



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**CARACTERÍSTICAS DE USO DEL ACETATO DE
MEDROXIPROGESTERONA Y DESEO SEXUAL, EN
USUARIAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
DEL HOSPITAL II ESSALUD-ABANCAY, ABRIL-JUNIO,
2017.**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR: Náthaly Álvarez Ramírez

ASESOR: Esp. Dr. Sósimo Tello Huarancca

Abancay, Perú – 2017

DEDICATORIA

A mis padres Olga y Filiberto por su apoyo incondicional durante estos años de mi vida, ya que gracias a su ejemplo, esfuerzo y perseverancia hoy puedo culminar esta etapa importante de mi vida. Y una dedicatoria especial para mis hermanos Malú y Heiner porque han constituido un poderoso estímulo para dedicar el mejor de mis esfuerzos.

AGRADECIMIENTO

A Dios porque siempre estuvo con migo, nunca me dejó flaquear y me permitió llegar hasta donde estoy ahora.

A mi querida universidad alas peruanas por los conocimientos y experiencias brindadas durante estos años de estudio.

Al hospital II EsSalud-Abancay por permitirme realizar la investigación y por facilitarme una extensa información.

Y especialmente a todas las mujeres que participaron en este estudio.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo Determinar la asociación entre las características de uso del acetato de medroxiprogesterona y el deseo sexual, en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017. Se realizó el estudio de nivel relacional de diseño transeccional, correlacional. La muestra estuvo constituida por 128 usuarias del acetato de Medroxiprogesterona entre los 23 y 45 años que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, para medir las características de uso del acetato de Medroxiprogesterona se aplicó un instrumento con preguntas abiertas y cerradas; y para medir el deseo sexual se aplicó el test del deseo sexual inhibido dividido en 15 secciones de 9 ítems. Los resultados abordados fueron los siguientes: El 89,1% de la usuarias de acetato de Medroxiprogesterona del hospital II EsSalud-Abancay tienen el deseo sexual inhibido, se ubican en el grupo de edad entre los 30 y 45 años con predominancia del 59,4% de la categoría adulta, el 60,2% son multíparas y el 57,8% tienen de 6 meses a 1 año de tiempo de uso del método anticonceptivo. Finalmente se acepta la hipótesis de que existe asociación entre las características de uso del acetato de Medroxiprogesterona con el deseo sexual en usuarias del servicio de planificación familiar del hospital II EsSalud-Abancay.

Palabras clave: características de uso de acetato de medroxiprogeterona, deseo sexual.

ABSTRACT

The present study aimed to determine the association between the characteristics of use of medroxyprogesterone acetate and sexual desire in users of the family planning service of EsSalud-Abancay Hospital II, April-June, 2017. The study of relational level of transectional, correlational design. The sample consisted of 128 users of Medroxyprogesterone acetate between the ages of 23 and 45 who met the inclusion and exclusion criteria; to measure the characteristics of Medroxyprogesterone acetate, an instrument was applied with open and closed questions; and to measure sexual desire was applied the test of inhibited sexual desire divided into 15 sections of 9 items. The results were as follows: 89.1% of Medroxyprogesterone acetate users at the EsSalud-Abancay II hospital have the inhibited sexual desire; they are in the age group between 30 and 45 years old, with a predominance of 59.4 % of the adult category, 60.2% are multiparous and 57.8% have 6 months to 1 year of use of the contraceptive method. Finally, it is accepted the hypothesis that there is an association between the characteristics of use of Medroxyprogesterone acetate and sexual desire in users of the family planning service of EsSalud-Abancay Hospital II.

Key words: use characteristics of medroxyprogesterone acetate, sexual desire.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.	14
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.2.2 ÁREA ESPECÍFICA:	18
1.2.3 ESPECIALIDAD:	18
1.2.4 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:	18
1.2.5 DELIMITACIÓN DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO:	18
1.2.6 DELIMITACIÓN ESPACIAL:.....	18
1.2.7 DELIMITACIÓN1.2. TEMPORAL:	18
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL:.....	18
1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS:	18
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:	19
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	19
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	19
1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL:	20

1.5.2	HIPÓTESIS SECUNDARIAS:.....	20
1.6	JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	21
1.6.1	JUSTIFICACION TEÓRICA:.....	21
1.6.2	JUSTIFICACION PRÁCTICA:	21
CAPÍTULO II		22
MARCO TEÓRICO.		22
2.1	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	22
2.1.1	ANTECEDENTES INTERNACIONALES:.....	22
2.1.2	ANTECEDENTES NACIONALES:	25
2.2	BASES TEÓRICA.....	30
2.2.1	PLANIFICACION FAMILIAR:.....	30
2.2.2	EDAD REPRODUCTIVA	30
2.2.3	GOBIERNO Y REGULACION	31
2.2.4	ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA.....	35
2.2.5	Fases de la respuesta sexual.....	44
2.2.6	NIVELES FISIOLÓGICOS DE LA RELACION SEXUAL	45
2.2.7	TRASTORNOS SEXUALES.....	47
2.3	DEFINICIÓN DE TERMINOS:	50
CAPITULO III		51
METODOLOGÍA		51
3.1	TIPO DE LA INVESTIGACIÓN.....	51
3.2	DISEÑO DE LA INVESTIGACION	51
3.3	POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION.....	52
3.3.1	POBLACION.....	52
3.3.1	MUESTRA.....	53
3.4	VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES	55
3.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCION DE DATOS	56

3.5.1	TÉCNICAS	56
3.3.2	INSTRUMENTOS.....	56
3.6	PROCEDIMIENTOS	57
CAPITULO IV		58
RESULTADOS		58
4.1	RESULTADOS	58
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS		69
CONCLUSIONES		71
RECOMENDACIONES.....		72
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....		73
ANEXOS		76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Usuarías por deseo sexual	59
Tabla 2.- Usuarías por categoría deseo sexual según tiempo de uso.....	60
Tabla 3.- Usuarías por categoría deseo sexual según edad.....	62
Tabla 4.- Usuarías por categoría deseo sexual según paridad	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.- Usuaris por deseo sexual	59
Gráfico 2.- Usuaris por categoría deseo sexual según tiempo de uso.....	61
Gráfico 3.- Usuaris por categoría deseo sexual según edad	63
Gráfico 4.- Porcentaje de usuarias por deseo sexual según paridad.....	65

INTRODUCCIÓN

El acetato de medroxiprogesterona es un anticonceptivo similar a la progesterona, estos progestágenos afectan la ovulación actuando sobre el eje hipotalámico-hipofisario suprimiendo la producción de la hormona luteinizante (LH) que normalmente se ve en la mitad del ciclo inmediatamente antes de la ovulación, sin esta producción de hormona la ovulación no se realiza.

Estos progestágenos inyectables hacen que el moco cervical sea escaso, viscoso y pegajoso como lo es durante el embarazo y como la porción final del ciclo cerca a la menstruación. Este moco interfiere con el movimiento de las células espermáticas en el útero. Ensayos después del coito penetran el moco cervical viscoso pero raramente alcanzan la cavidad uterina o los oviductos.

Por otro lado el deseo es una ansiedad placentera de carácter erótico. El sexólogo clínico mexicano David Barrios lo define como “un estado anímico, una propensión a excitarse y un cúmulo de sensaciones agradables”. De acuerdo con información de CNN, desde el punto de vista fisiológico, es la curva de la respuesta sexual que incluye tres elementos: el deseo, la excitación y el orgasmo.

El deseo se modifica con el tiempo; en un inicio es muy intenso y después se convierte en algo maduro y pasional. Para Larissa García de Alba, psicoanalista de la Sociedad Psicoanalítica de México (SPM), esta energía psíquica tiene tres etapas: intimidad, complicidad y compañía.

David M. Buss, catedrático de psicología social de la Universidad de Texas, asegura que en la mayoría de las sociedades las mujeres son más selectivas sexualmente. La

atracción sexual obedece a aspectos cognitivos, afectivos y neurobiológicos, así como a factores internos y externos

Grammer señala que “el gusto de las mujeres varía según el momento de su ciclo menstrual”, aunque de acuerdo con algunos estudios, también la belleza, la simetría y la procedencia intelectual y económica son factores que determinan la atracción sexual.

Por su parte, Laura Berman, directora del Berman Center en Chicago, afirma que somos capaces de producir 10 mil aromas diferentes de manera consciente y otros muchos que no percibimos.

