

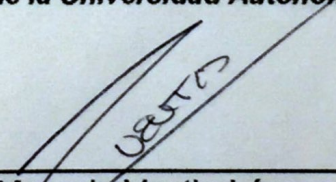


Fecha: 20 de febrero de 2018

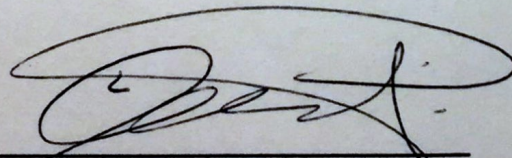
DICTAMEN DE VOTOS APROBATORIOS TESIS

Los docentes que integran el **COMITÉ DE TUTORES** de la maestro (a): María Teresa Hurtado de Mendoza Zabalgoitia, egresado(a) del programa del Doctorado en Ciencias de la Salud de la generación agosto 2013 a julio 2016, quien realizó el trabajo de tesis titulado: titulado **“CONDUCTAS DE RIESGO Y SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN ASOCIADAS A LA ACTIVIDAD SEXUAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DEL ÁREA DE LA SALUD”**, bajo la Tutoría Académica del(la) Dr(a).Marcela Veytia López, ha sido dirigido, revisado y discutido, por lo que se ha considerado **DICTAMINARLO COMO APROBADO**, ya que reúne los requisitos que exige el Artículo 75 del Reglamento de Estudios Avanzados de la Universidad Autónoma del Estado de México.

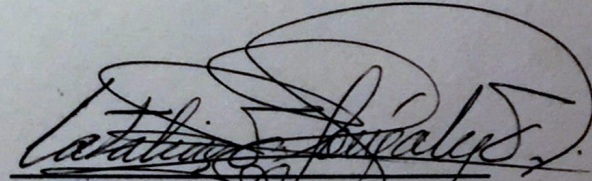
ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO
“2018, Año del 190 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México”



Dra. Marcela Veytia López
Tutor Académico



Dra. Rosalinda Guadarrama
Guadarrama
Tutor Interno



Dra. Catalina González Forteza
Tutor Externo



Universidad Autónoma del Estado de México

Facultad de Enfermería y Obstetricia

Doctorado en Ciencias de la Salud

**“CONDUCTAS DE RIESGO Y SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
ASOCIADAS A LA ACTIVIDAD SEXUAL EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS DEL ÁREA DE LA SALUD”**

TESIS

Para Obtener el Grado de:

Doctora en Ciencias de la Salud

Presenta:

Mtra. en S.H. María Teresa Hurtado de Mendoza Zabalgotia

Comité Tutorial:

Dra. en C.S. Marcela Veytia López

Tutor Académico

Dra. en S. Rosalinda Guadarrama Guadarrama

Tutor Interno

Dra. en Psic. Catalina González Forteza

Tutor Externo



Toluca, Estado de México, marzo de 2018

DEDICATORIAS

**A Diego, Alonso, Liliana y Diego
por su cariño, apoyo y comprensión**

**A mi papá y mi mamá que me enseñaron la
responsabilidad el trabajo además
de su apoyo incondicional**

**A todas las personas que confiaron y estuvieron junto a
mí en la realización del doctorado**

AGRADECIMIENTO

A mis tutores Marcela, Rosalinda y Cati por todas sus enseñanzas

A Fernando Wagner, Juan Talavera y Rodolfo Rivas por su paciencia y enseñanza de estadística

A los alumnos que respondieron a los cuestionarios y a las autoridades de ambas universidades que me permitieron hacer mi investigación

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	1
Summary	3
Introducción	5
1. Antecedentes	7
1.1 Marco teórico de referencia	7
1.2 Adolescencia-estudiantes del área de la salud	10
1.3 Conductas sexuales de riesgo	12
1.3.1 Inicio temprano de relaciones sexuales coitales	17
1.3.2 Múltiples parejas sexuales	18
1.3.3 Uso de métodos anticonceptivos	19
1.3.3.1 Métodos naturales	20
1.3.3.2 Métodos hormonales	22
1.3.3.3 Métodos de barrera	24
1.3.3.4 Métodos químicos	25
1.3.3.5 Métodos definitivos	25
1.4 Depresión	25
2. Planteamiento del problema	29
3. Justificación	30
4. Hipótesis	31
5. Objetivos	32
5.1 Objetivo general	32
5.2 Objetivo específico	32

6. Diseño metodológico	33
6.1 Diseño del estudio	33
6.2 Universo y Muestra	33
6.3 Procedimiento	34
6.4 Criterios de inclusión	35
6.5 Criterios de exclusión	35
6.6 Instrumentos	35
6.7 Recolección de datos	38
6.8 Análisis de datos	38
6.9 Aspecto ético	39
7. Resultados	40
7.1 Artículo aceptado	40
7.1.1 Título del artículo aceptado	40
7.1.2 Página frontal del manuscrito	40
7.1.3 Carta de aceptación	42
7.1.4 Apartados del artículo	43
7.2 Artículo enviado	51
7.2.1 Título del artículo enviado	51
7.2.2 Página frontal del manuscrito	51
7.2.3 Carta de aceptación	52
7.2.4 Apartados del artículo	53
8. Discusión	74
8. Resultados adicionales	78

9. Discusión general	98
10. Conclusiones generales	102
10.1 Limitaciones	104
10.2 Recomendaciones	105
11. Bibliohemerografía	106
12. Anexos	127

Conductas de riesgo y síntomas de depresión asociadas a la actividad sexual en estudiantes universitarios del área de la salud

RESUMEN

La sintomatología depresiva es una hipótesis importante para explicar el por qué los jóvenes universitarios estudiantes del área de la salud, que tienen conocimientos respecto al autocuidado, llevan a cabo conductas sexuales que los pone en riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual y de embarazarse.

El objetivo del presente trabajo consistió en evaluar la asociación de las conductas sexuales de riesgo con la sintomatología depresiva en estudiantes universitarios del área de la salud de dos instituciones públicas del Estado de México de una muestra de 2,640 jóvenes de las licenciaturas de Médico Cirujano, Psicología, Odontología y Enfermería, con edades entre 18 y 24 años (73% mujeres y 27% hombres). Los instrumentos que se aplicaron fueron: La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD) y el cuestionario Sobre Sexo en Estudiantes Universitarios (SSEU).

Los resultados indican una prevalencia de síntomas de depresión del total de 2,640 jóvenes en el 15.2%. Se realizaron análisis de regresión múltiple por pasos para determinar el efecto de la relación de la sintomatología depresiva sobre no utilizar condón en forma adecuada y tener accidentes al utilizar métodos anticonceptivos. Los jóvenes que presentaban síntomas de depresión tenían otras conductas sexuales de riesgo como: llevar a cabo sexo en grupo, utilizan más la píldora de emergencia como método de autocuidado posterior a las relaciones sexuales, además utilizan menos el condón en sus práctica sexuales coitales, comparados con los que no presentan sintomatología depresiva.

Los resultados coinciden con los reportados en investigaciones en otros países con poblaciones similares en donde, los estudiantes del área de la salud presentan más síntomas de depresión y además estos tienen más conductas sexuales de riesgo que los que no presentan sintomatología depresiva.

SUMMARY

Risk behaviors and symptoms of depression associated with the sexual activity of university students in the healthcare area

Depressive symptomatology is an important hypothesis to explain why university students in the healthcare areas, who know about contraceptives and self-care, engage in sexual behaviors that put them at risk of contracting sexually transmitted infections and unplanned pregnancies.

The objective of this study was to evaluate the association of risky sexual behaviors with depressive symptomatology in university students in the healthcare areas at two public universities in the State of Mexico, Mexico. A sample of 2,640 college students from the specialties of Surgery, Psychology, Dentistry, and Nursing, with ages between 18 and 24 years were polled. The sample consisted of 73% women and 27% men. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD) was used to detect depressive symptoms and the Questionnaire on Sex in University Students (SSEU) to detect sexual risk behaviors.

The results indicate the existence of symptoms of depression in 15.2% of the individuals in the sample group. Multiple regression analyzes were performed to determine the relationships between depressive symptomatology and not using condoms properly, and having accidents while using other contraceptive methods. Students with symptoms of depression have other risky sexual behaviors, such as: engaging in casual sex, engaging in group sex, using emergency contraceptives as a primary contraceptive method, and less use

of condoms during sexual intercourse as compared with those students without depressive symptomatology.

The results of this study coincide with those both in Mexico and in other countries with similar populations. College students in the healthcare area tend to have greater depressive symptoms than the general population, and as such, they often engage in risky sexual activities. These behaviors have potentially detrimental consequences, such as sexually transmitted infections and unplanned pregnancies, and they impact their physical, emotional and social health in both the short and long term.

INTRODUCCIÓN

Algunas investigaciones ⁽¹⁻⁷⁾ han centrado su atención en el estudio de los factores asociados a la actividad sexual y las conductas de riesgo en adolescentes, esto debido a las implicaciones que tienen en el contagio de infecciones de transmisión sexual ⁽⁸⁾ y embarazos no planeados ⁽⁹⁾. Entre los factores que se han estudiado con mayor frecuencia relacionados con las conductas sexuales de riesgo se encuentran: la falta de información sobre el uso del condón y métodos anticonceptivos ⁽¹⁰⁾, inicio temprano de relaciones sexuales^(11,12), tener múltiples parejas, llevar a cabo relaciones sexuales sin protección ⁽¹³⁾, uso y abuso de tabaco, alcohol y otras drogas ⁽¹⁴⁾, la inhabilidad en la negociación del uso del condón ^(15,16), el tipo de relación ya sea estable u ocasional ⁽¹⁷⁾, el contexto social ^(18,19), el bajo nivel educativo ⁽²⁰⁾, las condiciones socioeconómicas ⁽²¹⁾, la presión social ⁽²²⁾, las creencias sobre el amor romántico ⁽²³⁾, la fidelidad ⁽²⁴⁾, los problemas de salud mental como la ansiedad ⁽²⁵⁾ o la depresión ⁽²⁶⁾, entre otros.

En México, en el último reporte de la Encuesta Nacional de Deserción en Educación Media Superior de la Secretaría de Educación Pública ⁽²⁷⁾ se menciona que a pesar de los esfuerzos por informar a los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos, a nivel nacional no han bajado los índices de embarazos no planeados. Los efectos colaterales que esto conlleva son: la deserción escolar, el rechazo social, el abandono del menor y problemas familiares entre otros⁽³⁾.

Por otro lado, en la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012) ⁽²⁸⁾ se reportó que aumentó el número de adolescentes que acudieron a consulta por presentar diversas infecciones de transmisión sexual como gonorrea, tricomoniasis, candidiasis,

vaginosis inespecíficas y virus de inmunodeficiencia humana (VIH), entre otras, comparándolo con años anteriores.

Un aspecto que llama la atención es que los estudiantes universitarios son un grupo poco estudiado en comparación con adolescentes de menor edad respecto a su actividad sexual y a las conductas de riesgo, así como los factores que están implicados en dichas conductas; esto probablemente puede explicarse porque algunos los consideran adultos por haber cumplido 18 años e ingresar a la universidad. Aunque hay que mencionar que en este tipo de población también se han incrementado los casos de embarazos no planeados y las infecciones de transmisión sexual⁽⁸⁾, ambas situaciones repercuten directamente sobre su salud física y emocional⁽²⁹⁾ y además en forma indirecta, en la sociedad en general⁽³⁰⁾.

Tanto el aumento en el número de infecciones de transmisión sexual como en los embarazos no planeados se han convertido en problemas de salud pública que requieren atención inmediata de los profesionales relacionados con el área de la salud. Por ello es necesario que se siga investigando sobre los factores implicados en la actividad sexual y las conductas de riesgo involucradas en ello.

Otro problema que cada vez se observa con más frecuencia en personas jóvenes es la depresión, y además de acuerdo a estudios realizados en el hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro en México la depresión se observa cada vez en etapas de la vida más tempranas⁽³¹⁾. Por su parte, Rubin, Gold y Primack⁽²⁶⁾ en un estudio de cohorte llevado a cabo en mujeres entre 13 a 21 años en Estados Unidos se encontró que al aplicar el instrumento del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Escala de Depresión (CES-D)⁽³²⁾ si los puntajes estaban por arriba de 24 puntos había asociación con conductas sexuales como el tener más parejas sexuales.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo evaluar la asociación de las conductas de riesgo y los síntomas de depresión con la actividad sexual en los estudiantes universitarios del área de la salud, para lo cual se determinará la prevalencia de: la actividad sexual, la sintomatología depresiva (ánimo deprimido o irritable; conducta irresponsable; hostilidad, enojo; marcada disminución del interés en actividades antes placenteras; pérdida de interés en los compañeros y en las actividades escolares; baja de peso sin llevar a cabo dieta o tener alteraciones en el apetito; insomnio o hipersomnia; agitación o enlentecimiento psicomotriz; hiperactividad; fatiga o pérdida de energía; no participación con compañeros, negativa a ir a la escuela y ausencia frecuente a ella; dificultad para pensar o concentrarse, o mal funcionamiento académico y pensamientos recurrentes de muerte)⁽³³⁾.

1. ANTECEDENTES

1.1. Marco teórico de referencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como: "Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", entrando en vigor esta definición desde 1948 a nivel mundial en los países miembros del Organismo⁽³⁴⁾. Esta definición menciona la palabra *Bienestar* que es un término ambicioso y muy amplio, que de acuerdo a la Real Academia de la Lengua Española se refiere a "vida holgada o abastecida de cuanto conduce a pasarla bien y con tranquilidad"⁽³⁵⁾; además en la definición de la OMS también se menciona que dicho bienestar sea completo en relación al estado físico, mental y social de la persona.

En la definición antes mencionada observamos que habla de aspectos biológicos, psicológicos o mentales y sociales, por lo que para el estudio de la salud es importante tomar

en cuenta un modelo que los incluya. El modelo Bio-Psico-Social está en relación directa con la definición de salud, donde los actores principales son las personas, ya sea como individuos o como una comunidad. Este modelo fue propuesto por Engel en 1977 quien postuló la necesidad de un modelo que integre otros elementos en forma holística, su postura criticaba el modelo biologista exponiendo los siguientes puntos:

- a) Una alteración bioquímica no siempre se traduce en una enfermedad, debido a que hay otras causas involucradas como son la psicología y la sociedad; así como algunas alteraciones psicosociales pueden derivar en alteraciones bioquímicas.
- b) La anomalía biológica por sí misma no arroja significación en los síntomas.
- c) Las variables psico-sociales suelen ser importantes para determinar la susceptibilidad, curso o gravedad del padecimiento biológico.
- d) El éxito de un tratamiento puede estar influido por otros factores además del fármaco.

Este modelo tiene la ventaja de legitimar cualquier causa que ocasione “No Bienestar” en la persona sin que tenga alguna enfermedad como tal: es un modelo de causalidad circular donde las variables biológicas, psicológicas y sociales tienen un peso similar en que la persona se perciba como un ser que no se encuentra en estado de bienestar.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud define a los factores de riesgo como “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” ⁽³⁶⁾. Los riesgos a la salud pueden ser interpretados en forma diferente, dependiendo del grupo social al que se pertenezca; es decir, es diferente para los científicos, autoridades, políticos, público en general, etc. En esta Tesis me referiré a los riesgos a la salud que el individuo puede prevenir para que no esté en juego

su salud o bienestar ya que hay riesgos a la salud que no dependen del individuo como es el caso de desastres naturales, radiaciones, contaminantes ambientales, etc.

A pesar de que los individuos sean responsables de controlar los riesgos mediante medidas preventivas, tanto la sociedad y autoridades también están involucradas en proporcionar información suficiente, veraz y científica, además de otorgar los medios para que los individuos puedan llevar a cabo la prevención de riesgos. La noción de riesgo no es lo mismo para cualquier persona o grupos de personas, en donde además cada riesgo debe considerarse, estudiarse y combatirse desde diversos contextos, como es el económico, cultural, social, emocional y físico; ya que se encuentran involucradas las creencias, los estilos de vida y las concepciones culturales arraigadas, por lo cual la prevención de riesgos tiene que considerarse como un proceso bidireccional ⁽³⁷⁾.

Para las personas la idea de riesgo está en la información que reciben, las experiencias familiares, experiencias pasadas o de personas cercanas, de los sistemas de creencias e interpretación personal, además de que la familiaridad con los riesgos minimiza y normaliza para la persona los riesgos más comunes y frecuentes en su medio social. Mencionan Slovic Fischhoff y Lichtenstein ⁽³⁸⁾ que las personas reaccionan a los riesgos que perciben y que hay tres factores asociados con la percepción de riesgo: el miedo, la familiaridad y la exposición. A veces las autoridades que diseñan campañas preventivas no perciben el mismo riesgo que la población por lo cual fracasan; y además en ocasiones los grupos con mayor riesgo tienen menor influencia en los debates de aplicación de modelos preventivos.

1.2 Adolescencia-estudiantes del área de la salud

La adolescencia se conceptualiza como una transición entre la infancia y la edad adulta; sin embargo, los acontecimientos sociales de las dos últimas décadas han afectado significativamente la naturaleza de dicha transición ⁽³⁹⁾. Es importante aclarar que el concepto de adolescencia es relativamente nuevo; surgió a mitad del siglo pasado y describe una fase específica del ciclo de la vida humana, y está relacionada también con cambios políticos, económicos, culturales, el desarrollo industrial, educacional, el papel que comienza a jugar la mujer y al enfoque de género en correspondencia con la significación que este grupo poblacional tiene para el progreso económico-social ⁽⁴⁰⁾.

Algunos autores ^(41,42) coinciden en que hay que referirse a sub-estadios de la adolescencia como temprana, media y avanzada o tardía pues a pesar de los esfuerzos realizados ⁽⁴³⁾ no se ha logrado un consenso satisfactorio sobre la determinación en las edades. El inicio de la adolescencia se da con los cambios físicos correspondientes a cada sexo, por el aumento de las hormonas sexuales, y a esta etapa se le llama pubertad ⁽⁴⁴⁾, que puede variar de una zona geográfica a otra ⁽⁴⁵⁾. En México la pubertad comienza alrededor de los 10 años y la tendencia mundial es que se dé cada vez a menor edad. En un estudio comparativo en diferentes países como Chile, Estados Unidos, Suecia y Reino Unido, se encontró que la tendencia es que la adolescencia-pubertad aparezca a menor edad con respecto a generaciones anteriores ⁽⁴⁶⁾.

Con el inicio de la pubertad comienzan los cambios hormonales que preparan biológicamente al adolescente para la reproducción ⁽⁴⁷⁾. Es importante hablar con conocimiento y propiedad de la sexualidad en la adolescencia, puesto que implica no tan solo analizar qué es la sexualidad y qué es la adolescencia, sino considerar sus diferentes

variaciones de acuerdo con el género y los diversos grupos demográficos influenciados por factores geográficos, económicos, religiosos, de comunicación, socioculturales que rodean a cada individuo y que sostienen una interacción desde el inicio de su vida ⁽⁴⁸⁾.

González ⁽⁴⁹⁾ menciona que “en la adolescencia, la maduración físico-sexual, es todo un acontecimiento pues modifica todo cuanto se tenía, tanto física, como emocional e intelectualmente. Se hace más intenso el impulso sexual, el erotismo se renueva y se incrementa y hay una gran necesidad de expresarse sexo-eróticamente”.

Por su parte, Parra y Pérez ⁽⁵⁰⁾ explican que en la adolescencia temprana o también conocida como pubertad que va de 10 a 14 años aparecen los primeros caracteres sexuales secundarios, aparecen las fantasías sexuales, y además existe una gran preocupación por parte del adolescente hombre o mujer por los cambios físicos que experimenta y por su apariencia en general, siendo también un período de turbulencia y gran ambivalencia afectiva.

Posteriormente, la adolescencia media y adolescencia tardía de los 15 a los 24 años se caracteriza por un aumento en la experimentación sexual tanto consigo mismo como en forma compartida hay también cambios imprevisibles de conducta, así como sentimientos de invulnerabilidad; a esto se debe el inicio cada vez más precoz de las relaciones sexuales coitales.

De acuerdo al Portal de Estadística Universitaria de 2014 ⁽⁵¹⁾, la mayoría de los estudiantes universitarios tienen entre 18 y 24 años, y algunos ingresan a edades más tempranas, por lo que son personas aún adolescentes que tienen transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, algunas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones aunque la mayoría esencialmente positivos.

En México en la encuesta del Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE 2013) ⁽⁵²⁾ se considera que la etapa de la juventud acaba a los 29 años para dar inicio a la adultez; y la Secretaría de Salud a través de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) ⁽²⁸⁾ considera que a los 20 años inicia la adultez. Se puede observar que no hay un consenso respecto a cómo nombrar y clasificar el final de la adolescencia o el inicio de la adultez.

Monroy ⁽⁴⁸⁾ determina que las definiciones cronológicas son estadísticamente convenientes y que en realidad existe una gran variación en la sincronización y en la duración de las etapas, aunque no en la secuencia de los cambios biológicos, sociales y psicológicos que caracterizan este periodo de transición. A través de los años, el estudio e investigación sobre la adolescencia ha sido muy productiva; se considera que es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en la que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia, los jóvenes buscan su identidad y aprenden a poner en práctica valores aprendidos en la infancia así como a desarrollar habilidades que les permitan convertirse en adultos maduros y responsables.

1.3 Conductas sexuales de riesgo

Las conductas sexuales de riesgo son aquellos actos o acciones realizadas por una persona que le pueden llevarle a consecuencias nocivas ⁽⁵³⁾. Valle *et al.*, ⁽⁵⁴⁾, consideran que: “Una conducta sexual de riesgo es la exposición de una persona a situaciones que puedan ocasionar daños a su salud o a la de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por infecciones de transmisión sexual” o bien embarazos no planeados.

Las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo han sido objetivo de múltiples estudios sobre la sexualidad en los adolescentes. Prácticamente, las investigaciones al

respecto no comienzan sino hasta el final de la década de los ochenta, debido a las presiones económicas de los países desarrollados y a la emergencia del VIH/sida ⁽⁵⁵⁾; y se han centrado en conocer las pautas reproductivas y las prácticas sexuales de riesgo, tanto para embarazos en adolescentes como para no adquirir alguna infección de transmisión sexual incluido el VIH/sida ⁽⁵⁶⁾.

Las conductas sexuales de riesgo que llevan a cabo los jóvenes estudiantes universitarios del área de la salud no son por falta de conocimientos, ya que en diversas materias desde la secundaria, bachillerato y la propia licenciatura se abordan temas relacionados con el cuidado de la salud sexual, sobretodo el uso de condón, la existencia de infecciones de transmisión sexual, el embarazo adolescente y no planeado, entre otros. Es por ello que considero que hay otros elementos, razones, motivaciones o causas involucradas que lleva a los jóvenes a practicar conductas sexuales de riesgo.

Además, en la percepción de riesgo hay factores como es el género que influye en que sea diferente para hombres y mujeres ^(57, 58). También se han encontrado otros factores como la desconfianza y los conflictos emocionales ⁽⁴¹⁾. Los riesgos también son considerados por los psicólogos, sociólogos y antropólogos como un constructo social que se encuentra inmerso en un contexto histórico y cultural particular ^(59, 60).

Respecto a la repercusión en la salud en relación a las prácticas sexuales se considera el riesgo a adquirir infecciones de transmisión sexual y el riesgo a embarazos no planeados entre los jóvenes. Es así que se han investigado las posibles causas que influyen en llevar a cabo conductas sexuales de riesgo como el estudio llevado a cabo en México por Trejo *et al.*, ⁽¹⁾ donde evaluaron los conocimientos y el comportamiento sexual de 965 adolescentes entre 18 y 21 años, estudiantes de medicina y enfermería. Los resultados arrojaron que la mayoría

de los jóvenes universitarios se percibieron con un nivel adecuado de conocimientos. Los hombres se consideraron con mayor conocimiento; y sin embargo presentaron mayor riesgo en las prácticas sexuales.

Estos resultados coinciden con los encontrados por Caballero *et al.*,⁽⁶¹⁾ quienes investigaron en Colombia a 2,328 estudiantes universitarios y encontraron una alta prevalencia de prácticas inadecuadas de uso del condón y factores asociados en ello a pesar de haber recibido información sobre uso del condón y la técnica adecuada para utilizarlo. Además de brindarles información sobre VIH, no siempre usaban el condón en sus prácticas sexuales, usándolo solo el 25% de la población estudiada. También fue evidente en este estudio el tener relaciones bajo el efecto del alcohol y sustancias psicoactivas, y que en la medida que aumenta el número de compañeros sexuales, se aumenta el riesgo de tener una técnica inadecuada del uso del condón incrementando el riesgo de propagación de VIH, otras infecciones de transmisión sexual y de embarazos no planeados.

En un estudio realizado en España⁽⁶²⁾, respecto a las variables que influyen en el comportamiento sexual de riesgo de los adolescentes entre 13 y 19 años, encontraron pocas diferencias entre las prácticas sexuales y la edad de inicio de relaciones sexuales coitales entre hombres y mujeres, y se evidenció que el consumo de alcohol y una cantidad elevada de parejas sexuales fueron las conductas de riesgo más frecuentes en los hombres.

En cuanto a los aspectos psicosociales sobre el comportamiento sexual de los adolescentes, Chávez y Álvarez⁽⁶³⁾ en un estudio exploratorio con la participación de 326 universitarios en una región al norte de México, encontraron que la información proporcionada por ambos padres influía en el comportamiento sexual. Aunque fue más significativa en el caso de las mujeres, y consideraron que la información proporcionada por

la madre era de mayor calidad. La información proporcionada por la escuela sobre todo a nivel medio superior, la consideran buena, pero no se refleja en la adopción de conductas sexuales de protección, como usar preservativo, no tener relaciones sexuales de riesgo bajo la influencia del alcohol u otras drogas, tener relaciones sexuales con desconocidos o en lugares públicos, etc.

