o me cansaba al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansada para hacer cualquier cosa y/o estaba demasiado cansada para hacer cualquier cosa.

### **18. Cambios en el apetito**

- Mi apetito no ha variado y/o mi apetito no había variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes y/o mi apetito no era tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes y/o mi apetito era mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito y/o ya no tenía nada de apetito.

### **19. Cambios en el peso (sin intención o como propósito)**

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo y/o no había perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos y/o había perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos y/o había perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos y/o había perdido más de 6 kilos.

### **20. Preocupación por la salud**

- No estoy más preocupada por mi salud de lo habitual y/o no estaba más preocupada por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupada por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación y/o estaba preocupada por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.
- Estoy muy preocupada por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa y/o estaba preocupada por problemas físicos y era difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más y/o estaba tan preocupada por mis problemas físicos que no podía pensar en nada más.

### **21. Interés por el sexo**

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo y/o no noté cambios de mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesada por el sexo de lo solía estar y/o estaba menos interesada por el sexo de lo solía estarlo.
- Estoy mucho menos interesada por el sexo ahora y/o estaba mucho menos interesada por el sexo en ese momento.
- He perdido por completo mi interés por el sexo y/o había perdido por completo mi interés por el sexo.

### **Su opinión importa**

**Si usted presenta o ha presentado cualquiera de los síntomas depresivos descritos en el cuestionario, los atribuiría a:**

- Al uso de anticonceptivos hormonales
- Cambios hormonales significativos (por ejemplo: menstruación, embarazo, post parto, menopausia, etc.)
- Otros factores externos (por ejemplo: problemas económicos, problemas de pareja, problemas familiares, etc.)
- Ninguno

**¿Cómo describiría su experiencia con los anticonceptivos hormonales relacionado a la esfera emocional y al estado de ánimo?**

---

---

---

---

Gracias por completar esta encuesta, su ayuda ha sido fundamental para poder conocer y comprender un poco más sobre los problemas que podemos atravesar las mujeres que muchas veces no se conocen ni se dialogan lo suficiente ya sea en espacios como este gran grupo o como información de parte de profesionales de la salud. Estoy segura que todos los datos que se puedan recolectar nos ayudará para crear conciencia sobre la mujer y así tomar decisiones que nos beneficien a nosotras siempre.

## **Anexo 2. Respuestas cualitativas positivas sobre la experiencia del uso de anticonceptivos hormonales**

- “Me ha ido bien desde que encontré el adecuado pero tuve que cambiar varias veces”.
- “No tuve ningún problema emocional cuando los usé”.
- “Estado de animo optimal, si un poco de dolor de cabeza
- “Fue buena, no tuve ningún problema”.
- “No ha alterado mi estado de ánimo”.
- “No tuve ningún problema referente a mi estado de ánimo en el momento q utilicé los anticonceptivos”.
- “No he notado ningún cambio emocional durante el uso de anticonceptivos”.
- “En mi opinión me fue bien con el uso de píldoras después de haber dado a luz, nunca noté ningún cambio en mi persona”.
- “A mí me fue bien”.
- “Excelente!”.
- “Gracias a Dios, no he tenido ningún problema hasta ahora que haya notado con respecto a los anticonceptivos y mi estado físico, emocional”.
- “No había mucha diferencia”.
- “Con total normalidad, sin efectos negativos”.
- “En realidad no he visto cambios notorios con mi esfera emocional y estado de ánimo, así que realmente han sido buenos o comparación de otros casos que conozco”.
- “No tuve estragos”.
- “No he tenido cambios muy notorios”.
- “Muy buena, no he tenido reacciones”.
- “Realmente no tuve alteraciones que pueda pensar que fue por los anticonceptivos”.
- “Algunas marcas han ayudado a mejorar mis cambios de ánimo”.



