



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

Píldora anticonceptiva y sintomatología depresiva y ansiosa entre adolescentes y mujeres jóvenes

Autor: Victoria Martín Botet

Tutor: Tatiana Lacruz

Universidad Pontificia de Comillas
Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid
2023/2024

ÍNDICE

1. TÍTULO DEL TRABAJO.....	3
1.1 Marco epidemiológico	5
1.2 Métodos anticonceptivos hormonales	6
1.3 La píldora anticonceptiva	8
1.4 Píldora anticonceptiva y salud mental	9
1.5 Objetivos e hipótesis.....	12
2. MÉTODO.....	13
2.1 Diseño del estudio	13
2.2 Participantes.....	13
2.3 Instrumentos y variables	16
2.4 Procedimiento	18
2.5 Análisis estadístico	19
3. RESULTADOS.....	21
3.1 Uso de la píldora y sintomatología depresiva y ansiosa.....	21
3.2 Momento de inicio en el uso y sintomatología ansiosa y depresiva.....	26
4. DISCUSIÓN	28
5. CONCLUSIÓN.....	34
6. REFERENCIAS.....	35
7. ANEXOS.....	41

Resumen

Debido al uso generalizado de la píldora anticonceptiva y a la gran prevalencia de trastornos depresivos y ansiosos y sus repercusiones individuales y sociales, resulta central examinar la relación existente entre este método y el riesgo de desarrollar depresión/ansiedad. El presente estudio observacional transversal tiene como objetivo examinar la relación entre el uso de la píldora y la sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres jóvenes, con una edad comprendida entre los 18 y los 30 años. La muestra inicial se compone de 223 participantes, de las cuales se excluyeron aquellas que estaban recibiendo tratamiento psicológico o farmacológico y aquellas que utilizaban otros anticonceptivos hormonales, resultando en una muestra final de 159 mujeres. Los hallazgos sugieren mayor sintomatología depresiva en las participantes que utilizan la píldora anticonceptiva en la actualidad y en aquellas que la utilizaron durante la adolescencia, respecto a las que nunca han sido usuarias de este método anticonceptivo. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la sintomatología ansiosa entre los grupos. El estudio también destaca la importancia de considerar cuidadosamente el uso de anticonceptivos orales en mujeres jóvenes y comprender sus posibles efectos secundarios para prevenir impactos negativos en el bienestar y ayudar a mujeres y médicos a decidir de manera informada. Además, se subraya la relevancia de futuras investigaciones para profundizar en esta relación y sus implicaciones a largo plazo para la salud mental.

Palabras clave: Píldora anticonceptiva, anticonceptivos orales, usuarias, mujeres jóvenes, sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, adolescencia.

Abstract

Due to the widespread use of the contraceptive pill and the high prevalence of depressive and anxiety disorders and their individual and social repercussions, it is essential to examine the relationship between this method and the risk of developing depression/anxiety. The present cross-sectional observational study aims to examine the relationship between the use of the pill and anxious and depressive symptoms in young women, aged between 18 and 30 years. The initial sample is made up of 223 participants, of which those who were receiving psychological or pharmacological treatment and those who used other hormonal contraceptives were excluded, resulting in a final sample of 159 women. The findings suggest greater depressive symptoms in participants who currently use the contraceptive pill and in those who used it during adolescence, compared to those who have never used this contraceptive method. However, no significant differences were found in anxiety symptomatology between the groups. The study also highlights the importance of carefully considering the use of oral contraceptives in young women and understanding their possible side effects to prevent negative impacts on well-being and help women and doctors make informed decisions. Furthermore, the relevance of future research to delve deeper into this relationship and its long-term implications for mental health is highlighted.

Keywords: Contraceptive pill, oral contraceptives, users, young women, depressive symptoms, anxious symptoms, adolescence.

1. TÍTULO DEL TRABAJO

1.1 Marco epidemiológico

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) un 12,5% de la población mundial padece algún tipo de trastorno mental. Los trastornos mentales se caracterizan por una alteración significativa del pensamiento, regulación emocional o comportamiento de las personas y generalmente se encuentran asociados a algún tipo de repercusión funcional en alguna de las áreas relevantes del individuo (OMS, 2022).

La Encuesta Europea de Salud En España sitúa la salud mental como un factor indispensable del estado de salud, no solo debido a la carga global de enfermedad que aparejan las enfermedades mentales, sino por ser un elemento central en el bienestar de las personas (INE, 2020). Según la OMS (2023) los problemas de salud mental se encuentran altamente extendidos, sin disponer de suficientes tratamientos y recursos para su abordaje y, por ello, quedando muchas personas sin acceso a la atención necesaria y estando expuestas a estigma, discriminación y posibles vulneraciones de los derechos humanos. Se conocen muchos tipos de trastornos mentales, siendo los más comunes la ansiedad y los trastornos depresivos, situándose ambos desde el año 2000 dentro de los 10 diez motivos principales de años vividos con discapacidad (OMS, 2022). En población juvenil, esta problemática también se hace patente, encontrando que prácticamente la mitad (48,9%) de los y las jóvenes españoles con una edad comprendida entre los 15 y los 29 años informan de haber padecido algún tipo de problema en su salud mental (Ballesteros et al., 2019).

En concreto, la prevalencia de depresión en España es la siguiente: 12,74% de las personas con una edad superior a los 15 años presentan sintomatología, 8,46% de gravedad leve, 2,51% moderada y 1,77% grave o moderadamente grave. Además, la incidencia de depresión autorreferida por la población del mismo rango de edad es de 5,28%: 3,24% en hombres y 7,22% en mujeres (INE, 2020). Por otro lado, la OMS (2023) sitúa los trastornos de ansiedad como los más comunes, estimando un 4% de prevalencia a nivel mundial. Los datos recogidos en España también lo colocan como el problema de salud mental más repetido, afectando al 6,7% de las personas de nuestro país (8,8% en mujeres y 4,5% en hombres) y presentando su prevalencia una estabilidad considerable

en el transcurso de los años (Ministerio de Sanidad, 2020). De la misma forma, muchos estudios han centrado sus investigaciones en estudiar la prevalencia de la depresión y ansiedad en población joven, destacando su frecuente comorbilidad y su mayor presencia en mujeres (Agudelo et al., 2008; Ballesteros et al., 2019; Niño-Avendaño et al., 2014).

Estos datos llaman la atención sobre la necesidad de establecer factores predisponentes que permitan la realización de intervenciones tempranas y de tipo preventivo. La prevalencia mayor de estos trastornos psicológicos en población femenina, alerta aún más sobre la necesidad de realizar estudios que pudieran esclarecer posibles motivos que expliquen esta diferencia, siendo esta una de las razones que motiva esta investigación.

1.2 Métodos anticonceptivos hormonales

Podemos definir los métodos anticonceptivos como las estrategias utilizadas para aumentar el control de la fecundación, es decir, evitando o reduciendo las probabilidades de concepción. El control de la fertilidad ha sido un objetivo buscado desde hace siglos, apareciendo ya en civilizaciones egipcias y griegas formas anticonceptivas a través del uso de plantas medicinales (Knowles, 2012). Los primeros anticonceptivos modernos surgieron en el siglo XIX, no obstante, su uso no se popularizó hasta la segunda mitad del siglo XX, introduciendo un cambio en la concepción tradicional que relacionaba las relaciones sexuales y el embarazo (Fernández-Sanguino et al., 2023; González-Hernando et al., 2013; Rodríguez-Ocaña et al., 2012). A lo largo de los años, la edad de la menarquia (o primera regla) ha ido disminuyendo, si bien en la Edad Media se estima que dicho acontecimiento sería alrededor de los 20 años, hoy en día, las jóvenes tienen su primer periodo en torno a los 12,5 años. Dicho cambio, explica el aumento de los embarazos adolescentes en Occidente, llamando así aún más la atención sobre la necesidad de controlar la fertilidad y realizar una adecuada planificación familiar (Knowles, 2012).

Desde la antigüedad, la ciencia ha dedicado múltiples esfuerzos en la búsqueda de métodos que permitiesen tomar el control de natalidad, dando a las personas el poder de decidir el número de hijos y embarazos y, por tanto, repercutiendo en su calidad de vida y bienestar (Flores-Cortez et al., 2019). Por este motivo y persiguiendo el objetivo anteriormente descrito, el propósito de la investigación a lo largo de los años se ha basado

en encontrar anticonceptivos más seguros y con menos efectos secundarios. Como resultado, las opciones actuales han sufrido una notable evolución y ofrecen una variedad de alternativas que difieren en mecanismo, eficacia y accesibilidad y se consideran la forma más eficaz de protección frente a embarazos no deseados, aparejando una fiabilidad entre el 98-99% en cuanto a la prevención de la concepción (Colquitt & Martin, 2017; Flores-Cortez et al., 2019). Es posible clasificar los distintos métodos a través de los siguientes parámetros: masculino/femenino, orales/no orales, hormonales/no hormonales, temporales/permanentes o reversibles/irreversibles (Fernández-Sanguino et al., 2023).

Siguiendo el objetivo que nos compete, los anticonceptivos hormonales se incardinan como el método más utilizado por la población femenina. Generalmente, se componen de versiones artificiales de estrógenos y progesterona, siendo estas las principales hormonas sexuales femeninas, encargadas del desarrollo sexual y de la preparación mensual de la pared uterina posibilitando la implantación de un óvulo fecundado (Fernández-Sanguino et al., 2023; Vásquez-Awad, 2014). Según la forma de administración podemos clasificar los anticonceptivos hormonales en seis tipos, cuya elección se realizará conociendo las contraindicaciones en el historial de la mujer y su condición médica: píldora anticonceptiva, anticonceptivos inyectables, parches anticonceptivos, DIU con liberación hormonal, implante anticonceptivo y anillo vaginal (Anexos A).

Por otro lado, los métodos anticonceptivos hormonales aparejan una serie de efectos secundarios de los que no solo será importante informar debido al impacto que generan en la vida de las mujeres, sino por la repercusión que tienen en las tasas de abandono (González-Hernando et al., 2013). Entre estos efectos secundarios, destacan: cefaleas, náuseas y vómitos, sensibilidad en las mamas, sangrado intermenstrual, aumento de peso inexplicable, cambios de humor, depresión/irritabilidad y trastornos gastrointestinales (Calderón, 2017; Flores-Cortez et al., 2019; González-Hernando et al., 2013; Vásquez-Awad, 2014). Siendo menos comunes los accidentes cerebro vasculares, los tromboembolismos venosos y los infartos de miocardio, estando generalmente ligados a un número mayor de factores de riesgo en las mujeres, tales como, hipertensión arterial, tabaquismo, edad mayor, sobrepeso, diabetes, entre otros (Calderón, 2017; González-Hernando et al., 2013).

A pesar de que cada vez se encuentren más estudiados los efectos secundarios asociados al uso de anticonceptivos hormonales, también se tiene más conocimiento de los efectos beneficiosos no anticonceptivos, siendo los más recogidos en la literatura los siguientes: mejoría de la dismenorrea, regulación del ciclo menstrual, disminución del sangrado y dolor menstrual, mejora del acné leve y moderado, prevención de la endometriosis, reducción del riesgo de desarrollar cáncer de ovario, endometrio y de la aparición de quistes ováricos (Calderón, 2017; González-Hernando et al., 2013; Vásquez-Awad, 2014).

1.3 La píldora anticonceptiva

La introducción en España de la píldora anticonceptiva oral fue más tardía que en nuestros países vecinos debido al régimen franquista, quien promulgó una Ley para la protección de la natalidad, contra el aborto y la propaganda anticoncepcionista que fue recogida en el Código Penal de 1941, aparejando penas de multa y arresto mayor (Calderón, 2017; Rodríguez-Ocaña et al., 2012). Aunque en las décadas de 1960 y 1970 se utilizaba de manera clandestina en situaciones concretas, no se legalizó para uso público hasta el año 1978 (González-Hernando et al., 2013). Por este motivo, entre otros, podemos explicar la tasa menor de consumo de este tipo anticonceptivo en España en comparación con otros países de la Unión Europea, como Alemania, Francia o Portugal (Rodríguez-Ocaña et al., 2012).