En México, Pulido *et al.*,⁽⁶⁴⁾ llevaron a cabo un estudio comparativo en tres universidades ubicadas en diferentes zonas de la Ciudad de México. Participaron 1,375 estudiantes universitarios y se encontró que el 80% tenía actividad sexual, la cual se manifestaba frecuentemente en condiciones riesgosas, no se encontraron diferencias entre las actividades de riesgos sexuales entre los alumnos de universidades laicas y religiosas, ni tampoco influyó la clase social. Es importante mencionar que se evidenció en esta muestra que la mayoría de los estudiantes tienen relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol o las drogas y que con frecuencia sus encuentros sexuales son sin el uso de condón y confiaban en el uso de métodos anticonceptivos naturales, y además existía infidelidad y sexo casual.

En un estudio realizado por Gil *et al.*,⁽⁶⁵⁾ en el cual participaron 291 estudiantes españoles universitarios de enfermería de ambos sexos, encontraron una alta prevalencia del consumo de alcohol y asociado con la alta probabilidad de no utilizar condón en sus prácticas sexuales.

Hurtado de Mendoza y Olvera⁽⁶⁶⁾ reportaron que en un estudio realizado con 990 jóvenes universitarios de la zona centro de la República Mexicana de las áreas físico-matemáticas, biológicas y salud, ciencias sociales, y artes en donde evaluaron actitudes y conocimientos sobre: sexualidad, los resultados permitieron identificar que a pesar de los

conocimientos e información con la que contaban los jóvenes siguen teniendo prácticas sexuales de riesgo.

Los factores culturales asociados a las conductas sexuales ⁽⁶⁷⁾ están presentes en los jóvenes; ello lo demuestra un estudio de 209 estudiantes universitarios españoles y 94 uruguayos en donde se evaluaron los conocimientos y las conductas sexuales de riesgo. Se encontró que en el caso de los hombres existe una mayor cantidad de prácticas sexuales de riesgo y en el caso de las estudiantes mujeres uruguayas, un mayor consumo de la píldora postcoital debido a que no utilizaban preservativo. En general los uruguayos tenían una adecuada información sobre el uso del condón, pero no lo usaban.

Otros factores asociados a las prácticas sexuales riesgosas han sido el consumo de alcohol y otras drogas, y la percepción que tienen los adolescentes sobre la poca vulnerabilidad ante cualquier consecuencia negativa del consumo de ellas sobre su salud, el inicio temprano de relaciones sexuales y el tener múltiples parejas.

En menor proporción se han estudiado también otros factores que pueden estar implicados en la práctica de relaciones sexuales de riesgo, por ejemplo, la religiosidad ⁽⁶⁸⁾ donde se menciona que los que utilizan menos el condón son los protestantes evangélicos comparados con los católicos o los que no profesan alguna religión; el pertenecer a un determinado grupo étnico, como en los estudios realizados por Gayet *et al.*, ⁽⁶⁹⁾ en México en donde encontraron que los adolescentes indígenas tienen menos conductas sexuales de riesgo que sus similares de zonas urbanas; respecto al género, García *et al.*, ⁽⁷⁰⁾ encontraron en su estudio que los hombres adolescentes tienen más conductas de riesgo sexual como no usar condón que las mujeres, relacionado esto además con el mayor consumo de alcohol y drogas en los hombres que en las mujeres.

Otro estudio reporta que el tipo de familia del cual provienen los adolescentes influye, para llevar a cabo conductas sexuales de riesgo, ya que los integrantes de familias monoparentales tienen más conductas sexuales de riesgo como el inicio temprano de relaciones sexuales y no utilizan condón en todas sus prácticas sexuales⁽⁶³⁾. Algunos autores⁽²⁰⁾ han encontrado que los adolescentes provenientes de un bajo nivel económico tienen mayores conductas sexuales de riesgo que los de niveles económicos elevados y a su vez presentan una sexualidad precoz y mayor frecuencia de embarazos adolescentes.

Algunas investigaciones reportan que las conductas sexuales de riesgo también están en relación con la disponibilidad de condones⁽⁷¹⁾ o métodos anticonceptivos⁽⁷²⁾, actitudes y creencias hacia la sexualidad⁽⁷³⁾, el amor romántico⁽²³⁾, bajo rendimiento escolar⁽⁴²⁾ y el inicio temprano de relaciones sexuales antes de los 16 años de edad, como factores desencadenantes de conductas sexuales de riesgo^(12, 72, 73).

1.3.1 Inicio temprano de relaciones sexuales coitales

Durante la adolescencia hay importantes cambios emocionales y hormonales que hace que los jóvenes tengan sus primeros encuentros eróticos y entre ellos, relaciones sexuales coitales⁽⁷⁴⁾. Las expresiones sexuales varían según el género, la clase social, el grupo cultural de referencia, la educación, la religiosidad y el tipo de comunidad a la que pertenezca el adolescente⁽⁷⁵⁾. Los adolescentes y jóvenes dan sentido a las transformaciones de su cuerpo en dos formas: como vía de procreación y como vía de disfrute sexual (lo que les resulta más importante para ellos/as), y ser objeto de atracción física erótica para otras personas manifestando su erotismo en forma de fantasías, deseos, caricias, atracción, búsqueda de pareja, y coito⁽⁷⁶⁾; éste último, muchas de las veces con prácticas que implican riesgos para

su salud e integridad física, psicológica y social, y a esto se conoce como conducta sexual de riesgo.

El estímulo sexual es un factor determinante en el comportamiento del adolescente, ya que experimenta deseos sexuales que estaban latentes y trata de establecer una imagen coherente de sí mismo que posibilite la resolución de este conflicto para, de esta forma, alcanzar una sensación interna de continuidad y bienestar psicosocial que no termina en la adolescencia sino que se prolonga en la etapa de adulto joven ⁽⁷⁷⁾.

La edad de inicio de las relaciones sexuales coitales en los adolescentes varía de acuerdo a las costumbres del grupo social del que se trate; mencionan Gayet y Gutiérrez ⁽⁷⁶⁾ que en el momento que una persona lleva a cabo relaciones sexuales coitales se expone a infecciones y a embarazarse. Además de que la edad de inicio de relaciones sexuales ha disminuido con respecto a lustros anteriores.

1.3.2 Múltiples Parejas Sexuales

Tener múltiples parejas sexuales es una conducta sexual de riesgo ⁽⁷⁷⁾ ya que con más parejas sexuales diferentes mayor es la posibilidad de contactos sexuales no protegidos ^(78,79). Hay diversas formas de tener múltiples parejas, una de ellas son las parejas monógamas seriadas; es decir, que se tiene una pareja sexual a la vez que permanecen como parejas sexuales por períodos cortos de tiempo, lo cual es muy común en los jóvenes, y en donde los que inician relaciones sexuales coitales a corta edad es más común que al cabo de algunos años hayan acumulado gran cantidad de parejas sexuales.

Otra modalidad de llevar a cabo relaciones sexuales con múltiples parejas es llamado “amigos con beneficios” ⁽⁸⁰⁾ en donde no hay un compromiso de noviazgo o de exclusividad;

sin embargo, el uso del condón no se usa en todas las relaciones sexuales, lo que aumenta el riesgo de embarazos o de adquirir alguna infección sexualmente transmisible.

Tener múltiples parejas sexuales también puede ser al llevar a cabo relaciones sexuales a cambio de dinero o favores, lo que se conoce como “sexo transaccional”. Este tipo de relaciones sexuales son algunas veces en forma paralela con la pareja formal, por lo que entra en la categoría de múltiples parejas sexuales ⁽⁷⁸⁾.

En algunos casos las parejas múltiples se pueden dar con el consentimiento de la pareja formal, en donde él o ella participen en forma consensuada, esto se conoce como “tríos” o “*menage a trois*” en donde dichos tríos pueden estar formados por dos hombres y una mujer, o dos mujeres y un hombre (ésta es la forma más común) o ser más de tres personas y recibir el nombre de sexo en grupo o también conocido como “orgías”; o también relaciones simultáneas ya sea como intercambio de parejas o en donde la pareja no está involucrada ni enterada y se conoce también como “Infidelidad sexual”. En cualquiera de las modalidades el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual está presente.

Las relaciones sexuales ocasionales o casuales ^(78,79) son una forma cada vez más frecuente en los jóvenes de relacionarse en donde no hay algún tipo de compromiso emocional sino únicamente una atracción erótica y los encuentros sexuales con diferentes parejas son frecuentes, aumentando considerablemente el riesgo de infecciones de transmisión sexual y embarazos.

1.3.3 Uso de Métodos anticonceptivos

En México, ante la preocupación por el acelerado ritmo de crecimiento de la población en 1974, se crearon las bases jurídicas como el modificar el artículo 4to de la Carta

Magna, en donde se incluye que toda persona tiene derecho a decidir en forma libre, responsable e informada el número y espaciamiento de sus hijos. También se creó el Consejo Nacional de Población (CONAPO), con la intención de coordinar la política de población y las líneas de acción al respecto. Para ello se llevaron a cabo acciones para difundir el uso de anticonceptivos, incrementándose su uso notablemente de 30.2% en 1976 a 68.7% en 1998 por lo que la tasa de fecundidad global descendió de 5.6 a 2.5 hijos en el mismo periodo ⁽⁸¹⁾; sin embargo, en la actualidad a pesar de la difusión y facilidad de acceso al uso de métodos anticonceptivos, los adolescentes y jóvenes no los utilizan en forma consistente ni correcta ya que hay un elevado índice de embarazos no planeados. De acuerdo a cifras de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), México tiene un índice elevado de embarazos adolescente ya que es de 64 por cada mil adolescentes ⁽⁸²⁾; por lo que el Consejo Nacional de Población (CONAPO) desde 2013 ha retomado la política de atender el embarazo adolescente y en 2016 propuso una nueva Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazo Adolescente ⁽⁸³⁾ con la que se pretende que para el año 2030 se reduzca a la mitad la tasa de fecundidad en adolescentes mexicanas y erradicar el embarazo en niñas menores de 15 años.

La función de los anticonceptivos es evitar la fecundación a través de diversas formas o métodos que se clasifican en naturales, hormonales, de barrera, químicos y definitivos; los cuales se describirán a continuación.

1.3.3.1 Métodos Naturales

Los métodos naturales también se conocen como de abstinencia periódica y se requiere conocer adecuadamente la funcionalidad del cuerpo de la mujer, además de una

buena comunicación y participación activa de ambos miembros de la pareja; sin embargo, no protegen contra las infecciones de transmisión sexual. Los métodos naturales son:

a) Temperatura basal. Consiste en tomar la temperatura antes de iniciar cualquier actividad física al despertar, y cuando la mujer se encuentra ovulando, la temperatura asciende entre 0.4 y 0.6 grados Celsius y hay que abstenerse de tener relaciones sexuales coitales durante los siguientes 5 días. Este método falla frecuentemente debido a que el espermatozoide vive hasta 72 horas dentro de los órganos reproductores de la mujer y si se tuvieron relaciones sexuales coitales antes que la temperatura basal se elevara pueden encontrarse los espermatozoides en la trompa de Falopio con el óvulo y llevarse a cabo la fecundación.

b) Método Billings. Se refiere a explorar el moco cervical que durante la ovulación se encuentra filante; es decir, hace hebra y eso es indicativo de que se está ovulando entonces hay que llevar a cabo la abstinencia sexual durante 5 días; sin embargo, sucede lo mismo que con el método anterior, en donde sí se tuvieron relaciones sexuales coitales 1 ó 2 días previos entonces puede haber un embarazo ya que los espermatozoides pudieran estar en el tracto reproductor de la mujer.

c) Calendario. Este método tiene como requisito que la mujer sea regular en sus ciclos menstruales por lo que en un calendario se marcan los días en que se requiere de la abstinencia sexual, y éstos deberán ser de 5 días previos y posteriores a la fecha de probable ovulación, que es entre menstruación y menstruación la mitad del ciclo y hay que abstenerse de encuentros sexuales coitales. Este método puede tener más éxito que los dos previos ya que la abstinencia incluye días previos a la posible ovulación.

d) Coito interrumpido. Es un método en el cual el hombre eyacula fuera del canal vaginal, este método tiene fallas debido a que es muy frecuente la eyaculación precoz en los hombres y no alcanzan a retirarse a tiempo y eyaculan parte del semen dentro de la vagina.

Los métodos anticonceptivos naturales no son muy recomendables para los adolescentes y los jóvenes ya que se ha comprobado que la efectividad es baja debido a fallas en su uso ^(84,85).

1.3.3.2 Métodos hormonales

Los métodos anticonceptivos hormonales tienen una eficacia mucho mayor que los naturales ya que no dependen de la abstinencia voluntaria sino que su acción está determinada por cambios hormonales que impiden la ovulación de diversas formas; ya sea prolongando la fase proliferativa o secretora.

Los anticonceptivos combinados actúan interrumpiendo la retroalimentación neuroendócrina inhibiendo la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) lo que genera una secuencia de eventos que impiden la ovulación. Se dice que la eficacia es de alrededor del 99%, y los que están hechos a base de progestina su eficacia es de alrededor del 97% ⁽⁸¹⁾.

La presentación de los métodos hormonales es variable y se adapta a diversas necesidades:

a) Píldora diaria. Este método puede ser con estrógenos y progesterona llevando ciclos artificiales para impedir la ovulación. Hay presentación de 21 píldoras o de 28 píldoras en donde la sustancia activa está en las primeras 21 píldoras y las 7 restantes sin efecto hormonal, tienen la función de no perder la rutina de toma de píldora y continuar mes con mes la misma acción de toma diaria.

b) Inyección. Este método de depósito que puede ser mensual o trimestral tiene la ventaja de no llevar a cabo acciones diarias, únicamente inyectarse una vez al mes o cada 3 meses, según sea el caso.

c) Implante subdérmico. Este método es a base de progesterona y se coloca el implante debajo de la piel; es un método de depósito en donde el organismo irá recibiendo dosis de hormonas que impedirán la ovulación durante 3 años.

d) Anillo Vaginal. Es un aro de plástico impregnado de hormonas que se coloca en la vagina en cualquiera de los fondos de saco por tres semanas y la cuarta semana se retira y vuelve a colocar otro anillo pasada la semana de la menstruación; las hormonas son absorbidas por la mucosa vaginal, actuando a nivel sistémico impidiendo la ovulación.

e) El parche cutáneo que se coloca en diversas zonas del cuerpo (brazo, abdomen o espalda) y su absorción es por vía dérmica; se cambia cada 7 días por tres semanas consecutivas y la última semana no se coloca para menstruar por privación hormonal. Su forma de actuar es también impidiendo la ovulación.

f) Dispositivo con hormonas. Este método actúa en forma doble; por un lado hace las veces de cuerpo extraño impidiendo la implantación del óvulo; y por otro lado, las hormonas tienen acción sobre el moco cervical para impedir que los espermatozoides suban por el cérvix.

g) Píldora de Emergencia. Este método hormonal es recomendable únicamente en caso de emergencias como ruptura de condón, olvido de píldora por más de dos días, olvido de aplicación de inyección, ya que son dosis muy elevadas de hormonas (progesterona) para impedir la liberación de FSH y por lo tanto no hay crecimiento folicular, además actúa inhibiendo la Hormona Luteinizante con lo que se suprime la ovulación.

Tanto adolescentes como jóvenes de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana vigente (NOM 005-SSA2-1993) determina que se pueden utilizar cualquiera de los métodos anticonceptivos hormonales y bajo los mismos criterios de excepción que los adultos (lactancia, embarazo, daño hepático, cáncer de útero o mama y uso de anticonvulsivos ⁽⁸⁶⁾.

1.3.3.3 Métodos de barrera

Los métodos de barrera tienen una doble función: prevención de embarazos y de infecciones de transmisión sexual. Los materiales pueden ser látex o poliuretano. Los condones masculinos son bolsas que pueden estar hechos de látex o de poliuretano; el hombre debe colocarlo antes de penetrar con una erección firme y retíralo después de eyacular antes que se pierda completamente la erección. La eficacia para prevenir el embarazo es del 83% al 85% cuando se utiliza en forma correcta ⁽⁸¹⁾. Más del 80% de los adolescentes que han iniciado actividad sexual coital tienen conocimientos básicos sobre el condón masculino, y a nivel nacional el 47.8 % de los adolescentes lo usaron en su primera relación sexual ⁽⁸⁷⁾.

El condón femenino es una bolsa de poliuretano que se puede colocar hasta 6 horas antes del coito. Tiene una eficacia anticonceptiva del 79% al 98% ⁽⁸¹⁾. Ambos condones se utilizan una vez y no deben de colocarse ambos a la vez.

Hay otros métodos de barrera menos eficaces como son los diafragmas y capuchones que son “tapones” de material de goma que se colocan a la entrada del cérvix, pero su adecuada colocación es difícil y pierden eficiencia, también se pueden colocar antes del coito, lo que no interrumpe el momento erótico; se recomiendan utilizar con espermicidas y dan una eficacia anticonceptiva del 82% cuando están bien utilizados ⁽⁸¹⁾.

La esponja vaginal es otro método de barrera disponible el cual está impregnado de espermicida, tiene una eficacia del 80%⁽⁸¹⁾.

1.3.3.4 Métodos Químicos

Entre los métodos químicos se encuentran los espermicidas que se recomienda combinen con algún método de barrera como el diafragma o el condón; su presentación es en gel, crema u óvulos y su eficacia puede ser de 75% a 90% de prevención del embarazo⁽⁸¹⁾. No se recomienda el uso frecuente de los espermicidas a base de nonoxinol 9 ya que adelgaza las paredes vaginales y puede ser más propensa la persona a adquirir infecciones de transmisión sexual por lo que ya no son muy recomendables.

1.3.3.5 Métodos Definitivos

Los métodos definitivos son la vasectomía para los hombres y la oclusión tubárica para las mujeres. Estos métodos no son recomendables para mujeres y hombres adolescentes y jóvenes⁽⁸⁸⁾. La vasectomía consiste en ligar y cortar los conductos deferentes y la oclusión tubárica en ligar y cortar las trompas de Falopio. La reversibilidad de estos métodos es casi imposible por lo que se les conoce como métodos definitivos y están disponibles preferentemente para personas que tienen satisfecha su paridad.

1.4 Depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo y tiene diferentes grados que incluyen: el trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por medicamentos o sustancias, debido a alguna

afección médica, trastorno depresivo especificado y no especificado (los que no cumplen con todos los criterios pero presentan síntomas) ⁽⁸⁹⁾. En cualquiera de las manifestaciones del trastorno hay presencia de: ánimo triste, cambios somáticos cognitivos que afectan en su funcionalidad al individuo que la padece además de alteraciones en el apetito, sueño, fatiga, culpa excesiva y dificultades en la cognición ⁽⁹⁰⁾.

Es un trastorno mental muy frecuente que afecta en el mundo alrededor de 300 millones de personas, afecta a más mujeres que hombres y en algunos casos lleva al suicidio, cada año hay alrededor de 800 mil personas entre 15 y 29 años que se suicidan debido a la depresión, además según datos mundiales, es un trastorno que va en aumento ⁽⁹¹⁾. La depresión está influenciada por varios factores, entre los que se encuentran los sociales, ambientales, emocionales, genéticos, hormonales, inmunológicos, neurodegenerativos y bioquímicos ⁽⁹²⁾.

La depresión como se mencionó anteriormente es una condición que se presenta frecuentemente. Diversos estudios alrededor del mundo como Estados Unidos ⁽⁹³⁾, Canadá ⁽⁹⁴⁾, Suecia ⁽⁹⁵⁾, Trinidad y Tobago ⁽⁹⁶⁾, India ⁽⁹⁷⁾, Turquía ⁽⁹⁸⁾, Nairobi, ⁽⁹⁹⁾ y México ⁽¹⁰⁰⁾, por mencionar algunos, han identificado que los universitarios estudiantes de la carrera de Medicina presentan una prevalencia mayor que la población general. En relación a estudiantes de otras licenciaturas como Psicología ^(101,102); Enfermería ⁽¹⁰³⁾, Odontología ⁽¹⁰⁴⁾, también se han encontrado prevalencia de trastornos mentales entre las cuales se encuentra la depresión.

Cabe mencionar que cada vez se observa la depresión en edades más tempranas, lo cual es una preocupación para las autoridades sanitarias a nivel mundial, ya que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en el año 2020, la depresión será la segunda causa de

incapacidad en el mundo. Por ello se propusieron estrategias como el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental que está enfocada entre otras acciones a diagnosticar y tratar en forma oportuna la depresión y con ello mejorar la calidad de vida de las personas y prevenir sus consecuencias ⁽¹⁰⁵⁾.

Algunos estudios sugieren que la depresión puede además influir en que los jóvenes tengan conductas sexuales de riesgo ^(106 -108), como inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, antecedentes de embarazos e infecciones de transmisión sexual. En una investigación en Nueva Escocia ⁽¹⁰⁹⁾ identificaron varios factores de riesgo interrelacionados y entre ellos la depresión y cómo influyen en las posibilidades de comportamientos sexuales de riesgo en los adolescentes. Se examinó la relación entre la depresión y las conductas de riesgo sexual después de considerar los efectos de otras variables. Encuestaron a 1,120 mujeres y 1,177 hombres, todos de educación secundaria, distribuidos en 4 escuelas, a quienes se les evaluó la presencia de síntomas de depresión mediante la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D por sus siglas en inglés) (Radloff, 1977) ⁽³²⁾. De acuerdo con los resultados, la sintomatología depresiva se asoció con 3 conductas de riesgo para las mujeres sexualmente activas: 1) tener relaciones sexuales no planificadas 2) consumo de sustancias y 3) no usar un método anticonceptivo eficaz en la última relación sexual. Para los varones: 1) tener relaciones sexuales imprevistas cuando se utilizan sustancias y 2) que tengan más de una pareja en el año anterior. Es importante destacar que el riesgo de depresión en las mujeres se mantuvo significativamente asociada con relaciones sexuales no planificadas y el no usar de métodos anticonceptivos eficaces en la última relación sexual. Para los hombres, estas dos asociaciones también permanecieron significativas. Concluyeron en este estudio que el riesgo de depresión se asocia

sistemáticamente y de forma independiente con las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes después de ajustarse por otras variables.

En Canadá ⁽¹¹⁰⁾ un grupo de científicos estudiaron en 418 mujeres y 467 hombres las asociaciones entre la toma de riesgos sexuales y el riesgo de depresión (indagando sobre los síntomas de depresión con la CES-D), la situación económica, el uso de sustancias, factores socio-demográficos y los comportamientos sexuales. Los resultados mostraron que los síntomas depresivos se mantuvieron significativamente asociados con dos o más riesgos sexuales.

Por otro lado, Puja *et al.*, ⁽¹¹¹⁾ realizaron un estudio longitudinal examinando los síntomas depresivos y el 51.5% de los estudiados estuvieron por encima del punto de corte en el CES-D, indicando la presencia de la mitad de la muestra con sintomatología depresiva elevada. Este resultado es superior a la media nacional de Estados Unidos que es del 34.5% para las jóvenes afro-americanas y las edades de los participantes fue de 15 a 21 años. Se llevaron a cabo evaluaciones del impacto de los síntomas de depresión al inicio del estudio, el comportamiento sexual de riesgo y las infecciones de transmisión sexual, haciendo un seguimiento a los 6 y 12 meses. Los resultados indicaron que los altos niveles de síntomas depresivos predijeron el no uso de condón en la última relación sexual y tener múltiples parejas sexuales durante los 6 meses de seguimiento. Los síntomas depresivos también predijeron tener una asociación con parejas simultáneas, alto temor a la comunicación con las parejas sobre el uso del condón y una alta prevalencia de relaciones sexuales bajo los efectos de alcohol o drogas durante los 6 y 12 meses de seguimiento.

Como podemos observar, los resultados de estas investigaciones muestran asociaciones significativas entre los síntomas de depresión y las conductas sexuales de

riesgo. Cabe destacar que en la literatura revisada no se encontraron muchas investigaciones en México que aborden la relación entre los síntomas depresivos o depresión como tal y su asociación con las conductas sexuales de riesgo, por lo que es un tema que se requiere explorar en estudiantes universitarios del área de la salud, dada las evidencias antes mencionadas; todo esto con la finalidad de implementar programas educativos y preventivos más eficaces que integren estos aspectos.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los jóvenes, y especialmente los universitarios, llevan a cabo actividades sexuales de riesgo como el no usar métodos anticonceptivos, no usar condón, tener múltiples parejas sexuales o haber iniciado una vida sexual coital a temprana edad, lo que puede tener como consecuencias el contagio de infecciones de transmisión sexual y/o embarazos no planeados, y con ello repercutir en su salud física, emocional y social ya sea a corto o largo plazo. Estas actividades sexuales de riesgo se ven incrementadas cuando los universitarios presentan síntomas de depresión y consumo de sustancias adictivas.

Es así que se hace necesario conocer la relación entre la actividad sexual y llevar a cabo conductas de riesgo como: tener múltiples parejas sexuales, inicio temprano de relaciones sexuales coitales, no usar anticonceptivos, condón y la presencia de síntomas de depresión en los estudiantes universitarios del área de la salud.

Por todo lo anterior surgen las siguientes **preguntas de investigación**:

¿Cuáles conductas de riesgo se asocian a la actividad sexual en estudiantes universitarios del área de la salud?

¿Cuál es la relación entre la actividad sexual y los síntomas de depresión en estudiantes universitarios del área de la salud?

¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre la asociación de conductas sexuales de riesgo y síntomas de depresión en hombres y mujeres estudiantes universitarios del área de la salud?