Al segregarse la oxitocina, conocida como la hormona del amor, sentimos la necesidad de estar con alguien, apunta Grammer. Tiempo después (entre seis meses y dos años) se pasa de la pasión a los lazos afectivos, y es entonces cuando el cerebro produce endorfinas, aunque los científicos también apuntan que el deseo está regulado por la feniletinalamina, de la cual necesitamos dosis cada vez mayores para mantener los niveles de erotismo.

El interés y la excitación sexuales se generan en la amígdala. El sistema límbico, formado por un anillo alrededor del órgano del olfato, regula las sensaciones de placer y la inhibición del comportamiento erótico.

Hay diversos factores de autocensura, producto de los códigos aprendidos sobre lo que es y no es el deseo, que pasan por el filtro de la valoración social o cultural, y define a quién escogemos y cómo lo hacemos, lo cual es aún más estricto con las mujeres.

El deseo es igual en hombres y mujeres, en el sentido estrictamente biológico, pero la educación es la encargada de establecer distinciones. En las mujeres no se considera un valor positivo, mientras que para los hombres representa una cualidad de su virilidad

Como personal de obstetricia es una de nuestras competencias velar por la salud sexual y reproductiva, pero es una de las áreas q menos se ha estudiado en nuestro país. Por ello se debe dar mayor importancia a la salud sexual, y como ésta se ve implicada en la vida personal y de la pareja.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

El Acetato de medroxiprogesterona es un progestágeno sintético (estructuralmente relacionado con la hormona endógena progesterona) con acción antiestrogénica, antiandrogénica y antigonadotrópica. Inhibe las gonadotropinas hipofisarias (FSH y LH) con la consiguiente inhibición de la maduración folicular y de la ovulación. Produce disminución de los niveles de ACTH e hidrocortisona en sangre. Disminución de los niveles de testosterona circulante. Disminución de los niveles de estrógenos circulantes (como resultado tanto de una inhibición de la FSH como de una inducción enzimática de la reductasa hepática dando lugar a un mayor aclaramiento de testosterona y a una consecuente reducción de la conversión de andrógenos a estrógenos.

En 1991, una progestina inyectable, Acetato de Medroxiprogesterona de depósito (comercializada como Depoprovera), fue aprobada, comercializada y tuvo éxito y aceptación entre los diferentes grupos sociales y demográficos en varios países.

En la actualidad este anticonceptivo inyectable que sólo contienen progestágeno es un método bastante empleado por muchas mujeres en edad fértil, siendo el tercero más común en el mundo, además desempeña una función importante en la planificación familiar y en muchos programas nacionales de salud.

En nuestro país, el inyectable es el método anticonceptivo más utilizado entre las mujeres unidas (18%), seguido de la abstinencia periódica y el condón masculino; y de aquellas mujeres no unidas el 13% utiliza inyectables, ocupando así el tercer lugar de utilización en esta población, ya que la mayoría usa el condón masculino o la abstinencia periódica. También se ha visto que aquellas mujeres unidas que no usan actualmente un método anticonceptivo tienen mayor predilección por el uso del inyectable.

Sin embargo, la inyección siendo uno de los métodos anticonceptivos más usado en nuestro país también es el que presenta una mayor discontinuidad en su uso debido principalmente a sus efectos secundarios.

Además, cabe resaltar que no todas las usuarias tienen el conocimiento adecuado sobre el mecanismo de acción, la indicación a seguir después de la aplicación de Depoprovera y sobre todo que efectos secundarios pueden producir.

Si bien los inyectables de depósito trimestral ofrecen ventajas significativas tales como efectividad, privacidad y permite flexibilidad en las visitas; también pueden presentarse ciertos efectos secundarios, como cambios en el sangrado menstrual, amenorrea, cambios de peso, cefalea, cambios de humor o trastornos emocionales, náuseas, aumento de la sensibilidad en los mamas,

demora en el retorno de la fertilidad y disminución del deseo sexual y/o acné, siendo estos posibles cambios en el deseo sexual uno de los efectos al que poco interés se presta al hablar de los efectos secundarios del Acetato de Medroxiprogesterona.

En general, en cuanto respecta a las programas de salud sexual y reproductiva es claro que la promoción de asuntos como el placer y la Satisfacción sexual no son componentes explícitos de dichos programas, como tampoco lo es la prevención o evaluación de los trastornos sexuales. Debido a que los programas de salud sexual y reproductiva en nuestro país manifiestan mayor preocupación por enfermedades que ponen en riesgo la vida de las mujeres, los trastornos sexuales han sido relegados de los programas de salud dirigidos a las mismas.

Una revisión rápida de los programas de salud sexual y reproductiva muestra un énfasis en el área de la salud materno-infantil, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual y cáncer ginecológico. Como resultado de esto, la información disponible sobre trastornos sexuales femeninos es algo limitada y la investigación sobre el efecto de estos desórdenes en la calidad de vida de las mujeres es virtualmente inexistente.

En estudios realizados en otros países indican que los trastornos sexuales pueden ocasionar repercusiones importantes en la calidad de vida de esta población.

Encuestas realizadas con la finalidad de saber hasta qué punto es importante o necesaria una respuesta sexual adecuada para la salud física o mental en las mujeres, mostraron que la mayoría de hombres y mujeres consideran una vida

sexual adecuada como un elemento importante para su felicidad global y satisfacción en sus relaciones, en una de estas encuestas más del 60% de mujeres respondió que tener una adecuada vida sexual era un elemento integral de su satisfacción física y emocional.

Según la Organización Mundial de la Salud, las disfunciones sexuales constituyen uno de los problemas más importantes que afectan a la salud sexual. Se estima, que un 40-45% de las mujeres y un 20-30% de los hombres presentan algún tipo de disfunción sexual, respectivamente, siendo las más frecuentes la eyaculación precoz, los problemas de erección en ellos, la inhibición del deseo y los problemas de excitación y orgasmo en ellas. (4), (5) Entonces los trastornos sexuales pueden llegar a afectar la sexualidad femenina, ya que esta es considerada un aspecto central en la calidad de vida de la mujer y también, es en parte, el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social

Por lo tanto, la problemática mencionada nos permite formular la siguiente pregunta:

¿Cuál es la asociación entre las características de uso del Acetato de Medroxiprogesterona y el deseo sexual, en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017?

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 ÁREA GENERAL:

Salud sexual y reproductiva.

1.2.2 ÁREA ESPECÍFICA:

Planificación familiar.

1.2.3 ESPECIALIDAD:

Obstetricia.

1.2.4 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Acetato de medroxiprogesterona.

1.2.5 DELIMITACIÓN DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO:

Usuaris del servicio de planificación familiar.

1.2.6 DELIMITACIÓN ESPACIAL:

Hospital II EsSalud Abancay.

1.2.7 DELIMITACIÓN1.2. TEMPORAL:

Desde el mes de abril hasta el mes de abril a junio en el año 2017.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL:

¿Cuál es la asociación entre las características del uso de Acetato de Medroxiprogesterona y el deseo sexual, en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017?

1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS:

¿Cuáles son las características de uso del Acetato de Medroxiprogesterona, en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017?

¿Cómo es el deseo sexual en las usuarias del Acetato de Medroxiprogesterona que acuden al servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017?

¿Cuál es la relación entre el tiempo de uso del Acetato de Medroxiprogesterona con el deseo sexual en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017?

¿De qué manera se relaciona la edad con el deseo sexual en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017?

¿De qué manera se relaciona la paridad con el deseo sexual en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

1.4.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar la asociación entre las características de uso de Acetato de Medroxiprogesterona y el deseo sexual, en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Describir las características de uso del Acetato de Medroxiprogesterona, en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017.

Medir el deseo sexual en las usuarias del Acetato de Medroxiprogesterona que acuden al servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017.

Determinar el grado de relación entre el tiempo de uso del acetato de Medroxiprogesterona con el deseo sexual en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017.

Determinar el grado de relación de la edad con el deseo sexual en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017.

Determinar el grado de relación de la paridad con el deseo en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017.

1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL:

Las características de uso del Acetato de Medroxiprogesterona se asocia con el deseo sexual, en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017

1.5.2 HIPÓTESIS SECUNDARIAS:

El tiempo de uso de Acetato de Medroxiprogesterona se relaciona significativamente con el deseo sexual en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017.

La edad se relaciona de manera significativa con el deseo sexual en usuarias de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017.

La paridad se relaciona de manera significativa con el deseo sexual en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017

1.6 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 JUSTIFICACION TEÓRICA:

La mortalidad materna, reconocido como problema de salud pública, generó que se planteará estrategias como la planificación familiar que implica el ejercicio de la sexualidad segura, satisfactoria y responsable.