El mencionado método, comúnmente llamado “la píldora” es un tipo de anticonceptivo hormonal oral y suele ser combinado, al estar compuesto por dos tipos de hormonas femeninas: estrógenos y progesterona (Calderón, 2017; Vásquez-Awad, 2014). Mientras el progestágeno impide la ovulación evitando la fecundación, aumenta la densidad del moco cervical y convierte el endometrio en no receptivo impidiendo la implantación del embrión; los estrógenos frenan la aparición de un folículo dominante fomentando la estabilización del endometrio, repercutiendo así de forma paralela en la reducción de ciclos irregulares y hemorragias intermenstruales (Calderón, 2017; Vásquez-Awad, 2014). En la actualidad, a pesar de que existen píldoras únicamente formadas por progestina, el grupo mayoritario estaría conformado por los anticonceptivos orales combinados, que contienen ambas hormonas en su composición (Fernández-Sanguino et al., 2023). Su distribución es a través de comprimidos y la presentación

habitual es en tabletas de 28 pastillas, donde 21 pastillas contendrán las hormonas y los 7 restantes no llevarán medicamento y su funcionalidad será establecer una pauta de administración continua para asegurar el cumplimiento del programa, siendo en estos días donde esperablemente se producirá el sangrado (Calderón, 2017; Fernández-Sanguino et al., 2023). Actualmente, la píldora es considerada uno de los métodos reversibles que ofrecen mayor seguridad para impedir el embarazo (González-Hernando et al., 2013).

Actualmente, según la Sociedad Española de Contracepción (SEC, 2022) el preservativo es el método más utilizado por las mujeres españolas (35,7%), seguido por la píldora (17%) y la vasectomía en la pareja (4,7%). La franja de edad donde más uso se estima de la píldora es la comprendida entre los 20-29 años siendo aproximadamente un 26% de mujeres las que eligen la utilización de este método frente a otros, manteniéndose esta tendencia estable a lo largo de los años (SEC, 2022). Estos datos, orientan en la elección de los criterios de edad que serán incluidos en el estudio, estando dirigido hacia mujeres jóvenes por encontrarse una prevalencia mayor de uso en este grupo etario.

1.4 Píldora anticonceptiva y salud mental

En su inicio, la píldora supuso una revolución en anticoncepción y aunque su utilización se ha ido extendiendo a lo largo de las décadas, no está exenta de controversias (González-Hernando et al., 2013; McCloskey et al., 2021). Es importante destacar, que los efectos secundarios se sitúan entre las principales razones de una adherencia menor en el empleo de anticonceptivos, por ello, resulta central que las usuarias sean conocedoras de ellos previamente a su utilización, así como aconsejadas sobre formas de control (Calderón, 2017; Flores-Cortez et al., 2019). Los efectos adversos que aparecen con mayor frecuencia entre las usuarias de la píldora serían los trastornos gastrointestinales y las cefaleas (Calderón, 2017; Flores-Cortez et al., 2019). En concreto, el estudio de Flores-Cortez et al., (2019) encontró que los efectos secundarios afectaban al 69% de las mujeres que utilizaban la píldora, situándose por encima los anticonceptivos inyectables al afectar un porcentaje superior de afectadas por sus efectos negativos.

A pesar de que es sabido que los anticonceptivos orales funcionan de manera efectiva como forma de prevención de los embarazos, existen inconsistencias en la literatura en cuanto a si su utilización afecta reacciones adversas, como podrían ser ciertas

alteraciones físicas o un aumento en el riesgo de sufrir trastornos psicológicos, tales como, la depresión y la ansiedad (Flores-Cortez et al., 2019; Johansson et al., 2023; Niño-Avendaño et al., 2014; Robakis et al., 2019). Teniendo en cuenta, además, la mayor prevalencia de estos cuadros en población femenina, tal y como se ha podido comprobar en los datos anteriormente expuestos, resulta central abordar la mencionada temática, no solo desde una perspectiva de salud reproductiva, sino también desde una óptica de bienestar mental.

En la adolescencia, las hormonas gonadales desempeñan un papel crucial en la organización del cerebro, lo que puede tener efectos duraderos (Cahill, 2019; Skovlund et al., 2016). La influencia de dichas hormonas en el comportamiento y cognición, así como su repercusión en la organización de estructuras cerebrales durante la adolescencia, plantean incógnitas sobre si el uso de anticonceptivos orales durante esta etapa podría incidir en el riesgo de depresión a largo plazo (Ferlini et al., 2020). A pesar de que los efectos secundarios de los anticonceptivos orales han sido ampliamente investigados, aún existe falta de información en torno al impacto en el estado de ánimo, incluyendo los potenciales efectos que podrían tener sobre el área afectiva (Doornweerd et al., 2022).

Por este motivo, varios estudios han investigado esta relación para entender mejor su impacto, encontrando que el uso de anticonceptivos orales aumenta el riesgo de depresión, viéndose incrementada esta posibilidad cuando el consumo es iniciado en la adolescencia (Anderl et al., 2020; Anderl et al., 2022; Johansson et al., 2023; Niño-Avendaño et al., 2014; Skovlund et al., 2016). Asimismo, el estudio de Skovlund et al., (2016) informa de la existencia de un riesgo mayor de iniciar un tratamiento con antidepresivos entre las usuarias de anticonceptivos hormonales, encontrándose la magnitud de esta relación dos veces por encima en la etapa adolescente. Son menos las investigaciones que rastrean esta relación con la ansiedad, no obstante, algunos encuentran relaciones significativas entre ansiedad y consumo de la píldora en la etapa adolescente (Niño-Avendaño et al., 2014). Por otro lado, es relevante mencionar que investigaciones previas han encontrado una asociación entre el uso de anticonceptivos hormonales y un mayor riesgo de intentos y consumaciones de suicidio. Por ejemplo, Skovlund et al. (2018) descubrieron que las usuarias de anticonceptivos tenían un riesgo relativo dos veces mayor para los intentos y tres veces mayor para las consumaciones en

comparación con aquellas que nunca habían utilizado estos métodos. Estos estudios también señalaron que el mayor riesgo se observa principalmente al inicio del uso de anticonceptivos, resaltando la importancia de monitorear la salud mental en este período (Johansson et al., 2023; Skovlund et al., 2016; Skovlund et al., 2018). Sin embargo, la comprensión de estas relaciones es compleja y podría estar influenciada por otros factores significativos que conforman la vida de las mujeres. Entre ellos, algunos autores han encontrado relaciones entre la presencia de ansiedad/depresión y variables como las horas de sueño, la actividad física, el estado civil y los antecedentes psicológicos familiares y personales (Borda et al., 2013; Ortiz & Medina, 2020; Zafra et al., 2008). Estos elementos son cruciales y podrían modular la afectación de la salud mental.

Por otro lado, también existen investigaciones que no encuentran relaciones entre la utilización de la píldora y el riesgo de diagnóstico psiquiátrico (McKetta & Keyes, 2019; Toffol et al., 2011). En esta línea, algunos autores no solo no encuentran un riesgo mayor de depresión entre usuarias de anticonceptivos orales, sino que aparejan beneficios a su uso, tales como la planificación familiar, mejora de la educación y seguridad económica, entre otros (Frost & Lindberg, 2013; Toffol et al., 2011). En concreto, en el estudio de Frost y Lindberg (2013) se observó que la mayoría de las mujeres usuarias de anticonceptivos lo percibían como una medida de cuidado personal y familiar, lo que se asociaba con mejoras en su desempeño educativo, laboral y seguridad económica. Además, otros estudios señalan mejoras en el estado de ánimo con una mayor duración del tratamiento anticonceptivo, lo que coincidiría con los hallazgos de Skovlund et al., (2016) y Skovlund et al., (2018) quienes encontraron que la incidencia más alta de efectos adversos se registraba en los primeros meses de consumo (Toffol et al., 2011).

Considerando la realidad expuesta, actualmente existe una asociación mixta entre la píldora y la presencia de síntomas de ansiedad o depresión. Las investigaciones llegan a conclusiones dispares, sin poder establecer un consenso en torno a la mencionada problemática (Ferlini et al., 2020; Robakis et al., 2019). Pese a la existencia de estudios con grandes muestras poblacionales que respaldan el potencial efecto de la anticoncepción hormonal en la salud mental (Anderl et al., 2022; Johansson et al., 2023; Skovlund et al., 2016). Otros, no encuentran evidencia de esta relación en sus

investigaciones, por lo que la aparente relación existente sigue siendo discutida en la actualidad (Frost & Lindberg, 2013; McKetta & Keyes, 2019; Toffol et al., 2011).

Por todo esto, el presente trabajo, no solo pretende profundizar en la comprensión de dicho fenómeno en mujeres jóvenes, sino también aportar información para la toma de decisiones informadas sobre su bienestar, tanto en términos de salud físico como mental. Además, pone el foco en una forma concreta de anticoncepción hormonal: la píldora anticonceptiva, examinando sus posibles efectos sobre la salud mental. En este sentido, busca abordar limitaciones de estudios anteriores excluyendo otros métodos que podrían distorsionar los resultados (de Wit et al., 2020).

1.5 Objetivos e hipótesis

Este estudio tiene como objetivo general explorar la relación entre el uso de la píldora anticonceptiva oral y la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. En primer lugar, se pretende estudiar si existe asociación entre el uso de la píldora y la sintomatología depresiva (Objetivo 1) y comprobar si existe esta misma relación con sintomatología ansiosa (Objetivo 2). Por otro lado, se buscará comprobar si la edad de inicio del consumo de la píldora (antes o después de los 19 años) tiene influencia en la presencia de sintomatología depresiva (Objetivo 3) y sintomatología ansiosa (Objetivo 4). La hipótesis general de la que parte el estudio es que existe una asociación significativa entre el uso de la píldora anticonceptiva y los niveles de ansiedad y depresión en mujeres cisgéneros con edades comprendidas entre los 18 y los 30 años. Las hipótesis específicas que se buscarán contrastar son las siguientes:

- Hipótesis 1: Las mujeres que consumen o han consumido la píldora anticonceptiva presentan niveles significativamente mayores de sintomatología depresiva en comparación con aquellas que nunca la han consumido.
- Hipótesis 2: Las mujeres que consumen o han consumido la píldora anticonceptiva presentan niveles significativamente mayores de sintomatología ansiosa en comparación con aquellas que nunca la han consumido.
- Hipótesis 3: Las mujeres cuyo inicio en el consumo de la píldora haya sido a una edad igual o menor a los 19 años presentarán niveles significativamente mayores

de sintomatología depresiva que las que iniciaron su utilización a una edad posterior o nunca la han utilizado.

- Hipótesis 4: Las mujeres cuyo inicio en el consumo de la píldora haya sido a una edad igual o menor a los 19 años presentarán niveles significativamente mayores de sintomatología ansiosa que las que iniciaron su utilización a una edad posterior o nunca la han utilizado.

2. MÉTODO

2.1 Diseño del estudio

La investigación ha sido realizada a través de un estudio observacional transversal con la finalidad de obtener datos de la muestra en un momento específico. Para ello, se empleó un cuestionario online que comprendía distintas variables de interés para el análisis. Las variables independientes del estudio son el uso de la píldora anticonceptiva y el momento de inicio en la utilización de la píldora. La variable dependiente estuvo compuesta por los niveles de depresión y ansiedad autoinformados por las participantes, y su medición se llevó a cabo a través de cuestionarios estandarizados.

2.2 Participantes

La muestra está compuesta por mujeres jóvenes de nacionalidad española con edades comprendidas entre los 18 y los 30 años que se autocaractericen como cisgénero (mujeres cuya identidad de género concuerda con el sexo que se le asignó al nacer). En la *Tabla 1* se pueden observar los criterios de inclusión y exclusión contemplados para el estudio.