3. JUSTIFICACIÓN

Las actividades sexuales de riesgo que llevan a cabo los jóvenes estudiantes universitarios como no utilizar condón en todas sus prácticas sexuales, no llevar algún método anticonceptivo, tener múltiples parejas sexuales, haber iniciado actividad sexual coital a temprana edad, los hace susceptibles a embarazarse y a adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS) como Virus de papiloma humano (VPH), gonorrea, trichomona, Clamidia, sífilis o virus de Inmuno deficiencia humana (VIH). De acuerdo a reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2016 ⁽¹¹²⁾, al día contraen alguna ITS un millón de personas alrededor del mundo, más de 500 millones de personas son portadoras del virus del herpes genital (HSV2), más de 90 millones de mujeres están infectadas por el virus de papiloma humano (VPH) que a largo plazo pueden ocasionar cáncer cérvico uterino ⁽¹¹³⁾. En México en 2014, ocurrieron casi 260 mil defunciones a causa de cáncer cérvico-uterino ⁽¹¹⁴⁾.

Las ITS son un problema mundial y se conoce que la forma de prevenir su contagio es a través del uso correcto y consistente del condón, por lo que en el nivel escolar de secundaria se les enseña a los estudiantes la utilización correcta del condón y la importancia de la prevención tanto de embarazos como de ITS; sin embargo, muchos jóvenes no lo utilizan y entre ellos los estudiantes universitarios del área de la salud. Algunas

investigaciones han identificado la asociación de no usar el condón durante sus prácticas sexuales coitales con estar deprimidos ⁽²⁶⁾. Otras investigaciones han reportado evidencias respecto a que los jóvenes deprimidos llevan a cabo conductas sexuales de riesgo como tener múltiples parejas y no llevar a cabo acciones de autocuidado ^(110,111), lo que los pone en riesgo también a embarazos no planeados.

Como se mencionó anteriormente, diversos estudios han concluido que los estudiantes del área de la salud presentan niveles elevados de depresión y sintomatología depresiva elevada ⁽¹¹⁵⁾ por lo que es importante determinar si existe asociación entre las conductas sexuales de riesgo y los síntomas de depresión en estudiantes universitarios del área de la salud para ser diagnosticados y tratados en forma oportuna y para que las campañas preventivas de ITS y embarazos no planeados tengan mejores resultados.

4. HIPÓTESIS

Hipótesis alterna 1 Existe al menos un 35% de alumnos estudiantes universitarios del área de la salud que llevan a cabo actividad sexual coital.

Hipótesis nula 1: No existe al menos un 35% de alumnos estudiantes universitarios del área de la salud que llevan a cabo actividad sexual coital.

Hipótesis alterna 2 Existe al menos un 15 % de estudiantes universitarios del área de la salud con sintomatología depresiva.

Hipótesis nula: No existe al menos un 15 % de estudiantes universitarios del área de la salud con sintomatología depresiva.

Hipótesis alterna 3: Existe al menos un 40% de los estudiantes universitarios del área de la salud que llevan a cabo conductas sexuales de riesgo.

Hipótesis nula: No existe al menos un 40% de los estudiantes universitarios del área de la salud que llevan a cabo conductas sexuales de riesgo.

Hipótesis alterna 4: Hay asociación entre las conductas sexuales de riesgo y sintomatología depresiva elevada entre los estudiantes universitarios del área de la salud.

Hipótesis nula: No hay asociación entre las conductas sexuales de riesgo y sintomatología depresiva elevada entre los estudiantes universitarios del área de la salud.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Evaluar la asociación de las conductas sexuales de riesgo con sintomatología depresiva en estudiantes universitarios del área de la salud de dos universidades públicas del Estado de México.

5.2 Objetivo específico

- Determinar la prevalencia de actividad sexual coital en estudiantes universitarios del área de la salud.
- Determinar la prevalencia de conductas sexuales de riesgo (tener múltiples parejas, haber iniciado relaciones sexuales coitales a temprana edad, no utilizar condón, no usar anticonceptivos) en los estudiantes universitarios del área de la salud.
- Determinar la prevalencia de sintomatología depresiva en los estudiantes universitarios del área de la salud.

- Determinar el nivel de asociación entre las conductas sexuales de riesgo y la sintomatología depresiva en los estudiantes universitarios del área de la salud.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 Diseño del estudio

Tipo de estudio: Se trató de un estudio transversal observacional analítico y comparativo ya que los objetivos de la investigación fueron determinar prevalencias y determinar asociación entre eventos.

6.2 Universo y Muestra

El universo fueron los alumnos inscritos en una universidad pública de Toluca en el Estado de México de las licenciaturas de Médico Cirujano, Cirujano Dentista, Enfermería y Psicología, de todos los semestres y de ambos turnos (4,154 alumnos) y de otra universidad pública de Tlalnepantla en el Estado de México de ambos turnos, de las mismas licenciaturas y de todos los semestres (9,768 alumnos).

El muestreo fue probabilístico estratificado para garantizar que las estimaciones que se obtuvieron fueran de calidad aceptable. El cálculo del tamaño de la muestra se estimó en función del nivel de confianza deseado y el error relativo máximo que se aceptó fue del 5%. Se incluyó una corrección por no respuesta. Se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 (1-D) deff}{r^2 P TR}$$

El tamaño de la muestra se calculó con un poder del 99% tomando en cuenta OR's de 1.4 como promedio de varios artículos con reportes similares, razón 1-1 y agregando el 20% de pérdidas. La distribución por grado escolar fue homogénea para todos los semestres del año electivo, además la muestra fue estratificada aleatoria en proporción del número de alumnos por carrera.

El tamaño de la muestra quedó conformada por 1,457 estudiantes de Tlalnepantla y 1,183 de Toluca integrando un total de 2,640 alumnos de ambas universidades, de los cuales el 27% fueron hombres y el 73% mujeres. El rango de edad de la muestra fue de 18 a 24 años ($M=20.7$ $DE=1.73$). Respecto a las licenciaturas el 26% fueron de Medicina ($n=300$), 16% de Odontología ($n=204$), 26% de Enfermería ($n=321$) y 32% de Psicología ($n=384$).

6.3 Procedimiento

Se solicitó permiso a las autoridades de ambas universidades explicándoles la intención de la investigación, se les pidió a las autoridades de cada plantel el número de grupos y del semestre que se requería para cumplir con la muestra. Posteriormente se habló con los profesores de los grupos asignados y se hizo cita para la aplicación de los instrumentos en forma grupal. Ya en el aula se les explicó a los alumnos los objetivos de la investigación y se les dio a firmar el consentimiento informado a los que aceptaron participar en forma voluntaria y confidencial (Anexo 1).

La duración en la aplicación del instrumento fue de aproximadamente 20 minutos; y se resolvieron dudas en el momento de la aplicación del instrumento a los alumnos que tuvieran alguna.

6.4 Criterios de inclusión

- Estudiar la licenciatura de Médico Cirujano de la Universidad ubicada en Toluca y en Tlalnepantla en el Estado de México.
- Estudiar la licenciatura de Psicología de la Universidad ubicada en Toluca y en Tlalnepantla en el Estado de México.
- Estudiar la licenciatura de Cirujano Dentista de la Universidad ubicada en Toluca y en Tlalnepantla en el Estado de México.
- Estudiar la licenciatura de Enfermería de la Universidad ubicada en Toluca y en Tlalnepantla en el Estado de México.
- Tener entre 18 y 24 años
- Estudiar de primero a quinto año de la licenciatura
- Estar inscrito en cualquier turno: matutino o vespertino

6.5 Criterios de exclusión

- No haber respondido la totalidad del instrumento
- No haber firmado el consentimiento informado

6.6 Instrumentos

- Cuestionario socio-demográfico: Sexo, edad, escuela, licenciatura que estudia, semestre, estado civil.
- Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (*Center for Epidemiological Studies of Depression Scale: CES-D*) de 20 ítems en su versión en castellano revisada y validada para población adolescente mexicana ⁽¹¹⁷⁾. Es un

instrumento de tamizaje para detectar sintomatología depresiva elevada, fácil de aplicar. Los puntajes van de 0 a 3: (0=ningún día, 1=uno a dos días, 2=de tres a cuatro días y 3=de cinco a siete días), por lo que el puntaje total de la escala puede fluctuar entre 0 y 60 puntos. El alfa de Cronbach en estudiantes mexicanos de más de 15 años es de 0.92 ⁽¹¹⁸⁾. Los reactivos 8, 10,13 y 17 que están en positivo se valoraron con el número de respuesta correspondiente. Para el presente estudio el alfa de Cronbach total obtenido fue de 0.87; y el punto de corte establecido fue en función de la media más una desviación estándar de 23.6 para los hombres y 26.6 para las mujeres a fin de determinar con ello la presencia de sintomatología depresiva elevada (SDE).

- Cuestionario de actividad sexual y conductas de riesgo sexual denominado Sobre Sexo en Estudiantes Universitarios (SSEU) ⁽⁶⁴⁾, el cual consta de 5 dimensiones, (Actividad sexual, Uso de anticonceptivos, Sexo bajo condiciones de riesgo, Consecuencias de la actividad sexual, e Historia sexual) en su versión original la consistencia interna mostró un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.81 y en el presente estudio de 0.78.

Variables del estudio

Nombre de la variable	Definición operacional	Definición operativa	Tipo de variable
Sexo.	Conjunto de características anatómicas y fisiológicas que dividen a los seres humanos en hombres y mujeres.	Sexo al que pertenece (hombre o mujer).	Categórica nominal.
Edad.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta un momento determinado.	Años de vida de la persona.	Cuantitativa ordinal

Nombre de la variable	Definición operacional	Definición operativa	Tipo de variable
Actividad Sexual Coital.	Conducta erótica que incluye penetración	Penetración vaginal o anal con miembro viril.	Categórica nominal.
Conductas sexuales de riesgo.	Acciones que pueden estar involucradas para una mayor probabilidad de tener embarazos no planeados y/o infecciones de transmisión sexual.	No usar condón, métodos anticonceptivos naturales u hormonales. Iniciar relaciones sexuales a temprana edad (menor a 16 años) o tener múltiples parejas sexuales a lo largo de la vida (4 ó más).	Categórica nominal.
Condón.	Funda de látex o poliuretano utilizable por hombres o mujeres para prevenir embarazos y/o infecciones de transmisión sexual.	Utilización de condón en las relaciones sexuales coitales.	Categórica nominal.
Anticonceptivos naturales.	Acciones que llevan a la abstinencia coital periódica.	Toma de temperatura basal, calendario o ritmo, método Billings y coito interrumpido.	Categórica nominal.
Anticonceptivos hormonales.	A través de hormonas estrógenos, progestágenos o combinados administrados ya sea por vía enteral o paraenteral o vaginal a fin de impedir la ovulación y las condiciones del cérvix para el ascenso de los espermatozoides.	Toma de hormonas en píldoras diariamente, inyecciones intramusculares, vía vaginal, vía transdérmica, dispositivo intrauterino.	Categórica nominal.
Síntomas de depresión.	Sensaciones y cogniciones que la persona percibe respecto a su estado de ánimo como consecuencias de un estado depresión	CESD con 20 reactivos que miden los síntomas depresivos en los últimos 7 días con respuestas que pueden ir	Cuantitativa Ordinal

		de 0 a 3 puntos, a mayor puntaje, mayor sintomatología depresiva	
--	--	--	--

6.7 Recolección de los datos

Los instrumentos fueron aplicados por la misma persona, dando las mismas indicaciones a todos los grupos que fueron asignados por los planteles de acuerdo a las necesidades para cubrir los dos turnos y todos los grados escolares, el tiempo aproximado en el cual respondieron todas las preguntas fue de aproximadamente 20 minutos. Los cuestionarios fueron vaciados en el programa estadístico libre GNU PSPP versión 0.8.5 para Windows 7 para su análisis. Los cuestionarios incompletos no se utilizaron y fueron destruidos.

6.8 Análisis de datos

Para los datos de las variables sociodemográficas de la muestra se llevaron a cabo análisis descriptivos: Distribución por porcentajes, medidas de tendencia central, así como de dispersión.

Se hicieron análisis de correlación y de regresión lineal múltiple para medir la asociación entre las variables, así como regresión lineal por pasos para determinar el grado de influencia entre las mismas.

Se calculó la Prueba de X^2 de Pearson en tablas de contingencia 2X2 para determinar las diferencias entre los grupos y valorar si las diferencias se debieron o no al azar con un error de 0.05.

6.9 Aspectos Éticos

El procedimiento ético de este estudio está basado en la Declaración de Helsinki acerca de la Investigación Médica Mundial de 2013, publicada por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) ⁽¹¹⁹⁾, además de la Norma Oficial Mexicana respecto a la investigación con humanos en México NOM-012-SSA3-2012 (120), y fue valorado y aceptado por el Comité de Ética e Investigación en Ciencias Médicas (CICMED) de la Universidad Autónoma del Estado de México.

El consentimiento informado incluyó el nombre de la investigación, el objetivo, la participación voluntaria, el teléfono y dirección, el nombre, la fecha, el número de cuenta, grupo y licenciatura, además de datos .a dónde acudir en caso que requiera orientación o ayuda médico-psicológica, éste consentimiento se encuentra en el cuadernillo en la hoja frontal y además a los participantes se les entregó una hoja aparte que fue para ellos y que debieron firmar y llenar si estaban de acuerdo en participar, quedándose ellos con dicha hoja y entregan solamente el cuadernillo.

La información que proporcionaron quedó estrictamente resguardada y nadie (excepto la investigadora María Teresa Hurtado de Mendoza Zabalgoitia) tuvo acceso a los datos. Los resultados de la presente investigación doctoral no conllevará la publicación de ningún nombre o manera de identificar a ninguno de los 2,640 participantes, únicamente se publicarán cifras, carreras y localización de la escuela.

También se les especificó que si alguien de la muestra presentaba síntomas de depresión, que clínicamente se consideraban de riesgo para la persona, se buscaría para, informarle de ello y proponerle alternativas de tratamiento, esto se haría en forma personal y confidencial.

En el consentimiento informado que recibieron, contaba con datos donde podían obtener orientación y tratamiento respecto a depresión y sexualidad. También se integró el AVISO DE PRIVACIDAD de la información de acuerdo a las Leyes actuales de México⁽¹²¹⁾.

7. RESULTADOS

7.1 Artículo publicado

7.1.1 Título del artículo aceptado

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

7.1.2 Página frontal del manuscrito

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

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

*María Teresa Hurtado-de-Mendoza-Zabalgoitia (1), Marcela Veytia-López (2), Rosalinda Guadarrama-Guadarrama (3), Catalina González-Forteza (4) y Fernando A. Wagner (5).

(1) Profesora Asociada B de la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM.

(2) Profesor de tiempo completo “D” del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México.

(3) Profesor de tiempo completo del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México.

(4) Investigadora en Ciencias Médicas “F”. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

(5) Professor, School of Community Health and Policy; Director, Prevention Sciences Research Center, Morgan State University, Baltimore, MD, EU.

A QUIEN CORRESPONDA:

Por este medio se hace constar que la *Dra. María Teresa Hurtado de Mendoza Zabalgoitia*, desempeño el rol de autor del artículo *Sintomatología depresiva elevada y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios del área de la salud en México, con número 1525, de la Revista "Acta Universitaria", aceptado el día 26 de abril de 2017, y con fecha a publicarse en volumen 27, número 4, julio - agosto 2017.*

Numero de ISSN 0188-62-66 (versión impresa)

Numero de ISSN 2007-96-21 (versión electrónica)

Se extiende la presente para los fines que al interesado convengan, en la ciudad de Guanajuato, Gto., a los catorce días del mes de junio de 2017.

A T E N T A M E N T E
"LA VERDAD OS HARÁ LIBRES"
EL EDITOR



MTRA. GLORIA EUGENIA MAGAÑA COTA

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

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

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

RESUMEN

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

ABSTRACT

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

INTRODUCCIÓN

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

Recibido: 18 de mayo de 2016

Aceptado: 26 de abril de 2017

Palabras clave:

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

Keywords:

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

Como citar:

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

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

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

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

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

◊ Autor de correspondencia.

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

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

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

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

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

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

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

Anticonceptivos

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

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

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

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

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

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

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

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

Muestra

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

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

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

Instrumentos

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

Consideraciones éticas y procedimiento

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

Análisis estadísticos

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

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

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

RESULTADOS

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

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

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

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

Nota de la tabla:

* DE: Desviación Estándar

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

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

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

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

Notas de la tabla:

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

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

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

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

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

Notas de la tabla:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISCUSIÓN

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

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

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

Tabla 4.

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

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

Notas de la tabla:

*IC Intervalo de Confianza

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSIONES

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

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

AGRADECIMIENTOS

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

REFERENCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.2 Artículo publicado

7.2.1 Título del artículo publicado

Asociación entre múltiples parejas sexuales y el inicio temprano de relaciones sexuales coitales en estudiantes universitarios.

7.2.2 Página frontal del manuscrito

Asociación entre múltiples parejas sexuales y el inicio temprano de relaciones sexuales coitales en estudiantes universitarios

Relationship between multiple sexual partners and the early sexual intercourse initiation in college students

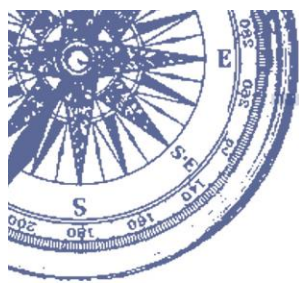
María Teresa Hurtado de Mendoza Zabalgoitia Profesor Asociado “B” tiempo completo de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México

Marcela Veytia López Profesor de tiempo completo “D” del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México

Rosalinda Guadarrama Guadarrama Profesor de tiempo completo del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México

Catalina González Forteza Investigadora en ciencias Médicas “F” Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría

Ramón de la Fuente Muñiz.



León, Guanajuato a 13 de junio de 2017

Estimada Mtra. María Teresa Hurtado de Mendoza:

Nos complace informarle que su artículo titulado:

“Asociación entre múltiples parejas sexuales y el inicio temprano de relaciones sexuales coitales en estudiantes universitarios”

Fue **aceptado** el: **22/05/2017**

Será publicado en el Número 19, Vol. 9 Noviembre de 2017 de nuestra Revista.

Desde su creación **Nova Scientia** ha implementado un sistema de arbitraje doble ciego que garantice el rigor en el análisis de los artículos.

Usted podrá consultar la revista en la siguiente dirección:

<http://novascientia.delasalle.edu.mx>

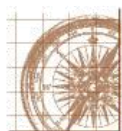
Le agradecemos su valiosa contribución y esperamos seguir contando con sus aportaciones en los próximos números.



ATENTAMENTE

Rolando Pérez Álvarez

Dr. Rolando Pérez Álvarez
Director de la Revista



Nova Scientia

Revista de Investigación de la Universidad De La Salle Bajío

Nova Scientia ISSN 2007 - 0705 está indizada en los siguientes catálogos:

CONACyT <http://www.conacyt.gob.mx/Indice/Paginas/Indice8.aspx>

Latindex <http://www.latindex.org/buscador/ficRev.html?folio=19346&opcion=1>

DOAJ <http://www.doaj.org/openurl?genre=journal&issn=20070705>

Redalyc <http://www.redalyc.org/src/inicio/HomRevRed.jsp?iCveEntRev=2033>

Actualidad Iberoamericana <http://www.citrevistas.cl/b2.htm>

Dialnet <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=13824>

PERIODICA http://biblat.unam.mx/index.php?valor=disciplinas/rev_disciplinas.php&id_disciplina=23
e-revist@s <http://www.erevistas.csic.es/index.php>

Revista Electrónica Nova Scientia

Asociación entre múltiples parejas sexuales y el
inicio temprano de relaciones sexuales coitales
en estudiantes universitarios
Relationship between multiple sexual partners
and the early sexual intercourse initiation in
college students

**María Teresa Hurtado de Mendoza Zabalgoitia¹,
Marcela Veytia López², Rosalinda Guadarrama
Guadarrama² y Catalina González-Forteza³**

¹ Facultad de Estudios Superiores Iztacala,
Universidad Nacional Autónoma de México.

² Centro de Investigación en Ciencias Médicas,
Universidad Autónoma del Estado de México.

³ Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales,
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

México

Resumen

Introducción. Los estudiantes universitarios tienen relaciones sexuales coitales a temprana edad con múltiples parejas sexuales, practicando diversas modalidades como: sexo casual, transaccional y grupal, que los hace vulnerables a embarazarse y adquirir infecciones de transmisión sexual.

Método. Se llevó a cabo un estudio transversal a 1854 estudiantes universitarios del área de la salud, (medicina, enfermería, odontología y psicología) de dos universidades públicas del Estado de México, entre 18 y 24 años, estableciendo asociación por medio de χ^2 con el inicio temprano de relaciones sexuales coitales, el número de parejas sexuales, llevar a cabo sexo grupal, transaccional y casual.

Resultados. Los hombres iniciaron relaciones sexuales coitales a menor edad que las mujeres. En los hombres se observa asociación ($p=.001$) entre el inicio temprano de relaciones sexuales coitales con llevar a cabo sexo casual, transaccional y grupal. En las mujeres se asocia el inicio temprano de relaciones sexuales con sexo casual y con mayor número de parejas sexuales con diferencias estadísticamente significativas.

Conclusión. Los estudiantes que tienen relaciones sexuales coitales a temprana edad, tienen más parejas sexuales y llevan a cabo sexo casual, transaccional y grupal que los hace vulnerables a adquirir infecciones de transmisión sexual así como embarazos no planeados.

Palabras Clave: inicio de relaciones sexuales coitales; múltiples parejas; sexo casual; sexo grupal; sexo transaccional

Recepción: 25-01-2017

Aceptación: 22-05-2017

Abstract

Introduction. College students who engage in sexual intercourse at an early age have more sexual partners, and are more likely to engage in risky sexual behaviors. These make them more vulnerable to sexually transmitted diseases and unintended pregnancies.

Method. A cross-sectional study was performed on 1854 university students between the ages of 18 and 24 from the health care areas (medicine, nursing, dentistry, and psychology) at two public universities in the State of Mexico. Correlations were established through χ^2 among the early onset of sexual intercourse, the number of sexual partners, group sex, transactional sex, and casual sex.

Results. Men initiate sexual intercourse at younger ages than women. In men, there are statistically significant ($p=.001$) correlations between the early onset of sexual intercourse and casual, transactional and group sex. In women, there are statistically significant correlations between the early onset of sexual intercourse and casual sex, and having more than five sexual partners.

Conclusion. Students who engage in sexual intercourse at an early age have more sexual partners, and are more likely to engage in casual, transactional and group sex. These risky sexual behaviors make them more vulnerable to sexually transmitted diseases and unintended pregnancies.

Keywords: early sexual intercourse; multiple partners; casual sex; transactional sex.

Introducción

Los estudiantes universitarios, tienen un comportamiento que está influenciado y determinado directamente por la generación a la que pertenecen y el contexto sociocultural en el que se desarrollan, y también en función de su historia, sensibilidad o fortalezas inducidas por algunos factores sociales, demográficos, incluyendo el microambiente familiar y las políticas socioeconómicas en las que se encuentran inmersos (Rodríguez, Sanabria, Contreras y Perdomo, 2013).

De acuerdo con Velázquez (2010), los jóvenes son un grupo vulnerable para llevar a cabo conductas sexuales de riesgo debido a la falta de competencias para ejercer en forma responsable su vida sexual; otros estudios (Hurtado de Mendoza y Olvera, 2013; Rengifo, Córdoba y Serrano, 2012; Uribe, Amador, Zacarias y Villarreal, 2012) concluyen que no hay relación entre los conocimientos y la conducta sexual ya que los jóvenes universitarios tienen conocimientos respecto a la prevención de infecciones y embarazos y no llevan a cabo acciones adecuadas para prevenir dichos riesgos en ellos/as, ya que muchos jóvenes estudiantes universitarios de México y otros países no utilizan condón o anticonceptivos en forma regular en sus relaciones sexuales (Baiz, Morales y Pereyra, 2016; Forcada *et al.*, 2013; Uribe, y Orcasita, 2009; Solano *et al.*, 2016), otros estudios llegan a asegurar que algunos jóvenes tienen más conductas de riesgo conforme más avanzan en sus estudios universitarios (Intra, Rosales y Moreno, 2011).

Llevar a cabo conductas sexuales de riesgo, se refieren a la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por infecciones de transmisión sexual, o generar una situación de embarazo no planeados (Bahamón, Ochen, Pereznieto y Walker, 2014; Gonçalves *et al.*, 2007; Orcasita, Uribe Castellanos y Gutiérrez, 2012), además el llevar a cabo relaciones sexuales coitales con mayor número de parejas aumenta la probabilidad de infecciones de transmisión sexual (Espada, Quiles y Méndez, 2003).

Es importante destacar que hay diversas investigaciones sobre conductas sexuales de riesgo, algunas determinan que es el iniciar relaciones sexuales coitales a temprana edad, ya que ello representa el inicio a la exposición de posibles embarazos e infecciones de transmisión sexual (Di Cesare, 2007); otras mencionan que el tener múltiples parejas sexuales son conductas de riesgo, debido a que es un factor coadyuvante para adquirir infecciones de transmisión sexual,

incluyendo VIH/Sida (Morales, Arboleda y Segua, 2014; Piña, Dávila, Lozano, Carrillo, y Vázquez, 2009; Shiferaw *et al.*, 2014).

En México cifras oficiales muestran que el debut sexual, ocurre cada vez a edades más tempranas respecto a lustros anteriores [Gayet y Gutiérrez, 2014; Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2014]; en diversos estudios se concluye que el tener relaciones sexuales a corta edad aumenta los riesgos para la salud sexual y reproductiva (Richter, Mabaso, Ramjith y Norris, 2015; Vasilenko, Kugler y Rice, 2016); porque estas se llevan a cabo dentro de la adolescencia temprana, en donde algunos autores han demostrado que hay más riesgo de no usar condón y de adquirir infecciones de transmisión sexual entre ellas el VPH de alto riesgo (Nelson *et al.*, 2016; Reyes, 2016). Un amplio estudio en 4 países de Europa concluyeron que los que inician a temprana edad su debut sexual, tienen mayores conductas de riesgo como tener múltiples parejas sexuales e infecciones de transmisión sexual (de Sanjosé *et al.*, 2008; Olesen *et al.*, 2012). En México, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER, 2009), el debut sexual a temprana edad se asocia a mayor fecundidad, más riesgo de infecciones de transmisión sexual, la no utilización de condón y tener múltiples parejas sexuales.