El Acetato de Medroxiprogesterona es un método bastante empleado por muchas mujeres en edad fértil, siendo el método moderno más usado en el Perú y el tercero en el mundo. Sin embargo, una de las principales razones de la discontinuación en el uso del anticonceptivo inyectable de depósito trimestral, Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA) o Depo-Provera es la disminución del deseo sexual (ENDES 2010). Es por ello, importante investigar si el deseo sexual femenino se ve alterado como efecto secundario de la anticoncepción hormonal.

1.6.2 JUSTIFICACION PRÁCTICA:

El resultado de este estudio; nos permitirá poner de manifiesto la importancia de la satisfacción sexual en la vida personal y de pareja, hasta el punto de que puede determinar el bienestar de la misma y la calidad de vida en general.

Entre nuestras competencias, como profesional de obstetricia, está velar por la salud sexual y reproductiva, pero es una de las áreas que menos se ha estudiado en nuestro país.

En la actualidad, este trabajo representaría un aporte a considerar para que el personal de salud pueda trabajar en ello aportando una mejor consejería, donde los usuarios sean los más beneficiados y quienes escojan el método.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Zornoza V, Luengo A y Haya FJ. (12) En su trabajo “Anticoncepción hormonal y deseo sexual femenino” en el Servicio Ginecología y Obstetricia, Hospital General de Ciudad Real, realizado en España, con el objetivo de determinar si el deseo sexual femenino se ve alterado como efecto secundario de la anticoncepción hormonal. Material y método: Revisión de la literatura: manuales clínicos, tratados y búsqueda en Medline de artículos de los últimos 15 años. Las palabras clave fueron: “contraceptives”, “libido”, “sex behaviour”, “low desire”. Resultados: Los datos obtenidos son contradictorios. Los anticonceptivos hormonales se asocian tanto a la disminución como al aumento de la libido. Conclusiones: En el deseo sexual femenino se combinan aspectos biológicos, psicológicos y socio-culturales. Para

determinar el verdadero efecto que los anticonceptivos producen, son necesarios estudios más extensos y con un diseño preciso.

Pío Iván Gómez-Sánchez y Yaira Pardo. (13) En su trabajo *Percepciones del uso de anticonceptivos en Bogotá*, realizado en el año 2009 tiene como objetivo conocer el uso actual de anticonceptivos en las participantes, las razones de abandono o cambio de método, las características ideales de un anticonceptivo, los imaginarios y las percepciones con un nuevo método de planificación familiar. Metodología: se llevaron a cabo 4 grupos focales que incluyeron a estudiantes de diversas carreras de una universidad privada y una universidad pública, entre las cuales se seleccionaron mujeres profesionales y amas de casa. El muestreo fue por conveniencia y en bola de nieve. Los datos recogidos a través de los grupos focales fueron grabados, transcritos manualmente y analizados con una perspectiva de análisis de la conversación. Resultados: las mujeres consideraron que la elección anticonceptiva depende de la facilidad de compra o de que la empresa promotora de salud lo provea. Entre los factores determinantes para la selección se identificaron: eficacia, efectos secundarios, posibilidad de olvido y regularidad menstrual. El anticonceptivo ideal se describió como aquel que fuera seguro, eficaz, de poca recordación, de fácil uso y que no aumente de peso ni produzca amenorrea. Asimismo, se identificaron muchos mitos con el uso de los métodos hormonales. Conclusiones: el personal de salud durante la consejería debe desmitificar el uso de algunos métodos, informando verdaderos mecanismos de acción, efectos esperados y secundarios, para mejorar

la adherencia. Palabras clave: agentes anticonceptivos femeninos, percepción.

Rodríguez R, Gómez L y Conde M. (4) en su trabajo Caracterización de las progestinas inyectables y sus beneficios en la Planificación Familiar, realizado en Camagüey, Cuba, tiene como objetivo revisión sobre la caracterización de los anticonceptivos inyectables solo de progestinas y sus beneficios en la planificación familiar. Se analizó su eficacia, mecanismos de acción, ventajas y desventajas de su uso, indicaciones específicas, el manejo de los efectos colaterales o secundarios, la elegibilidad del método para iniciar su uso, los procedimientos y categorías seleccionados por la OMS para indicarlo, cuáles son los pasos para comenzarlo, así como también el seguimiento de las mujeres que eligen este método. Se concluyó que los inyectables solo de progestinas traen beneficios a la planificación familiar, pues tienen una alta eficacia, y su utilización por mujeres con condiciones crónicas, depende de una adecuada consejería. Afirmamos que es una buena opción anticonceptiva para nuestras pacientes.

Monroy R y Brenda C. (14) En su trabajo "Efectos secundarios en pacientes que utilizan estrógenos y progesterona o Acetato de Medroxiprogesterona como método anticonceptivo" realizado en el Dispensario Municipal N°4 zona 6 de la ciudad de Guatemala, se encontró que la población que más utiliza estrógenos son pacientes de 21 a 25 años de edad, solteras con 3 hijos o más, y las que utilizan Acetato de Medroxiprogesterona, de 26 a 30 años, casadas con más de tres hijos. Dentro de los efectos secundarios de los estrógenos están:

oscurecimiento de áreas de la piel y depresión. Del Acetato de Medroxiprogesterona: hemorragia uterina o sangrado excesivo, crecimiento de vello en área de cara y cuerpo e irregularidades menstruales son los efectos secundarios mayormente encontrados.

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES:

Llactahuamán, Sara y García, Lourdez. (15) En su trabajo “Asociación entre el acetato de medroxiprogesterona y deseo sexual en usuarias de planificación familiar” Instituto Materno Perinatal Lima, realizado entre los meses noviembre y diciembre del año 2012 con el objetivo Determinar la asociación entre el uso de Acetato de Medroxiprogesterona y el deseo sexual en usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo noviembre-diciembre del 2012. Materiales y métodos: Se trató de un estudio de casos y controles donde se asignaron 70 participantes: 35 con disminución del deseo sexual (casos) y 35 sin alteraciones del deseo sexual (controles) a las cuales se aplicó un formulario de recolección de datos y el instrumento Test del Deseo Sexual Inhibido. Posteriormente se analizó vía estadística descriptiva e inferencial chi cuadrado y OR IC 95% para la determinación de la relación. Resultados: Se observó que el 60% de los casos y un 45.7% de los controles fueron usuarias del método anticonceptivo inyectable trimestral, y que la probabilidad de presentar problemas en el deseo sexual siendo usuaria del inyectable trimestral estudiado es 2 veces mayor que siendo usuaria de otros métodos anticonceptivos que no contienen hormonas (OR: 1,8 IC 95%:0,7 4,6), este dato resultó ser

estadísticamente significativo ($p=0,001$). Conclusiones: Existe relación entre el uso de Acetato de Medroxiprogesterona y la disminución del deseo sexual. Palabras clave: Acetato de Medroxiprogesterona, deseo sexual y efectos secundarios.

Gil Fabiola. (8) En su trabajo "Conocimientos, actitudes y aceptación de los efectos secundarios del Acetato de Medroxiprogesterona en usuarias de un Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, realizado en el año 2005 con el objetivo de Determinar la asociación que existe entre los conocimientos, actitudes y la aceptación a efectos secundarios en usuarias del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo. Estudio observacional transversal desarrollado en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) en enero del 2005. La población estuvo conformada por 125 usuarias de las cuales se entrevistó a 93 que cumplieron con los criterios de inclusión, las cuales acudieron a su cita o en demanda del método. Se utilizó una entrevista estructurada con preguntas de tipo cerrada. La información fue trasladada y procesada en el programa estadístico de SPSS, utilizándose estadísticos descriptivos porcentajes y tablas de frecuencias; para establecer la correlación se usó el coeficiente de correlación de rangos de Spearman. En su mayoría las usuarias tienen conocimientos adecuados sobre los efectos secundarios, signos de alarma y forma de uso, no siendo así como el mecanismo de acción. La amenorrea y el sangrado en goteo son los efectos secundarios menos aceptados por las usuarias. Se encontró correlación positiva entre las

actitudes de la usuaria hacia el método y la aceptación a sus efectos secundarios, y que no existe correlación entre los conocimientos de la usuaria sobre el método y la aceptación a efectos secundarios. Las usuarias que tienen una actitud positiva al Acetato de Medroxiprogesterona como anticonceptivo tienen una mejor aceptación a sus efectos secundarios.

No se encontró evidencia de asociación en este estudio entre los conocimientos y la aceptación a los efectos secundarios.