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión contemplados en el estudio

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Autocaracterización como mujer cisgénero	No haber otorgado el consentimiento para formar parte del estudio
Edad comprendida entre los 18-30 años	Respuestas incompletas al autoinforme
Tener nacionalidad española	Personas sin buena comprensión del castellano

Tabla 2

Descripción de las características sociodemográficas de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje
N Total	223	100%
Estado civil		
Solteras	80	35.9%
Casadas	2	0.9%
En pareja	141	63.2%
Nivel de estudios completado		
Primaria	1	0.4%
Secundaria	3	1.3%
Bachillerato	37	16.6%
Formación profesional	33	14.8%
Carrera universitaria	110	49.3%
Estudios de postgrado	39	17.5%
Uso de la píldora anticonceptiva		
Usuarias actuales	96	43%
Usuarias pasadas	65	29.1%
No usuarias	62	27.8%
Edad de inicio del consumo de la píldora		
≤19 años	113	50.7%
>19 años	48	21.5%
Nunca	62	27.8%
Tratamiento recibido		
Psicoterapia	5	2.2%
Psicofármacos	39	17.5%
Psicoterapia+psicofármacos	7	3.1%
Tratamiento en el pasado	35	15.7%
Tratamiento médico	10	4.5%
Sin tratamiento	127	57%
Horas de sueño		
Menos de 5h	3	1.3%
Entre 5-6h	21	9.4%
Entre 6-7h	99	44.4%
Más de 7h	100	44.8%

Nivel de actividad		
Muy activa	37	16.7%
Moderadamente activa	90	40.4%
Ligeramente activa	63	28.4%
Sedentaria	33	14.9%
Tipo de anticonceptivo		
Píldora	98	43.9%
Preservativo	70	31.4%
DIU hormonal	7	3.1%
Pareja con vasectomía	1	0.4%
DIU de cobre	3	1.3%
Anillo	9	4%
Ninguno	33	14.8%
Otros	2	0.9%

Nota. N= Tamaño de la muestra

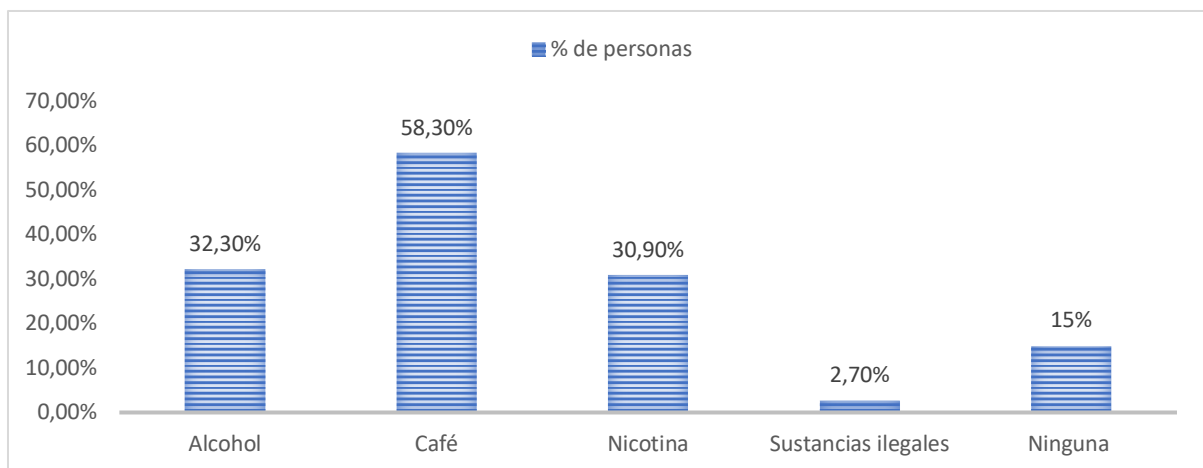
El estudio partió de una muestra inicial de 252 mujeres. Sin embargo, primeramente, se excluyeron 2 participantes que no aceptaron participar, así como 8 varones que no cumplían con los criterios de inclusión. Además, se eliminaron 8 participantes de otras nacionalidades que estaban fuera del alcance del estudio. Finalmente, se excluyeron 11 mujeres que no se encontraban dentro del rango de edad especificado para la investigación.

En la tabla 2 se observan los datos sociodemográficos, de salud y de uso anticonceptivo de la muestra final de 223 mujeres, que cumplían con todos los criterios de inclusión establecidos (N=223). La edad promedio de las participantes fue de 23.8 años, con una desviación típica de 2.35 (M=23.8 años; DT=2.35). A nivel general, el estado civil que muestra mayor prevalencia en la muestra es “en pareja” representando un 63.2%, mientras que casi la mitad de los participantes (49.3%) tienen un grado universitario como nivel de estudios más registrado. Asimismo, se observa que la mayoría de la muestra utiliza la píldora anticonceptiva como método principal (43.9%), seguido por el uso del preservativo (31.4%).

Finalmente, en la gráfica de barras presentada en la *Figura 1*, se observa el porcentaje de participantes que informaron sobre el consumo regular de alcohol, café, nicotina y sustancias ilegales. En total, un 85% de la muestra consume con frecuencia o varias de las anteriores sustancias, encontrándose los porcentajes más altos en el consumo de café, seguido por el alcohol y la nicotina.

Figura 1

Prevalencia de hábitos nocivos en la muestra



2.3 Instrumentos y variables

Los datos fueron recolectados a través de una encuesta virtual, realizada en la plataforma de Microsoft Forms y difundida a través de las redes sociales. El autoinforme consta de un total de 77 ítems y el tiempo estimado para su realización fue entre 10 y 15 minutos (Anexo B). Esta encuesta estuvo compuesta de las siguientes secciones:

Datos sociodemográficos y epidemiológicos

Se recogió información sobre: edad, nacionalidad, nivel de estudios, estado civil, historial psicológico personal y familiares, duración del sueño, hábitos nocivos, nivel de actividad y sobre el posible tratamiento recibido en el momento del estudio. Todas las preguntas presentaban categorías de respuesta, entre las cuales las participantes tenían que elegir la que mejor se ajustara a su situación personal.

Uso de la píldora anticonceptiva

Inicialmente, se incluyó una pregunta para todas las participantes sobre el tipo de anticonceptivo que utilizaban en la actualidad (preservativo, píldora anticonceptiva, DIU hormonal o de cobre, anillo, ninguno...) como medio para conocer el panorama actual en cuanto a la anticoncepción en mujeres y los métodos más presentes entre la población joven. A continuación, se recogió información sobre el uso de la píldora anticonceptiva: para las mujeres usuarias se rastreó el tiempo de uso estableciendo una serie de intervalos (menos de 6 meses, de 6 a 12 meses, de 12 a 24 meses, más de 24 meses) y se recogió información sobre el momento de inicio de aquellas mujeres que en algún momento hubieran sido usuarias.

Sintomatología depresiva: Inventario de Depresión de Beck

Presencia de síntomas depresivos según el Inventario para la Depresión de Beck- Segunda Versión (BDI-II; Beck et al., 1996) en su versión adaptada al español realizada por Sanz et al., (2003). Los mismos autores estudian las propiedades psicométricas del BDI-II en una muestra de estudiantes universitarios, encontrando que el análisis de consistencia interna de los 21 ítems originales del BDI-II resultó en un coeficiente alfa de 0.89. Este valor confirma la fiabilidad del instrumento como una herramienta válida y robusta para evaluar la gravedad de la depresión en diversos contextos y poblaciones, justificando su utilización para el estudio.

El BDI-II es un autoinforme que consta de 21 ítems y se encuentra diseñado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en personas mayores de 13 años. En cada uno de los ítems contemplados, la persona tendrá que elegir entre 4 alternativas la que mejor describa su estado en las últimas dos semanas (Sanz et al., 2003). Cada ítem será puntuado de 0 a 3 puntos en función de la opción elegida, y tras realizar una suma directa de las puntuaciones, resultará un valor que oscilará entre 0 y 63. El resultado de la suma será valorado siguiendo las categorías de gravedad propuestas por Beck et al., (1996): de 0 a 13 puntos se entenderá como manifestaciones mínimas de depresión, de 14 a 19 leve, de 20 a 28 moderada, y valores iguales o superiores a 29, grave.

Sintomatología ansiosa: Inventario de Ansiedad estado-rasgo

Inventario de Ansiedad estado-rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger et al., 1970), utilizando la adaptación española del STAI realizada por Buela-Casal et al., (2011). En el estudio de Guillén-Riquelme y Buela-Casal (2011), se reevaluaron las propiedades psicométricas del STAI en población adulta, con edades comprendidas entre los 18 y los 69 años. Los resultados del análisis de fiabilidad muestran adecuadas propiedades psicométricas, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.90 para ansiedad rasgo y 0.94 para ansiedad estado, lo que indica una muy buena consistencia interna.

El STAI es un instrumento de autoaplicación formado por 40 ítems y diseñado para evaluar dos conceptos independientes (20 ítems de cada uno de los conceptos): *ansiedad como estado* cuyo marco temporal será “ahora mismo, en este momento” y hace referencia a una condición emocional transitoria y la *ansiedad como rasgo* “en general, en la mayoría de las ocasiones” y que nos habla de una propensión ansiosa relativamente estable (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011). Cada una de las escalas está conformada por un sistema de respuestas tipo Likert con 4 opciones de diferentes gradación (0= casi nunca/nada; 1= algo/a veces; 2= bastante/a menudo; 3= mucho/casi siempre). La puntuación máxima que puede ser obtenida en cada escala es 60 puntos y la mínima 0.

2.4 Procedimiento

Previo inicio de la recolección de datos, se realizó una revisión de la literatura relevante para diseñar el estudio y seleccionar los instrumentos de medición apropiados. Además, se obtuvieron los permisos éticos necesarios de las instituciones correspondientes para llevar a cabo el estudio, difundir el autoinforme y garantizar el bienestar de los participantes

La selección de la muestra siguió un procedimiento de muestreo no probabilístico por “bola de nieve”, siendo el método principal de reclutamiento los anuncios en redes sociales. En primer lugar, se hizo uso de la aplicación Whatsapp donde el autoinforme fue enviado a través de contactos y grupos y a su vez difundido por estas personas entre nuevos contactos y grupos. Pasadas 3 semanas, donde aproximadamente se habrían conseguido la mitad de las participantes del estudio, se publicó el enlace a través de la

aplicación de Instragam, con la finalidad de ampliar el alcance y el tamaño de la muestra de la investigación. En pocos días, se alcanzó la muestra total del estudio, que inicialmente constaría de 252 mujeres. El intervalo de tiempo dedicado a la recogida de los datos fue el comprendido entre diciembre de 2023 y enero de 2024.

Antes de participar en el estudio, se obtuvo el consentimiento informado (Acepto/No acepto): las personas que marcaron “no acepto” fueron dirigidas de forma automática al final del cuestionario, el resto continuaron en la siguiente sección. Este consentimiento pretendía informar del estudio, objetivos y contenidos que posteriormente aparecerían reflejados en las preguntas. Asimismo, informaba de su carácter anónimo, confidencial y del derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Con el fin de garantizar la confidencialidad y anonimato, se asignó un código único a cada participante.

A continuación, se administró un autoinforme que incluía preguntas sobre las variables anteriormente mencionadas: variables demográficas (edad, sexo, estado civil, nivel educativo...), así como cuestiones más específicas como el inicio del consumo de la píldora (edad de inicio) y los cuestionarios estandarizados utilizados para la medición de la sintomatología depresiva (BDI-II) y ansiosa (STAI). Una vez completado el cuestionario, se agradecía la participación y se proporcionaba una dirección de correo electrónico al que las participantes podrían contactar en caso de tener dudas, inquietudes o interés en conocer los resultados de la investigación.

2.5 Análisis estadístico

Tras la recogida de los datos, se elaboró un documento Excel de carácter anónimo sin ningún tipo de información nominal que permitiera identificar a las participantes. En este momento, fue descartada aquella información que no cumplía con los criterios de inclusión o formaban parte de los criterios de exclusión anteriormente establecidos. El análisis estadístico se realizó con el software *Jamovi 2.3.28*

En el análisis estadístico, se estableció un valor crítico de significancia de 0.05, lo que corresponde a un nivel de confianza del 95%. Los valores de probabilidad inferiores a 0.05 ($p < 0.05$) se consideraron significativos. Por otro lado, para evaluar los supuestos de homogeneidad y normalidad, se consideraron significativos los valores de

probabilidad superiores a 0.05 ($p > 0.05$). Cuando los valores obtenidos eran inferiores a 0.05, se concluyó que los supuestos no se cumplían, indicando que las varianzas no son homogéneas y que los datos no siguen una distribución normal, respectivamente.