El tener múltiples parejas sexuales puede manifestarse de diversas modalidades como:

- 1) Sexo casual, que se define como encuentros sexuales sin compromiso en individuos que no son pareja “formal”, esta forma de encuentros sexuales entre los jóvenes se ha convertido en una norma cultural (García, Reiber, Massey y Merriwether, 2012). En Estados Unidos en estudio de 221 estudiantes universitarios tanto hombres como mujeres reportaron que los encuentros sexuales casuales casi son el doble de los encuentros sexuales con sus parejas formales (Bradshaw, Kahn y Saville, 2010). En un estudio llevado a cabo en Ecuador acerca de las prácticas sexuales casuales en universitarios se evidencia la permisividad social para los hombres y no así a las mujeres.

- 2) El sexo grupal consiste en tener actividad sexual con más de una pareja en la misma ocasión (Gayet *et al.*, 2011). Esta es una práctica sexual también conocida como “trios” o “*menage a trois*” aunque pueden ser más de tres personas, en donde el riesgo de contagio por la diseminación de infecciones de transmisión sexual es muy común. La actividad de sexo en grupo puede darse en forma espontánea en eventos de amigos o conocidos, lo que no resta el riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual (Friedman *et al.*, 2008).

3) El sexo transaccional que se refiere a tener relaciones sexuales a cambio de dinero, favores o regalos es considerado de alto riesgo en la adquisición de infecciones de transmisión sexual, ya que la persona a la que se le paga por ello, no está en situación de negociar el uso de condón, así como puede estar imposibilitada/o a negarse a tener prácticas sexuales consideradas de alto riesgo (Folayan *et al.*, 2016; Rosales, De Alba, Chávez y Medina, 2014).

Algunos jóvenes universitarios incurrir en este tipo de prácticas por la necesidad de cubrir sus gastos relacionados con su educación o para gastos personales (Chatterji, Murray, London y Anglewicz, 2004), y donde la forma puede ser variada, como ser "strippers" que se hace cada vez una práctica más frecuente entre los estudiantes universitarios tanto en hombres como en mujeres (Girresch, 2012); sin embargo, en un estudio llevado a cabo en Etiopía encontraron que las mujeres llevan a cabo sexo transaccional 7 veces más frecuente que los hombres (Almrew, Awoke, Fikarie y Shimekaw, 2013). Ankomah, Mamman, Omorgie y Anyanti (2011) encontraron que las relaciones sexuales a temprana edad conllevan a tener sexo transaccional a cambio principalmente de teléfonos móviles, regalos y dinero en efectivo lo que incrementa la posibilidad de embarazos y de infecciones como el VIH/sida.

El tener múltiples parejas sexuales de cualquiera de las modalidades son conductas sexuales de riesgo en donde hay más posibilidad de contactos sexuales no protegidos (Gayet, Juárez, Pedraza, Caballero y Bozón, 2011; Mah y Halperin, 2010), incluyendo la Hepatitis C (Franciscus, 2010), así como de embarazos no planeados (Gómez, Molina y Zamberlin, 2011).

Por todo lo expresado anteriormente, el objetivo principal del presente estudio fue identificar la asociación entre tener múltiples parejas sexuales y la edad temprana de inicio de relaciones sexuales coitales en estudiantes universitarios del área de la salud en el Estado de México y como objetivos específicos comparar por carrera y por sexo las diversas modalidades de múltiples parejas sexuales que tienen los jóvenes estudiantes del área de la salud.

Método

Este estudio transversal forma parte de una investigación más amplia respecto a conductas sexuales de riesgo y depresión en estudiantes universitarios del área de la salud de dos universidades públicas del Estado de México, donde se imparten las licenciaturas de medicina, psicología, odontología y enfermería. La muestra original fue calculada en forma probabilística tomando en cuenta el total de alumnos de cada universidad de las licenciaturas mencionadas,

pertenecientes a ambos turnos y de todos los grados escolares, usando la fórmula de diferencia de proporciones con un poder de 99% tomando en cuenta OR's de 1.4 en promedio de acuerdo a reportes de artículos similares, razón 1-1 y se agregó un 20% por posibles pérdidas.

Muestra

Fue una muestra probabilística de 2640 estudiantes, con edades entre 18 y 24 años, que firmaron el consentimiento informado y contestaron todas las preguntas del cuestionario se excluyeron para esta investigación a 786 alumnos que no habían iniciado relaciones sexuales coitales al momento de la aplicación del instrumento, quedando la muestra conformada por 1854 participantes, de los cuales el 69% fueron mujeres y 31% hombres.

Instrumentos

Se evaluaron variables sociodemográficas: edad, sexo, licenciatura del área de la salud que estudia, año que cursa, estado civil, además se preguntó respecto a la edad de inicio de relaciones sexuales coitales a partir de un cuestionario diseñado para el mismo efecto. Se aplicó el cuestionario *Sobre Sexo en Estudiantes Universitarios* (SSEU) de Pulido *et al.*, (2011) que cuenta con un alfa de Cronbach total de 0.81 y en la población de este estudio el alfa de Cronbach total del instrumento fue de 0.78.

Para medir el número de parejas sexuales se preguntó ¿cuántas parejas sexuales habían tenido en su vida? Y se agrupó la respuesta en 1; 2-4; 5-7 y 8 o más parejas sexuales. La modalidad de múltiples parejas sexuales, se tomaron 3 preguntas del instrumento: haber tenido sexo casual, haber tenido sexo transaccional (a cambio de dinero o favor) y haber tenido sexo en grupo. Y la variable inicio de Relaciones Sexuales Coitales (RSC) a temprana edad se consideró a partir de 16 años y menos, de acuerdo a Gayet y Gutiérrez (2014) y no edad temprana de RSC a los 17 años y más.

Procedimiento

El proyecto se valoró y aprobó por el Comité de Ética del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México 2014/10. La administración del cuestionario fue auto aplicable, con duración aproximada de 20 minutos, se realizó en forma grupal en los salones de clase, previa firma de consentimiento por los alumnos.

Análisis estadístico

Los datos se procesaron en el programa estadístico libre GNU PSPP versión 0.8.5. Se realizaron pruebas de distribución de Kolmororov-Shapiro, usando medidas de posición como media y desviación estándar, también análisis descriptivos empleando tablas de contingencia, estadísticos de χ^2 de Pearson, prueba t de Student y de Levene. Asumiendo nivel de confianza del 95%.

Resultados

De los 1854 alumnos, el 69% eran mujeres y el 31% hombres. La media de edad fue de 21 años ($DE \pm 1.6$) para hombres como mujeres. Respecto al estado civil, el 92% eran solteros y el 8% vivían en pareja. En relación a la carrera que estudiaban, 35% Medicina, 27% Psicología, 19% Enfermería y 19% Odontología. En cuanto al inicio de Relaciones Sexuales Coitales (RSC), la media de edad para los hombres fue de 17.0 años ($DE \pm 2$) y para mujeres de 17.6 años ($DE \pm 1.8$) habiendo diferencias estadísticamente significativas entre los sexos. (Datos no se muestran en tablas).

Hay diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) entre la edad actual los hombres que iniciaron actividad sexual coital (RSC) antes de los 16 años 20.8 ($DE \pm 1.8$) y los que iniciaron RSC después de los 17 años siendo la media de edad de 21.1 ($DE \pm 1.7$). En las mujeres también se observan diferencias estadísticamente significativas ($p < .001$) en la edad actual de las que iniciaron RSC antes de los 16 con una media de 20.6 años ($DE \pm 1.7$) vs. 21.1 ($DE \pm 1.6$) de las que iniciaron RSC después de los 17 años de edad. Los que estudiaban la primera mitad de la licenciatura iniciaron RSC a más temprana edad (65% vs. 35%; $p = .001$) así como los que estudiaban la primera mitad de su licenciatura. (55% vs 45%; $p = .001$).

En relación con la licenciatura de estudio, más estudiantes de Psicología iniciaron RSC antes de los 16 años con diferencias estadísticamente significativas (32% vs. 24%; $p = .001$); en cambio más estudiantes de medicina iniciaron a no temprana edad RSC (37% vs 27%; $p = .001$). Se observan diferencias estadísticamente significativas ($p = .002$) respecto a la escuela donde estudian, ya que los estudiantes de la UNAM correspondiente al Valle de México iniciaron a más temprana edad RSC, comparado con los estudiantes de la UAEM del Valle de Toluca (Tabla 1).

Tabla 1.

Características demográficas en la población de acuerdo al inicio de relaciones sexuales coitales

	Inicio temprano de RSC*(560)		Inicio no temprano de RSC* (1294)		t Student
	Media	DE	Media	DE	
Edad					
Hombres	20.8	(±1.8)	21.1	(± 1.7)	<i>p</i> =.05
Mujeres	20.6	(±1.8)	21.1	(± 1.6)	<i>p</i> =.001
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	χ^2
Sexo					
Hombre	218	(39)	361	(28)	
Mujer	342	(61)	934	(72)	<i>p</i> =.001
Escuela					
UNAM	380	(68)	782	(60.5)	
UAEM	181	(32)	511	(39.5)	<i>p</i> =.003
Grado que estudia					
1er-3er año	364	(65)	710	(55)	
4to-6to año	196	(35)	585	(45)	<i>p</i> =.001
Licenciatura					
Medicina	152	(27)	473	(37)	
Odontología	119	(21)	215	(16)	
Enfermería	114	(20)	294	(23)	
Psicología	175	(32)	312	(24)	<i>p</i> = .001
Total	560	(100)	1294	(100)	

Nota: RSC= Relaciones sexuales coitales.

En la Tabla 2 se observa que del total de hombres que no iniciaron RSC a temprana edad la mayoría han tenido hasta 4 parejas sexuales (86% vs.53%). Los hombres que han tenido 5 parejas sexuales o más en la vida y que iniciaron RSC a temprana edad son (47% vs.14%) que no iniciaron RSC a temprana edad, con diferencias estadísticamente significativas. En las mujeres también se observa que las que iniciaron RSC a no temprana edad han tenido hasta 4 parejas sexuales (92% vs.78%) que iniciaron RSC a temprana edad.

Las que han tenido 5 parejas sexuales o más e iniciaron RSC a temprana edad (22% vs 8 %) de las que iniciaron RSC a no temprana edad; con diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 2
Comparación del número de parejas e inicio de relaciones sexuales en cada sexo

Sexo		1 Pareja	2-4 parejas	5-7 parejas	8 o más parejas
Hombres					
Inicio temprano de RSC*	Si	28 (13%)	87 (40%)	63 (29%)	40 (18%)
	No	136 (38%)	172 (48%)	33 (9%)	19 (5%)
χ^2 asociación lineal					$p=.001$
Mujeres					
Inicio temprano de RSC*	Si	95 (28%)	172 (50%)	45 (13%)	30 (9%)
	No	471 (50%)	391 (42%)	60 (7%)	12 (1%)
χ^2 asociación lineal					$p=.001$

Notas: *RSC= Relaciones sexuales coitales

Se realizó la prueba t de student para comparar el número de parejas sexuales y el grupo de RSC de inicio temprano y de inicio no temprano, se obtuvo 4.29 vs. 2.31 respectivamente con valor $p=.001$ (dato no presentado en la tabla).

Comparando la edad de inicio de RSC con la modalidad de múltiples parejas sexuales en cada sexo (Tabla 3), se observa que en los hombres hay asociación de la edad de inicio temprana de RSC con llevar a cabo sexo en grupo (12% vs.4%, $p=.001$); sexo transaccional (10% vs. 3%, $p=.001$) y sexo casual (51% vs. 25%, $p=.001$). En las mujeres, hay asociación de la edad de inicio temprana de RSC con llevar a cabo sexo casual (20% vs. 11%, $p=.001$), y en las mujeres de acuerdo a la prueba de Fisher también hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Tabla 3.
Comparativa de inicio de RSC con las modalidades de múltiples parejas sexuales en cada sexo

	Sexo en grupo	Sexo transaccional	Sexo casual
Hombres			
Inicio temprano de RSC *	26/578 (12%)	22/578 (10%)	112/578 (51%)
Inicio No temprano de RSC*	13/578 (4%)	10/578 (3%)	90/578 (25%)
χ^2 asociación lineal			$p= .001$
Mujeres			
Inicio temprano de RSC*	10/1276 (3%) **	3/1276 (0.2%) **	70/1276 (20%)
Inicio No temprano de RSC *	15/1276 (2%) **	9/1276 (1%) **	100/1276 (11%)
χ^2			$p= .001$

Nota: *RSC= Relaciones sexuales coitales. ** Prueba exacta de Fisher.

Discusión

El objetivo de este estudio fue identificar la asociación entre el tener múltiples parejas sexuales con la edad temprana de inicio de relaciones sexuales coitales en estudiantes universitarios del área de la salud de dos universidades del Estado de México, así como comparar por carrera y por sexo las diversas modalidades de llevar a cabo RSC.

La mayoría de los estudiantes son solteros; sin embargo, más mujeres que hombres viven en pareja o están casadas, (9.6% de las mujeres y 3.3 % hombres), ello coincide con el informe del Instituto Nacional de Estadística y Geografía en (INEGI, 2012) que reporta que las mujeres se unen en matrimonio a menor edad que los hombres; aunque por otro lado, cada vez hay menos matrimonios y la edad de unión de las parejas ha ido en aumento respecto a décadas pasadas.

En cuanto al sexo de los estudiantes en ambas universidades del área de la salud hay más mujeres que hombres, 69% y 31% respectivamente, este fenómeno se observa desde hace algunos

años (Barison Ceriotti y De Oliveira, 2013); cabe destacar que en la Universidad Nacional Autónoma de México en diferentes licenciaturas, maestrías y doctorados relacionados con la salud es mayor el porcentaje de mujeres respecto a los hombres, llegando a haber 70% de mujeres, (Presencia de mujeres y hombres en la UNAM, 2012).

La edad de inicio de RSC en este estudio es de 17 años los hombres y 17.6 años de edad las mujeres, coincidiendo con otras investigaciones donde los hombres también inician relaciones sexuales a más temprana edad con respecto a las mujeres (Holguín, Mendoza, Esquivel, Sánchez, Daraviña y Acuña, 2014; Richter *et al.*, 2015); a diferencia del estudio de Piña *et al.*, (2009), también en población de universitarios mexicanos, en donde la edad de inicio de relaciones sexuales coitales en promedio es a los 18.1 años, y en el presente la edad promedio es de 17.43 años para hombres y mujeres.

En este estudio se observa que los más jóvenes de edad y que además estudian la primera mitad de la licenciatura iniciaron RSC a más temprana edad comparado con los que estudian la segunda mitad de la licenciatura y son de mayor edad (con diferencia de dos años entre ambos grupos); sin embargo a pesar de que son solamente dos años, se puede esta diferencia relacionar con lo que afirman Gayet y Gutiérrez (2014) en su investigación a nivel nacional, en donde evidencia que cada vez los jóvenes inician RSC a menor edad comparando con lustros anteriores. En otros estudios en población de jóvenes de diversas partes del mundo se reporta también que las nuevas generaciones inician RSC a más corta edad con respecto a las que las preceden (French, Tilgman y Malebranche, 2015; Saldivar, Jiménez y Gutiérrez, 2015).

En relación a la licenciatura que estudian, los de Medicina y Odontología iniciaron RSC a no temprana edad; mientras que los de Psicología iniciaron RSC a temprana edad; estas diferencias encontradas entre los comportamientos de los jóvenes de las diferentes licenciaturas pudieran atribuirse a lo reportado por algunas investigaciones, donde mencionan que el perfil de personalidad es diferente en cada licenciatura y ello puede influir en el comportamiento que tengan los jóvenes en sus vidas (Aragón, 2011; Aragón y Flores 2014); sin embargo, con los datos obtenidos en esta investigación no podemos determinar si la personalidad de los estudiantes de las diferentes licenciaturas fomenta el inicio temprano de RSC o bien, el inicio temprano de RSC influye y marca características específicas de la personalidad del joven que lo lleve a escoger la licenciatura que estudia.

En relación al número de parejas sexuales el 44% ha tenido entre 2 y 4 parejas, en cambio en la investigación hecha por Piña *et al.*, (2009) con estudiantes universitarios también mexicanos, los que tienen entre 2 y 4 parejas sexuales fueron el 47.2% de su muestra, observando que el porcentaje de jóvenes que tienen de 2 a 4 parejas sexuales ha disminuido en el curso de seis años en una población similar, además el 16% ha tenido más de 5 parejas sexuales coitales, lo que puede relacionarse con lo que proponen Collignon y Rodríguez (2010), respecto a que los jóvenes interactúan cada vez más en forma erótico-sexual debido a la transformación social que les ha tocado vivir y los cambios en el entorno social, político, cultural, económico que ha sido denominado por algunos autores como permisividad (Cañizo y Salinas, 2010), y que se refiere a que los jóvenes llevan a cabo diversas prácticas sexuales sin vinculación afectiva, con la única finalidad de buscar la satisfacción sexual, lo que los lleva a tener muchas parejas sexuales y esto a su vez aumenta el riesgo a tener más posibilidades de contraer alguna infección de transmisión sexual o embarazarse siempre y cuando no usen precauciones como el condón.

Al comparar el inicio de RSC con el número de parejas sexuales se observa que en los hombres y mujeres que tienen 1 a 4 parejas sexuales coitales en su vida iniciaron a no temprana edad, en cambio los que tienen más de 5 parejas sexuales se asocia con haber iniciado RSC a temprana edad. Esto concuerda con otras investigaciones como el estudio llevado a cabo en tres campus universitarios de Etiopía en donde los jóvenes que iniciaron RSC a temprana edad tienen 2.1 veces mayor probabilidad de tener más parejas sexuales (Sendo y Bedada, 2014); en Panamá un estudio de seguimiento de adolescentes que iniciaron RSC a temprana edad encontraron que cuatro de cada diez hombres y dos de cada diez mujeres tuvieron más de dos parejas sexuales en los siguientes 12 meses a su debut sexual (Chamorro *et al.*, 2009). Otras investigaciones nacionales e internacionales confirman lo mismo (Pérez, 2013; Thai, Oh, Heo, Van, Van, Choi y Ngoc, 2016).

Al comparar la edad de inicio de RSC con la modalidad de múltiples parejas sexuales se observa que los hombres que llevan a cabo sexo en grupo, transaccional y casual iniciaron a temprana edad RSC, es decir a los 16 años o menos con diferencias estadísticamente significativas; y en las mujeres se observa también que las que iniciaron a temprana edad RSC tienen más sexo casual y en grupo.

El sexo transaccional o sexo a cambio de dinero, favor o regalos es la práctica sexual de múltiples parejas con menor incidencia respecto a las demás modalidades, ya que la llevan a cabo

sólo 44 alumnos de ambos sexos, que representa el 2.4% de la población analizada en esta investigación, siendo más hombres (73%) que mujeres (27%); observándose lo opuesto a los resultados obtenidos por Almrew y colaboradores (2013), quienes encontraron que en mujeres es 7 veces más frecuente que en hombres. Esta diferencia pudiera deberse a los aprendizajes de género en donde para muchas mujeres, el hecho que los hombres paguen sus cuentas o les den obsequios a cambio de relaciones sexuales no lo ven como sexo transaccional, sino como parte de los comportamientos de género aprendidos.

En otro estudio llevado a cabo en Estados Unidos el 25% de los jóvenes encuestados, tanto hombres como mujeres reportaron haber tenido relaciones sexuales a cambio de drogas (Friedman *et al.*, 2008). Al comparar el grupo que inició temprano de RSC con esta práctica, los resultados muestran que hay asociación inversa entre ellos, coincidiendo con lo encontrado por Ankomah *et al.*, (2011), en donde a menor edad de inicio de RSC, mayor práctica de relaciones sexuales transaccionales.

Quienes llevan a cabo sexo casual, 373 de los jóvenes universitarios, que corresponde al 20% de la población estudiada de los cuales 54% son hombres y 46% mujeres, lo que muestra que es una práctica frecuente en ambos sexos y estos resultados son un poco más elevados que los encontrados por Foncada *et al.*, (2013) en donde reporta que 413 (41%) lo llevan a cabo. En otro estudio en Estados Unidos, también en universitarios las cifras reportadas de sexo casual son tres veces más altas que las encontradas en este estudio, así como el estudio llevado a cabo por Jenkins y Tanner (2016), quienes reportan también cifras más altas, ya que entre 60% a 80% de los estudiantes universitarios en Estados Unidos llevan a cabo sexo casual. Respecto a las posibles causas mencionan García y colaboradores (2012) que se debe a que en la actualidad llevar a cabo sexo casual es una norma cultural entre los jóvenes, que además se asocia con el inicio temprano de relaciones sexuales a corta edad y donde la causa o razón está relacionada también con la permisividad y la falta de lazos afectivos para llevar a cabo encuentros erótico-sexuales que cada vez son más frecuentes en hombres y mujeres. Por otro lado debido a la permisividad social mayor hacia los hombres que a las mujeres, hace que al momento de responder en una entrevista, las mujeres no digan lo que sexualmente llevan a cabo (Saeteros, Pérez y Sanabria, 2013).

Los resultados mostrados previamente señalan diferencias en la frecuencia de los comportamientos sexuales entre hombres y mujeres, siendo los hombres quienes tienen mayor

número de conductas sexuales de riesgo como: iniciar a menor edad RSC (en porcentajes de acuerdo al sexo, los hombres vs las mujeres se encontró (38% vs. 27%), tener de 5-7 parejas coitales (17% vs. 8%); y 8 parejas sexuales o más (10% vs 3%), coincidiendo esto con otras investigaciones en poblaciones similares en donde los hombres universitarios tienen en promedio 8.3 parejas y las mujeres 5.4 parejas sexuales (Arias, Vásquez, Dueñas, García y Tejada, 2011). También el sexo en grupo los hombres lo practican más que las mujeres (7% vs. 2%); así como sexo transaccional (5.5% vs. 1%); y sexo casual (35% vs. 13%). Lo anterior puede atribuirse a los estereotipos de género en donde hay mayor permisividad con los hombres que con las mujeres respecto a tener RSC, a pesar de que los jóvenes están inmersos en un cambio social encaminado hacia la equidad de género; y las mujeres cada vez tienden más a imitar los comportamientos riesgosos atribuidos tradicionalmente a los hombres.

Por otro lado, los jóvenes universitarios estudiantes del área de la salud tienen los conocimientos de autocuidado y de los riesgos sexuales que existen, ello lo ven en sus materias desde el bachillerato y además estudian en el área de la salud desde diferentes disciplinas, en donde no necesariamente hay en todos los programas de estudio la materia de sexualidad, pero sí, materias donde se manejan temas relacionados con infecciones y formas de prevenirlas, embarazo y uso de métodos anticonceptivos; sin embargo, se ha encontrado que en estudiantes universitarias mexicanas del área de la salud llevan a cabo conductas sexuales de riesgo que las hacen vulnerables a tener infecciones de transmisión sexual (Hurtado-de-Mendoza y Olvera, 2012); y además, como menciona Velásquez (2010), la vulnerabilidad de los jóvenes tal vez tiene su origen en la falta de competencias para el ejercicio de su sexualidad y no en la escolaridad. Además independientemente de la singularidad regional respecto a factores sociales en los que están inmersos, por lo que se observaron algunas diferencias entre el comportamiento sexual entre los estudiantes del Valle de México (UNAM), en donde la diversidad cultural es mayor en comparación con los alumnos del Valle de Toluca (UAEM).

Al tratarse de un estudio transversal y descriptivo donde lo que se busca es identificar la asociación entre tener múltiples parejas sexuales con la edad temprana de inicio de RSC, los resultados no muestran si al cabo de un periodo determinado de tiempo se pudiera incrementar el número de parejas de los que iniciaron relaciones sexuales a no temprana edad en forma similar a los que lo hicieron a edad temprana; además llama la atención el hecho de que en los dos grupos (los que iniciaron RSC a temprana edad y no temprana edad), llevan a cabo prácticas de riesgo

como: sexo casual, sexo en grupo y transaccional, por lo que las diferencias pudieran deberse al tiempo de exposición, ya que los que iniciaron RSC tardíamente (17 años o más) llevan 3 años a la exposición de tener múltiples parejas sexuales y los que iniciaron RSC corta edad (menos de 16 años), llevan 5 años en contacto con la exposición, o bien las diferencias pudieran deberse a comportamientos generacionales diferentes por la diferencia de edad de los grupos, por lo que valdría la pena llevar a cabo estudios longitudinales al respecto, además de entrevistas a profundidad para conocer más acerca de las razones que los jóvenes tienen para llevar a cabo el inicio temprano de RSC así como las motivaciones para llevar a cabo las diferentes prácticas sexuales estudiadas.

Los alcances de esta investigación, es que aporta información respecto a las diversas modalidades o prácticas sexuales que llevan a cabo los jóvenes universitarios y ello contribuye a que se expliciten las conductas sexuales de los jóvenes, con la intención de prever riesgos y medidas de autocuidado de una forma concreta a las prácticas que llevan a cabo.

A manera de conclusión, los estudiantes universitarios hombres y mujeres del área de la salud, de las dos universidades del Estado México, que inician RSC a temprana edad tienen múltiples parejas sexuales y llevan a cabo prácticas sexuales de riesgo como sexo casual, transaccional y en grupo, por lo que es importante que al abordar temas de educación sexual con ellos se aborden aspectos relacionados con el tipo de prácticas que llevan a cabo los jóvenes universitarios, con la finalidad de inculcar hábitos de prevención, tomando en cuenta las prácticas que llevan a cabo. Además se hace evidente que a pesar de estudiar una licenciatura del área de la salud llevan a cabo conductas sexuales de riesgo que los exponen a embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual.