Camacho Jorge y Condori Melida. (7) En su trabajo "Conocimiento y actitud que tienen las púerperas sobre el Acetato de Medroxiprogesterona y su aceptación como método anticonceptivo. Instituto Especializado Materno Perinatal Lina, realizado en el año 2005 con el objetivo de estudiar la relación entre el conocimiento - actitud de las púerperas del IEMP con la aceptación del Acetato de Medroxiprogesterona (Depo-Provera) como método anticonceptivo. Material y Métodos: El diseño de investigación fue de tipo descriptivo prospectivo correlacional. La muestra estuvo constituida por 120 púerperas, según criterios de inclusión y exclusión que se encontraban en los servicios de hospitalización del IEMP. La recolección de datos se obtuvo a través del cuestionario para evaluar conocimiento y el Test de actitud. Para la validez y confiabilidad del instrumento, estos fueron sometidos a juicio de expertos, confiabilidad estadística por alfa de cronbach y prueba piloto. Resultados: El tipo de conocimiento sobre Depo-Provera es 19.2% bueno, 68.3% regular y 12.5% malo; el tipo de actitud sobre el uso de Depo-Provera es 21.7% positiva, 20% negativa y

58.3% indiferente. En la relación entre conocimiento y actitud se obtuvo lo siguiente, las puérperas con actitud negativa tenían conocimiento regular 62.5%, malo 12.5% y bueno 25%, las puérperas con actitud indiferente tenían conocimiento regular 68.6%, malo 12.9% y bueno 18.5%, las puérperas con actitud positiva tenían conocimiento regular 73.1%, malo 11.5% y bueno 16.4%. Asimismo se determinó que existe relación entre la actitud y la aceptación de la Depo-Provera como MAC, para el grupo que aceptó: el 7.8% tuvo actitud negativa, 66.7% actitud indiferente y 25.5% actitud positiva; para el grupo que no aceptó: el 56.7% tuvo actitud negativa, 33.3% actitud indiferente y 10% actitud positiva. Con respecto al conocimiento se halló que no existe relación entre el tipo de conocimiento y la aceptación la Depo-Provera como MAC, para el grupo que aceptó: el 11.1% tuvo un mal conocimiento, 71.1% regular y 17.8% bueno; para el grupo que no aceptó: el 16.7% tuvo mal conocimiento, 60% regular y 23.3% bueno. Conclusiones: No existe relación entre el conocimiento y la aceptación de la Depo-Provera como MAC, porque en el grupo que aceptan presentan un conocimiento malo 11.1%, regular 71.1% y bueno 17.8% y del grupo que no aceptan, presenta un conocimiento malo 16.7%, regular 60% y bueno 23.3%. Existe relación entre la actitud y la aceptación de la Depo-Provera como MAC, porque en el grupo que aceptan 7.8% tuvo actitud negativa, 66.7% actitud indiferente y 25.5% actitud positiva y para el grupo que no aceptó, 56.7% tuvo actitud negativa, 33.3% actitud indiferente y 10% actitud positiva. El tipo de conocimiento que tienen las puérperas sobre la Depo-provera es mínimo o regular en el 68.3%. La actitud que tienen

las puérperas con respecto a la aceptación de la Depo-Provera es indiferente en el 58.3%. No existe relación entre el tipo de conocimiento y la actitud de las puérperas sobre la Depo-Provera. Existe insatisfacción con relación al uso de la Depo-Provera en las puérperas, lo cual se refleja en la tasa de abandono identificada en la población de estudio que fue de un 25%.

Fernández Layla. (16) en su trabajo “Características de mujeres con embarazo no deseado por abandono de métodos anticonceptivos- Instituto Especializado Materno Perinatal, realizado en el año 2005 con el objetivo de Determinar las características de mujeres con embarazo no deseado por abandono de métodos anticonceptivos atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal durante el año 2005. MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio Prospectivo, transversal, descriptivo. Se asignaron a 155 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión del servicio 4 de hospitalización del Instituto Especializado Materno Perinatal durante el año 2005. RESULTADOS: el Inyectable trimestral es el método anticonceptivo más utilizado con 53.5%, seguido por la píldora con 27.7%. En las características para abandonar el método, se encontró que la mayoría abandono por efectos colaterales 53.5% y por uso inadecuado en un 33.5%. En las características de los efectos colaterales se encontró el mayor porcentaje para el inyectable con 31.6%, a su vez se abandonó el inyectable por la variación de peso en 14.2% y el DIU en 9% fue por aumento de sangrado. Al indagar por la variable uso inadecuado de método anticonceptivo se encontró que el mayor porcentaje lo obtuvo el

olvido de instrucciones con 21.9% para el uso de la píldora. CONCLUSIONES: El inyectable trimestral es el método más utilizado y el de mayor abandono por los efectos colaterales por la variación de peso en las usuarias. La Píldora es el segundo método más usado y lo abandonan principalmente por el olvido de instrucciones en la toma correcta. PALABRA CLAVE: Embarazo no Deseado, Abandono de método anticonceptivo.

2.2 BASES TEÓRICA

2.2.1 PLANIFICACION FAMILIAR:

La planificación familiar constituye una de las tareas más importantes del programa de reproducción humana de la Organización Mundial de la Salud (OMS) puesto que el acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces permite la reducción de la mortalidad materna ya que se disminuyen los abortos en condiciones de riesgo y el impacto embarazo –parto. (14)

2.2.2 EDAD REPRODUCTIVA

El periodo de vida reproductiva se define como el intervalo entre la menarquia y la menopausia y en el que es posible la procreación. El intervalo óptimo para la fecundación comprende entre los 20 y 35 años de edad. Los embarazos en menores de 20 años son definidos como embarazo en adolescentes. (17)

Los anticonceptivos hormonales son preparados farmacológicos constituidos por esteroides sintéticos. Desde 1960, más de 200 millones de mujeres de todo el mundo han usado anticonceptivos hormonales y se considera que hay más de 60 millones de usuarias en la actualidad.

Su acción anticonceptiva se ejerce por vía sintética sobre los centros reguladores de la actividad gonadal y sobre el aparato reproductivo de la mujer. Por tratarse de preparados de acción sistémica, actúan también sobre los receptores esteroides fuera del sistema reproductivo provocando efectos bioquímicos, metabólicos e inmunológicos. (18)

La inyección es el método moderno más usado por las mujeres casadas o unidas (59,8%), mientras en las mujeres no casadas o no unidas, pero sexualmente activas los métodos más usados fueron el condón masculino (77,1%) y la inyección (37%). Las usuarias del inyectable, se ubicaron mayormente en los departamentos de Huánuco (32,5), Pasco (26,4%), Ayacucho (25,1%) y Ancash (24,8%) (6). Entre las razones que llevaron a las mujeres a suspender el uso de los métodos anticonceptivos son los efectos secundarios (25,4%), la discontinuación por este motivo ocurrió principalmente cuando la mujer estaba utilizando inyecciones (56,9%). (19)

Para comprender la acción de los anticonceptivos hormonales, es necesario recordar aspectos importantes de la fisiología sexual femenina, en especial la interrelación entre las hormonas ováricas e hipotálamo hipofisarias en la regulación del ciclo menstrual. (20)

2.2.3 GOBIERNO Y REGULACION

Las funciones que cumplen los órganos del aparato genital femenino están gobernadas por el hipotálamo, cuyos centros llamados hipotalámicos, mediante acción directriz estimulan el fisiologismo genital en forma correlacionada y mantienen el estímulo de secreciones neurohormonales, mediante las cuales todo el sistema genitales regula

sus funciones en equipo con modificaciones generales y especiales a cada tramo genital. (21)

a) HIPOTÁLAMO

El hipotálamo está situado en la base del cerebro por debajo de los talamos, formando el suelo y las paredes del tercer ventrículo. Funcionalmente es la vía de la coordinación del sistema endocrino produciendo neurohormonas con funciones de liberación y de inhibición. Tienen las siguientes vías:

- ✓ Centro tónico y cíclico
- ✓ Los tanicitos
- ✓ Vía hipotalámica posterior.

Específicamente el hipotálamo secreta una hormona de liberación (RH) denominada factor de liberación de gonadotropina u hormona de regulación de gonadotropina (GnRH), que libera la producción de FSH y LH por la hipófisis. Este factor es una neurohormona, constituida por un decapeptido, cuyo efecto es de corta duración, pero constante, y que depende de la interrelación con las gonadotropinas, esteroides y otras neurohormonas. Está regulada por efectos de retroalimentación, centro retrógeno, (feedback) que pueden ser: a) Estimuladores o positivos y b) inhibidores o negativos. (21)

b) HIPOFISIS

Es una glándula endocrina, situada en la base del cerebro, exactamente sobre la silla turca del esfenoides, unida al hipotálamo por el tallo hipofisario. Comprende una parte anterior o lóbulo anterior de la hipófisis y otra parte posterior, retrohipófisis o lóbulo posterior.