Para poder llevar a cabo el presente estudio, en primer lugar, se realizó un cómputo total de la sintomatología depresiva y ansiosa siguiendo los criterios establecidos para cada uno de los autoinformes (BDI-II y STAI). Por otro lado, para el estudio de la *hipótesis específicas 1 y 2* se dividió a la muestra en tres grupos en función del uso de la píldora anticonceptiva: uso actual, uso pasado y mujeres que nunca han utilizado este método anticonceptivo. A su vez, para la comprobación de las *hipótesis específicas 3 y 4* el grupo de mujeres que en algún momento ha utilizado la píldora fue dividido en función de la edad de inicio: ≤ 19 años y > 19 años, añadiéndose para el análisis un tercer grupo conformado por las que nunca habían sido usuarias.

Previo a la ejecución de los análisis estadísticos para la evaluación de las hipótesis planteadas, se excluyeron de la muestra aquellas mujeres que utilizaran algún método anticonceptivo hormonal distinto a la píldora anticonceptiva, ya que este método era el único objetivo de la investigación. A continuación, se llevó a cabo un análisis descriptivo de la muestra recolectada. Este análisis permitió obtener una panorámica de las características demográficas y otras variables relevantes presentes en la muestra. Además, se realizaron pruebas de Chi cuadrado y ANOVA para investigar posibles diferencias entre los grupos definidos en función de las variables de interés. Posteriormente, fue realizada una segunda exclusión, con el propósito de minimizar el potencial efecto pudiera tener en los resultados: se eliminaron aquellas participantes que se encontraban recibiendo algún tipo de tratamiento psicológico o farmacológico. Si bien esta variable no fue directamente objeto de estudio, su influencia podría generar sesgos en los resultados o distorsionar las relaciones entre las variables de interés. Tras esto, la técnica de análisis estadístico utilizada para el estudio de las hipótesis ha sido el análisis de varianza (*ANOVA de un factor*). Esta elección metodológica se fundamenta en la naturaleza de las variables de interés y en el diseño del estudio, buscando así examinar las posibles diferencias entre los tres grupos establecidos para cada hipótesis en función de las dos variables continuas analizadas: sintomatología depresiva y ansiosa (VD). En

los ANOVAs han sido igualmente realizadas pruebas post-hoc con la finalidad de identificar qué medias son significativamente distintas entre sí.

- Para analizar la existencia de diferencias entre los niveles de ansiedad y depresión en los tres grupos establecidos según el consumo de la píldora anticonceptiva (hipótesis 1 y 2) se ha empleado la prueba ANOVA de un factor.
- Para comprobar si la edad de inicio de la utilización de la píldora anticonceptiva supone diferencias en cuanto a la presencia de sintomatología ansiosa o depresiva (hipótesis 3 y 4), ha sido nuevamente utilizado el procedimiento estadístico conocido como ANOVA de un factor.

Posteriormente a la realización de estos análisis, se han discutido las conclusiones esenciales del estudio y los resultados obtenidos. Finalmente, se han identificado las limitaciones encontradas en el transcurso del estudio y se han propuesto, en consecuencia, futuras investigaciones al respecto.

3. RESULTADOS

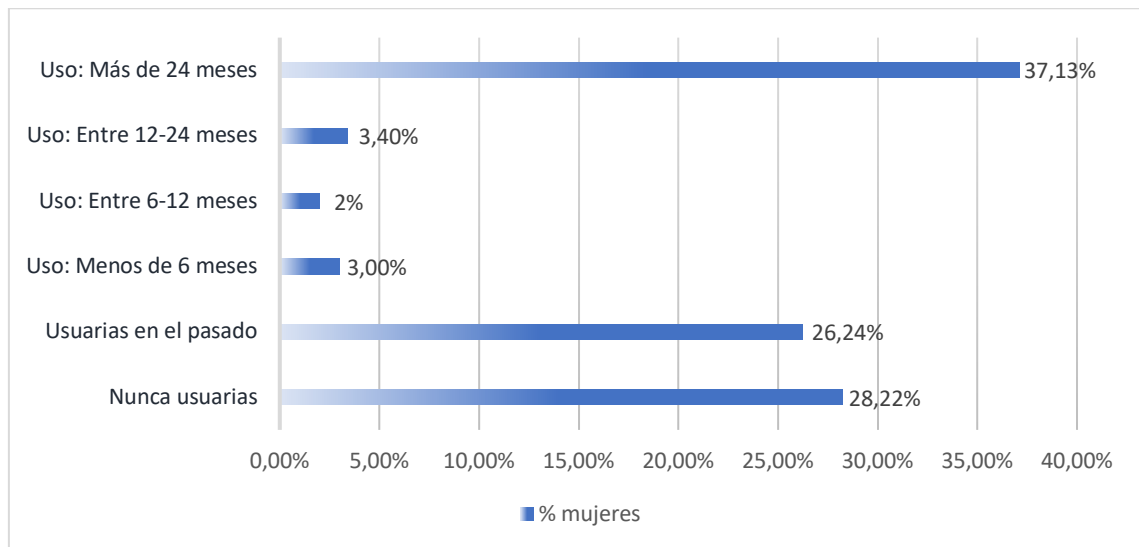
3.1 Uso de la píldora y sintomatología depresiva y ansiosa

Descripción de la muestra y análisis descriptivo

Antes de iniciar los análisis, se consideró importante excluir de la muestra a aquellas mujeres que actualmente estén utilizando algún tipo de anticonceptivo hormonal diferente, estando este grupo formado por 21 participantes. Esto se debe a que el presente estudio se centra específicamente en los efectos asociados a un único tipo de anticonceptivo: la píldora anticonceptiva. La introducción de otros métodos podría interferir y sesgar los resultados, complicando la interpretación de los datos y la identificación de relaciones exclusivamente con la píldora anticonceptiva. Tras esta exclusión, la muestra queda comprendida por 202 mujeres y se entenderá como punto de partida de todos los análisis a continuación, exceptuando que se especifiquen otros tamaño de muestra derivados de nuevas exclusiones (N=202).

Figura 2

Distribución según el tiempo de uso de la píldora (N=202)



Como forma de conocer la distribución de la muestra según el tiempo de uso, en la Figura 2 se muestran las usuarias repartidas según tiempo de uso, las usuarias pasadas y las nunca usuarias. Los resultados revelan que la mayoría de las participantes que forman el grupo de usuarias actuales llevan utilizando la píldora por un periodo superior a 2 años. En concreto, el 81.5% de las participantes que toman la píldora lo hacen desde hace más de dos años.

En la Tabla 3 se muestran los análisis descriptivos. Las características sociodemográficas se encuentran distribuidas según los grupos de interés definidos en el estudio: usuarias actuales de la píldora anticonceptiva, usuarias pasadas y nunca usuarias. También, se recogen los resultados de las pruebas Chi cuadrado (χ^2) realizadas con el propósito de verificar la homogeneidad en la distribución de los grupos en las variables de interés, donde no se encuentran diferencias significativas. Tampoco se encuentran significancia estadística para la edad ($F=1.97$; $p=0.144$). En resumen, los resultados sugieren homogeneidad en la distribución de estos factores entre los grupos definidos para el estudio.

Tabla 3

Distribución de variables sociodemográficas en los grupos según el uso de la píldora

	Usuarías actuales	Usuarías pasadas	Nunca usuarias	χ^2 (p)
N Total = 203	92 (45.54%)	53 (26.24%)	57 (28.22%)	
Edad	M= 23.8 (DT=2.47)	M= 24.2 (DT=2.45)	M= 23.4 (DT=2.25)	
Estado civil				2.45 (p=0.65)
Solteras	28 (30.4%)	18 (34%)	23 (40.4%)	
Casadas	1 (1.1%)	1 (1.9%)	0 (0%)	
En pareja	63 (68.5%)	34 (64.1%)	34 (59.6%)	
Nivel de estudios completado				8.64 (p=0.57)
Primaria	0 (0%)	1 (1.9%)	0 (0%)	
Secundaria	1 (1.1%)	1 (1.9%)	1 (1.8%)	
Bachillerato	16 (17.4%)	4 (7.5%)	12 (21.1%)	
FP	13 (14.1%)	10 (18.9%)	5 (8.8%)	
Carrera universitaria	46 (50%)	27 (50.9%)	30 (52.6%)	
Postgrado	16 (17.4%)	10 (18.9%)	9 (15.8%)	
Tratamiento recibido				9.61 (p=0.48)
Psicoterapia	15 (16.3%)	9 (17%)	8 (14%)	
Psicofármacos	3 (3.3%)	0 (0%)	1 (1.8%)	
Terapia+fármacos	3 (3.3%)	3 (5.7%)	1 (1.8%)	
Tratamiento pasado	18 (19.6%)	9 (17%)	5 (8.8%)	
Tratamiento médico	2 (2.2%)	4 (7.5%)	4 (7%)	
Sin tratamiento	51 (55.4%)	28 (52.8%)	38 (66.7%)	
Horas de sueño				6.70 (p=0.35)
Menos de 5h	1 (1.1%)	2 (3.8%)	0 (0%)	
Entre 5-6h	9 (9.8%)	2 (3.8%)	8 (14%)	
Entre 6-7h	42 (45.7%)	27 (50.9%)	23 (40.4%)	
Más de 7h	40 (43.5%)	22 (41.5%)	26 (45.6%)	
Nivel de actividad				7.62 (p=0.27)
Muy activa	17 (18.5%)	7 (13.2%)	11 (19.3%)	
Moderadamente activa	29 (31.5%)	21 (39.6%)	29 (50.9%)	
Ligeramente activa	30 (32.6%)	16 (30.2%)	11 (19.3%)	
Sedentaria	16 (17.4%)	9 (17%)	6 (10.5%)	

Nota. N=223; **=p < 0.01. *=p < 0.05.; M = Media; DT = Desviación Típica; N = Tamaño de la muestra.

Diferencias en sintomatología ansiosa y depresiva según el uso de la píldora

Se realiza un análisis descriptivo recogiendo los resultados en sintomatología depresiva (BDI-II) y ansiosa (STAI) para los tres grupos del estudio. Los datos incluyen el tamaño de la muestra (N), la media de las puntuaciones, la desviación típica (DT), los valores mínimo y máximo y el resultado del análisis de varianza (F). Aunque parece existir una tendencia en las puntuaciones de los cuestionarios, con medias menores para las mujeres que nunca han consumido la píldora, el análisis de varianza no revela diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las variables (Tabla 4).

Tabla 4

Descriptivos de las puntuaciones en los cuestionarios por grupos de uso de la píldora

	Uso de la PA	N	Media	DT	Mínimo	Máximo	F (p)
STAI: AR	Usuarías actuales	92	27.1	12.3	5	60	1.74 (0.18)
	Nunca usuarias	57	24.2	8.87	5	52	
	Usuarías pasadas	53	27.0	11.7	0	50	
STAI: AE	Usuarías actuales	92	24.7	12.9	0	59	1.05 (0.35)
	Nunca usuarias	57	22.3	10.5	0	48	
	Usuarías pasadas	53	25.1	12.2	0	56	
BDI-II	Usuarías actuales	92	13.9	10.8	0	61	2.61 (0.08)
	Nunca usuarias	57	10.2	9.34	0	48	
	Usuarías pasadas	53	13.3	9.98	0	43	

Nota. N=223; ** = $p < 0.01$. * = $p < 0.05$.; STAI = State-Trait Anxiety Inventory; AR = Ansiedad rasgo; AE = Ansiedad estado; BDI = Beck Depression Inventory (BDI); N = Tamaño de la muestra; DT = Desviación Típica; PA= Píldora anticonceptiva.