Agradecimientos

Al Dr. Juan Talavera por su ayuda en la revisión estadística. A los alumnos que participaron en la investigación, y a las autoridades de las escuelas.

Referencias

Alamrew, Z., Awoke, W., Fikadie, G., y Shimekaw, B. (2013). Prevalence and correlates of exchanging sex for money (gift) among private college students in Bahir Dar city,

- Northwest Ethiopia, *Clinical Medicine Research*, 2(6), 126-134. doi: 10.11648/j.cmr.20130206.13
- Ankomah, A., Mamman-daura, F., Omoregie, G., y Anyanti, J. (2011). Reasons for delaying or engaging in early sexual initiation among adolescents in Nigeria. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 2(1), 75-84. doi:10.2147/AHMT.S23649
- Aragón, L. (2011). Perfil de personalidad de estudiantes universitarios de la carrera de Psicología. El caso de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. *Perfiles Educativos*, 33(133), 69-87.
- Aragón, L., y Flores, M. (2014). Características de personalidad del estudiante de la carrera de Cirujano Dentista de la FES Iztacala, UNAM. *Revista Odontológica Mexicana*, 18(1), 19-26.
- Arias, L., Vásquez, M., Dueñas, E., García, L., y Tejada, E. (2011). Comportamiento sexual y erotismo en estudiantes universitarios, Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 42(3), 309-318.
- Baiz, J., Morales, F. y Pereyra, L. (2016). Aspectos Psicosociales de la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios. *Salud & Sociedad*, 7(2), 180-195.
- Bradshaw, C., Kahn A., y Saville, B. (2010). To Hook Up or Date: Which Gender Benefits? *Sex Roles*, 62(9), 661-669. doi 10.1007/s11199-010-9765-7
- Cañizo, E., y Salinas, F. 2010. Conductas Sexuales alternas y permisividad en jóvenes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(2), 285-309.
- Chatterji, M., Murray, N., London, D., y Anglewicz, P. (2004). The factors influencing transactional sex among young men and women in 12 Sub-Saharan African countries. Informe No. HRN-C-00-00-00006-00. Sub-Saharan Africa.
- Collignon, M., y Rodríguez, Z. (2010). Amor y sexualidad en jóvenes mexicanos del siglo XX, en la vida amorosa, sexual y familiar en México. *Herencias, discursos y prácticas*. Guadalajara, México.
- De Sanjosé, S et al. (2008). Age at sexual initiation and number of sexual partners in the female Spanish population Results from the AFRODITA survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 14(2), 234-230. doi: 10.1016/j.ejogrb.2008.04.005. Epub 2008 May 21
- Di Cesare, M. (2007). Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe, serie Población y Desarrollo. No. 72 (LC/L.2652-P), Santiago de Chile, CEPAL.
- French, B., Tilghman, J., y Malebranche, D. (2015). Sexual coercion context and psychosocial correlates among diverse males. *Psychology of Men & Masculinity*, 16 (1), 42-53. doi: 10.1037/a0035915
- Friedman, S., Bolyard, M., Khan, M., Maslow, C., Sandoval, M., Mateu-Gelabert, P., Krauss, B., y Aral S. (2008). Group sex events and HIV/STI risk in an urban network. *Acquir Immune Defic Syndr*, 49(4), 440-446.
- García, J., Reiber, C., Massey, S., y Merriwether, A. (2012). Sexual Hookup Culture: A Review. *American Psychological Association*, 16(2), 161-176. doi: 10.1037/a0027911
- Gayet, C., Juárez, F., Caballero, M., y Bozon, M. (2011). Percepciones de VIH/sida y parejas sexuales simultáneas: un estudio de biografías sexuales mexicanas. *Papeles de Población*, 17(68), 9-40.

- Gayet, C., y Gutiérrez, J. (2014). Calendario de inicio sexual en México. Comparación entre encuestas nacionales y tendencias en el tiempo. *Salud Pública de México*, 55(6), 638-647.
- Girresch, A., (2012). Students by day, strippers by night: transactional sexuality among Indiana college students. *Journal of History and Social Science*, s/v, 2-27.
- Glosario de orientaciones terminológicas de ONUSIDA. (2011). Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2118_terminology-guidelines_es_0.pdf (5 de octubre de 2016)
- Gómez, P., Molina, R., y Zamberlin, N. (2011). Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años. Informe s/n. Lima Perú. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG).
- Gonçalves, S., Castellá, J., y Carlotto, M. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 161-166.
- Holguín, P., Mendoza, A., Esquivel, C., Sánchez, R., Daraviña, A., y Acuña, M. (2013). Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 78(3), 209-219. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000300007>
- Hurtado de Mendoza, M., y Olvera, J. (2012). Infecciones de transmisión sexual en la población femenina de estudiantes universitarias. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15(3), 1156-1171.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. (2014). Estadísticas a Propósito del día Internacional de la Juventud. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/juventud0.pdf> (17 de octubre de 2016)
- Jenkins, W., y Tanner, A. (2016). US Black college women's sexual health in hookup culture: intersections of race and gender. *Culture, Health & Sexuality*, 18(8), 1-14. doi: 10.1080/13691058.2016.1183046
- Intra, M., Rosales-Nieto, J. y Moreno, E. (2011). Cambio en las conductas de riesgo y salud en estudiantes universitarios argentinos a lo largo del periodo educativo. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(1), 139-147.
- Morales, G., Del Valle, C., Belmar, C., Orellana, Y., Soto, A. e Ivanovic, D. (2011). Prevalencia de consumo de drogas en estudiantes universitarios que cursan primer y cuarto año. *Rev. Med. Chile*, 139 (12), 1573-1580. doi <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011001200006>
- Morales, S., Arboleda, O., y Segunda, A. (2014). Las prácticas sexuales de riesgo al VIH en población universitaria. *Rev. Salud Pública*, 16(1), 27-39. doi <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n1.30659>
- Nelson, K., Gamarel, K., Pantalone, D., Carey, M., y Simoni, J. (2016). Sexual debut and HIV-related sexual risk-taking by birth cohort among men who have sex with men in the United States. *AIDS and Behavior*. 20(10), 2286-2295. DOI: 10.1007/s10461-016-1330-0
- Olesen, T., Jensen, K., Nygard, M., Triggvadottir, L., Sparén, P., Bo, T., Kai-Li y Kajer S. (2012). Young age at first intercourse and risk-taking behaviours-a study of nearly 65 000

- women in four Nordic countries. *Eur J Public Health*. 22(2), 220-2024. doi: 10.1093/eurpub/ckr055
- Pérez, C., (2013). Habilidades para la vida y uso de anticoncepción por tipo de pareja sexual en Adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18(1), 35-49.
- Piña, J., Dávila, M., Lozano, D., Carrillo, I., y Vázquez, P. (2009). Relaciones con múltiples parejas en mujeres universitarias: estudio comparativo en dos instituciones del noroeste de México. *Colombia Médica*, 40(1), 51-60.
- Piña, J., y Rivera, M. (2009). Predictores del comportamiento sexual con múltiples parejas en estudiantes de educación superior: un análisis por género. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(1), 53-65.
- Presencia de mujeres y hombres en la UNAM. (2012). Una radiografía. Recuperado de <http://www.pueg.unam.mx/images/equidad/investigacion/2012estu.pdf> (17 de septiembre de 2016)
- Pulido, M., Carazo, V., Orta, S., Coronel, M., y Vera, F. (2011). Conducta sexual de riesgo en los estudiantes de licenciatura de la Universidad Intercontinental. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(1), 11-27.
- Rengifo-Reina, H., Córdoba-Espinal, A. y Serrano-Rodríguez, M. (2012). Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Rev. Salud Pública*, 14(4), 558-569.
- Reyes, A. (2016) Infecciones de transmisión sexual un problema de salud pública en el mundo y en Venezuela. *Comunidad y Salud*, 14(2), 63-71.
- Richter, L., Mabaso, M., Ramjith, J., y Norris, S. (2015). Early sexual debut: voluntary or coerced? Evidence from longitudinal data in South Africa - the Birth to Twenty Plus study. *S Afr Med J*, 105(4), 304-307. doi I:10.7196/SAMJ.8925
- Rodríguez, A., Sanabria, G., Contreras, M., y Perdomo, B. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 161-174.
- Rosales, M., De Alba, I., Chávez, L., y Medina, B. (2014). Sexo transaccional en usuarios de drogas como factor de riesgo para infecciones de transmisión sexual. *Revista Sexología y sociedad*, 20(2), 137-149. Vivencias de la sexualidad en estudiantes universitarios. *Rev vubana Salud Pública* 39(1), 915-928
- Sendo, E., y Bedada, W. (2014). Risky sexual behavior for STIs/HIV infection among Alkan University College students in Ethiopia. *Science Postprint*, 1(1), 25-31Doi: 10.1186/1756-0500-7-162 doi:10.14340/spp.2014.09A0002
- Shiferaw, Y., Alemu, A., Assefa, A., Tesfaye, B., Gibermedhin, E., y Amare, M. (2014). Perception of risk of HIV and sexual risk behaviors among University students: implication for planning interventions. *BioMed Central*, 7(162), 2-8. doi: 10.1186/1756-0500-7-162
- Solano, C., Romero, L., Catañeda, D., Ortega, S., y García, Y., (2016). Percepción de los estudiantes de medicina sobre el uso de métodos anticonceptivos. *Revista Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*. 5(9), s/n.

- Thai, D., OH, J. Heo, J., Van, N., Van, H., Choi, S., y Ngoc, L. (2016). Early sexual initiation and multiple sexual partners among Vietnamese women: analysis from the multiple indicator cluster survey. *Glob Health Action*, 9(1), 1-25. Doi: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v9.29575>
- Uribe, A. y Orcasita, L. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia, *Revista Virtual universidad Católica del Norte*. 27, 1-31.
- Uribe, J., Amador, G, Zacarias, X., y Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv*, 10(1), 481-494.
- Vasilenko, S., Kugler, K., y Cara Rice, C. (2016). Timing of first sexual intercourse and young adult Health Outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 58(1), 1-7 doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.04.019.
- Velásquez, S., y Bedoya, B. (2010). Los jóvenes población vulnerable al VIH/SIDA. *Medicina UPB*, 29(2), 144-154.

8. DISCUSIÓN

Las conductas sexuales de riesgo se manifiestan de diversas formas. En la presente investigación se consideró como conducta sexual de riesgo al hecho de no utilizar condón en todas las relaciones sexuales coitales, así como no usar anticonceptivos ya sean hormonales o naturales, haber iniciado relaciones sexuales coitales a edad temprana (16 años y menos) y tener múltiples parejas sexuales (4 ó más en la vida).

Llama la atención que los estudiantes universitarios del área de la salud a pesar de que conocen la forma que pueden realizar acciones de autocuidado para evitar embarazos e infecciones de transmisión sexual, no las llevan a cabo. Por otro lado, se ha documentado la cada vez más frecuente prevalencia de depresión en población joven como son los universitarios y especialmente del área de la salud, por lo que surgió la hipótesis de que hubiera asociación entre estos eventos frecuentes.

A continuación se discutirán los resultados obtenidos de las hipótesis planteadas.

Hipótesis 1: Existe al menos un 35% de alumnos estudiantes universitarios del área de la salud que llevan a cabo actividad sexual coital.

Los estudiantes universitarios del área de la salud que tienen relaciones sexuales coitales son el 70%, comparando con otros centros universitarios en Colombia se reporta que fue del 65% ⁽¹²²⁾, en Ecuador un estudio con jóvenes muestra que fue el 61% ⁽¹²³⁾, en la zona centro de México en un estudio en 6 universidades el 70% ⁽¹²⁴⁾, en otro estudio en la Ciudad de México en tres universidades se reportó que el 80% ⁽¹²⁵⁾, y en España se reporta que el 70% de los universitarios ⁽¹²⁶⁾. Estos datos nos muestran cifras similares de universitarios que llevan a cabo relaciones sexuales coitales.

Hipótesis 2 Existe al menos un 15% de estudiantes universitarios del área de la salud con sintomatología depresiva.

La sintomatología depresiva es cada vez más frecuente entre la población juvenil y sobre todo entre los estudiantes universitarios del área de la salud. Un estudio ha concluido que conforme transcurre el tiempo en la universidad, aumenta la depresión entre los estudiantes ⁽¹²⁷⁾ a lo que se han propuesto diversas explicaciones como el estrés académico ⁽¹²⁸⁾, el tener pocas horas de sueño ⁽¹²⁹⁾, el estar en contacto con el dolor y sufrimiento ajeno ⁽¹³⁰⁾, entre otras. En investigaciones respecto a la depresión en estudiantes de medicina en Estados Unidos se encontró una prevalencia de 21.2%, en México en una investigación en estudiantes de medicina se obtuvo que el 23% presentaron sintomatología elevada ⁽¹³¹⁾. En el presente estudio la prevalencia de sintomatología depresiva elevada entre los estudiantes de medicina fue del 15.2% y respecto a las cuatro licenciaturas fue 17.2% en las mujeres y en los hombres de 13.3%. Lo que valdría la pena sería llevar a cabo pruebas de depresión con los mismos instrumentos para identificar si las diferencias son debidas a las características específicas de las diferentes poblaciones o por utilizar diferentes instrumentos de medición.

La sintomatología depresiva se observa más frecuente en las mujeres que en los hombres como lo demuestran otras investigaciones ^(90,91), e igual que en el presente estudio donde además se confirmó que las estudiantes universitarias del área de la salud que presentan sintomatología depresiva elevada tienen mayor probabilidad de no utilizar condón en sus relaciones sexuales, así como de incurrir en fallas en el uso del condón o de otros métodos anticonceptivos ya sean naturales u hormonales.

Hipótesis 3: Al menos el 40% de los estudiantes universitarios del área de la salud llevan a cabo conductas sexuales de riesgo.

Las conductas sexuales de riesgo consideradas para esta investigación están relacionadas con no utilizar en forma consistente el condón en todas las relaciones sexuales coitales así como métodos anticonceptivos hormonales o naturales, haber iniciado relaciones sexuales coitales a temprana edad (16 o menos años de edad) o haber tenido múltiples parejas sexuales (4 ó más en la vida), dado que todas estas conductas sexuales han mostrado evidencia científica de que son riesgosas para embarazarse y para adquirir alguna infección de transmisión sexual.

Los alumnos que no utilizaron condón en todas sus relaciones sexuales en esta investigación fueron 1,336 (72%), los que no utilizaron anticonceptivos hormonales siempre fueron 1,123 (60%), los que no utilizan anticonceptivos naturales 1,032 (56%), lo que muestra que los estudiantes universitarios del área de la salud tienen prácticas sexuales de riesgo tanto para embarazarse como para contagiarse de alguna infección de transmisión sexual. En una investigación en 7 universidades en Colombia se encontró que no utilizan condón en todas las relaciones sexuales el 75% de los estudiantes, el 73% no utiliza métodos naturales, 83% no utiliza métodos anticonceptivos hormonales ⁽¹³²⁾. En otro estudio en universitarios entre 18 y 26 años se encontró que el 65% no utiliza condón en todas sus relaciones sexuales ⁽¹³⁴⁾. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), los adolescentes entre 15 y 19 años que utilizan anticonceptivos hormonales son sólo el 6.2% ⁽²⁸⁾.

Los resultados anteriores nos muestran que los jóvenes no utilizan por un lado condón para prevenir embarazos e infecciones y tampoco métodos anticonceptivos ya sean

hormonales o naturales, por lo que habría que llevar cabo acciones de difusión acerca de la importancia del uso de ellos para prevenir en forma adecuada embarazos e infecciones de transmisión sexual.

En la presente investigación los estudiantes universitarios que iniciaron actividad sexual coital a los 16 años o antes fueron 561 (30%) y en una investigación a nivel nacional se reportó que cada vez los adolescentes inician relaciones sexuales a menor edad comparando con generaciones anteriores ⁽¹³⁴⁾. De acuerdo a Espada, *et al.*, ⁽⁷²⁾ los adolescentes que inician su debut sexual a temprana edad incurren en más conductas sexuales de riesgo como no utilizar condón y tener más número de parejas sexuales. En Ecuador se llevó a cabo un estudio para conocer en los adolescentes las razones por las cuales inician actividad sexual cada vez a menor edad, encontrando que socialmente hay un reconocimiento positivo a las relaciones sexuales y una elevada presión de los pares para llevar a cabo relaciones sexuales ⁽¹³⁵⁾. En México las causas que se encontraron para explicar el inicio temprano fueron las creencias de género y la influencia sociocultural ⁽¹⁰⁶⁾.

Tener múltiples parejas sexuales es una conducta sexual de riesgo debido a que se ha documentado que aumenta la probabilidad de embarazos no planeados así como de adquirir alguna infección de transmisión sexual ^(136,137). El tener múltiples parejas sexuales está en estrecha relación con iniciar relaciones sexuales coitales a temprana edad, además de los cambios sociales respecto a la sexualidad.

9. RESULTADOS ADICIONALES

Comportamientos sexuales de los estudiantes universitarios del área de la salud

La definición de sexualidad que la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue publicada en 2006 después de una serie de consultas con expertos de todo el mundo en la Ciudad de Antigua, Guatemala

“La sexualidad es un aspecto central del hecho de ser humano y abarca: el sexo, las identidades y papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se vive y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” ⁽¹³⁸⁾

Por comportamiento sexual se pueden entender diferentes cosas entre las que se encuentra la forma de expresar el erotismo, la cual es variada y cambiante de acuerdo al contexto familiar, social, económico, el momento histórico, la religiosidad, etc. Dichos comportamientos son regidos socialmente por un proceso llamado socialización en donde se aprenden “guiones sexuales” que son las pautas de comportamientos aceptadas como reflejo de la ideología social, en donde gracias a los medios de comunicación, la globalización y la influencia de otras culturas (aunque sean lejanas) van adquiriendo presencia y se van

mezclando con los valores, prácticas, ritos, etc., lo que hace que los comportamientos sexuales sean cambiantes y no estáticas.

Además de los medios antes mencionados, hay otras instituciones que influyen en la socialización de la sexualidad como es la escuela, en donde como parte de las reformas educativas de los últimos años se ha dado educación de la sexualidad desde quinto de primaria, aunque el abordaje es mayoritariamente biologista; sin embargo, ha ampliado el panorama de la sexualidad entre los adolescentes.

La cultura en los grupos sociales, es algo abstracto que transmite, valores, pautas de conducta, modelos a seguir y normas como es el caso de los estudiantes universitarios que pertenecen a un grupo que de manera general comparten características como: el transitar de la adolescencia a la adultez, ser legalmente mayores de edad lo que lleva a nuevas exigencias sociales, legales y familiares, además está en búsqueda de la consolidación de proyectos de vida entre la que se encuentra la inserción al mercado laboral ⁽¹³⁹⁾, en la actualidad la mayoría tienen relaciones sexuales coitales.

Ha habido cambios en torno a la sexualidad en los últimos años en nuestra sociedad, siendo cada vez más permisiva para el ejercicio de la sexualidad de los jóvenes respecto a décadas pasadas, lo que da como resultado que en la muestra de ambas universidades del Estado de México tanto la Facultad ubicada en Tlalnepantla como la ubicada en Toluca, los estudiantes que habían tenido relaciones sexuales coitales al momento de la aplicación de los instrumentos el 82% de los hombres y el 66% de las mujeres, así como una mayor aceptación a la diversidad sexual que incluye los grupos LGBTTHIQ (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales, Travestis, Transgénero, Intersexuales y Queer).

Tabla 1 Comparativa de orientación sexual y prácticas homosexuales

Comportamiento sexual	Hombres		Mujeres		X ²
	n	%	n	%	
Ha tenido relaciones homosexuales*	85	(14.7)	70	(5.5)	43.97 ***
Orientación sexual no heterosexual**	91	(12.9)	94	(4.9)	51.25 ***

Nota: Porcentajes dentro del sexo al que pertenece *1,855 (los que han tenido relaciones sexuales) ** Total de 2,640 (Total de la muestra). ***p<.001

La orientación sexual de acuerdo a la Asociación Psicológica Americana (APA 2012) se define como el patrón perdurable de atracción emocional, romántica y sexual hacia hombres o mujeres o ambos sexos, clasificándose así en: heterosexuales, homosexuales y bisexuales ⁽¹⁴⁰⁾. Heterosexuales son las personas que sienten atracción erótica afectiva hacia personas del sexo opuesto, homosexuales son personas que la sienten hacia personas del mismo sexo y bisexuales quienes la sienten indistintamente a cualquier sexo.

A los estudiantes universitarios se les preguntó qué orientación sexual pertenecían y también si han tenido prácticas sexuales homosexuales. Del total de alumnos encuestados (2,640) considera su orientación homosexual 90 (3.4%), bisexual 95 (3.6%) y el resto se consideran heterosexuales, comparando por sexo son 91 hombres que corresponde al (12.9%) y mujeres 94 que corresponde al (4.9%) que se consideran no heterosexuales.

En relación a los que ya han tenido actividad sexual (1,855), qué tipo de práctica sexuales han tenido y respondieron 155 (8.4%) haber tenido relaciones homosexuales, de los

cuales 85 son hombres (14.7% del total de los hombres) y 70 mujeres (5.5% de las mujeres); con diferencias estadísticamente significativas entre ambos.

Moral de la Rubia ⁽¹⁴¹⁾ publicó un estudio acerca de la prevalencia de orientación sexual diferente a la heterosexual en más de 25 mil mexicanos entre 12 y 29 años, y lo que encontró fue que se describieron con una orientación no heterosexual el 2.5% de los hombres y de 1.1% de mujeres. En este estudio la prevalencia fue mayor (7%) lo que puede estar relacionado con la apertura social respecto al tema de la homosexualidad en las grandes ciudades que ha habido en los últimos años, también puede ser que la población universitaria es más abierta al tema de la diversidad sexual y ello les permita ser más sinceros al responder a la pregunta referente a su orientación sexual.

Independientemente de la orientación sexual con la que lleven a cabo sus prácticas sexuales los jóvenes universitarios, no utilizan condón en forma consistente lo que las hace ser prácticas sexuales de riesgo para propagar infecciones de transmisión sexual y para embarazarse. Cuando en esta investigación se les preguntó a los 1,855 alumnos que ya tienen actividad sexual coital si usaban condón siempre, únicamente respondieron que si el 27.9%, así que el 72.1% no lo utiliza siempre, comparando por sexo el 68% de los hombres y 73.9% de las mujeres, no lo utilizan en todas sus prácticas sexuales, sin diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla 2 Comparativa de uso de anticonceptivos, embarazos y preocupación por ello

Comportamiento sexual	Hombres		Mujeres		X ²
	n	%	n	%	
No utilizan condón siempre	384	(68)	943	(74)	.6.78**
No utiliza métodos anticonceptivos naturales siempre *	283	(51)	736	(57.7)	6.94**
No utiliza métodos anticonceptivos hormonales siempre *	411	(71)	713	(56)	38.06***
Se ha preocupado por embarazo	323	(55.8)	799	(62.6)	7.77***
Se ha embarazado o su pareja	53	(9.2)	205	(16.1)	15.89***
Ha utilizado o su pareja píldora de emergencia*	293	(50.6)	886	(69.4)	60.97***

Nota: Porcentajes dentro del sexo al que pertenece *La estudiante universitaria o la pareja del estudiante universitario ** p≤.05 ***p≤.005

Cuando se les preguntó acerca si se han preocupado por embarazarse o embarazar a su pareja, de los 1,855 respondieron que si 1,122 (tabla 2) y comparando por sexo obtenemos que son más las mujeres preocupadas por el embarazo que los hombres, con diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo también le preocupa a los hombres y además conocen como llevar a cabo medidas como uso de condón, métodos naturales y métodos hormonales anticonceptivos, pero no lo hacen en todas sus práctica coitales por lo que abusan del uso de la píldora de emergencia. Además, la cantidad de embarazos que ha habido entre

las estudiantes universitarias es importante: 16% de las mujeres y en las parejas de los estudiantes universitarios 9%, lo que muestra una inadecuada prevención, y además de que no sabemos cuántos de ellos acabaron en aborto y cuánto son padres o madres.

Tabla 3. Comparativa de hombres y mujeres que han tenido alguna infección de transmisión sexual.

Consecuencia de no usar condón	Hombre		Mujer		X ²
	n	%	n	%	
Has tenido o tu pareja alguna infección de transmisión sexual	27	(4.7)	130	(10.2)	15.69*

Nota: Porcentaje dentro de cada sexo, n=1,855. *p ≤.001

Como se expresó anteriormente muchos estudiantes no utilizan condón en todas sus prácticas sexuales y ello además de riesgo para embarazos los pone en riesgo de adquirir alguna infección de transmisión sexual; tanto hombres como mujeres han tenido alguna vez una infección, además es más común en mujeres con diferencias estadísticamente significativas, ello por cuestiones anatómicas y fisiológicas ⁽¹⁴²⁾ (Tabla 3).

Las conductas antes mencionadas dan cuenta que un porcentaje elevado de estudiantes universitarios del área de la salud ejercen su sexualidad y no todos de un forma responsable, estando en riesgo de contraer alguna infección de transmisión sexual y a embarazarse con diversas consecuencias que estos eventos pueden traer sus vida física, emocional o social.

Otros comportamientos de riesgo de los estudiantes universitarios del área de la salud

Hay otros comportamientos que pueden ser de riesgo para la salud física y emocional de los estudiantes universitarios como es el hecho de consumir sustancias o drogas ya sean legales como el tabaco y alcohol o las ilegales o “drogas”. El consumo de sustancias ha sido estudiado en otras investigaciones en poblaciones similares y se ha encontrado que las razones son diversas como: estrés académico ⁽¹⁴³⁾, como mecanismo de sobre-estimulación y reafirmación de la identidad grupal ⁽¹⁴⁴⁾, estados de ansiedad y depresión ⁽¹⁴⁵⁾, para relajarse y por diversión ⁽¹⁴⁶⁾; igual que las razones o motivaciones son variadas, las consecuencias también son diversas. En relación con las conductas sexuales, el ingerir alcohol o drogas pone en riesgo a los jóvenes universitarios a no utilizar condón o usar adecuadamente otros métodos anticonceptivos, principalmente los naturales que requieren de acciones donde interviene la persona.