Dentro de las funciones de secreción del lóbulo anterior de la hipófisis, además de la hormona estimulante de la tiroides (tirotropina, TSH), hormona adenocortiotropa, (corticotrópina, ACTH), hormona del crecimiento (somatotropina, STH), hormona estimulante de los Melanocitos (MSH), esta glándula produce importantes hormonas gonadotrópicas que actúan de manera esencial en el ciclo genital y que son denominadas:

- ✓ Gonadotropina folículo estimulante (FSH).- esta hormona gonadotropina producida por el lóbulo anterior de la hipófisis y cuya descarga es producida por un factor de liberación (RH) del hipotálamo, es una glucoproteína, cuyo peso molecular oscila entre 25.000 a 30,000. Fue denominado primitivamente Prolan A, y tiene como función primordial activar el folículo de graaf para la producción de estrógenos y por tanto regula primera fase del ciclo menstrual, o sea la fase proliferativa del endometrio y las modificaciones que los producen en el sistema genital por acción estrogénica. Conjuntamente con la hormona luteinizante (LH) producen la ovulación a mediados del ciclo, el día catorce aproximadamente.
- ✓ Gonadotropina luteinizante (LH).- es una hormona gonadotropina producida por el lóbulo anterior del hipofisiis, cuya descarga se produce por un factor de liberación (RH) del hipotálamo; es también una glucoproteína, con peso molecular parecido al de la FSH, que fue denominada primitivamente Prolan B, y tiene por función formar el cuerpo amarillo transformando el folículo

maduro. Su acción por tanto se manifiesta en la segunda etapa del ciclo, condicionando la producción de progesterona por el cuerpo amarillo y regulando las modificaciones que esta hormona produce en el ciclo femenino para la migración y anidación del huevo, así como de las primeras etapas de su desarrollo.

- ✓ Prolactina (H. Lactógena, LTH).- la prolactina también llamada hormona luteotrófica y hormona lactógena (LTH), se produce en el lóbulo anterior de la hipófisis y su control se realiza también por el hipotálamo por un factor de inhibición (PIH). (21)

c) LOS OVARIOS

El hipotálamo mediante un factor de liberación, determina que la hipófisis segregue una hormona estimulante folicular (FSH) que actuando sobre el ovario provoca la maduración del folículo y la producción de estrógenos que culminaran el día 14 del ciclo sexual femenino con la ovulación, a partir de cuya fecha el hipotálamo actuando por otro factor de liberación actuara sobre la hipófisis determinando la producción de hormona luteinizante (LH) y la hormona luteotrófica (LTH) que actuando a nivel del ovario determinara la formación y el mantenimiento del cuerpo amarillo como fuente de producción de progestágenos. Además el ovario produce andrógenos con funciones específicas.

En resumen el ovario cumple las siguientes funciones:

- ✓ Maduración del folículo ovárico.
- ✓ Producción de estrógenos.
- ✓ Ovulación.

- ✓ Producción de progesterona.
- ✓ Producción de andrógenos. (21)

2.2.4 ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA

El Acetato de Medroxiprogesterona, comercializado con el nombre de Depoprovera (DMPA), se estudió por primera vez como anticonceptivo entre los años 1963 y 1966, y su uso fue extendiéndose paulatinamente. Este método se utilizó en muchos países entre los años 1990 y 1994, pues los envíos del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población casi se cuadruplicaron, pasando de 4,5 millones de dosis anuales a 16,7. En octubre de 1992, la Administración de los Estados Unidos de Alimentos y Medicamentos aprobó el Acetato de Medroxiprogesterona para su uso como anticonceptivo en ese país, lo cual permitió que la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) empezara a suministrarlo a otras regiones del mundo. (4)

Entre abril de 1994 y febrero de 1995 aproximadamente 35 000 mujeres empezaron a usarlo en Filipinas con tasas de continuidad muy elevadas; mientras que en 1994 el Acetato de Medroxiprogesterona fue introducido también en nuestro país. (4) El Acetato de Medroxiprogesterona se encuentra suspendido en forma de microcristales en una solución acuosa. El ministerio de salud lo distribuye y se administra a una dosis de 150 mg de por vía intramuscular profunda cada 3 meses (12 semanas). El efecto anticonceptivo dura unas 14 semanas y el margen de seguridad es uno de los más altos. Se considera que no es un sistema de liberación

prolongada, ya que de hecho se absorbe completamente y las concentraciones en sangre dependen de la dilución lenta de los microcristales. El primer inyectable debe administrarse durante los primeros 5 días del ciclo para que sea eficaz desde el inicio. (20), (22)

Este medicamento contiene solo progestágeno:

- Acetato de Medroxiprogesterona (AMPD) 150mg. X 1ml. Para uso intramuscular.
- Acetato de Medroxiprogesterona 104mg. X 0,65ml. Para uso subcutáneo. (23)

a.1) Mecanismo de acción según la norma técnica de planificación familiar 2004 y 2005:

- Supresión de la ovulación
- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Reducción del transportes de los óvulos en las trompas de Falopio
- Cambios en el endometrio. (24) (25)

a.2) Mecanismo de acción según la norma técnica de planificación familiar 2016:

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Supresión de la ovulación en un 50% (23)

b) Condiciones que contraindican el uso de inyectables de anticonceptivos de depósito hormonales solo de progestinas:

- Enfermedad hepática activa grave (ictericia, hepatitis activa, cirrosis severa, tumor hepática)
- Diabetes durante más de 20 años o lesión provocada por diabetes en arterias, visión, riñones o sistema nervioso.
- Infarto de miocardio, cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial o accidente CV.
- Sangrado vaginal inexplicado que pueda sugerir embarazo o alguna patología subyacente.
- Antecedente de cáncer de mamas.
- Afección que pueda aumentar la posibilidad de cardiopatía (coronariopatía) o accidentes cardiovascular tales como hipertensión o diabetes. (23)

c) Características:

- Altamente efectiva y de efecto rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas la nulíparas). Usar con precaución durante los dos primeros años después de la menarquia. El efecto a largo plazo sobre los huesos no se está definido, puede disminuir la densidad mineral a lo largo del tiempo en adolescentes.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso. aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.

- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Las usuarias pueden desarrollar amenorrea total, 50% en un año y 80% en tres años. También se asocia a la menstruación irregular. esta situación se presenta en menor medida en EN-NET.
- La acción del fármaco puede persistir en el organismo varios meses después de discontinuar su uso, el 70% de las usuarias desarrollan embarazo en 12 meses y el 90% en plazo de 24 meses, después de abandono de uso.
- El uso prolongado (mayor a 2 años) produciría disminución de densidad ósea.
- Se reportan aumento de peso (1.5 a 2 kg el primer año de uso), cefalea y mareos.
- Los beneficios anticonceptivos no logrados con estos fármacos incluyen:
 - ✓ Puede mejorar la anemia.
 - ✓ Disminución de crisis de anemia falsiforme.
 - ✓ Prevención de cáncer de endometrio.
 - ✓ Protección relativa contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), miomas y endometriosis.
 - ✓ En casos de epilepsia puede ayudar a disminuir la frecuencia de convulsiones.
 - ✓ Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio.
- Es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (amenorrea, sangrado/goteos irregulares).