### **Anexo 3. Respuestas cualitativas negativas sobre la experiencia del uso anticonceptivos hormonales**

- “Deje de tomar la píldora anticonceptiva por cambios en mi humor, sentía que ya no podía razonar las cosas con facilidad, tenía pereza de hacer las cosas, quería pasar acostada no tenía energía para nada”
- “No buena. Realmente sentí mucha irritabilidad y no me sentía bien. Aparte que ya sabía que no es bueno usar hormonas entonces creo que por eso me afectaban aún más”.
- “Al dejar de tomar las píldoras me di cuenta lo que era tener deseo sexual con mi marido. No tuve ningún otro efecto, en lo demás considero que me he mantenido normal. No soy una persona a la que le gusta consumir medicamentos así que ahora que he dejado las pastillas me siento libre y me gusta que mi cuerpo y mi ciclo menstrual funcione de manera natural. (Use anticonceptivos en un inicio como tratamiento de ovarios poliúísticos y más tarde como método anticonceptivo tal cual)”.
- “Desgastantes”.
- “Lo peor de mi Vida me cambio el estado de ánimo solo quería llorar”.
- “Mala”
- “Si alteran las emociones, variaciones en el peso, desearía dejar de usarlas pero no puedo”.
- “Si se siente un cambio en el estado anímico negativo”.
- “Me cambiaban mucho, muy irritable, sensible”.
- “Que si afecta el estado de ánimo pero depende de las personas”.
- “Perdí todo mi apetito sexual”.
- “Desde que empecé a utilizar anticonceptivos me siento más susceptible o me entristezco más fácilmente, sin embargo no sé si sea el único factor que provoque ese estado en mí”.
- “Me afectaban demasiado, agradezco haberlos dejado de tomar”.
- “Me causaba mucha más ansiedad y lloraba fácilmente”.
- “Cambios pequeños pero que a largo plazo afectan porque se acumulan
- Siento que como mujeres estamos acostumbradas a fluctuaciones de ánimo con causas hormonales, pero son diferentes a las producidas por los anticonceptivos hormonales, en mi experiencia sobre todo he sentido que mi paciencia ha disminuido, soy más sensible y me frustró con mucha más facilidad”.
- “Creo que directamente afectaron a mi sensibilidad el sueño hay pude notar cambios fuertes y evidentes y pérdida de peso en lo físico”.
- “Se evidencia un cambio emocional negativo. Poca capacidad para controlar las emociones fuerte y reaccionar a cualquier situación”.
- “Las inyecciones me tenían irritada también me hicieron subir de peso y tenía dolor de cabeza por ende pasaba de mal humor”.
- “Me siento mucho más irritable y cansada”
- Soy mucho mas sensible q antes y mi estado de animo cambia con mucha facilidad
- “Que tienen una relación significativa y que influyen en muchas cosas, más negativas que positiva”.
- “Los primeros años estuve maravillada con los anticonceptivos porque no tenía ningún efecto secundario, a medida que paso el tiempo los efectos secundarios fueron demasiado fuertes”.
- “Prefiero estar deprimida que quedarme embarazada. Sin embargo, la gente cree que exageras, pero no saben que realmente te sientes pésimo y que no es intencional”.
- “Dañaron mi vida”.
- “Pésima. Además estuve estéril 3 años sin poder concebir”.

- “Considero que el uso de anticonceptivos hormonales ha afectado a mi esfera emocional. Me siento mas susceptible, irritable, deprimida y generalmente me siento cansada ya que antes del uso de los mismos no era de esa forma, siento que he cambiado anímicamente”.
- “No tenia interés alguno por tener intimidad con mi esposo, me dolía mucho. Subí de peso también durante ese tiempo y tenia mucha ansiedad”.
- “los anticonceptivos me hacían sentir vulnerable retirada cansada y depresiva también muy sensible todo me hacia llorar y mis pensamientos siempre eran trágicos y mi relación con las personas siempre era a la defensiva y todo esto pasó cuándo deje los anticonceptivos”.
- “Siempre me han puesto más irritable y pienso que ahora me producen cansancio sin duda alguna”.
- “No fue una buena experiencia me sentía cansada subí muchísimo de peso, y estaba irritable todo el tiempo”.
- “Nefasta, el poco tiempo que los use cambió a mal todo mi estado de ánimo por completo, por eso las dejé de tomar y me he sentido muy bien ! El método del ritmo es el mejor !”.
- “Te cambian mucho el estado de ánimo”.
- “Prefiero evitarlos, lo peor fue la irritabilidad y disminución del deseo sexual”.
- “Varía según los factores externos, pero se multiplican los sentimientos negativos a comparación de cómo me afectaban antes”.
- “Los anticonceptivos en un principio creo que si afectaron en mi ánimo. Después con meditación y terapias alternativas se estabilizó”.
- “Cuando deje las pastillas anticonceptivas, volví a vivir. Presente casi todos los síntomas mientras tomaba las pastillas. Cuando deje todo cambio”.