Tabla 4. Prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y drogas los jóvenes entre sexos.

Conducta	Hombres						Mujeres					
	Si consumen		No consumen		Probado		Si consumen		No consumen		Probado	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tabaco	269	(38.3)	293	(41.7)	141	(20)	523	(27)	1035	(53.4)	379	(19.6)
Alcohol	569	(80.9)	96	(13.7)	38	(5.4)	1408	(72.7)	421	(21.7)	108	(5.6)
Drogas	193	(27.5)	482	(68.6)	28	(4)	262	(13.5)	1633	(84.3)	70	(2.7)

Nota: Datos de 2,640 alumnos. Porcentaje dentro de cada sexo

En esta investigación la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y drogas de los 2,640 alumnos se muestra en la tabla 4, la media de edad que probaron por primera vez tabaco en hombres fue de 16 años DE (+/-) 2.5 y en las mujeres la media de 16 años DE (+/-) 2.0; la media edad de inicio en que probaron alcohol, en hombres es de 16 años DE (+/-) 2.1 y para las mujeres de 16 años DE (+/-) 2.0, y respecto a las drogas, la media de edad para los hombres es de 17 años DE (+/-) 2.1 y para las mujeres 18 años DE (+/-) 2.1.

En relación a las razones por las cuales consumen tabaco tanto hombres y mujeres mencionan que el fumar les hace sentir relajados. Del alcohol también mencionan hombres y mujeres que el beber les hace sentir relajados y en segundo lugar mencionan que no sienten diferencia entre estar activos o relajados.

Respecto a la cantidad de consumo de alcohol por ocasión de consumo mencionan que toman más de 5 copas el 50.1% de los hombres y de las mujeres el 22.3%.

Tabla 5. Comparativa de consumo de tabaco, alcohol y drogas entre hombres y mujeres.

Sustancia que consume	Hombres		Mujeres		X ²
	n	%	n	%	
Tabaco	269	(38.3)	523	(27.0)	31.16*
Alcohol	569	(80.9)	1408	(72.7)	18.66*
Drogas	193	(27.5)	455	(17.2)	70.11*

Nota: N=2,640 alumnos, porcentajes dentro de cada sexo; *p≤.001

En el comparativo por sexo de consumo de tabaco, alcohol y drogas observamos que hay diferencias significativas respecto al consumo entre hombres y mujeres (Tabla 5); sin embargo, las mujeres también consumen gran cantidad de dichas sustancias, lo que es un riesgo para llevar a cabo conductas sexuales de riesgo ya que el estar intoxicados sobre todo por alcohol y drogas les impide tomar decisiones adecuadas respecto al autocuidado.

Tabla 6. Comparativa por sexo de consumo y llevar a cabo relaciones sexuales coitales.

Conducta sexual de riesgo	Hombres		Mujeres		X ²
	n	%	n	%	
Tener RSC* después de consumir alcohol	302	(52.2)	640	(50.2)	.639**
Tener RSC* después de consumir drogas	66	(11.4)	79	(6.2)	14.99***

*RSC: Relaciones Sexuales Coitales, porcentajes dentro de cada sexo; **p≥.05 *** p≤.001

Los estudiantes que contestaron afirmativo respecto a la pregunta de llevar a cabo relaciones sexuales coitales después de haber consumido alcohol o drogas, se considera que son más vulnerables en llevar a cabo prácticas sexuales de riesgo por el estar alterado su estado de conciencia al llevar a cabo la actividad sexual coital (Tabla 6).

El ejercicio de la sexualidad en forma compartida puede ser de diferentes formas a lo que se conoce como prácticas sexuales, de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) las define como “Patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia para ser predecibles” ^(147.). Las prácticas sexuales

son diversas y se llevan a cabo por determinados grupos sociales, lo que las hacen aceptables y en ocasiones hasta esperadas que se lleven a cabo. La mayoría de los estudiantes universitarios del área de la salud de las dos universidades públicas del Estado de México llevan a cabo prácticas sexuales.

Tabla 7. Prevalencia de actividad sexual coital.

Sexo	Ha tenido sexo oral		X^2	Ha tenido relaciones coitales		X^2	Ha tenido sexo anal		X^2
	n	%		n	%		n	%	
Hombre	460	(79.4)	20.6**	578	(82.2)	66.6**	230	(39.7)	38.6**
Mujer	884	(69.3)		1274	(65.8)		325	(25.5)	

Nota: Los porcentajes son respecto al sexo que pertenece; ** $p \leq .001$

Las prácticas sexuales en nuestra sociedad son variadas, entre ellas se encuentran el sexo oral, penetración anal y penetración vaginal. El sexo oral hecho hacia una mujer se conoce con el nombre *cunnilingus* derivado de la palabra *cunnus* que significa vulva y *lingua* que significa lengua y la acción de chupar el pene se conoce únicamente como sexo oral.

El sexo anal es otra práctica erótica en la cual hay penetración del miembro viril a través del ano y la penetración vaginal o también conocido como coito es la penetración del miembro viril a través de la vagina.

Estas prácticas sexuales pueden ser de riesgo para la transmisión de infecciones de transmisión sexual ya que virus, bacterias, hongos, treponemas, etc., pueden penetrar por cualquiera de las mucosas (oral, vaginal o rectal).

Los estudiantes universitarios de la salud de ambas universidades llevan a cabo estas tres prácticas sexuales. La más frecuente es la penetración vaginal o coito, la cual la llevan a cabo el 82% de los hombres y el 66% de las mujeres con diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos. El sexo oral lo llevan a cabo el 79% de los hombres y el 69% de las mujeres con diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos y el sexo anal el 40% de los hombres y el 25.5% de las mujeres habiendo diferencias estadísticamente significativas al comparar por sexo. (Tabla 7)

Las prácticas sexuales pueden ser llevadas a cabo en forma segura o en forma riesgosa, segura es que la persona esté protegida para no infectarse y en caso de penetración vaginal además para no embarazarse, lo cual puede ser a través del uso del condón y de métodos anticonceptivos ya sean hormonales o métodos naturales.

Tabla 8. Comparativa de uso de métodos anticonceptivos por sexo.

Sexo	No usa condón siempre		χ^2		NO usa métodos anticonceptivos hormonales		χ^2		NO usa métodos anticonceptivos naturales		χ^2		Ha usado píldora de emergencia		χ^2	
	n	%			n	%			n	%			n	%		
Hombre	394	68.0			411	71.0 *			283	48.9			293	50.6*		
			6.8**				38.0***					6.9**				60.9***
Mujer	943	73.9			713	55.9			540	42.3			886	69.4		

Nota los porcentajes son respecto al sexo que pertenece de los estudiantes universitarios que iniciaron relaciones sexuales coitales n=1,855 *Tomada por la pareja mujer; **p≤.05; ***p≤.001

Los métodos anticonceptivos como se mencionó anteriormente son variados habiendo de barrera, siendo el más difundido y con mayor eficacia el condón tanto masculino como femenino, y tiene la peculiaridad de evitar contagios y de prevención de embarazos, los métodos hormonales que pueden ser diferentes vías de administración (píldoras, inyecciones, implantes, anillo vaginal y dispositivo intrauterino) y dentro de los hormonales está la píldora de emergencia que no es un método recomendado utilizarlo en forma regular; sin embargo, es una buena opción para casos en los que ocurren accidentes anticonceptivos como ruptura del condón, olvidos, errores etc.

Los estudiantes universitarios del área de la salud encuestados en esta investigación tienen, por el perfil de sus estudios conocimientos respecto al cuidado y prevención de

embarazos e infecciones; sin embargo, la mayoría no los utiliza en forma regular y cotidiana el condón y los métodos anticonceptivos. La tabla 8 muestra que las mujeres utilizan menos el condón que los hombres con diferencias estadísticamente significativas entre los sexos. En relación a los métodos anticonceptivos hormonales las parejas de los estudiantes universitarios utilizan menos los anticonceptivos que las estudiantes universitarias del área de la salud con diferencias estadísticamente significativas. Respecto al uso de métodos naturales entre los que se encuentra el coito interrumpido, el ritmo, método Billings o el de la toma de la temperatura basal no los utilizan tanto hombres como mujeres y por último respecto a la píldora de emergencia las mujeres estudiantes del área de la salud hacen uso de la píldora más frecuentemente que las parejas de los hombres estudiantes del área de la salud, con diferencias estadísticamente significativas, lo que nos dice es que no llevan a cabo un método anticonceptivo planeado antes de tener un encuentro sexual y utilizan la píldora de emergencia en forma frecuente posterior al coito no protegido (Tabla 8).

Tabla 9. Número de parejas sexuales de los estudiantes universitarios.

Número parejas sexuales	Frecuencias	Porcentaje
1	730	27.7
2	404	15.3
3	263	10.0
4	155	5.9
5	91	3.4
6	74	2.8
7	36	1.4
8 ó más	102	33.5

Nota: Total 1,855 estudiantes

Otra conducta sexual de riesgo que tienen los estudiantes universitarios de ambas universidades públicas es tener múltiples parejas sexuales que puede ser en forma simultánea o una después de otra, el acumular múltiples parejas sexuales a lo largo de la vida incrementa el riesgo de adquirir alguna infección de transmisión sexual. (Tabla 9).

Tabla 10. Comparativa de sintomatología depresiva elevada por sexo de la muestra total

Sexo	SI tienen sintomatología depresiva elevada		NO tienen sintomatología depresiva elevada		X ²
	n	%	n	%	
Hombre	88	(12.5)*	615	(87.5)*	5.44 **
Mujer	314	(16.2)*	1623	(72.5)*	
Total***	402	(15.2)	2238	(84.8)	

Nota: *Porcentajes dentro cada sexo; **p ≤ .05 ***Total de estudiantes 2,640

Son más las mujeres quienes presentan sintomatología depresiva elevada en comparación con los hombres, con diferencias estadísticamente significativas. (Tabla 10).

Tabla 11. Comparativa de sintomatología depresiva por sexo

Sexo	SI tiene sintomatología depresiva elevada		NO tiene sintomatología Depresiva elevada		X ²
	n	%	n	%	
Hombre	72	(12.5)*	506	(87.5)*	7.99***
Mujer	225	(17.7)*	1049	(82.3)*	
Total**	297	(16.0)	1555	(84.0)	

Nota: *Porcentaje dentro del sexo al que pertenece **Total 1,852 estudiantes universitarios que iniciaron relaciones sexuales coitales; ***p ≤ .005

Los jóvenes que tienen actividad sexual y tienen sintomatología depresiva son el 12.5% de los hombres y el 17.7% de las mujeres con diferencias estadísticamente significativas entre los sexos (Tabla 11).

Tabla 12. Asociación entre sintomatología depresiva elevada y uso/no uso de condón.

Sintomatología Depresiva elevada	NO usa condón siempre		SI usa condón siempre		X²
	n	%	n	%	
Si presenta	239	(12.9)	58	(3.1)	
No presenta	1097	(59.3)	458	(24.7)	12.2**
Total *	1336	(72.2)	516	(27.8)	

Nota *Total 1,852 estudiantes universitarios; **p≤.001

Tomando en cuenta la conducta sexual de riesgo por no utilizar condón en todas las relaciones sexuales coitales y la sintomatología depresiva entre los estudiantes universitarios podemos observar que los que tienen sintomatología depresiva utilizan menos condón que los que no tienen sintomatología depresiva con diferencias estadísticamente significativas (Tabla 12).

Tabla 13. Asociación entre la presencia o no de sintomatología depresiva y el uso de métodos anticonceptivos hormonales.

Sintomatología Depresiva elevada	Si utiliza anticonceptivos hormonales		No utiliza anticonceptivos hormonales		X²
	n	%	n	%	
Si presenta	124	(17)	173	(15.5)	.807 *
No presenta	606	(83)	949	(85.5)	
Total (n=1852)	730	100	1122	100	

Nota: Porcentajes entre los que utilizan o no anticonceptivos hormonales; *p \geq .05

En relación al uso de anticonceptivos hormonales, si hay diferencias entre el grupo que presenta sintomatología depresiva con respecto al grupo que no la presenta con diferencias estadísticamente significativas (Tabla 13).

Tabla 14. Asociación entre la presencia de sintomatología depresiva elevada y el uso de anticonceptivos naturales.

Sintomatología Depresiva elevada	SI utiliza anticonceptivos naturales		NO utiliza anticonceptivos naturales		X ²
	n	%	n	%	
Sí presenta	178	(17.3)	119	(14.5)	2.605 *
No presenta	853	(82.7)	704	(85.5)	
Total	1032	100	823	100	

Nota: Total de los universitarios que iniciaron actividad sexual coital n=1,855. Porcentaje dentro de los que utilizan anticonceptivos naturales; *p≥.05

Los anticonceptivos naturales que son el método Billings, el calendario, la toma de temperatura basal o coito interrumpido los utilizan menos los jóvenes que tienen sintomatología depresiva (14.9% vs. 17.3%) comparado con los que no tienen sintomatología depresiva; sin embargo no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (Tabla 14).

Tabla 15. Asociación entre sintomatología depresiva elevada y la utilización de píldora de emergencia.

Sintomatología Depresiva elevada	SI utiliza píldora de emergencia		NO utiliza píldora de emergencia		X²
	n	%	n	%	
Sí presenta	207	(17.6)	91	(13.5)	5.058*
No presenta	972	(82.4)	583	(86.5)	
Total	1178	100	674	100	

Nota: Total 1,852 estudiantes universitarios porcentaje dentro de los que utilizan o no píldora de emergencia; *p≤.05

La píldora de emergencia es tomada por muchas mujeres frecuentemente, lo que hace que para algunas sea un método anticonceptivo habitual, se observa que sí hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de los que tienen sintomatología depresiva y tienen sintomatología depresiva, lo que confirma que no llevan un método anticonceptivo adecuado previamente a las relaciones sexuales coitales (Tabla 15).

Tabla 16. Asociación entre sintomatología depresiva elevada y llevar a cabo sexo en grupo.

Sintomatología Depresiva elevada	Lleva a cabo sexo en grupo		No lleva a cabo sexo en grupo		X ²
	n	%	n	%	
Sí presenta	16	(25)	270	(15)	3.955*
No presenta	48	(75)	1521	(85)	
Total	64	100	1791	100	

Nota: Total 1,855 estudiantes universitarios datos de esta investigación; *p≤.05

El llevar a cabo sexo en grupo que puede estar compuesto el grupo por hombres y mujeres o sólo hombres o sólo mujeres, es una conducta sexual de riesgo que la llevan a cabo con más frecuencia los universitarios que tienen sintomatología depresiva con diferencias estadísticamente significativas p≤.05 (Tabla 16).

Tabla 17. Asociación entre sintomatología depresiva elevada y tener sexo casual.

Sintomatología Depresiva elevada	Lleva a cabo sexo casual		No lleva a cabo sexo casual		X ²
	n	%	n	%	
Sí presenta	69	(18.5)	217	(14.6)	3.701*
No presenta	304	(81.5)	1265	(85.4)	
Total	373	100	1482	100	

Nota: Total 1,855 estudiantes universitarios, datos de esta investigación; *p ≤.05

El sexo casual es una conducta sexual de riesgo que llevan a cabo los jóvenes, como parte de sus comportamientos sexuales socialmente aceptado entre ellos, tanto los que tienen sintomatología depresiva como los que no la tienen (Tabla 17).

9. DISCUSIÓN GENERAL

Esta investigación tuvo por objetivo responder a tres preguntas de investigación la primera es: ¿Cuáles conductas de riesgo se asocian a la actividad sexual en estudiantes universitarios del área de la salud? y lo que se obtuvo como respuesta fue que las conductas de riesgo que llevan a cabo los jóvenes universitarios del área de la salud de las dos universidades estudiadas son: inicio temprano de relaciones sexuales coitales, en donde 560 (30.2%) alumnos iniciaron relaciones sexuales coitales (RSC) a los 16 años o menos, coincidiendo con Gayet y Gutiérrez ⁽¹³⁴⁾ en una revisión llevada a cabo a nivel nacional en donde se concluye que en la actualidad se inician relaciones sexuales coitales a menor edad que en lustros anteriores. Respecto al sexo, los hombres inician a menor edad que las mujeres relaciones sexuales coitales, lo que también coincide con otras investigaciones ^(149,150), en donde los aprendizajes de género y las exigencias sociales a los hombres influye sobre ellos para llevar a cabo las actividades sexuales de manera más temprana que a las mujeres.

Otra conducta sexual de riesgo es tener múltiples parejas sexuales debido a que a mayor número de parejas sexuales, mayor es la exposición a riesgos de embarazos y de infecciones de transmisión sexual. En esta investigación se observa que el 37.2% de los hombres vs. 19% de las mujeres han tenido cuatro parejas sexuales o más en la vida. En un estudio llevado a cabo en Chile ⁽¹⁵¹⁾ se reporta que la media de parejas sexuales en mujeres

jóvenes entre 18 y 24 años es de 3 parejas sexuales (menos de cuatro como en esta investigación). En otro estudio llevado a cabo en Perú también se encontró que los hombres tienen mayor número de parejas sexuales que las mujeres ⁽¹⁵²⁾. Estas diferencias consideran Larrañaga y Yubero se deben a los aprendizajes sociales diferentes de género para hombres y mujeres ⁽²²⁾; lo mismo que Uribe *et al.* ⁽²³⁾ quienes consideran que los hombres tienen mayor permiso social para llevar a cabo prácticas sexuales que las mujeres.

Una conducta sexual de riesgo que está íntimamente relacionada con los embarazos y la adquisición de ITS es el no usar condón en todas las relaciones sexuales. En esta investigación, en donde a pesar de que a los jóvenes se les ha insistido y demostrado el uso correcto del condón, no lo utilizan de forma consistente. Los resultados de la presente investigación muestran que utilizan el condón siempre sólo el 26.3% de los hombres y el 17.2% de las mujeres, coincidiendo con la investigación hecha por Uribe *et al.* ⁽²³⁾ quienes encontraron que más mujeres que hombres no utilizan el condón, lo que las hace más susceptibles a embarazarse y a adquirir alguna infección de transmisión sexual. En otra investigación llevada a cabo en universitarios españoles se obtuvo que la proporción que utiliza siempre el condón fue el 35.3%, lo que es más que en la población de universitarios mexicanos ⁽¹⁵³⁾.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos hormonales (píldora diaria, inyección, implante o anillo vaginal), las universitarias que los han utilizado alguna vez son el 29% y las que han utilizado métodos anticonceptivos naturales (coito interrumpido, ritmo, Billings o temperatura basal) el 38%, coincidiendo con Rodríguez *et al.*, quienes concluyen que los jóvenes tienen conocimiento acerca de los anticonceptivos pero no los utilizan ⁽¹⁵⁴⁾ ya que

los participantes de este estudio fueron estudiantes universitarios del área de la salud y de todos los semestres de sus licenciaturas.

La segunda pregunta de investigación fue: ¿Cuál es la relación entre la actividad sexual y síntomas de depresión en estudiantes universitarios del área de la salud? Los resultados muestran que las mujeres que tienen sintomatología depresiva elevada tienen mayor propensión a tener fallas en el uso de anticonceptivos y condón que los que no la tienen. En otro estudio como el realizado por Granados, Vallejo y Sierra en España en relación a la depresión con la asertividad sexual para utilizar condón, se concluyó que los que tenían depresión no eran asertivos para la utilización de condón en las relaciones sexuales, tanto para prevenir ITS como embarazos ⁽¹⁵⁵⁾. Los resultados también coinciden con los reportados por Hall *et al.*, quienes encontraron que las mujeres deprimidas de edades similares tienen mayor riesgo en fallas del uso de métodos anticonceptivos ⁽¹⁵⁶⁾. En relación a tener múltiples parejas (cuatro o más en la vida), los que tienen sintomatología depresiva elevada y múltiples parejas son el 29% vs. el 23% de los que no tienen sintomatología depresiva elevada, con diferencias estadísticamente significativas. Ello puede explicarse con lo reportado en una investigación de cohorte longitudinal en Estados Unidos, donde las mujeres con depresión tienen más relaciones sexuales coitales que las que no tienen depresión (1.6 veces más frecuente) y ello se atribuye a que, al tener relaciones sexuales mejoran su estado de ánimo ⁽¹⁵⁷⁾.

La tercera pregunta de investigación es: ¿Existen diferencias estadísticamente significativas en la asociación de conductas de riesgo y síntomas de depresión con la actividad sexual en hombres y mujeres estudiantes universitarios del área de la salud? De acuerdo a todos los resultados anteriormente expuestos podemos responder que sí hay

algunas diferencias estadísticamente significativas en los universitarios con síntomas de depresión y las diversas conductas sexuales de riesgo como el tener fallas en el uso de métodos anticonceptivos y el uso de condón. También se observan diferencias estadísticamente significativas en las mujeres con síntomas de depresión que han iniciado actividad sexual coital respecto a las que no presentan síntomas de depresión. Los que presentan sintomatología depresiva elevada utilizan menos el condón con diferencias estadísticamente significativas respecto a los que no presentan síntomas de depresión. También se observa que utilizan más la píldora anticonceptiva de emergencia las estudiantes universitarias que presentan síntomas de depresión, lo que nos indica que no llevaron a cabo una protección correcta y adecuada en el momento de la actividad sexual coital y es por ello que horas después toman la píldora de emergencia, con diferencias estadísticamente significativas. El llevar a cabo relaciones sexuales en grupo se observa que lo llevan a cabo más aquellos que tienen sintomatología depresiva que los que no la tienen, con diferencias estadísticamente significativas.

Todos estos datos en relación a las conductas sexuales de riesgo y su asociación con la sintomatología depresiva elevada nos indica que los estudiantes universitarios que tienen síntomas depresivos tienen mayor riesgo de embarazarse o adquirir alguna infección de transmisión sexual como consecuencia de no llevar a cabo medidas preventivas adecuadas y exponerse a más comportamientos riesgosos, como menciona Katon *et al.*, que los adolescentes deprimidos tienen múltiples comportamientos de riesgo para la salud, por lo que las intervenciones tempranas de prevención de la sintomatología depresiva elevada son muy importantes para mejorar el funcionamiento de los jóvenes universitarios en diversos aspectos de sus vidas ⁽¹⁵⁸⁾.

En un meta-análisis de 14 estudios en Estados Unidos respecto a comportamientos sexuales de riesgo y trastornos psiquiátricos en jóvenes se concluye que los que tienen problemas entre ellos la depresión tienen más riesgo de contraer Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual ⁽¹⁵⁹⁾. Asimismo, otro estudio muy amplio en población británica concluye que las personas con depresión tienen más conductas sexuales de riesgo como mayor número de parejas sexuales y menor uso de condón ⁽¹⁶⁰⁾; otro estudio realizado en Inglaterra, Escocia y Gales muestra también que un factor asociado con la prevalencia de embarazo no planificado es la presencia de la depresión ⁽¹⁶¹⁾.

Todo lo anteriormente expuesto puede tener una explicación como lo propone Hall *et al.*, quienes consideran que los jóvenes con síntomas de depresión tienen más conductas sexuales de riesgo para sentirse mejor emocionalmente ⁽¹⁵⁷⁾. Sin embargo, habrá que hacer más investigaciones al respecto de las razones biopsicosociales, que independientemente de los conocimientos que tengan la presencia de síntomas de depresión los llevan a realizar más conductas de riesgo.

10. CONCLUSIONES GENERALES

Los resultados expuestos permiten concluir lo siguiente:

- Los estudiantes universitarios del área de la salud de dos universidades públicas del Estado de México presentan sintomatología depresiva elevada y son más las mujeres (17.2%) que los (13.3%) hombres.

- Las mujeres que presentan sintomatología depresiva elevada utilizan en sus relaciones sexuales coitales menos el condón que las que no tienen sintomatología depresiva elevada.
- Los estudiantes con síntomas de depresión tienen más parejas sexuales que los que no la tienen.
- Los estudiantes con síntomas de depresión llevan a cabo más sexo en grupo que los que no tienen síntomas de depresión.
- Las mujeres con sintomatología depresiva elevada tienen más fallas en el uso de métodos anticonceptivos que las que no presentan sintomatología depresiva.
- Los estudiantes universitarios hombres y mujeres que no tienen sintomatología depresiva también llevan a cabo conductas sexuales de riesgo como no utilizar condón ni métodos anticonceptivos en todas sus relaciones sexuales.
- Los estudiantes universitarios del área de la salud llevan a cabo conductas sexuales de riesgo como iniciar a temprana edad relaciones sexuales coitales a los 16 años o menos (30.2%).
- El 18% de los hombres y el 9% de las mujeres de esta investigación iniciaron relaciones sexuales coitales a temprana edad (16 años y menos de edad).
- Los estudiantes de ambas universidades en su mayoría han tenido más de una pareja sexual.
- Las estudiantes con síntomas de depresión utilizan más la píldora de emergencia que las que no tienen síntomas de depresión.
- Todos los estudiantes han tenido consecuencia de no utilizar métodos anticonceptivos y condón como el haberse embarazado o a sus parejas, así como haber tenido

infecciones de transmisión sexual. Lo anterior también se ve reflejado en el uso elevado de píldora de emergencia.

- Además de las conductas sexuales de riesgo hay otras conductas de riesgo para su salud física, emocional, sexual y social, como es el consumo de sustancias como tabaco, alcohol y drogas, donde el 17% ha consumido drogas, el 75% ha consumido alcohol, y el 30 % ha consumido tabaco.