- El retorno de la fertilidad puede demorar más que con los otros métodos hormonales (entre 4 meses a un año), en el caso de usuarias por tiempo prolongado, no se ha demostrado esterilidad luego de su uso.
- No previenen las infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH-SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo (23).

d.1) Tasa de falla según la norma técnica de planificación familiar

2004:

- De 0.3 a 0.4 embarazos por cada 100 mujeres por un año de uso. (24)

d.2) Tasa de falla según la norma técnica de planificación familiar

2005:

- Falla teorica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. (25)

d.3) Tasa de falla falla según la norma técnica de planificación

familiar 2016:

- Falla teórica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 3 embarazos por caca 100 mujeres en el primer año. (23)

e) Posibles efectos secundarios (menos frecuente EN-NET)

- Sangrado irregular (sangrados inesperados que molestan a la usuaria.
 - ✓ Mujeres que utilizan la inyección de depósito presentan sangrado irregular. No ocasionan daño y habitualmente disminuyen o se interrumpen después del primer año.
 - ✓ Para un alivio moderado a corto plazo, puede prescribir ibuprofeno 800mg 3 veces al día después de las comidas durante 5 días, comenzando a ingerirlos cuando se produzca el sangrado irregular.
 - ✓ Si esta medicación no ayuda se puede indicar uno de los siguientes esquemas comenzando cuando se inicie el sangrado irregular.
 - Anticonceptivos orales combinados con levonorgestrel.
Un comprimido por un día durante 21 días.
 - Etinil estradiol de 50mcg diariamente durante 21 días.
- No presenta menstruación.
 - ✓ Algunas mujeres que dejan inyectables dejan de tener menstruaciones, no siendo nocivo para su salud.
- Sangrado profuso o prolongado (el doble de lo habitual o más de 8 días).
 - ✓ Muchas mujeres pueden presentar este tipo de sangrado. Habitualmente no es perjudicial y puede disminuir o interrumpirse en unos pocos meses.

- ✓ Se puede indicar el tratamiento arriba mencionado, comenzando cuando comienza el sangrado profuso. En el caso de uso de anticonceptivos orales las dosificaciones de 50mcg dan mejores resultados que los de baja dosis.
- ✓ Usar comprimidos de hierro oral para evitar la anemia y alimentos que contienen hierro.
- ✓ Si continúa el sangrado profuso o este se presenta después de meses sin sangrado, considere otras condiciones subyacentes no vinculadas con el método.
- Cefaleas comunes (no migrañosas)
 - ✓ Recomendar ácido acetilsalicílico (500mcg tab), ibuprofeno (400 mg tab), paracetamol (500mg tab), u otro analgésico.
 - ✓ Toda cefalea que aparezca con los inyectables debe ser evaluada.
- Acné
 - ✓ Si la usuaria quiere interrumpir el uso de los implantes debido al acné, puede considerar cambiar a un método anticonceptivo combinado. El acné usualmente mejora con ellos.
 - ✓ Considere medicamentos disponibles localmente.
- Alteraciones en el peso.
 - ✓ Revisar la dieta y asesorar según corresponda.
- Tensión mamaria
 - ✓ Recomendar el uso de un sostén de soporte incluso durante la actividad intensa y el sueño)

- ✓ Utilizar compresas frías o calientes.
- ✓ Recomendar ácido acetilsalicílico (500 mg tab), ibuprofeno (400mg tab), paracetamol (500 mg tab), u otro analgésico.
- Infección en el sitio de inyección (rubor, calor, dolor, pus).
 - ✓ Limpiar el área infectada con agua o jabon antiséptico.
 - ✓ Administrar antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
- Dolor abdominal severo
 - ✓ Si bien es raro, pero se debe estar alerta entre la posibilidad de signos o síntomas de un embarazo ectópico.
 - ✓ Sospechar de esta entidad clínica, se presenta:
 - Dolor abdominal inusual.
 - Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación.
 - Vahídos.
 - Mareos.
 - ✓ El dolor abdominal puede ser debido a otros problemas, como son los quistes foliculares u otros quistes de ovario:
 - No es necesario tratar los quistes o folículos ováricos aumentados
 - ✓ Seguimiento a las 6 semanas (23).

f) Forma de uso

- Acetato de Medroxiprogesterona 150mg. X 1ml. Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea utilizando la técnica de la Z y sin realizar masaje post aplicación.
- Acetato de Medroxiprogesterona 104mg. X 0.65ml. Administrar por vía subcutánea.

- Enantato de noretisterona 200mg x 1ml, administrar por vía intramuscular.
- Primera dosis:
 - ✓ Entre el primer y quinto día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe gestación. En caso de iniciarse en cualquier otro momento, diferente a los cinco primeros días del ciclo debe usarse un método de respaldo durante los primeros 7 días,
 - ✓ Se puede iniciar en el post parto inmediato, no interrumpe la lactancia.
 - ✓ En los primeros cinco días post aborto.
- Sigüientes dosis:
 - ✓ En caso de AMPD administrar cada tres meses, pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicarla con una demora de dos semanas.
 - ✓ En el caso de EN-NET administrar cada dos meses pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicarla con una demora de dos semanas. (23)

g) Programación de seguimiento:

- Es necesario citar a la usuaria cada 3 meses, para evaluar el método así como para la provisión del mismo.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja lo crea necesario.

- Brindar cada año una atención integral in salud sexual y reproductiva. (23)

2.2.5 Fases de la respuesta sexual

La respuesta sexual fue dividida por Kaplan en cinco fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Las fases de deseo y de excitación son ambas susceptibles de alteración con el uso de anticonceptivos hormonales. (26)

a. DESEO

Ocurre a nivel mental y no tiene trascendencia física evidente. Se caracteriza por el fantaseo con temas relacionados con el sexo y aparece cuando el grado de excitabilidad neurofisiológica, las cogniciones, los sentimientos y las sensaciones conducen a algún tipo de impulso sexual, de manera que se origina la apetencia o necesidad de buscar placer sexual. (26)

b. EXITACION

Se produce como consecuencia de la estimulación psíquica y/o física. Si el nivel de deseo es elevado, la excitación es más rápida e intensa, si es bajo el deseo, la excitación puede no ser suficiente como para que se siga desarrollando el ciclo. A nivel psíquico se caracteriza por un creciente aumento de las sensaciones placenteras. Se evidencian cambios físicos progresivos en ambos sexos, los principales son la creciente tumescencia peneana y la lubricación vaginal. (26)

c. MESETA

Se mantienen e incrementan los niveles de excitación sexual predisponiendo a la persona para el orgasmo. (26)

d. ORGASMO

Cuando la excitación llega su punto álgido se desencadena el orgasmo. A nivel psíquico se produce característicamente la caída brusca de la tensión psicológica sexual y a nivel físico contracciones rítmicas de la musculatura perineal y de los órganos reproductores. El varón inmediatamente antes alcanza el denominado "punto de inevitabilidad eyaculatoria" a partir del cual ya no es posible detener la emisión de semen. (26)

e. RESOLUCION

Se llega a ella después del orgasmo. Se caracteriza a nivel físico por la detumescencia genital y el retorno del organismo al estado previo, a nivel psíquico se obtiene una peculiar sensación de bienestar y relajación general. Los varones después de la fase de resolución entran en un periodo refractario durante el que no es posible realizar otro nuevo coito; en las mujeres este periodo teóricamente no se produce, pudiendo, en algunos casos, poder tener más de un orgasmo. (26)

2.2.6 NIVELES FISIOLÓGICOS DE LA RELACION SEXUAL

Desde un punto de vista fisiológico, la relación sexual para algunos autores se dividiría en tres niveles, donde entrarían a actuar diferentes partes de nuestro sistema nervioso:

- **PRIMER NIVEL:**

- ✓ El sistema nervioso simpático actúa a nivel de la región lumbar para intervenir en el proceso físico de la eyaculación y orgasmo tanto en hombres como en mujeres.
- ✓ El sistema nervioso parasimpático actúa a través de la médula espinal, principalmente a nivel de las vértebras sacras: 2, 3 y 4 con el fin de controlar las respuestas sexuales del cuerpo, es decir, produciendo la erección del pene, del clítoris y la lubricación vaginal. Los nervios del clítoris y del pene se dirigen hacia esta zona de la médula espinal. (27)

- **SEGUNDO NIVEL:**

- ✓ El sistema límbico y el tallo cerebral son los encargados de gobernar los instintos primarios, tales como el instinto sexual. Es a nivel cerebral que en esta área se localiza el orgasmo.
- ✓ La hipófisis y los núcleos sexuales del hipotálamo se encargan de gestionar la emisión de hormonas, en especial de la testosterona que actúa a nivel de los centros del placer y en las zonas erógenas periféricas como el clítoris y el pene.
- ✓ Existe una serie de circuitos nerviosos que unen la médula con el tálamo, el sistema límbico y el córtex. (27)

- **TERCER NIVEL:**

- ✓ En este nivel el neocórtex es el encargado de controlar los impulsos nerviosos y otorgar al sexo su dimensión humana, esto es añadir el efecto, el amor, las fantasías y la estética (27).