A pesar de no encontrar diferencias significativas, se consideró que recibir tratamiento psicológico/farmacológico podría estar interfiriendo en los resultados. Por ello, se excluyó a esta parte de la muestra como forma de minimizar este posible sesgo. Previamente a la realización de los análisis pertinentes, se dividió la muestra total (N=202) en dos grupos según si estaban recibiendo o no tratamiento, incluyendo en la primera categoría aquellas mujeres que estuvieran en tratamiento psicológico, farmacológico o ambas en el momento del estudio (21.3% del total). Esto se hizo para verificar si esta variable estaba igualmente repartida en los tres grupos definidos para el análisis. Los resultados revelaron que no existían diferencias significativas entre los grupos en relación con el tratamiento actual ($\chi^2=0.665$, $p>0.05$), lo que sugiere una

distribución homogénea de esta variable en la muestra. Por lo tanto, se realizó una nueva exclusión de esta parte de la muestra, quedando reducida a 159 mujeres (N=159).

Con esta nueva muestra, se llevaron a cabo pruebas para evaluar la homogeneidad de los grupos y verificar si la muestra resultante se distribuye de manera equitativa. Los resultados revelaron que no existen diferencias significativas entre los grupos en cuanto al estado civil ($\chi^2= 6.77$, $p>0.05$), nivel de estudios ($\chi^2= 7.64$, $p>0.05$), horas de sueño ($\chi^2= 11.5$, $p>0.05$), nivel de actividad ($\chi^2= 5.94$, $p>0.05$), lo que sugiere una distribución homogénea en estas variables entre los grupos. Por otro lado, el análisis de varianza reveló diferencias significativas en la edad entre los grupos ($F=3.26$, $p<0.05$). Las comparaciones post-hoc indicaron diferencias significativas entre las mujeres que usaron la píldora en el pasado ($M=24.4$, $DT=2.33$) y las que nunca la han utilizado ($M=23.1$, $DT=2.34$), teniendo las participantes del primer grupo una edad significativamente mayor que las del segundo. Estos hallazgos indican que las exclusiones realizadas no alteraron sustancialmente la distribución de las variables de interés entre los grupos. Sin embargo, es importante destacar las diferencias significativas que fueron encontradas en la edad entre los grupos, ya que sugieren que este factor podría influir en los resultados y requerir una interpretación cuidadosa.

Tabla 5

Análisis de varianza (ANOVA) para tres grupos según el uso de la píldora

	Usuaría actual (Media ± DT)	Usuaría pasada (Media ± DT)	Nunca usuarias (Media ± DT)	F (p)
N	71	41	47	
BDI-II	12.48 ± 10.3	12.32 ± 9.97	8.11 ± 6.53	5.05 (0.008)**
STAI-Rasgo	25.69 ± 11.6	25.98 ± 12.4	22.72 ± 7.89	1.81 (0.17)
STAI-Estado	23.99 ± 12.8	24.37 ± 13.19	20.77 ± 9.55	1.64 (0.20)

Nota. N total=159. ** = $p < 0.01$. * = $p < 0.05$. STAI = State-Trait Anxiety Inventory; BDI = Beck Depression Inventory (BDI); DT = Desviación típica.

En la Tabla 5 se presentan los estadísticos descriptivos para la sintomatología ansiosa y depresiva de los grupos del estudio, junto con los resultados del análisis de varianza (F). Al analizar la relación propuesta entre el uso de la píldora anticonceptiva y

la sintomatología depresiva y ansiosa, el análisis de varianza mostró diferencias significativas en la sintomatología depresiva entre al menos dos de los grupos del consumo de la píldora ($F=5.05$, $p<0.01$). Las pruebas post hoc mostraron diferencias significativas entre las usuarias actuales y las participantes que nunca han utilizado este método. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que, pese a que se comprobó el supuesto de homocedasticidad mediante la prueba de Levene, no se cumple el supuesto de normalidad de Shapiro Wilk ($p<0.01$), esto nos hablará de que los datos no se distribuyen normalmente, lo que podría tener implicaciones en la interpretación de los resultados y deben ser considerados con cautela. Por otro lado, el resultado no alcanzó la significancia estadística para la sintomatología ansiosa, ni en la escala STAI-Rasgo, ni en la escala STAI-Estado. Finalmente, las diferencias de edad encontradas entre los grupos de no usuarias y usuarias pasadas, parece no tener una repercusión directa en los resultados, al no haberse encontrado diferencias significativas entre las medias de los grupos comprometidos (usuarias pasadas y nunca usuarias) a través de las pruebas post hoc realizadas.

3.2 Momento de inicio en el uso de la píldora y sintomatología ansiosa y depresiva

Diferencias en sintomatología ansiosa y depresiva según el momento de inicio del uso de la píldora

Los tres grupos considerados para este análisis abarcan, en primer lugar, a mujeres cuyo primer uso de la píldora fue durante la adolescencia (≤ 19 años); en segundo lugar, a aquellas que comenzaron su uso en la edad adulta (>19 años), y finalmente, a las que nunca han utilizado este método anticonceptivo (nunca usuarias). Una vez verificado que la distribución de la muestra inicial era uniforme según la recepción de tratamiento ($\chi^2=0.718$, $p>0.05$) y habiéndolo identificado anteriormente como variable extraña, se excluyeron nuevamente a estas mujeres del análisis, estando igualmente la muestra compuesta por 159 participantes ($N=159$).

En primer lugar, se exploró si los tres grupos definidos se repartían de manera equitativa entre las variables de interés tras la realización de la exclusión. No se observaron diferencias significativas entre los grupos en el estado civil ($\chi^2= 3.52$, $p>0.05$), nivel de estudios ($\chi^2= 6.99$, $p>0.05$), horas de sueño ($\chi^2= 6.10$, $p>0.05$), nivel de actividad

($\chi^2= 8.46$, $p>0.05$) y edad ($F=1.78$, $p>0.05$). Estos resultados sugieren una distribución uniforme de las variables de interés entre los grupos según la edad de inicio del consumo de la píldora.

Tabla 8

Análisis de varianza (ANOVA) para tres grupos según el momento de inicio de uso de la píldora

	≤ 19 años (Media \pm DT)	>19 años (Media \pm DT)	Nunca usuarias (Media \pm DT)	F (p)
N	77	35	47	
BDI-II	13.35 \pm 11.1	10.37 \pm 7.2	8.11 \pm 6.53	5.48 (0.006)**
STAI-Rasgo	26.90 \pm 11.7	23.37 \pm 12.1	22.72 \pm 7.9	2.93 (0.059)
STAI-Estado	25.06 \pm 12.73	22.06 \pm 13.2	20.77 \pm 9.6	2.32 (0.105)

Nota. N total=159. ** = $p < 0.01$. * = $p < 0.05$. STAI = State-Trait Anxiety Inventory; BDI = Beck Depression Inventory.

Posteriormente, se estudiaron las diferencias en sintomatología depresiva y ansiosa entre los grupos. El análisis reveló diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología depresiva entre los grupos ($F=5.48$ $p<0.01$). Las comparaciones post hoc mostraron diferencias significativas ($p<0.01$) en la sintomatología depresiva entre el grupo de mujeres que iniciaron el consumo en la etapa adolescente y las que nunca han utilizado la píldora anticonceptiva. Sin embargo, es importante señalar que se observó una violación significativa del supuesto de normalidad y homogeneidad para la sintomatología depresiva en las pruebas de Shapiro-Wilk ($p<0.001$) y Levene ($p<0.05$), respectivamente, lo que sugiere que los datos no siguen una distribución normal y que la homogeneidad de varianzas no está garantizada, por lo que los resultados deben ser interpretados con cautela. En contraste, el análisis de la relación con la sintomatología ansiosa no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos según la edad de inicio (Tabla 8).

4. DISCUSIÓN

El presente estudio se propuso dos objetivos fundamentales, en primer lugar, evaluar las posibles disparidades en la sintomatología ansiosa y depresiva asociadas con el uso de la píldora anticonceptiva, y, en segundo lugar, investigar si la sintomatología varía en función del momento de inicio de dicho uso. Estos objetivos no solo abordan una preocupación clínica significativa, sino que también responden a la necesidad de comprender mejor el impacto potencial de la píldora como un tipo de anticonceptivo oral en la salud mental de las mujeres, aspecto relevante en el ámbito de la salud pública y la práctica clínica.

En una muestra nacional de mujeres españolas de 18 a 30 años, se encontró evidencia de mayor sintomatología depresiva en las participantes que utilizan la píldora anticonceptiva en la actualidad y en aquellas que la utilizaron durante la adolescencia, respecto a las que nunca han sido usuarias de este método anticonceptivo oral. Estos hallazgos parecen no explicarse por diferencias entre los grupos en algunas variables de interés, tales como: edad, estado civil, nivel de estudios, nivel de actividad y horas de sueño. Además, y con la finalidad de reducir posibles sesgos, para la realización de estos análisis fueron excluidas las mujeres que se encontraban recibiendo tratamiento psicológico, farmacológico o ambas en el momento del estudio, así como las que hicieran uso de un método anticonceptivo hormonal distinto a la píldora anticonceptiva. Sin embargo, a pesar de seguir un control de variables similar, no se encontraron diferencias significativas en la sintomatología ansiosa entre los grupos ni en la relación con el uso actual de la píldora ni con el inicio de su uso durante la etapa adolescente. Esto sugiere que, aunque las diferencias en la sintomatología depresiva pueden estar influenciadas por el uso de la píldora anticonceptiva y la edad de inicio del consumo, no se puede extraer la misma conclusión con respecto a la sintomatología ansiosa, por lo que aceptaríamos la hipótesis nula para ambos supuestos: no existe relación significativa entre el consumo de la píldora y la presencia de sintomatología ansiosa; y no existe relación significativa entre el consumo de la píldora en la adolescencia y la presencia de sintomatología ansiosa.

Algunos estudios previos, no han mostrado una asociación consistente entre el uso de anticonceptivos orales y la depresión (Cheskack-Postlava et al., 2015; Lundin et al., 2017; McKetta & Reyes, 2018). Sin embargo, es importante destacar que estos estudios se

centraron principalmente en los efectos a corto plazo y no limitaron la elección de la muestra a mujeres que se encontraran en su primer uso de este método. Los hallazgos recabados en este estudio encuentran relación entre el uso de un anticonceptivo oral (la píldora) durante la adolescencia y una mayor sintomatología depresiva futura, coincidiendo estos datos con investigaciones anteriores (Anderl et al., 2020; Anderl., 2022; Skovlund et al., 2016). Es por este motivo, por lo que podríamos suponer que las mujeres que han utilizado anticonceptivos orales como método durante la adolescencia podrían tener un riesgo mayor de desarrollar síntomas depresivos a largo plazo. No tener en cuenta el subgrupo de mujeres que ha utilizado anticonceptivos orales anteriormente podría estar introduciendo un sesgo en las investigaciones realizadas, tornando menos probable la existencia de diferencias entre grupos placebo y de tratamiento activo, y, por tanto, subestimando los efectos de la anticoncepción oral en el riesgo depresivo (Anderl., 2022; Lundin et al., 2017).

Al igual que en la sintomatología depresiva, las potenciales repercusiones de la anticoncepción hormonal sobre la sintomatología ansiosa son complejas y aún no existe un consenso al respecto. La literatura es más escasa en este sentido y no parece que se hayan realizado estudios de corte prospectivo con control de variables (Robakis et al., 2019). Pese a que algunas investigaciones informan de la existencia de relación entre el uso de anticonceptivos hormonales y la sintomatología ansiosa (Beltz, 2022; Niño-Avenida et al., 2014; Louis et al., 2022), el presente estudio no ha mostrado evidencia en esa dirección. Por este motivo, sería interesante seguir indagando en su comprensión y delimitando sus efectos.