Es importante después de ver todos estos datos llevar a cabo campañas de prevención y manejo de la depresión en los estudiantes de las diferentes licenciaturas del área de la salud. Como se ha mencionado anteriormente están más propensos que otros, a tener síntomas de depresión por factores relacionados con el estrés, presiones escolares, cercanía con el dolor ajeno y otras razones. La depresión influye en que tengan conductas sexuales de riesgo, por lo que las campañas educativas de prevención tienen que tomar en cuenta la presencia de los síntomas de depresión para que puedan tomar decisiones acertadas respecto al autocuidado y la toma de decisiones en momentos específicos para prevenir contagiarse de alguna infección o de embarazarse o embarazar a su pareja.

10.1 Limitaciones

Como limitación se puede mencionar que la naturaleza del estudio de tipo transversal y ello impide mostrar que ocurrió primero si la sintomatología depresiva o llevar a cabo conductas sexuales de riesgo, por lo que convendría realizar estudios como este con metodología longitudinal o de cohorte para determinar que sucede primero.

Al no ser una metodología cualitativa no se obtuvieron datos acerca de las causas por las cuales los jóvenes universitarios se encuentran con síntomas de depresión.

10.2 Recomendaciones

Se sugiere llevar a cabo otros estudios cualitativos donde se pueda conocer más profundamente las causas por las cuales los jóvenes universitarios del área de la salud tienen síntomas de depresión.

Aplicar a todos los jóvenes universitarios, sobre todo del área de la salud, cuestionarios para detección oportuna de sintomatología depresiva en forma rutinaria e implementar en las universidades programas de tratamiento enfocados a la eliminación de la sintomatología depresiva para que los jóvenes puedan llevar a cabo acciones tanto de autocuidado como mejorar su rendimiento en otras áreas.

BIBLIOHEROGRAFÍA

- 1) Trejo O.P.M., Moreno C.C.M., Macías A.M., Valdez E.G., Mollinedo M.F.E., Lugo B.G., y Araujo E.R. Conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes. Área Académica Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Zacatecas. Rev Cubana Enfermer 2011; 27(4):273-280
- 2) Blanc A., Tsui A., Croft T., y Tevit J. Patterns and trends in adolescents' contraceptive use and discontinuation in developing countries and comparisons with adult women. International perspectives Sexual and Reproductive Health 2009; 25(2):22-30.
- 3) Lozano M.M.A., Nieto V.O., Lima M.L.E., Guerrero Z.M.F., y Chávez R.M. Embarazo adolescente y madres jóvenes en México. Barón rojo/ SEP. México.2012
- 4) O'Sullivan L., Udell W., Montrose VA., Antoniello P., y Hoffman S. A Cognitive analysis of college students' explanations for engaging in unprotected sexual intercourse. Arch Sex Behav 2010; 39(5):1121-31.
- 5) Kotchick A.B., Shaffer A., y Forehand R. Adolescent sexual risk behavior: a multi-system perspective. Clinical Psychology 2001; 21(4):493-519.
- 6) Goncalves C.S., Castellá S.J., y Carlotto M.S. Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescents. Interamerican Journal of Psychology 2007; 41(2):161-66.
- 7) Campero C.L., Atienzo E.E., Suárez L.L., Hernández P.B., y Villalobos H.A. Salud sexual en adolescentes en México: evidencias y propuestas. Gaceta Médica de México 2013; 149:299-307.
- 8) Valle-Solís M.O., Benavides-Torres R.A., Álvarez-Aguirre A., y Peña-Esquivel J.N. Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2011; 19(3):133-36.

- 9) Morales D.E., Solanelles R.A.M., Mora G.S.R., y Miranda G.O. Embarazo no deseado en alumnas universitarias. *Revista cubana de medicina militar* 2013; 42(2):153-63.
- 10) Cáceres P.G.H., Echevarría A.M.F., Ghilarducci M.C., y Pomares D.J. Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos previos al inicio de las relaciones sexuales y su comparación con el nivel de conocimientos actuales en estudiantes de medicina. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina* 2009 feb; 190:1-5.
- 11) Abreu N.R., Reyes A.O., García R.G., León M.J., y Naranjo L.M. Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. *Gaceta Médica* 2008; 10(2):1-4.
- 12) Mendoza L.A., Arias M., Pedroza M., Micolta A.R., Cáceres C., López D., Núñez A., y Acuña M. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública. *Rev chil obstet gineco* 2012; 77(4):271-79.
- 13) Piña L.J.A., Lozano R.D.I., Vázquez R.P., y Carrillo I.C. Motivos y uso de preservativo en estudiantes universitarios de Ciudad Juárez (México). *Anales de psicología* 2010; 26(1)18-26.
- 14) Antón R.F., y Espada J.P. Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *Anales de Psicología* 2009; 25(2):344-50.
- 15) Montijo R.S., Frías A.B., Moreno R.D., Rodríguez C.M., y Barroso V.R. Conocimientos sobre VIH/SIDA, comunicación sexual y negociación del uso del condón en adolescentes sexualmente activos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 2011; 14(4):317-340.

- 16) Pérez-Jiménez D., Santiago-Rivas M., y Serrano-García I. Comportamiento Sexual y Auto eficacia para la Negociación de Sexo Más Seguro en Personas Heterosexuales. *Interam J Psychol* 2009; 43(2):414-24.
- 17) Iglesias M.L., Mena M.M., y León D.E. Encuesta sobre indicadores de prevención de infección por el VIH /Sida. La Habana: Centro de estudios de población y desarrollo, oficina nacional de estadística 2011. Serie de informes estadísticos s/n.
- 18) Acosta-Varela M, Cárdenas-Ayala VM. El embarazo en adolescentes Factores socioculturales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2012 ene; 50(4):371-4.
- 19) Estupiñán-Aponte M.R., Amaya-Estupiñán L.C., y Rojas-Jiménez Y.A. Representaciones sociales de universitarios sobre la abstinencia sexual y los condones como mecanismos de prevención. *Rev. Salud pública* 2012; 14(3):491-501.
- 20) Azeez O.K., Issac F.O., y Akpan T. Predictors of Condom-use among Young Never-married Males in Nigeria. *J Health Popul Nutr* 2011; 29(3):273-85.
- 21) Bermúdez M.P, TevaI, y Buena-Casal G. Influencia de variables sociodemográficas sobre los estilos de afrontamiento, el estrés social y la búsqueda de sensaciones sexuales en adolescentes. *Psicothema* 2009; 2:220-6
- 22) Larrañaga E., Yubero S., e Yubero M. Influencia del género y del sexo en las actitudes sexuales de estudiantes universitarios españoles. *Summa Psicología UST* 2012; 9(2):5-13.
- 23) Uribe A.I., Andrade P.P., Zacarías S.X., y Betancourt O.D. Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes, análisis diferencial por sexo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 2012; 15(2):75-92.
- 24) Faílde G.J.M, Lameiras F.M., y Bimbela P.J L. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. *Gac Sanit* 2008; 22(6):511-9.

- 25) Rodríguez J.O.R. Relación entre satisfacción sexual, ansiedad y prácticas sexuales. *Pensamiento Psicológico* 2010; 7(14):41-52.
- 26) Rubin A.G., Gold M.A., y Primack B.A. Associations between depressive symptoms and sexual risk behavior in a diverse sample of female adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2009 jul; 22(5):306-12.
- 27) Cárdenas G.A.N, Flores C.I.A, Martínez C.J.M, Murguía G.M.I, Pérez B.J.E, Reyes C.M., y Sánchez G.X. Reporte de la Encuesta Nacional de Deserción en la Educación Media Superior. México D.F. Secretaría de Educación Pública; 2012 [Fecha de acceso el 12 de junio de 2014]. Disponible en: <http://www.siguele.sems.gob.mx/encuesta.php>
- 28) Gutiérrez J.P., Rivera-Dommarco J., Shamah-Levy T., Villalpando-Hernández S., Franco A, Cuevas-Nasu L., Romero-Martínez M., y Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Cuernavaca, México: 2012; Instituto Nacional de Salud Publica [fecha de consulta el 13 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/index.php#.UrNG7dLuKJY>
- 29) Estupiñán-Aponte M., y Rodríguez-Barreto L. Aspectos psicosociales en universitarias embarazadas. *Rev. Salud pública* 2009; 11(6):988-98.
- 30) Trillo M.V., y Figueroa V.C. Embarazo en adolescentes problema de salud pública o de intervención social 2013; 10(49):51-9
- 31) Nogales I.I., Ulloa F.R.D., Rodríguez J.H., Palacio C.L., Munguía M.A., Vásquez M., Sánchez G.O., Cárdenas Z.J., y De la Peña OF. Informe de hospital Juan N. Navarro: México, D.F.:2011; [a fecha de consulta el 1 de julio de 2014]. Disponible en: http://www.sap.salud.gob.mx/downloads/pdf/nav_guias3.pdf

- 32) Radloff L.S. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977; 1:385-401.
- 33) López I.J., y Valdés M.M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV TR 1er ed. Barcelona: Masson; 2002. Capítulo 5, Trastorno del Estado de Ánimo; p 323-399.
- 34) Organización Mundial de la Salud OMS. [Fecha de acceso 11 de mayo de 2017. Disponible en <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- 35) Diccionario de la Real Academia de Lengua Española. Consultado el 11 de mayo de 2017. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=5TwfW6F>
- 36) Organización Mundial de la Salud OMS [base de datos en línea] 2003 [Fecha de acceso 12 de mayo de 2017] disponible en <http://www.who.int/whr/2002/en/Chapter3S.pdf>
- 37) Slovic P., Fischhoff B., y Lichtenstein S. Perception of Risk. *Science* 1987; 236 (479) 280-285.
- 38) Slovic P., Fischhoff B. and Lichtenstein S. Facts and Fears: Understanding Perceived Risk *Advances. Consumer Research* 1981. 8: 497-502.
- 39) Anthony D., Ascencios M., Di Noia M., Gebre-Egziabher H., Grojes A., Holmes C., Johnson T., Lehrman R., et al., Estado Mundial de la Infancia 2011. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (United Nations Children's Fund) [Fecha de acceso el 18 de julio de 2014]. Disponible en http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf.
- 40) Pineda P.S., y Aliño S.M. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia. 1a ed. Cuba: Ministerio de salud; 1999.

- 41) Rivera M.M., Jiménez G., Rivera M.M., y San Juan S.T. Adolescencia y síntomas depresivos: ¿Son útiles para su detección encuestas de salud a grupos? *Atención Primaria* 2009; 41(7):397386
- 42) Parra V.J., y Pérez V.R. Comportamiento sexual en adolescentes y su relación con variables biosociales. *Perinatol Reprod Hum* 2010; 24(1):79-87.
- 43) Coleman J.C, y Hendry L.B. *Psicología de la Adolescencia*. 4a ed. Madrid: Morata; 2002.
- 44) Melmet S., Poldshy K., y Kronenberg H. *Tratado de Endocrinología*. 12va edición Philadelphia: Saybders; 2011.211p.
- 45) Muzzo B.S. Influencia de los factores ambientales en el tiempo de la pubertad. *Rev Chil Nutr* 2007; 34(2)96-104.
- 46) Gaete X.V., Codner D.E. Adelanto de la pubertad en Chile y en el mundo. *Rev. Chil pediatr* 2006; 77(5):456-65.
- 47) Shutt-Aine J, Maddaleno M. [Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas] Organización Panamericana de la Salud; 2003 [Fecha de acceso 10 de junio de 2017]. Disponible en <http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/pdf/SSRA.pdf>
- 48) Monroy V.A. *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud*.4ª ed. México: Pax; 2004.112p.
- 49) González S.S. Desarrollo del erotismo en el ser humano. En Rubio AE, CONAPO editores. *Antología de la Sexualidad Humana*. México D.F: Miguel Ángel Porrúa; 1994; P.539-571.
- 50) Parra V.J, y Pérez V.R. Comportamiento sexual en la adolescencia y su relación con variables biosociales. *Perinatol Reprod Hum* 2010; 24(1):7-19.

- 51) Portal de Estadística Universitaria. [Base de datos en línea]. México D.F.: Coordinación de Sistemas DGPL. UNAM; 2013 [fecha de consulta 9 de julio de 2014] Disponible en: <http://www.estadistica.unam.mx/>
- 52) Instituto de la Juventud. IMJUVE. México D.F.:2013; [fecha de acceso el 14 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.imjuventud.gob.mx/>
- 53) Rosabal E., Romero N., Gaquín K., y Hernández R. Rev Cubana Med Mil. 2015; [Fecha de acceso 23 de mayo de 2017] disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol44_2_15/mil10215.htm
- 54) Valle S.M., Benavides T.R., Álvarez A.A., y Peña E.J. Conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2011; 19(3):133-36.
- 55) García V.E., Menéndez R.E., Fernández G.P., y Cuesta I.M. La sexualidad, la anticoncepción y el comportamiento sexual inseguro en adolescentes. International journal of Psychological Research 2012; 5(1):149-165.
- 56) Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura UNESCO. [Internet] Justificación de la educación en sexualidad. Paris: 2010 [fecha de acceso 10 de mayo de 2014]. Disponible en
- 57) Olofsson A. y Rashid S. The White (Male) Effect and Risk Perception: Can Equality Make a Difference. Risk Analysis 2011. 31(6): 1016-1032. Doi: 10.1111/j.1539-6924.2010.01566.x
- 58) Nelson K., Carey K. Scott-Sheldon L. Eckert T, Park A. Vanable P, Ewart C y Carey M. Gender Differences in Relations among Perceived Family Characteristics and Risky Health

Behaviors in Urban Adolescents. *Annals of Behavioral Medicine* 2016. 51(2):1-7. DOI: 10.1007 / s12160-016-9865-x

59) Slovic P. Trust, Emotion, Sex, Politics, and Science: Surveying the Risk-Assessment Battlefield. *Risk Analysis* 1999; 19(4): 689-701 Doi: 10.1111 / j.1539-6924.1999.tb00439.x

60) Gro Harlem Brundtland. Informe sobre salud en el mundo Organización Mundial de la Salud 2002, disponible en <http://www.who.int/whr/2002/en/>

61) Caballero B.M., Camargo F.F., y Castro B.Z. Prácticas inadecuadas del uso de condón en estudiantes universitarios. *Salud UIS* 2011; 43(3):257-262.

62) García-Polanco MD. Las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes españoles. *Revista Enfermería Comunitaria* 2014; 2(2):38-61

63) Chávez M, Álvarez J. Aspectos psicosociales asociados al comportamiento sexual en jóvenes. *Psicología y salud* 2012 ene-jun; 22(1):89-98.

64) Pulido R.M., Ávalos T.C., Fernández M.J.C., García F.L., Hernández M.L., y Ruiz C.A. Conducta sexual de riesgo en tres universidades privadas de la ciudad de México. *Psicología y Salud* 2013; 23(1):25-33

65) Gil G.E., Gue M.J., y Porcel G.M. Consumo de alcohol y prácticas sexuales de riesgo: el patrón de los estudiantes de enfermería. *Revista latinoamericana de enfermería* 2013; 21(4):941-7.

66) Hurtado de Mendoza Z.M.T, y Olvera M.J. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios. *Revista electrónica de Psicología UNAM Fes Iztacala* 2013 mar; 16(1):258-68.

- 67) Bagnato N.M., Jenaro C., Flores N., y Guzmán K. Factores culturales asociados a las conductas sexuales en estudiantes universitarios de Uruguay y España. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 2014; 4(1):6-30.
- 68) Vargas V.E., Martínez C.G., Potter J.E. Religión e iniciación sexual premarital en México. *Revista Latinoamericana de Población* 2010 ene-dic; 4:10-30.
- 69) Gayet M.C., Juárez F., Pedrosa L., y Magis. Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública* 2003; 45(5):632-640.
- 70) García V.E., Menéndez R.E., Fernández G.P., y Cuesta I.M. La sexualidad, la anticoncepción y el comportamiento sexual inseguro en adolescentes. *International journal of Psychological Research* 2012; 5(1):149-165
- 71) Suárez LN. Evaluación de la estrategia de mercadotecnia social del condón en Cuba. *Revista Cubana de salud Pública* 2007; 33(1):1-11.
- 72) Espada P.J., Morales A., y Orgilés M. Riesgo sexual en adolescentes según la edad de debut sexual. *Acta colomb psicología* 2014; 17(1): 53-60.
- 73) Díaz C.S., González M.F., y Ramos M.K. Historia de Embarazos en Estudiantes de Programas de Salud en una Universidad Pública del Caribe Colombiano. *Rev Clin Med Fam* 2010; 3(3):163-9.
- 74) Espada, J., Quiles M., y Méndez F. Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo* 2003; 24(85)
- 75) Campo-Arias A., Silva-Durán J.L., Meneses-Moreno M., Castillo-Suárez M., y Navarrete H.P.A. Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2004; XXIII: 267-277.

- 76) Gayet C. y Gutiérrez J.P. Calendario de inicio sexual en México. Comparación entre encuestas nacionales y tendencias en el tiempo. *Salud Pública de México* 2014; 56 (6): 638-647.
- 77) De Sanjose S., Cortés X., Méndez C, Puig-TintoreL., Torné A., Bosch F.X. y Castellsaque X. Age at sexual initiation and number of sexual partners in the female Spanish population Results from the AFRODITA survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008; 140(2): 234-240 Doi: 10.1016/j.ejogrb.2008.04.005
- 78) Gayet C., Juárez F., Pedraza N., Caballero M. y Bozon M. Percepciones de VIH/sida y parejas sexuales simultáneas: un estudio de biografías sexuales mexicanas. *Papeles de Población* 2011; 17(68), 9-40.
- 79) García J., Reiber C., Massey S., y Merriwether A. Sexual Hookup Culture: A Re-view. *American Psychological Association* 2012; 16(2): 161-176. Doi: 10.1037/a0027911
- 80) García H. y Soriano E. “Amigos con beneficios”: salud sexual y estilos de apego de hombres y mujeres. *Saúde Soc. São Paulo* 2016; 25(4):1136-1147 Doi 10.1590/S0104-12902016151111
- 81) Secretaria de Salud Subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva. Planificación familiar en el contexto de la Salud Reproductiva. El derecho a la libre decisión. México D.F.1998.
- 82) Las y los adolescentes que México ha olvidado. Save The Children 2016 <http://ep00.epimg.net/descargables/2016/04/26/dd12ba626deb7b69b437ba51870a7e50.pdf>
- 83) Consejo Nacional de Población (Conapo) [Fecha de acceso 19 de junio de 2017]
Disponible en

<http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Publicaciones/ENAPEA/HTML/files/assets/basic-html/index.html#19>

84) La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar. Segunda Edición. Secretaría de Salud. Distrito Federal. 2002

85) American Academy of Pediatrics. 2017. [Fecha de acceso 15 de enero de 2017] Disponible en <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/dating-sex/Paginas/birth-control-for-sexually-active-teens.aspx>

86) Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar NOM 005-SSA2-1993. [Fecha de acceso 13 de julio de 2017] Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>

87) Allen-Leigh B., Villalobos-Hernández A., Hernández-Serrano M., Suárez L., De la Vara E., De Castro F., y Schiavon-Ermani R. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. Salud Publica México 2013;55, supl. 2: 235-240.

88) Sam-Soto S., Osorio-Caballero M, Rodríguez Guerrero E. y Pérez-Ramírez N. Comportamiento sexual y anticoncepción en la adolescencia. Acta Pediátr Mex 2014; 35:490-498.

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

90) González-Forteza C., Hermosillo A., Vacio-Muro M., Peralta R., y Wagner F. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. Bol Med Hosp Infant Mex 2015; 72(2):149-155.

- 91) Organización Mundial de la Salud. Depresión 2017. [Fecha de acceso 25 de junio de 2017] Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- 92) Depresión Instituto Nacional de Salud Mental [Fecha de acceso 26 de febrero de 2018] Disponible en https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression_38791.pdf
- 93) Goebert D., Thompson D., Takeshita J., Beach C., Bryson P., Ephgrave K., Kent A., Kunkel M., Schechter J., y Tate J. Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. *Acad Med* 2009; 84(2) 236-241. Doi: 10.1097/ACM.0b013e31819391bb.
- 94) Oliveira F., Fuganti M., Pfütztenreuter G., Carriero V., Traebert E., y Traebert J. Prevalence of Anxiety and Depression among Medical Students. *Rev. Bras. educ. Med* 2015; 39 (3): 388-394 Doi: 10.1590/1981-52712015v39n3e02662014
- 95) Dahlim ME., y Rneson B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study *BMC Med Educ* 2007; 12 (7:6) Doi: 10.1186 / 1472-6920-7-6
- 96) Youssef F. Medical Student Stress, Burnout and Depression in Trinidad and Tobago *Acad scjoatry*. 2016; 40 (1) Doi: 10.1007 / s40596-015-0468-9
- 97) Sidana S., Kishore J., Ghosh, V., Gulati D., Jiloha, RC., y Anand, T. Prevalence of depression in students of a medical college in New Delhi: A cross-sectional study. *Australas Med J* 2012; 5(5): 247-250. Doi: 10.4066/AMJ.2012.750
- 98) Karaoqlu N., y Seker M. Anxiety and depression in medical students related to desire for and expectations from a medical caree. *West Indian Med J* 2010; 59(2):196-202.

- 99) Romo N.F., Tafoya S., Heinze G. Estudio comparativo sobre depresión y los factores asociados en alumnos del primer año de la Facultad de Medicina y del Internado. *Salud Mental* 2013; 36 (5): 375-379
- 100) Fouilloux C., Barragán V., Ortiz S., Jaimes A., Urrutia E., Guevara-Guzmán R. Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de Medicina. *Salud Mental* 2013; 36(1):59-65.
- 101) González D., Gaspar P., Luengo S., y Amigo Y. Salud mental en estudiantes de la carrera de Psicología. Implicancias para la formación en autocuidado de los psicólogos en formación. *Integración académica en Psicología* 2014; 2(6):35-43.
- 102) Flores R., Jiménez S., Pérez S., Ramírez P., y Vega C. Depresión y ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista electrónica de psicología Iztacala* 2007; 10(2): 94-105.
- 103) Aradilla-Herrero A, Tomás-Sábado J y Gómez-Benito J. Associations between emotional intelligence, depression and suicide risk in nursing students. *Nurse Educ Today* 2014M34(4):520-5. Doi: 10.1016/j.nedt.2013.07.001
- 104) Arrieta K., Días S., y González F. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. *Rev Comb Psiquiat* 2013; 42(2):173-181.
- 105) Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Fecha de acceso 18 de mayo de 2017] disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
- 106) Rivera-Rivera L., Leyva-López A., García-Guerra A., De castro F., González-Hernández D., y De los Santos L. Inicio de relaciones sexuales con penetración y factores

asociados en chicos y chicas de México de 14-19 años de edad con escolarización en centros públicos. *Gaceta Sanitaria* 2016; 30(1):24-30

107) Barrientos J., Gómez F. y Cárdenas M. Relation between HIV status, risky sexual behavior, and mental health in a gay men sample from three Chilean cities. *Journal Sex* 2017; 14(5) sup 4 211-350

108) Brawner B., Sweet L., Eingood G, Reason J, Daly B., Brooks K and Lanier Y. Feelings Matter: Depression Severity and Emotion Regulation in HIV/STI Risk-Related Sexual Behaviors. *Journal of Child and Family Studies* 2017; 26(6):1635-1645.

109) Wilson K., Asbridge M., Kisely S., y Langille D. Associations of risk of depression with sexual risk taking among adolescents in Nova Scotia high schools. *Can J Psychiatry* 2010; 55(1)57785.

110) Langille D., Asbridge M., Kisely S., and Wilson K. Risk of depression and multiple sexual risktaking behaviors in adolescents in Nova Scotia, Canada. *Sexual Health* 2012; 9(3):254-260.

111) Puja S.N., Sales J., DiClemente R., Wingood G., y Rose E. The Impact of Depressive Symptomatology on Risky Sexual Behavior and Sexual Communication among African American Female Adolescents. *Psychol Med Salud* 2012; 16(3):346-56.

112) Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual. 2016. [Fecha de acceso 18 de julio de 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>

113) Hausen H. Z. The search for infectious causes of human cancers: Where and why. *Virology* 2009; 392: 1-10 Doi <https://doi.org/10.1016/j.virol.2009.06.001>

114) Secretaría de salud. Cáncer de cuello uterino. 2016. [Fecha de acceso 15 de julio de 2017] Disponible en:

http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/Programas_de_Accion/CancerdeLaMujer/CaCu/introduccion.html

115) Follouix M.C. Barragán P.V. Ortiz L.S., Jaimes M.A. Urrutia A.E. y Guevara-Guzmán R. Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de Medicina. *Salud Mental* 2013; 36(1): 59-65.

116) Guerrero J., Hainze G., Ortiz S., Cortés J., Barragán V., y Flores, M. Factores que predicen depresión en estudiantes de medicina. *Gaceta Médica de México* 2013; 149 (1):598-604.

117) González-Forteza C., Solís T.C., Jiménez T.A., Hernández F.I., González-González A., Juárez G.F., Medina-Mora M.E., Fernández-Varela M.H. Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes a nivel medio superior y superior de la ciudad de México. *Salud Mental* 2011; 34(1):292-299.

118) González-Forteza C., Jiménez-Tapia J.A., Ramos-Lira L. y Wagner F.A. Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública* 2008; 50 (4):292-299

119) Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED; 2013 [Accesado el 09 de agosto de 2014] disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf

120) Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 [Accesado el 16 de agosto de 2014] disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013.