2.2.7 TRASTORNOS SEXUALES

Los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración de los procesos propios de las fases de la respuesta sexual: *Los trastornos del deseo sexual* con causa orgánica identificable, el factor hormonal juega un papel muy importante en la función sexual femenina siendo los estrógenos los encargados de mediar la respuesta sexual a través del sistema nervioso central y periférico. Éstos afectan los umbrales de sensibilidad vibratoria y de sensibilidad a la presión además de ejercer una función en pro de la vasodilatación. Esto explicaría el hecho de que con la menopausia, al disminuir los niveles estrogénicos, un número importante de mujeres experimentan disminución del deseo sexual. Además existe evidencia clara que junto a los estrógenos, la testosterona participa en la génesis del deseo sexual y que la mujer necesita de una cantidad crítica de testosterona para poder experimentar energía vital y libido. (28)

Sucede que luego de la menopausia, la cantidad crítica de testosterona desciende y por otra parte aumenta la cantidad de globulinas ligantes de hormonas sexuales. Esto se traduce en que la fracción de testosterona libre que es la que ejerce la acción disminuye, a lo que se suma la disminución en la sensibilidad de los receptores cerebrales a las hormonas lo que da como resultado final una disminución del deseo sexual además de una disminución de la sensibilidad genital y del orgasmo (28), (29), (30)

En ausencia de patología orgánica, el factor emocional explica en forma muy importante la disminución del deseo sexual en la mujer pues ella

depende más que el hombre de factores psicosociales (educación sexual restrictiva, compañero sexual inadecuado, etc.) Analizado desde el psicoanálisis, los trastornos del deseo pueden originarse especialmente en la etapa edípica del desarrollo psicosexual, o deberse a conflictos inconscientes en el acercamiento al sexo opuesto que se manifiestan en conductas evitativas. Por otra parte, éstos pueden estar originados en situaciones de la vida cotidiana como exceso de trabajo, trastornos depresivos, conflictos en la relación de pareja, por mencionar los más frecuentes. (29), (30)

- a) Los trastornos de la excitación.-** Con causa orgánica identificable, la manifestación más frecuente de los trastornos de la excitación es la falla de lubricación vaginal. Es aquí donde la deficiencia estrogénica cobra su mayor importancia por el papel directo que posee en la lubricación vaginal con la cual se relaciona a través de una vía vascular y neural. Desde un punto de vista neurológico, se han identificado diversos mediadores en la respuesta excitatoria femenina, los cuales ejercen una acción moduladora en la vasodilatación y lubricación vaginal. Mientras que a nivel vascular, la acción de los estrógenos produce vasodilatación, por lo que la deficiencia estrogénica se traduce en reducción de los flujos arteriales en el clítoris y vagina, afectando por lo tanto la lubricación. Esto sucede en patologías que producen daño en la vasculatura pelviana como por ejemplo, la arterioesclerosis, la hipertensión arterial, diabetes mellitus, el tabaquismo y alcoholismo, etc. (29), (30), (31)

Otro factor que puede interferir con la respuesta sexual femenina en la fase de excitación es la farmacoterapia. Existen múltiples medicamentos que interfieren en esta etapa como por ejemplo los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina, los betabloqueadores, los anticolinérgicos, la quimioterapia, entre otros. (29), (30), (31)

En ausencia de patología orgánica, tal como se mencionó en los trastornos del deseo, podemos mencionar diversos factores psicológicos asociados a la dificultad de mantener la excitación sexual como ansiedad en torno al compañero sexual o al acto sexual mismo, culpa consciente o inconsciente derivada de una formación equívoca en relación a la sexualidad, o algún grado de temor a ser dañada. (29), (30), (31)

- b) Los trastornos del orgasmo,** Con causa orgánica identificable, pueden deberse a patologías que afecten el sistema vascular (que impidan la vasocongestión genital), neural u hormonal, como también pueden ser el resultado de cirugías, trauma o fármacos como los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina. Es decir, todas las causas citadas anteriormente pueden ser etiologías de disorgasmias sean éstas, anorgasmias (ausencia total de orgasmo) u oligorgasmia (escasos o esporádicos orgasmos). (29), (30)

En ausencia de patología orgánica existen múltiples factores psicológicos que pueden dar lugar a trastornos del orgasmo, los que pueden ser educativos o situacionales, aunque generalmente se presentan en forma conjunta. (30), (31)

Entre ellos podemos mencionar: temor al embarazo, al daño vaginal, hostilidad hacia el compañero sexual y sentimientos de culpa hacia los propios impulsos sexuales. Algunas mujeres relacionan el orgasmo con impulsos agresivos o violentos, como también a una pérdida de control. Así mismo, las restricciones culturales y las expectativas sociales pueden ser importantes al momento de vivenciar la experiencia del orgasmo. (29), (30)

2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS:

- ✓ **ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA:** Es una hormona de la clase llamada progestinas.
- ✓ **ASOCIACIÓN:** La asociación es un método más generalizado de explicar la diferencia entre dos términos estadísticos.
- ✓ **CARACTERÍSTICA:** Es una cualidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes.
- ✓ **EDAD:** Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento. "la edad se suele expresar en años.
- ✓ **DESEO SEXUAL:** Es una ansiedad placentera de carácter erótico.
- ✓ **INHIBICIÓN:** suspender transitoriamente una función.
- ✓ **PARIDAD:** número de veces que una mujer ha parido o a dado a luz independientemente de la vía (vaginal o abdominal).
- ✓ **RELACIÓN:** Se define como relación a una conexión o vínculo establecido entre dos entes, lográndose así una interacción entre los mismos.
- ✓ **TIEMPO DE USO:** Periodo en el que se usa algo.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación según la intervención del investigador: Es **observacional** porque no existe intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador. Según la planificación de la toma de datos: Es **prospectivo** porque los datos recogidos para el estudio son recogidos a propósito de la investigación y siempre son datos primarios. Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio: Es **transversal** porque la variable de estudio será medida una sola vez. Según el número de variables de interés: Es **analítico**, porque por lo menos dos variables están involucradas acá.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Utilizamos el diseño correlacional y transeccional, donde se recolectan datos y se describe relación. La investigación es de nivel relacional porque es bivariado y son estudios de asociación y relación de dependencia que busca describir una realidad tangible de las usuarias de acetato de

medroxiprogesterona con el deseo sexual, para determinar los parámetros con intervalo de confianza.

El método que utilizamos fué el cuantitativo ya que el fin fue medir y cuantificar en cifras las características de uso de acetato de medroxiprogesterona y deseo sexual en usuarias de planificación familiar del hospital II EsSalud-Abancay y sus resultados pueden ser extrapolables a toda la población, con un determinado nivel de error y nivel de confianza.

La técnica para el procesamiento y análisis de datos se hizo con el uso del paquete completo de análisis de datos de nombre SPSS, se utilizó la estadística descriptiva a través de cuadros de distribución de frecuencias, cuadros de contingencia gráficos de barras simples y apiladas, contraste de hipótesis con técnica estadística no paramétrica a través del Chi cuadrado de pearson, con un nivel de significancia de 0.05.

3.3 POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION

3.3.1 POBLACION

Está conformada por usuarias del servicio de planificación familiar del hospital II EsSalud-Abancay entre el 1 de abril al 30 de junio del 2017, que cumplen con los siguientes criterios de selección. Consta con 190 participantes.

➤ **CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

• **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Aceptar participar en el estudio.
- Edad mayor de 18 años y menor de 45 años.
- Uso de Acetato de Medroxiprogesterona mayor a 3 meses.
- Con pareja estable mayor a 3 meses.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Anticonceptivo oral combinado
- Anticonceptivo de implante subdérmico
- Anticonceptivo inyectable combinado
- Problemas psicológicos.

3.3.1 MUESTRA

- **UNIDAD DE ANÁLISIS:**

Usuaris que utilizan como método anticonceptivo el Acetato de Medroxiprogesterona atendidas en el servicio de Planificación familiar del Hospital EsSalud II Abancay.

- **TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la siguiente fórmula para la estimación de frecuencias (marco muestral conocido).

**Tamaño de la muestra para la estimación de frecuencias
(marco muestral conocido)**

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Marco muestral	N =	190
Alfa (Máximo error tipo I)	α =	0.050
Nivel de Confianza	1- α/2 =	0.975
Z de (1-α/2)	Z (1- α/2) =	1.960
Prevalencia de la enfermedad	p =	0.500
Complemento de p	q =	0.500
Precisión	d =	0.050
Tamaño de la muestra	n =	127.35

Tamaño de muestra total	128
--------------------------------	------------

- **TIPO DE MUESTREO:** Probabilístico por muestreo aleatorio simple.