En relación con la duración del uso de la píldora anticonceptiva en nuestra muestra, resulta relevante destacar que la gran mayoría de las mujeres (81.5%) han utilizado este método durante más de 24 meses, lo que equivale a más de dos años de uso continuado. Este hallazgo contradice la noción previa de que los efectos secundarios de los anticonceptivos orales son más prominentes al inicio del tratamiento (Skovlund et al., 2016; Skovlund et al., 2018; Toffol et al., 2011). De hecho, otros estudios han sugerido que una mayor duración del tratamiento puede estar ligado a mejoras en el estado de ánimo (Toffol et al., 2011). A pesar de que este estudio presenta un diseño retrospectivo y no considera específicamente la duración del uso de la píldora anticonceptiva ni las

posibles fluctuaciones en la sintomatología a lo largo del tiempo, es significativo que la mayoría de las participantes hayan usado el método durante un período prolongado, lo que insinúa posibles efectos a largo plazo. Por ejemplo, se observó una mayor sintomatología depresiva entre las participantes que comenzaron a usar la píldora en la adolescencia. Aunque no se controlaron variables como la duración exacta del uso o sobre el uso en la actualidad, este resultado sugiere la posibilidad de que los efectos puedan persistir a lo largo del tiempo. Además, un estudio prospectivo realizado por Anderl et al., (2022) respalda esta idea al examinar las asociaciones a largo plazo entre el uso de anticonceptivos orales durante la adolescencia y la depresión en la edad adulta, encontrando que las mujeres que usaron anticonceptivos orales durante la adolescencia tenían un mayor riesgo de experimentar un episodio de depresión años después.

En los últimos años, la neurociencia ha revelado que durante la adolescencia ocurre una parte importante del desarrollo cerebral, teniendo en este momento las hormonas sexuales importantes efectos organizativos en las estructuras cerebrales (Cahill, 2019; Del Río et al., 2018). Esto lleva a cuestionarse de qué manera la alteración de las hormonas sexuales mediante los anticonceptivos orales puede afectar a la función cerebral, la cognición, el estado de ánimo y el comportamiento durante el desarrollo adolescente y posteriormente (Ferllini et al., 2020). Es importante destacar que importantes regiones cerebrales vinculadas a la esfera emocional, como la amígdala, la corteza prefrontal y el hipocampo, continúan madurando durante la adolescencia, siendo especialmente sensibles a las variaciones acontecidas en las hormonas sexuales (Cahill, 2019). Además, la literatura informa de una prevalencia mayor de trastornos internalizantes en población femenina. Esta diferencia se ve intensificada durante la adolescencia, comenzando a aparecer en este momento una brecha sexual en cuanto a la prevalencia de cuadros depresivos, siendo las mujeres que se encuentran en este periodo más vulnerables a los factores de riesgo propios de la depresión (Cahill, 2019; Hankin et al., 1998; Skovlund, 2016). Estos datos podrían explicarse por la influencia de las hormonas sexuales en las células neuronales. En particular, uno de los componentes de los anticonceptivos orales combinados es la progestina exógena, que, a través de mecanismos indirectos, puede disminuir las concentraciones de serotonina, lo que potencialmente puede resultar en irritabilidad, cambios de humor y síntomas depresivos (Del Río et al., 2018). Estos antecedentes bioquímicos y de desarrollo podrían ayudar en

la explicación de las relaciones encontradas entre el inicio temprano en el uso de la píldora y una mayor sintomatología depresiva futura.

En los últimos años, se ha revelado que una parte significativa del desarrollo cerebral ocurre durante la adolescencia, periodo en el cual las hormonas sexuales tienen efectos organizativos cruciales en la configuración cerebral (Cahill, 2019; Del Río et al., 2018). Esto lleva a preguntarse cómo la alteración de las hormonas sexuales mediante los anticonceptivos orales podría impactar en la función cerebral, la cognición, el estado de ánimo y el comportamiento tanto durante el desarrollo adolescente como posteriormente (Ferllini et al., 2020). Es relevante mencionar que áreas cerebrales asociadas con las emociones, como la amígdala, la corteza prefrontal y el hipocampo, continúan madurando durante la adolescencia y son particularmente sensibles a las variaciones hormonales (Cahill, 2019). Además, la literatura sugiere una mayor prevalencia de trastornos internalizantes en la población femenina, tendencia que se intensifica durante la adolescencia, donde comienza a observarse una brecha de género en la prevalencia de la depresión, con las mujeres siendo más vulnerables a los factores de riesgo de este trastorno (Cahill, 2019; Hankin et al., 1998; Skovlund, 2016). Esta susceptibilidad podría explicarse por la influencia de las hormonas sexuales en las células neuronales. En particular, uno de los componentes de los anticonceptivos orales combinados, la progestina exógena, puede, a través de mecanismos indirectos, reducir las concentraciones de serotonina, lo que potencialmente puede llevar a irritabilidad, cambios de humor y síntomas depresivos (Del Río et al., 2018). Estos antecedentes bioquímicos y de desarrollo podrían clarificar las relaciones encontradas entre el uso temprano de la píldora y una mayor sintomatología depresiva en el futuro.

Entre los puntos fuertes de este estudio se destaca la estrategia de distribución de la muestra en los análisis estadísticos. Para la evaluación sobre el efecto del uso de la píldora anticonceptiva, la muestra fue dividida no solo en usuarias y no usuarias, sino que también se incluyó un tercer grupo compuesto por usuarias en el pasado. Esta decisión se basó en la literatura existente, que propone considerar el historial de uso del anticonceptivo oral debido a los posibles efectos a largo plazo, especialmente si el uso comenzó en la adolescencia (Anderl et al., 2022; Toffol et al., 2011). Asimismo, en la determinación de los grupos de edad para el segundo análisis, nos basamos en investigaciones previas

realizadas por Anderl et al. (2020) y Skovlund et al. (2016). Estos estudios proporcionaron criterios claros para definir las edades de inicio del consumo de la píldora anticonceptiva y establecer los grupos de edad en los que se dividiría la muestra: antes o durante los 19 años (inicio en la adolescencia), posterior a los 19 años (inicio en la edad adulta) y mujeres que nunca han utilizado este método anticonceptivo. Esta estrategia de distribución de la muestra refleja la importancia de considerar el contexto y la historia de uso de anticonceptivos al evaluar su impacto en la salud psicológica. Por otro lado, limitar el estudio a un solo tipo de anticonceptivo, como "la píldora", puede representar tanto una fortaleza como una limitación (de Wit et al., 2020). Por un lado, permite centrarse en un tipo específico de anticoncepción hormonal, lo que puede conducir a un mayor conocimiento sobre esta opción particular, especialmente porque es la más utilizada actualmente entre la población fértil (SEC, 2022). En cambio, esta restricción impide extrapolar los resultados a otras formas de anticoncepción oral.

A pesar de las contribuciones significativas del estudio, es esencial considerar cuidadosamente las limitaciones que podrían afectar la interpretación de los resultados. En primer lugar, la evaluación de la sintomatología ansiosa y depresiva se realizó mediante autoinformes, lo que podría sesgar los resultados y disminuir la precisión de los datos. En segundo lugar, el uso de un muestreo no probabilístico y el diseño observacional retrospectivo del estudio plantean desafíos para establecer relaciones causales entre el uso de anticonceptivos y la salud mental. En tercer lugar, debido a las violaciones de los supuestos de normalidad y homocedasticidad, se requiere precaución al interpretar los resultados debido a la posibilidad de que esto pueda estar introduciendo un sesgo en los resultados. En cuarto lugar, existen pocas investigaciones focalizadas en el uso exclusivo de la píldora, por lo que, la literatura utilizada tendía a incluir otros métodos anticonceptivos en sus resultados y conclusiones. En quinto lugar, la falta de consideración y control de variables como la edad de la primera práctica sexual, tiempo de uso, usos previos, historial psicológico y estado mental previo, entre otras, supone otra limitación al no tener en cuenta factores que pudieran encontrarse influyendo en las relaciones encontradas entre la píldora y la sintomatología depresiva (Anderl et al., 2022; Robakis et al., 2019). Siguiendo lo mencionado por McCloskey et al., (2021) establecer una medición preanticonceptiva de síntomas depresivos no solo permite la realización de comparaciones posteriores, sino que facilita el seguimiento y detección de efectos

secundarios para el acometimiento de intervenciones tempranas. En resumen, estas limitaciones resaltan la necesidad de un enfoque más robusto en estudios futuros para comprender mejor la relación entre el uso de anticonceptivos y la salud mental, así como para abordar las complejidades inherentes a esta relación de manera más completa y precisa.

A la luz de las implicaciones y limitaciones explicitadas, se plantean líneas de investigación futuras que puedan profundizar en el conocimiento del efecto de los anticonceptivos orales en la salud mental desde una perspectiva más objetiva y rigurosa. Hasta el momento, la investigación presenta resultados variados e inconsistentes, existiendo multitud de factores de confusión que podrían alterar los resultados en ambas direcciones. En este sentido, sería beneficioso realizar estudios prospectivos que investiguen no solo los efectos a corto plazo, como la mayoría de los estudios realizados hasta el momento, sino también las repercusiones a largo plazo en la salud mental de las mujeres (Anderl et al., 2022). Asimismo, con la finalidad de poder establecer relaciones causales, sería de utilidad la realización de ensayos clínicos aleatorizados. En esta línea, se propone considerar el control de las variables que han mostrado ser importantes en la investigación sobre anticonceptivos orales, como la primera práctica sexual, el historial psicológico personal y familiar, el momento del ciclo menstrual, el tiempo de uso, el motivo de elección del tipo anticonceptivo, el consumo durante la adolescencia y la psicopatología actual (Anderl et al., 2020; Anderl et al., 2022; Lundin et al., 2017; McKetta & Reyes, 2018; Toffol et al., 2011). Además, la duración del uso de anticonceptivos y consiguiente repercusión sigue siendo una cuestión a debate (Louis et al., 2022; Skovlund et al., 2016). Por este motivo, futuros estudios deberían apuntar a investigar las diferencias en sintomatología depresiva ligadas a diferentes tiempos de uso, prestando especial atención al inicio del consumo en la etapa adolescente. A su vez, dado que el estudio realizado se centra únicamente en la píldora anticonceptiva, sería interesante replicar los hallazgos con los diferentes anticonceptivos disponibles en el mercado, utilizando muestras más grandes para este propósito.

Finalmente, garantizar el acceso a métodos anticonceptivos eficaces para mujeres de todas las edades sigue siendo una prioridad fundamental en salud a nivel mundial, ya que, en muchas ocasiones, conlleva beneficios como la mejora de la dismenorrea y la

autonomía reproductiva (de Wit et al., 2020). Sin embargo, dada la alta prevalencia de uso de anticonceptivos hormonales y las elevadas tasas de depresión y ansiedad en población femenina, y su influencia en el bienestar individual y social, destacan la necesidad de continuar investigando. Es crucial tomar conciencia de la posibilidad de un mayor riesgo de depresión entre mujeres que utilizan la píldora anticonceptiva, especialmente entre las adolescentes que la inician en esta etapa (Anderl, 2022; McKetta & Reyes, 2019; OMS, 2022). Por tanto, resulta primordial que investigaciones futuras permitan tener una visión más cercana a la realidad de este fenómeno, permitiendo que las mujeres puedan evaluar los riesgos y beneficios de los métodos anticonceptivos y tomar decisiones de salud informadas y fundamentadas.

5. CONCLUSIÓN

En este estudio, se encuentra que las mujeres que actualmente utilizan la píldora anticonceptiva y las que iniciaron su uso en la adolescencia presentan niveles más altos de sintomatología depresiva que aquellas que nunca han empleado este método. No se encontraron las mismas relaciones para la sintomatología ansiosa. En efecto, el patrón de resultados observado en este estudio sugiere una asociación entre el uso de la píldora anticonceptiva y un mayor riesgo de sintomatología depresiva, destacando una especial vulnerabilidad durante la adolescencia, una etapa crítica del desarrollo. Estos hallazgos señalan la importancia de considerar cuidadosamente el uso de anticonceptivos orales en mujeres jóvenes, así como la necesidad de monitorear la posible aparición de síntomas o efectos secundarios. Estos objetivos, están justificados por el impacto en el bienestar y calidad de vida que puede generar la aparición de trastornos psicológicos en los individuos y, por tanto, como forma de fomentar la prevención temprana y el cuidado de la salud mental. Fomentar la investigación para comprender los potenciales efectos de los anticonceptivos orales en etapas tempranas supone una cuestión de gran relevancia científica y sociológica.