121) Ley: federal de protección de datos personales en posesión de los particulares. Publicado en el Diario Oficial de la Federación (5 de julio, 2010)

- 122) Quiceno M., Mendoza B., Triana R., y Useche B. Conducta sexual de estudiantes universitarios de la ciudad de Cúcuta. *Informes psicológicos* 2014; 14(1): 129-141.
- 123) Saeteros C., Pérez J y Sanabria G. Vivencias de la sexualidad en estudiantes universitarios. *Rev Cubana Salud Publica* 2013; 39(1):915-928.
- 124) Zavala J. Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes en México en el siglo XXI. *Uaricha Revista de Psicología* 2015; 12(29):129-144.
- 125) Pulido M., Carazo V., Orta S., Coronel, M., y Vera F. Conducta sexual de riesgo en los estudiantes de licenciatura de la Universidad Intercontinental. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* 2011; 13(1): 11-27.
- 126) Navlón A., y Ruiz R. Análisis sociológico de los factores de riesgo sexual en población universitaria. *Índex de Enfermería* 2015; 24(1-2): 40-43.
- 127)) Goebert D., Thompson D., Takeshita J., Beach C., Bryson P., Ephgrave K., Kent A., Kunkel M., Schechter J., y Tate J. Depressive Symptoms in Medical Students and Residents: A Multischool Study. *Acad Med* 2009; 84:236-241. doi: 10.1097/ACM.0b013e31819391bb
- 128) Román C.C.A., Ortiz R.F., y Hernández R.Y. El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de Medicina. *Revista iberoamericana de educación* 2008; 46(7):1-8.
- 129) Marín M., Álvarez C., Lizalde A., Anguiano A., y Lemus B. Estrés académico en estudiantes. El caso de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa* 2014; 1(1):1-17
- 130) Levy R.E. Sources of Stress for Residents and Recommendations for Programs to Assist Them. *Academic Medicine* 2001; 79(2):142-150.

- 131) Fouilloux C., Barragán V., Ortiz S., Jaimes A., Urrutia E., y Guevara-Guzmán R. Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de medicina. *Salud Mental* 2013; 36(1):59-65.
- 132) Camacho D., y Pabón Y. Percepciones que afectan negativamente el uso del condón en universitarios de la costa caribe colombiana. *Hacia promc. Salud* 2014; 19 (1):54-67
- 133) Martínez J, Parada LY, Duarte ZK. Prevalencia de uso de condón en todas las relaciones sexuales con penetración durante los últimos doce meses y factores asociados en estudiantes universitarios entre 18 y 26 años de edad. *Rev Univ. Salud.* 2014; 16(2):198 - 206
- 134) Gayet C., y Gutiérrez J. Calendario de inicio sexual en México. Comparación entre encuestas nacionales y tendencia en el tiempo. *Salud Pública de México* 2014; 55(6):638-647.
- 135) Rivera D., y Proaño E. La influencia de los pares y la familia en el inicio de la actividad sexual en adolescentes. *Revista Académica Augusto Guzzo* 2017; 1(1):39-53.
- 136) Nelson, K., Gamarel, K., Pantalone, D., Carey, M., y Simoni, J. Sexual debut and HIV-related sexual risk-taking by birth cohort among men who have sex with men in the United States. *AIDS and behavior* 2016; 20(10): 2286-2295. DOI: 10.1007/s10461-016-1330-0.
- 137) Vasilenko, S., Kugler, K., y Cara Rice, C. (2016). Timing of first sexual intercourse and young adult Health Outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 58(1), 1-7 doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.04.019.
- 138) Rubio E. Lo que todo clínico debe saber de Sexología. Asociación Mexicana para la Salud Sexual. México, Distrito Federal. 2014.

- 139) Cardona-Arias J., Pérez-Restrepo D., Rivera-Ocampo S. y Gómez-Martínez J. Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista diversitas perspectivas en psicología* 2015; 11(1): 79-89.
- 140) American Psychological Association. (2012). *Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality*. Washington, DC: Autor. Obtenido de <http://www.apa.org/topics/sexuality/orientacion.pdf>
- 141) Moral de la Rubia J., 2011 Orientación sexual en adolescentes y jóvenes mexicanos de 12 a 29 años de edad. *Psicología desde el Caribe* 27(1):2011.
- 142) Hurtado de Mendoza M., y Olvera J. Infecciones de transmisión sexual en la población femenina de estudiantes universitarias. *Revista electrónica de sicología Iztacala* 2012; 15(3):1156-1171.
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num3/Vol15No3Art19.pdf>
- 143) Pulido M., Serrano M., Valdés E., Hidalgo P., y Vera F. Estrés académico en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud* 2011; 21(1):31-37.
- 144) Geoffrey H., Kristin E. y Faith K. Drug use and meanings of risk and pleasure. *Journal of Youth Studies* 2008; 10(1), 73-96.
- 145). Agudelo D, Casadiegos C, Sánchez D. Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Intern J Psychol Res*2011; 1(1): 34-39.
- 146) Ramírez M., Paneque T., García M., y García C. Consumo de drogas legales en estudiantes de estomatología de la facultad de ciencias médicas Celia Sánchez Manduley de Manzanillo. *Biblioteca virtual de salud* 2015; 19(3) Disponible en <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/347>

- 147) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la Salud sexual Recomendaciones para la acción. 2000. Antigua Guatemala.
- 148) Phinder-Puente M., Sánchez-Cardel A., Romero-Castellanos F., Vizcarra-García J., y Sánchez-Valdivieso E. Percepción sobre factores estresantes en estudiantes de Medicina de primer semestre, sus padres y sus maestros. *Inv Ed Med* 2014; 3(11):139-146.
- 149) González E., Montero A., Martínez V., Mena P., y Varas M. Percepciones y experiencias del inicio sexual desde una perspectiva de género en adolescentes consultantes en un centro universitario de salud sexual y reproductiva. *Rev chil Obstet Ginecol* 2010; 75(2): 84-90.
- 150) Bahamón M., Vianchá M., y Tobos A. Prácticas y conductas sexuales de riesgo en novenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el caribe* 2014; 31(2):327-353.
- 151) Villegas N., Cianelli R., Santisteban D., Lara L., y Vargas J. Factores que influyen la adquisición de infecciones de transmisión sexual y VIH en mujeres jóvenes chilenas que participaron en la intervención online I-STIPI. *Hispanic Health Care International* 2016; 14(1):47-56. DOI: 10.1177/1540415316629682
- 152) Bermúdez M., Ramiro M., Ramiro-Sánchez T., y Buena-Casal G. Conducta sexual y realización de la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana en jóvenes que estudian en la universidad en Cuzco (Perú) *Gaceta Sanitaria* 2017 [Consultado 12 de diciembre de 2017]. Disponible en https://ac.els-cdn.com/S0213911117301802/1-s2.0-S0213911117301802-main.pdf?tid=d72d98b4-df6c-11e7-b289-00000aacb35f&acdnat=1513104602_199c3790beaa3a19e8d52329bd6b8d7a
- 153) Martínez-Torres J., Parada-Capacho L., y Castro-Duarte Z. Prevalencia de uso de condón en todas las relaciones sexuales con penetración durante los últimos doce meses y

factores asociados en estudiantes universitarios entre 18 y 26 años. *Universidad y salud* 2014; 16(2): 198-206

154) Rodríguez E., Orozco K., y Mosquera N., Uso y conocimiento de métodos anticonceptivos en estudiantes de décimo y undécimo grado, Puerto Tejada – Cauca *Ciencia & Salud*. 2015; 3(12):37-43.

155) Granados R., Vallejo-Medina P., y Sierra J. Relación de la ansiedad y la depresión con la asertividad sexual. *Análisis y modificación de conducta* 2011; 37(155):77-90

156) Hall K., Moreau C., Trussell J., y Barber J. Young women's consistency of contraceptive use--does depression or stress matter? *Contraception* 2013; 88 (5):641-649. DOI: 10.1016/j.contraception.2013.06.003

157) Hall K., Kusunoky Y., Gatny H., y Barber J. Stress symptoms and the frequency of sexual intercourse among young women. *J Sex Med* 2014; 11(8):1982-1990. Doi: 10.1111 / jsm.12607

158) Katon W., Richardson L., Russo J., McCarty CA., Rockhill C., McCauley E., Richards J., y Grossman DC.. Depressive symptoms in adolescence: the association with multiple health risk behaviors. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32(3):233-239. Doi: 10.1016/j.genhosppsy.2010.01.008

159) Cunningham K., Martínez D.A., Scott-Sheldon L., Carey K., Carey M., Alcohol Use and Sexual Risk Behaviors among Adolescents with Psychiatric Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Child Adolesc Subst Abuse*. 2017; 26 (5): 353-366. doi: 10.1080 / 1067828X.2017.1305934.

160) Field N., Prah P., Mercer C., Rait G., King M., Cassell J., Tanton C., Heath L., Mitchell K., Clifton S., Datta J., Wellings K., Johnson A., y Sonnenberg. Are depression and poor

sexual health neglected comorbidities? Evidence from a population sample. P. *BMJ Open*.

2016 Mar 23; 6 (3): e010521. doi: 10.1136 / bmjopen-2015-01052

161) Wellings K., Jones KG , Mercer CH., Tanton C., Clifton S , Datta J., Copas A.J, Erens B., Gibson LJ., Macdowall W., Sonnenberg P., Phelps A., y Johnson AM. The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lanceta* 2013; 382(9907):1807-1816. doi: 10.1016 / S0140-6736 (13) 62071-1

Estimado/a alumno/a

Presente:

Por medio de la presente se te hace una atenta invitación para que participes en el proyecto de investigación que desarrolla el Centro de Investigación en Ciencias Médicas (CICMED) de la Universidad Autónoma del Estado de México, cuyo título es “CONDUCTAS DE RIESGO Y SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN ASOCIADAS A LA ACTIVIDAD SEXUAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DEL ÁREA DE LA SALUD”, a cargo de la Mtra. María Teresa Hurtado de Mendoza Zabalgotia como parte de su trabajo de Tesis Doctoral.

El objetivo del proyecto es evaluar la asociación de las conductas de riesgo y los síntomas de depresión con la actividad sexual, en estudiantes universitarios del área de la salud, ya que se ha identificado que los jóvenes que presentan síntomas de depresión tienen más conductas de riesgo, (sexuales y no sexuales), lo que los lleva a embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, deserción o bajo rendimiento escolar y/o problemas intrafamiliares, entre otros.

La investigación se realizará en estudiantes de nivel superior de instituciones públicas y consiste en responder un cuestionario sobre los siguientes temas: datos demográficos, síntomas de depresión, conductas sexuales, y consumo de tabaco, alcohol, drogas. La aplicación de este cuestionario se realizará en una sola ocasión.

Tu participación en este estudio es voluntaria, confidencial y sin costo además de que no representa riesgo alguno para tu salud. Una vez evaluado el cuestionario, en caso de detectar

síntomas importantes de depresión o un elevado riesgo sexual se te informará, y si estás de acuerdo, se te canalizará para recibir orientación y/o tratamiento.

La información que proporciones en los cuestionarios será manejada únicamente por el equipo de investigación y sólo para fines estadísticos y nadie más tendrá acceso a tus datos. Se entregará a tú Facultad un informe general sin mencionar NUNCA los nombres, números de cuenta o grupo Los resultados se publicarán en revistas científicas guardando el anonimato de los participantes.

En caso de requerir algún tipo de atención puedes acudir al Centro de Investigación de Ciencias Médicas (CICMED) de la UAEM ubicado en Jesús Carranza #205 Colonia Universidad CP. 50130, Toluca; teléfonos 2194122 y 2128027 ext. 125. Para alguna orientación en temas de sexualidad puedes acudir a la Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSSAC) en Tezoquipa # 26, Tlalpan, CP.14090, D. F., México D.F teléfono 01 55 5513 1065.

Dejo constancia de que he sido informado de las características de la investigación que han sido aclaradas mis dudas y que doy mi consentimiento para participar. Se me entrega copia de esta carta de consentimiento.

Fecha _____

Nombre _____ Grupo _____

Semestre _____ No. De Cuenta _____

Carrera _____

FIRMA DEL ALUMNO/A

AVISO DE PRIVACIDAD

María Teresa Hurtado de Mendoza Zabalgoitia es responsable del tratamiento de tus datos personales, con domicilio oficial en Génova 44 Loc. U, colonia Juárez, delegación Cuauhtémoc, CP. 06600, México D. F. Los datos recabados se utilizarán únicamente para fines estadísticos y de investigación.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

Este cuestionario se está aplicando como parte de un estudio más amplio sobre asuntos relacionados con la sexualidad y el estado de ánimo de los estudiantes universitarios **NO ES UN EXAMEN** y por lo tanto **NO EXISTEN RESPUESTAS CORRECTAS o INCORRECTAS**. Por favor en cada pregunta responde **HONESTA** y **SINCERAMENTE**. Es importante conocer lo que haces y piensas como joven universitario, para proponer alternativas tomando en cuenta tu opinión. En cada pregunta indica la respuesta que resulte más adecuada para ti. En caso que tengas alguna duda levanta la mano y un encuestador ira a tu lugar a resolverla. Si tienes algún comentario lo puedes escribir al final del cuestionario. Si necesitas ayuda o te gustaría recibir alguna orientación en la hoja de consentimiento está la dirección a donde puedes acudir y serás atendido en forma confidencial.

I.- Instrucciones.-Coloca en la columna de la derecha el número del paréntesis que indique tu respuesta o en la línea las palabras de respuesta.

1.- Edad (años cumplidos)	
2.- Sexo 1) Hombre 2) Mujer	
3.- Carrera que estudias: 1) Enfermería 2) Medicina 3) Odontología 4) Psicología	
4.- Semestres que has cursado de tu carrera (coloca el número contando el actual)	
5.- ¿Qué promedio tuviste el semestre anterior?	
6.- Estado civil 1) Soltero/a 2) Casado/a 3) Unión libre 4) Divorciado/a Separado/a 5) Viudo/a	
7.- Lugar de nacimiento _____	
8.- Colonia y municipio donde vives actualmente _____	
9.- ¿Vives con tu familia? 1) Si 2) No	
10.- En el caso que NO vivas con tu familia, menciona con quién vives 1) Otros familiares 2) Amistades 3) Solo/a 4) Pareja	
11.- ¿Tus padres viven juntos? 1) Si 2) No	
12.- Si tus padres están separados o divorciados ¿hace cuanto tiempo de ello? 1) Menos de 1 año 2) De 1 a 4 años 3) De 5 a 9 años 4) Más de 9 años	
13.- ¿Alguien cercano a ti ha fallecido? 1) Padre 2) Madre 3) Ambos 4) Hermanos 5) Ninguno	
14.- ¿Has sufrido algún tipo de maltrato físico o psicológico? 1) Si 2) No	
15.-En caso de responder "Si" en la pregunta anterior especifica: 1) Dentro de la familia 2) En la escuela 3) Por tu pareja 4) Otro/s 5) Por todos	

		Durante cuántos días....	En la semana anterior			
			0 días	1 a 2 días	3 a 4 días	5 a 7 días
1		Tenía poco apetito	0	1	2	3
2		No podía quitarme la tristeza	0	1	2	3
3		Me sentía deprimido/a	0	1	2	3
4		Dormía sin descansar	0	1	2	3
5		Me sentía triste	0	1	2	3
6		Era difícil concentrarme en las cosas importantes	0	1	2	3
7		Me molesté por cosas que usualmente no me molestan	0	1	2	3
8		Sentía que era tan bueno/a como otra persona	3	2	1	0
9		Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo	0	1	2	3
10		Me sentía esperanzado/a hacia el futuro	3	2	1	0
11		Pensé que mi vida ha sido un fracaso	0	1	2	3
12		Me sentía temeroso/a	0	1	2	3
13		Me sentía feliz	3	2	1	0
14		Hablé menos de lo usual	0	1	2	3
15		Me sentía solo/a	0	1	2	3
16		Sentía que las personas eran poco amigables conmigo	0	1	2	3
17		Disfruté de la vida	3	2	1	0
18		Tenía ataques de llanto	0	1	2	3
19		Sentía que iba a darme por vencido/a	0	1	2	3
20		Sentía que le desagradaba a la gente	0	1	2	3

<p>CRS III.-Instrucciones Coloca el número del paréntesis en el cuadro de la derecha que más se acerque a tu respuesta de cada pregunta.</p>	
<p>1.- ¿Has tenido relaciones sexuales? 1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca</p>	
<p>2.- En caso de contestar afirmativamente la pregunta anterior, por favor indica la frecuencia. 1) Diario o casi diario 2) 3 ó 4 veces por semana 3) 1 ó 2 veces por semana 4) Algunas veces al mes 5) Nunca</p>	
<p>3.- ¿Has tenido sexo sin protección (no uso de condón)? 1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca</p>	
<p>4.-En caso de contestar afirmativamente la pregunta anterior, por favor indica la frecuencia con la que tienes sexo sin protección. 1) Siempre 2) muchas veces 3) algunas veces 4) Alguna vez 5) Nunca</p>	
<p>5.- ¿Has estado preocupada/o por la posibilidad de que tú o tu pareja se encuentre embarazada? 1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca</p>	
<p>6.- En caso de contestar afirmativamente en la pregunta anterior indica la frecuencia con la que ha ocurrido dicha preocupación. 1) Tres o más veces 2) Dos veces 3) Una vez 4) Nunca</p>	
<p>7.- ¿Tú o tu pareja han tenido un embarazo? 1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca</p>	
<p>8.- En caso de contestar afirmativamente en la pregunta anterior indica la frecuencia con la que ha ocurrido. 1) Tres o más veces 2) Dos veces 3) Una vez 4) Nunca</p>	
<p>9.- ¿Tú o tu pareja han tenido un aborto? 1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca</p>	
<p>10.- En caso de contestar afirmativamente la pregunta anterior indica la frecuencia con la que ha ocurrido. 1) Tres o más veces 2) Dos veces 3) Una vez 4) Nunca</p>	
<p>11.- ¿Has sido sexualmente infiel? 1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca</p>	
<p>12.- En caso de contestar afirmativamente la pregunta anterior indica la frecuencia con la que ha ocurrido. 1) Tres o más veces 2) Dos veces 3) Una vez 4) Nunca</p>	
<p>13.- ¿Sabes si tu pareja te ha sido sexualmente infiel? 1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca</p>	
<p>14.-.En caso de contestar afirmativamente la pregunta anterior indica la frecuencia con la que ha ocurrido. 1) Tres o más veces 2) Dos veces 3) Una vez 4) Nunca</p>	
<p>15.- ¿Has tenido sexo con personas que a cambio te piden dinero o un favor? 1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca</p>	
<p>16.- En caso de contestar afirmativamente la pregunta anterior indica la frecuencia con la que ha ocurrido. 1) Tres o más veces 2) Dos veces 3) Una vez 4) Nunca</p>	
<p>17.- ¿Has tenido sexo después de haber consumido alcohol (tú, tu pareja o ambos)? 1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca</p>	
<p>18.- En caso de contestar afirmativamente la pregunta anterior indica la frecuencia con la que ha ocurrido. 1) Tres o más veces 2) Dos veces 3) Una vez 4) Nunca</p>	
<p>19.- ¿Has tenido sexo al haber consumido drogas (tú, tu pareja o ambos)? 1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca</p>	

<p>20.- En caso de contestar afirmativamente la pregunta anterior indica la frecuencia con la que ha ocurrido.</p> <p>1) Tres o más veces 2) Dos veces 3) Una vez 4) Nunca</p>	
<p>21. ¿Has participado en clubes “swinger’s” (intercambio de parejas)?</p> <p>1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca</p>	
<p>22.- En caso de contestar afirmativamente la pregunta anterior indica la frecuencia con la que ha ocurrido.</p> <p>1) Tres o más veces 2) Dos veces 3) Una vez 4) Nunca</p>	
<p>23. ¿Has practicado sexo oral?</p> <p>1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca</p>	
<p>24. En caso de contestar afirmativamente la pregunta anterior indica la frecuencia con la que ha ocurrido.</p> <p>1) Tres o más veces 2) Dos veces 3) Una vez 4) Nunca</p>	
<p>25.- ¿Has practicado sexo anal?</p> <p>1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca</p>	
<p>26.- En caso de contestar afirmativamente la pregunta anterior indica la frecuencia con la que ha ocurrido.</p> <p>1) Tres o más veces 2) Dos veces 3) Una vez 4) Nunca</p>	
<p>27.- ¿Has cometido errores o te han sucedido accidentes en el uso de métodos anticonceptivos? (rotura del condón, olvidar tomar las pastillas anticonceptivas)</p> <p>1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca</p>	
<p>28.-En caso de contestar afirmativamente la pregunta anterior indica la frecuencia con la que ha ocurrido.</p> <p>1) Tres o más veces 2) Dos veces 3) Una vez 4) Nunca</p>	
<p>29.- ¿Has utilizado alguno de los siguientes métodos como estrategia anticonceptiva? (coito interrumpido, días menos fértiles, método de la temperatura o revisión de moco).</p> <p>1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca</p>	
<p>30.- En caso de contestar afirmativamente la pregunta anterior indica la frecuencia con la que ha ocurrido.</p> <p>1) Tres o más veces 2) Dos veces 3) Una vez 4) Nunca</p>	
<p>31.- ¿Has utilizado algún método anticonceptivo como (píldora diaria, inyección, implante, parche, anillo vaginal o Diu)?</p> <p>1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca</p>	
<p>32. -¿Has tenido infecciones sexualmente transmitidas? (clamidia, cándida, trichomona, gonorrea, herpes, garderella, VIH, VPH, etc.)</p> <p>1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca</p>	
<p>33. -En caso de contestar afirmativamente la pregunta anterior indica la frecuencia con la que ha ocurrido.</p> <p>1) Tres o más veces 2) Dos veces 3) Una vez 4) Nunca</p>	
<p>34.- ¿Has tenido relaciones sexuales sin tu consentimiento o forzada/o?</p> <p>1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca</p>	
<p>35.- En caso de contestar afirmativamente la pregunta anterior indica la frecuencia con la que ha ocurrido.</p> <p>1) Tres o más veces 2) Dos veces 3) Una vez 4) Nunca</p>	
<p>36.- ¿Has tenido sexo casual (con una persona que acabas de conocer)?</p> <p>1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca</p>	
<p>37. En caso de contestar afirmativamente la pregunta anterior indica la frecuencia con la que ha ocurrido.</p>	

1) Tres o más veces 2) Dos veces 3) Una vez 4) Nunca	
38.- ¿Has participado en sexo en grupo (tres o más personas)?	
1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca	
39.- En caso de contestar afirmativamente la pregunta anterior indica la frecuencia con la que ha ocurrido.	
1) Tres o más veces 2) Dos veces 3) Una vez 4) Nunca	
40.- ¿Has tenido relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo?	
1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca	
41. En caso de contestar afirmativamente la pregunta anterior indica la frecuencia con la que ha ocurrido.	
1) Tres o más veces 2) Dos veces 3) Una vez 4) Nunca	
42.- ¿Tú o tu pareja han tomado la “píldora de emergencia o del día siguiente”?	
1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca	
43.-En caso de contestar afirmativamente la pregunta anterior indica la frecuencia con la que ha ocurrido	
1) Tres o más veces 2) Dos veces 3) Una vez 4) Nunca	
44. ¿Cuántas parejas sexuales diferentes has tenido a la fecha? (escribe el número)	
45. ¿Cuántas parejas sexuales diferentes has tenido en los últimos 12 meses? (escribe el número)	
46. Considero mi orientación sexual principalmente	
1)Heterosexual 2) Homosexual 3) Bisexual	

CRT IV Instrucciones: Coloca en el cuadro de la derecha la respuesta que más se acerque a la pregunta que se te hace.	
1.- ¿Fumas tabaco?	
1) Si 2) No	
2.- ¿A qué edad fumaste por primera vez? (años cumplidos)	
3.- ¿Has consumido tabaco?	
1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca	
4.- ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?	
1) Ninguno 2) De uno a cinco 3) De seis a diez 3) de once a quince 4) Más de quince	
5.- ¿Fumar te hace sentir?	
1) Relajado/a 2) Activo/a 3) No siento diferencia 4) No fumo	
6.- ¿En tu vida has fumado más de 100 cigarrillos?	
1) Si 2) No	

CRA V Instrucciones: Coloca en el cuadro de la derecha el número de la respuesta que más se acerque a lo que se te pregunta	
1.- ¿Tomas alcohol? 1) Si 2) No	
2.- ¿A qué edad comenzaste a beber alcohol? (años cumplidos)	
3.- ¿Has consumido alguna copa de alcohol? 1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca	
4.- ¿Cuántas copas sueles tomar cuando bebes? 1) Una a dos 2) tres a cuatro 3) cinco a seis 4) Más de seis	
5.- ¿Beber te hace sentir? 1) Relajado/a 2) Activo/a 3) No siento diferencia 4) No bebo	

CRD VI Instrucciones: Coloca en el cuadro de la derecha el número de la respuesta que más se acerque para responder la pregunta.	
1.- ¿Has consumido alguna droga? (no medicamento prescrito) 1) Si 2) No	
2.- ¿A qué edad fue a primera vez que probaste alguna droga? (años cumplidos)	
3.- ¿Con qué frecuencia consumes alguna droga? 1) Diario o casi diario 2) Tres a cuatro veces por semana 3) Una o dos veces por semana 4) Alguna vez al mes 5) Nunca	
4.- ¿Has consumido alguna droga? 1) En los últimos 30 días 2) En los últimos 12 meses 3) Alguna vez 4) Nunca	
5.- Consumir sustancias te hace sentir 1) Relajado/a 2) Activo/a 3) No siento diferencia 4) No consumo	
R VII Instrucciones: Coloca en el cuadro de la derecha la respuesta que más se acerque a lo que se te pregunta.	
1.-Lo que más te gusta de estar en vacaciones de la escuela es: 1) Levantarte tarde 2) No tener tareas 3) Poder desvelarte 4) Ver otros amigos	
2.- Cuando vas a alguna feria de juegos mecánicos te gusta subirte a : 1) Juegos tranquilos 2) Juegos de vueltas 3) Montañas rusas 4) Todos 5) Ninguno	
3.- Cuando escuchas música te gusta: 1) Cantar 2) Meditar la letra 3) Bailar 4) Todos 5) Ninguno	
4.- Cuando juegas video juegos los que más te atraen son: 1) De competencia 2) los de guerra o luchas 3) los de destreza 4) Todos 5) Ninguno	

¡GRACIAS POR TU AMABLE PARTICIPACIÓN!