6. REFERENCIAS

- Agudelo Vélez, D. M., Casadiegos Garzón, C. P., & Sánchez Ortiz, D. L.(2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International journal of psychological research*, 1(1), 34-39.
- Anderl, C., de Wit, A. E., Giltay, E. J., Oldehinkel, A. J., & Chen, F. S. (2022). Association between adolescent oral contraceptive use and future major depressive disorder: a prospective cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(3), 333-341. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13476>
- Anderl, C., Li, G., & Chen, F. S. (2020). Oral contraceptive use in adolescence predicts lasting vulnerability to depression in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(2), 148-156. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13476>
- Ballesteros, J. C., Sanmartín, A., Tudela, P., & Rubio, A. (2020). *Barómetro juvenil sobre Salud y Bienestar 2019*. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.3768432>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Borda Pérez, M., Forero, C., Ahcar Cabarcas, N., Hineirosa, C., Polo Lobo, S., Staaden Garavito, M., & Valencia Mejía, M. (2013). Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 29(3), 394-405.
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. & Seisdedos Cubero, N. (2011) Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: Adaptación española. 8º ed. Madrid: TEA Ediciones.
- Cahill, L. (2018). How does hormonal contraception affect the developing human adolescent brain? *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 23, 131–135. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2018.06.015>
- Calderón Obando, A. C. (2017). Anticonceptivo oral. *Revista Médica Sinergia*, 2(3), 16-21.
- Cheslack-Postava, K., Keyes, K. M., Lowe, S. R., & Koenen, K. C. (2015). Oral contraceptive use and psychiatric disorders in a nationally representative sample

- of women. *Archives of women's mental health*, 18(3), 103-111.
<https://dx.doi.org/10.1007/s00737-014-0453-4>
- Colquitt, C. W., & Martin, T. S. (2017). Contraceptive methods: A review of nonbarrier and barrier products. *Journal of pharmacy practice*, 30(1), 130-135.
<https://doi.org/10.1177/089719001558575>
- de Wit, A.E., Booij, S.H., Giltay, E.J., Joffe, H., Schoevers, R.A., & Oldehinkel, A.J. (2020). Association of use of oral contraceptives with depressive symptoms among adolescents and young women. *Journal of American Medical Association Psychiatry*, 77, 52–59. <https://doi.org/10.1001/jamapsiquiatria.2019.2838>
- Del Río, J. P., Alliende, M. I., Molina, N., Serrano, F. G., Molina, S., & Vigil, P. (2018). Steroid hormones and their action in women's brains: The importance of hormonal balance. *Front Public Health*, 6, 141.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00141>
- Doornweerd, A. M., Branje, S., Nelemans, S. A., Meeus, W. H., Montoya, E. R., Engelhard, I. M., Baas, J. M., & Gerritsen, L. (2022). Stable anxiety and depression trajectories in late adolescence for oral contraceptive users. *Frontiers in psychiatry*, 13, 799470. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.799470>
- Ferllini Montealegre, S. M., Miranda Muñoz, M. F., & Picado Álvarez, A. D. (2020). Depresión: relación con la terapia anticonceptiva hormonal. *Revista Médica Sinergia*, 5(1). <https://doi.org/10.31434/rms.v5i1.333>
- Fernández-Sanguino, A., Barranquero Gómez, B., Roig Navarro, J., Santiago Romero, E., Azaña Gutiérrez, S. & Salvador, Z. (2023, julio 12). *Los métodos anticonceptivos: tipos, eficacia, riesgos y precios*. Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/metodos-anticonceptivos/>
- Flores-Cortez, D., Villalobos-Pacheco, E. & Alfonzo-Flores, I. (2019). Reacciones adversas asociadas al empleo de anticonceptivos hormonales en usuarias de Lima metropolitana. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 4(3), 19-26.
- Frost, J. J., & Lindberg, L. D. (2013). Reasons for using contraception: perspectives of US women seeking care at specialized family planning

- clinics. *Contraception*, 87(4), 465-472.
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.08.012>
- González-Hernando, C., Almeida, M., Martín-Villamor, P., Cao-Torija, M. J., & Castro-Alija, M. J. (2013). La píldora anticonceptiva a debate. *Enfermería universitaria*, 10(3), 98-104.
- Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 128–140. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.1.128>
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Encuesta Europea de Salud en España*. Recuperado de: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf
- Johansson, T., Larsen, S. V., Bui, M., Ek, W. E., Karlsson, T., & Johansson, Å. (2023). Population-based cohort study of oral contraceptive use and risk of depression. *Epidemiology and psychiatric Sciences*, 32, 1-8. <https://doi.org/10.1017/S2045796023000525>
- Knowles, J. (2012). Historia de los métodos anticonceptivos. *Planned Parenthood Federation of America*.
- Louis, C. C., Kneip, C., Moran, T. P., Beltz, A. M., Klump, K. L., & Moser, J. S. (2022). Hormonal contraceptive use moderates the association between worry and error-related brain activity. *International journal of psychophysiology*, 171, 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2021.11.003>
- Lundin, C., Danielsson, K. G., Bixo, M., Moby, L., Bengtsdotter, H., Jawad, I., Marions, L., Brynhildsen, J., Malmberg, A., Lindh, I., & Poromaa, I. S. (2017). Combined oral contraceptive use is associated with both improvement and worsening of mood in the different phases of the treatment cycle—a double-blind, placebo-

- controlled randomized trial. *Psychoneuroendocrinology*, 76, 135-143.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.11.033>
- McCloskey, L. R., Wisner, K. L., Cattan, M. K., Betcher, H. K., Stika, C. S., & Kiley, J. W. (2021). Contraception for women with psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 178(3), 247-255.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20020154>
- McKetta, S., & Keyes, K. M. (2019). Oral contraceptive use and depression among adolescents. *Annals of epidemiology*, 29, 46-51.
<https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.10.002>
- Ministerio de Sanidad. (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. *BDCAP Series 2*
- Niño-Avenidaño, C. A., Ospina, J. M., & Manrique Abril, F. G. (2014). Episodios de ansiedad y depresión en universitarias de Tunja (Colombia): probable asociación con uso de anticoncepción hormonal. 2012. *Investigaciones Andina*, 16(29), 1059-1071. <https://doi.org/10.33132/01248146.47>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Trastornos mentales*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos*. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57878/9789275327715_spa.pdf?sequence=5
- Ortiz Mieres, D., & Armoa Medina, C. L. (2020). Relación entre calidad de sueño e indicadores de ansiedad y depresión. *ScientiAmericana*, 7(2), 45-56.
<http://dx.doi.org/10.30545/scientiamericana.2020.jul-dic.1>
- Robakis, T., Williams, K. E, Nutkiewicz, L., Rasgon N. L. (2019). Hormonal contraceptives and mood: review of the literature and implications for future research. *Current Psychiatry Reports*, 21(7), 57-. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1034-z>

- Rodríguez-Ocaña, E., Ignaciuk, A., & Ortiz-Gómez, T. (2012). Ovulostáticos y anticonceptivos: El conocimiento médico sobre "la pildora" en España durante el franquismo y la transición democrática (1940-1979). *Dynamis*, 32(2), 467-494.
- Sanz, J. (2013). 50 años de los Inventarios de Depresión de Beck: consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del psicólogo*, 34(3), 161-168.
- Sanz, J., Navarro, M. E., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 29(124), 239-288.
- Skovlund, C. W., Mørch, L. S., Kessing, L. V., & Lidegaard, Ø. (2016). Association of hormonal contraception with depression. *JAMA psychiatry*, 73(11), 1154-1162.
- Skovlund, C. W., Mørch, L. S., Kessing, L. V., Lange, T., & Lidegaard, Ø. (2018). Association of hormonal contraception with suicide attempts and suicides. *American Journal of Psychiatry*, 175(4), 336-342.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17060616>
- Sociedad Española de Contracepción. (2022). Presentada la Encuesta Nacional 2022 sobre la Anticoncepción en España. Disponible en:
<https://hosting.sec.es/descargas/Encuesta2022.pdf>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (2008). STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (7ª ed. rev.). Madrid: TEA
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist.
- Toffol, E., Heikinheimo, O., Koponen, P., Luoto, R., & Partonen, T. A. (2011). Hormonal contraception and mental health: results of a population-based study. *Human Reproduction*, 26(11), 3085-3093. <https://doi.org/10.1093/humrep/der269>
- Vásquez-Awad, D., Palacios, S., De Melo, N. R., Gómez-Tabares, G., & de Mola, R. L. (2014). Anticonceptivos orales combinados (AOC): Guías Latinoamericanas. *Medicina*, 36(2), 136-149.

Zafra, A. O., Toro, E. O., & Garrido, J. M. (2008). Variables sociodemográficas, ejercicio físico, ansiedad y depresión en mujeres: un estudio correlacional. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 8(31), 224-243.

7. ANEXOS

Anexo A: Clasificación anticonceptivos

Tabla A1

Clasificación anticonceptivos hormonales y descripción

Método	Descripción
<i>Píldora anticonceptiva</i>	Método de administración oral y de consumo diario.
<i>Anticonceptivos inyectables</i>	Inyección intramuscular compuesta por hormonas, la durabilidad de su efecto oscila entre uno y tres meses.
<i>Parches anticonceptivos</i>	Parches de pequeño tamaño que liberan una dosis hormonal continua y son colocados sobre la piel.
<i>DIU con liberación hormonal</i>	Dispositivo intrauterino que es colocado en el útero y libera hormonas. Duración: 5 años aproximadamente.
<i>Implante anticonceptivo</i>	Pequeño implante colocado bajo la piel del brazo y encargado de liberar una dosis hormonal que evite la ovulación. Durabilidad: entre 1-5 años.
<i>Anillo vaginal</i>	Dispositivo en forma de aro que se coloca en el cuello del útero, donde libera hormonas. Se coloca durante tres semanas y se retira 1 semana (menstruación).

Nota: Colquitt & Martin (2017); Fernández-Sanguino et al., (2023); González-Hernando et al., (2013); Vásquez-Awad (2014).

Anexo B: Autoinforme

Sección 1: Sección informativa y consentimiento informado

Hola, soy Victoria Martín, estudiante del Máster de Psicología Sanitaria en la Universidad Pontificia Comillas y me encuentro realizando un estudio sobre los efectos psicológicos relacionados con el uso de la píldora anticonceptiva. El objetivo del estudio será explorar de manera integral los efectos psicológicos de la píldora anticonceptiva en mujeres jóvenes, considerando un conjunto de variables que podrían influir en esta relación. Para ello, se realizarán una serie de preguntas iniciales que abordarán factores clave: edad, nacionalidad, actividad física, horas de sueño, así como los antecedentes psicológicos familiares y personales. A continuación, se utilizarán dos instrumentos (BDI-2 y STAI) como medio para explorar variables psicológicas relevantes.

El cuestionario, por su temática, va dirigido a mujeres cisgénero debido a que se pretenderá medir su relación con la píldora anticonceptiva y los posibles efectos psicológicos aparejados a su consumo. De igual forma, el rango de edad que será incluido en el estudio será el intervalo comprendido entre los 18 y los 30 años.

* Aclaración: Ser una mujer cis significa que una persona se identifica y se siente como mujer, y esta identidad de género coincide con el sexo que se le asignó al nacer como mujer.

En todo el proceso de recogida de datos y presentación de las estadísticas derivadas se garantiza el anonimato de participantes y su voluntariedad en la participación. De acuerdo con los derechos contemplados en el Reglamento (UE) 2016/679 y en La Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales toda la información que facilite será tratado exclusivamente con fines estadísticos, no pudiendo ser utilizada de forma nominal, ni facilitada a terceros. Respondiendo este cuestionario usted comprende y consiente la utilización de sus respuestas manteniendo el anonimato, por lo anteriormente expresado, su colaboración será complemente CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA, por lo que le ruego, sea sincero sus respuestas. En cumplimiento de lo establecido en las citadas normativas, tiene derecho a

acceder, rectificar y suprimir los datos, limitar su tratamiento u oponerte a él.

El cuestionario cuenta con 4 apartados, cuyos criterios de respuesta estarán brevemente explicados en el inicio de cada uno de ellos. El tiempo estimado de respuesta es de 15 a 20 minutos.

Su colaboración será de gran ayuda para alcanzar un mayor conocimiento sobre los efectos de la píldora, un método anticonceptivo cada vez más extendido entre la población femenina y escasamente estudiado en España. Su participación permitirá tener acceso a información que de otro modo no podría ser conseguida, por lo que le agradezco enormemente su tiempo e interés.

Antes de comenzar recuerde que,

- El cuestionario es ANÓNIMO y CONFIDENCIAL.
- No existen respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas, por ello, le rogamos la MAYOR SINCERIDAD POSIBLE.
- Es importante que respete el orden de las preguntas tal y como aparecen en el cuestionario y seguir las instrucciones detalladas al inicio de cada apartado.
- El cuestionario es INDIVIDUAL
- Intente no dejar ninguna pregunta sin responder. escoja, en la medida de lo posible, la alternativa que mejor se ajuste a su situación.

Contacto:

Victoria Martín (victoriamartinb99@gmail.com). Al finalizar la investigación, los datos se publicarán en un trabajo al que podrá tener acceso si lo desea solicitándolo a través del correo deseado.

A continuación, marcar acepto implica que: a) He leído y entendido toda la información en relación con la participación en esta encuesta b) Se me ha asegurado que los datos son completamente anónimos y que se mantendrá la confidencialidad. c) El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y soy consciente de que soy libre de retirarme de esta encuesta en cualquier momento sin tener que dar explicación alguna d) Soy mayor de edad*

- a. Acepto
- b. No acepto

Sección 2: Datos sociodemográficos

A continuación, encontrará una serie de preguntas generales. Por favor marque la opción de respuesta que corresponda en su caso o rellene el espacio en blanco con su respuesta según se requiera.

1) Sexo

- a. Mujer
- b. Varón --> fin del cuestionario
- c. Otro --> fin del cuestionario

2) Edad: _____

3) Nacionalidad

- a. Española
- b. _____

4) Estado civil (escoja la que más se ajuste a su situación actual)

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Viuda
- d. Separada o divorciada
- e. En pareja

5) Nivel de estudios completado

- a. Educación primaria
- b. Educación secundaria
- c. Bachillerato
- d. Formación profesional
- e. Carrera universitaria

- f. Postgrado y/o doctorado
- 6) Aproximadamente, ¿cuántas horas duerme por la noche?
- a. Menos de 5 horas
 - b. Entre 5 y 6 horas
 - c. Entre 6 y 7 horas
 - d. Más de 7 horas
 - e. Más de 10 horas
- 7) ¿Cuál describiría mejor su nivel de actividad física en la actualidad?
- a. Muy activa: Participo en actividades físicas intensas varias veces a la semana (por ejemplo, ejercicio vigoroso, deportes competitivos).
 - b. Moderadamente activa: Realizo actividades físicas moderadas regularmente (por ejemplo, caminatas, ciclismo, ejercicio moderado).
 - c. Ligeramente activa: Participo en actividades físicas ligeras con regularidad (por ejemplo, paseos cortos, jardinería).
 - d. Sedentaria: Paso la mayor parte del día sentada y realizo poco o ningún ejercicio físico
 - e. No estoy segura
- 8) ¿Consume con frecuencia alguna de las siguientes sustancias? Marque todas las que corresponda (opción multirrespuesta)
- a. Alcohol
 - b. Nicotina
 - c. Café
 - d. Sustancias ilegales
 - e. Ninguno
- 9) Por favor, proporcione información sobre el historial psicológico de su FAMILIA. Esto incluiría cualquier antecedente de trastornos mentales o condiciones de salud mental que hayan afectado a padres, hermanos, abuelos o cualquier otro miembro cercano de su familia.

- a. Sin antecedentes conocidos
- b. Historial de trastorno mental leve (por ejemplo, ansiedad, depresión)
- c. Historial de trastorno mental grave (por ejemplo, esquizofrenia, trastorno bipolar)
- d. Historial de adicciones
- e. No estoy segura

10) Por favor, proporcione información sobre SU historial psicológico personal. Esto incluiría cualquier experiencia previa o actual de trastornos mentales o condiciones de salud mental que haya afectado o esté afectando su bienestar psicológico.

- a. Sin antecedentes conocidos
- b. Experiencia previa de trastorno mental leve (por ejemplo, ansiedad, depresión)
- c. Experiencia previa de trastorno mental grave (por ejemplo, esquizofrenia, trastorno bipolar)
- d. Historial de adicciones
- e. Experiencia actual de trastorno mental leve
- f. Experiencia actual de trastorno mental grave
- g. No estoy segura

11) En la actualidad, ¿Usted se encuentra recibiendo algún tipo de tratamiento?

- a. Sí, farmacología psiquiátrica (psicofármacos como antidepresivos, ansiolíticos)
- b. Sí, ayuda psicológica (terapia en grupo, psicoterapia individual)
- c. Las dos anteriores: psicoterapia y psicofármacos
- d. Actualmente no, pero sí en el pasado
- e. Me encuentro recibiendo tratamiento médico por causas físicas
- f. No, no estoy recibiendo tratamiento en este momento.

Sección 3. Uso de la píldora anticonceptiva

12) ¿Utiliza las píldora anticonceptiva orales?

- a. Sí
- b. En la actualidad no, pero utilicé la píldora en el pasado
- c. No --> pregunta 14

13) ¿A qué edad comenzaste a utilizar la píldora anticonceptiva? Si se encuentra utilizándola en la actualidad, únicamente especifique la edad de inicio. En caso de no consumirlo en la actualidad, establezca un intervalo que contemple la fecha aproximada de inicio y abandono, por ejemplo: si lo has utilizado desde los 16 hasta los 19, deberás especificar 16-19.

14) ¿Qué tipo de anticonceptivo utiliza en la actualidad? En caso de haber marcado "Sí" en la primera pregunta de la sección, por favor, seleccione la primera opción: píldora anticonceptiva

- a. Píldora anticonceptiva
- b. Preservativo --> siguiente sección
- c. DIU hormonales --> siguiente sección
- d. Pareja con vasectomía --> siguiente sección
- e. Ligadura de trompas --> siguiente sección
- f. DIU de cobre --> siguiente sección
- g. Anillo vaginal --> siguiente sección
- h. Ninguno --> siguiente sección
- i. Otras: _____ --> siguiente sección

15) ¿Cuánto tiempo lleva consumiendo la píldora?

- a. Menos de 6 meses
- b. Entre 6 y 12 meses
- c. Entre 12 y 24 meses
- d. Más de 24 meses

Sección 4. BDI-2

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo en el que se ha sentido las DOS ÚLTIMAS SEMANAS. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique

que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

16) Tristeza

- a. No me siento triste
- b. Me siento triste gran parte del tiempo
- c. Me siento triste todo el tiempo.
- d. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

17) Pesimismo

- a. No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- b. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- c. No espero que las cosas funcionen para mi.
- d. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

18) Fracaso

- a. No me siento como un fracasado.
- b. He fracasado más de lo que hubiera debido.
- c. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- d. Siento que como persona soy un fracaso total.

19) Pérdida de placer

- a. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- b. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- c. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- d. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

20) Sentimientos de culpa

- a. No me siento particularmente culpable.
- b. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber
- c. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- d. Me siento culpable todo el tiempo.

21) Sentimientos de castigo

- a. No siento que este siendo castigado
- b. Siento que tal vez pueda ser castigado.
- c. Espero ser castigado.
- d. Siento que estoy siendo castigado.

22) Disconformidad con uno mismo.

- a. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- b. He perdido la confianza en mí mismo.
- c. Estoy decepcionado conmigo mismo.
- d. No me gusta a mí mismo.

23) Autocrítica

- a. No me critico ni me culpo más de lo habitual
- b. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- c. Me critico a mí mismo por todos mis errores
- d. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

24) Pensamientos o deseos suicidas

- a. No tengo ningún pensamiento de matarme.
- b. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- c. Querría matarme
- d. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

25) Llanto

- a. No lloro más de lo que solía hacerlo.
- b. Lloro más de lo que solía hacerlo
- c. Lloro por cualquier pequeñez.
- d. Siento ganas de llorar, pero no puedo.

26) Agitación

- a. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

- b. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- c. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- d. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

27) Pérdida de interés

- a. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- b. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- c. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- d. Me es difícil interesarme por algo.

28) Indecisión

- a. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre
- b. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- c. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- d. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

29) Desvalorización

- a. No siento que yo no sea valioso
- b. No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- c. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- d. Siento que no valgo nada.

30) Pérdida de Energía

- a. Tengo tanta energía como siempre.
- b. Tengo menos energía que la que solía tener.
- c. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- d. No tengo energía suficiente para hacer nada.

31) Cambios en los Hábitos de Sueño

- a. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- b. Duermo un poco más que lo habitual.
- c. Duermo un poco menos que lo habitual.

- d. Duermo mucho más que lo habitual.
- e. Duermo mucho menos que lo habitual
- f. Duermo la mayor parte del día
- g. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

32) Irritabilidad

- a. No estoy tan irritable que lo habitual.
- b. Estoy más irritable que lo habitual.
- c. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- d. Estoy irritable todo el tiempo.

33) Cambios en el apetito

- a. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- b. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- c. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- d. Mi apetito es mucho menor que antes.
- e. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 3a . No tengo apetito en absoluto.
- f. Quiero comer todo el día.

34) Dificultad de concentración

- a. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- b. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- c. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- d. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

35) Cansancio o fatiga

- a. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- b. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- c. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- d. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

36) Pérdida de interés en el sexo

- a. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- c. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- d. He perdido completamente el interés en el sexo.

Sección 5. STAI

Finalmente, pasamos a la última parte del cuestionario, si ha llegado hasta aquí le animo a continuar, ya que, las respuestas no podrán ser guardadas hasta su finalización.



A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3. Para ello, tenga en cuenta que no aparecerán todas las opciones de respuesta en la pantalla (en caso de estar realizándolo a través del móvil) y será conveniente colocar el teléfono girado, tal y como se indica en la foto anterior.

Antes de empezar, es importante destacar que como se detallará en las descripciones de las siguientes preguntas, las primeras 20 afirmaciones deberán ser respondidas valorando el momento actual, cómo se siente ahora mismo y las últimas 20 deberán valorar un estado general, es decir, cómo se siente habitualmente.

Le agradezco, de nuevo, su colaboración que será de una inestimable ayuda en la realización de este estudio.

37) A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted **AHORA MISMO, EN ESTE MOMENTO**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmada				
2. Me siento segura				
3. Estoy tensa				
4. Estoy contrariada				
5. Me siento cómoda (estoy a gusto)				
6. Me siento alterada				
7. Estoy preocupado por posibles desgracias futuras				
8. Me siento descansada				
9. Me siento angustiada				
10. Me siento confortable				
11. Tengo confianza en mí misma				
12. Me siento nerviosa				
13. Estoy desasosegada				
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)				
15. Estoy relajada				
16. Me siento satisfecha				
17. Estoy preocupada				
18. Me siento aturdida y sobreexcitada				
19. Me siento alegre				
20. En este momento me siento bien				

38) A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted EN GENERAL, EN LA MAYORÍA DE LAS OCASIONES. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien				
22. Me canso rápidamente				
23. Siento ganas de llorar				
24. Me gustaría ser tan feliz como otros				
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto				
26. Me siento descansada				
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. Soy feliz				
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente				
32. Me falta confianza en mí misma				
33. Me siento segura				
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades				
35. Me siento triste (melancólico)				
36. Estoy satisfecha				
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia				

38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos				
39. Soy una persona estable				
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tensa y agitada				