3.4 VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES

VARIABLES ASOCIADAS	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
CARACTERÍSTICAS DE USO DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA	<ul style="list-style-type: none"> • TIEMPO DE USO • EDAD • PARIDAD 	AUTORESPUESTA DEL CUESTIONARIO	a) Menos de 6 meses b) De 6 meses a 1 año c) De 1 año a 2 años d) De 3 años a 4 años e) De 4 años a más a) Joven b) adulta a) Nulípara b) Primípara c) Multípara d) Gran multípara
VARIABLE DE SUPERVISION	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
DESEO SEXUAL	TRANSTORNOS DEL DESEO SEXUAL	TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO $DSI = p1 + p2 + p3 + p4 + p5 + p6 + p7 + p8 + p9 + p10 + p11 + p12 + p13 + p14 + p15$	a) CON DSI: (MAYOR A 50 PUNTOS) b) SIN DSI: (MENOR O IGUAL A 50 PUNTOS)

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCION DE DATOS

3.5.1 TÉCNICAS

En la presente investigación se recopiló la información de nuestra muestra con una **encuesta** donde se buscó conocer la reacción o la respuesta del grupo de individuos estudiados

3.3.2 INSTRUMENTOS

En la presente investigación se recopiló la información de nuestra muestra con el instrumento denominado (cuestionario) que consta de preguntas abiertas y cerradas según nuestra operacionalización de variables, donde el encuestado marcó en una x la alternativa que creía correcta o respectivamente escribió frente a una pregunta abierta.

- Formulario (Anexo 1): Elaborado según la operacionalizaion de variables y validado el contenido por juicio de expertos (3 especialistas en planificación familiar) que consta de 03 ítems, que se realizaron tomando en cuenta variables importantes para el estudio.

- Test del Deseo Sexual Inhibido (Anexo 2): Instrumento elaborado y aprobado por Master, Johnson y Kolodny, publicado en el libro "Eros los mundos de la sexualidad" en 1996, denominado "Autovaloración del deseo sexual inhibido", instrumento compuesto por 15 afirmaciones tipo diferencial semántico con puntuación de 1 a 9 pts. En cada ítem. Finalmente, obteniendo el resultado de acuerdo a la sumatoria de puntaje del test, (con deseo sexual inhibido mayor o igual a 50 puntos y con deseo sexual normal menor a 50 puntos)

3.6 PROCEDIMIENTOS

Inicialmente se solicitó la autorización para la recolección de datos al director del hospital II esSalud-Abancay. Para la identificación de los casos, se procedió a captar las usuarias del servicio de planificación familiar durante los meses de abril y junio del 2017. Luego de la correspondiente identificación se procedió a tomar criterios de inclusión y exclusión, en aquellas que cumplieron se procedió a invitarlas en la investigación. Seguidamente se informó a las participantes sobre el estudio. Donde se procedió a aplicar el instrumento después de recolectar la información, posteriormente se procedió a realizar una revisión de todos los instrumentos empleados

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Se realizó la encuesta a 128 usuarias del método anticonceptivo trimestral del servicio de planificación familiar del hospital II Essalud de Abancay durante los meses de abril a junio del 2017, para determinar la relación de las características de uso del acetato de medroxiprogesterona con el deseo sexual, encontrándose relación del uso del acetato de Medroxiprogesterona con el deseo sexual, así mismo también se encontró relación de las características como la paridad y tiempo de uso con la disminución del deseo sexual mas no se encontró relación de la característica edad con el deseo sexual, tal como se detalla a continuación:

- **TABLAS Y GRÁFICOS:**

CUADRO NRO. 01

Usuaris por deseo sexual, del hospital Essalud II Abancay. Abril- junio 2017

Tabla 1.- Usuaris por deseo sexual

DESEO	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
Con deseo sexual inhibido	114	89,1
Sin deseo sexual inhibido	14	10,9
TOTAL	128	100,0

FUENTE: Test del deseo sexual inhibido.

GRÁFICO NRO. 01

Porcentaje de usuarias por deseo sexual, del hospital Essalud II Abancay, abril-junio 2017.

Gráfico 1.- Usuaris por deseo sexual



En la tabla 01, se puede observar que de las 128 usuarias atendidas en el servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud Abancay, 114 (89,1%) tienen el deseo sexual inhibido y 14 (10,9%) no tienen el deseo sexual inhibido.

CUADRO NRO. 02

Usuarias por categoría deseo sexual según tiempo de uso del hospital

Essalud II Abancay abril-junio 2017

Tabla 2.- Usuarias por categoría deseo sexual según tiempo de uso

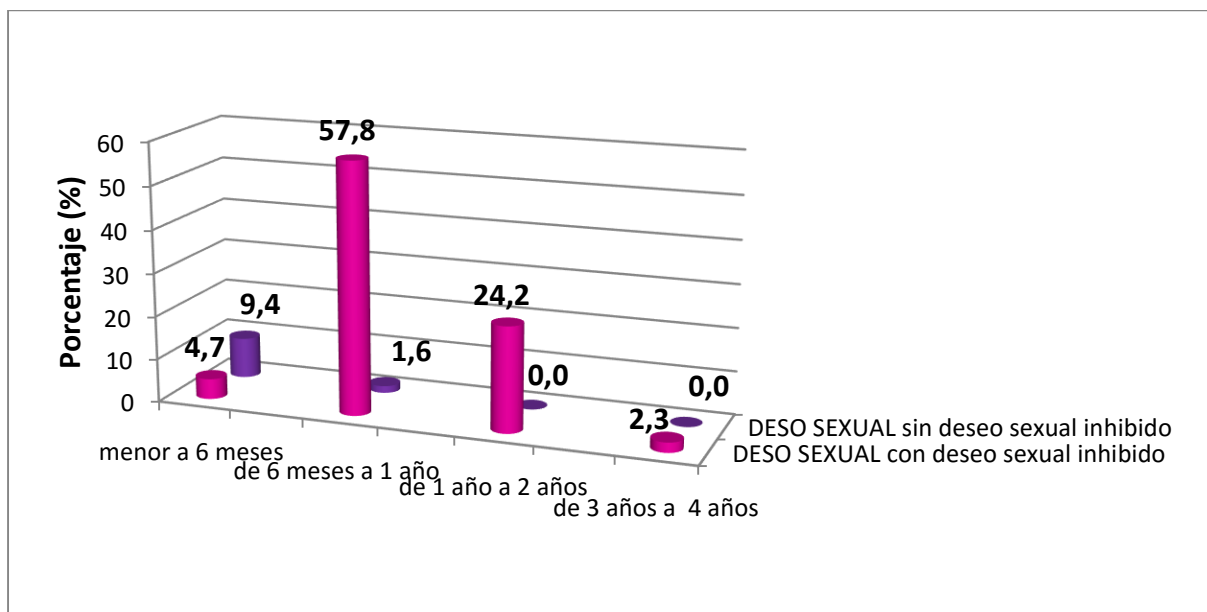
	DESO SEXUAL				TOTAL	
	con deseo sexual inhibido		sin deseo sexual inhibido			
TIEMPO DE USO	N	%	N	%	N	%
Menor a 6 meses	6	4,7%	12	9,4%	18	14,1%
De 6 meses a 1 año	74	57,8%	2	1,6%	76	59,4%
De 1 año a 2 años	31	24,2%	0	0,0%	31	24,2%
De 3 años a 4 años	3	2,3%	0	0,0%	3	2,3%
TOTAL	114	89,1%	14	10,9%	128	100,0%

FUENTE: Cuestionario de características de uso del acetato de Medroxiprogesterona, test del deseo sexual inhibido.

GRÁFICO NRO. 02

Porcentaje de usuarias por deseo sexual según tiempo de uso del hospital Essalud II Abancay abril-junio 2017

Gráfico 2.- Usuarias por categoría deseo sexual según tiempo de uso



En la tabla 04, se puede observar en primer lugar que de las 128 usuarias atendidas en el servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud Abancay, 18 (14,1%) tienen el tiempo de uso menor a 6 meses, de estas 12 (9,4%) no tienen el deseo sexual inhibido y 6 (4,7%) tienen el deseo sexual inhibido, mientras que 76 (59,4%) usuarias tienen el tiempo de uso de 6 meses a 1 año, de ellas 2 (1,6%) no tienen el deseo sexual inhibido y 74 (57,8%) tienen el deseo sexual inhibido, referente al tiempo de uso de 1 año a 2 años se encontró a 31 (24,2%) usuarias, de ellas el total tienen el deseo sexual inhibido al igual que el tiempo de uso de 3 años a 4 años se encontró a 3 (2,3%) usuarias, de ellas también el total tienen el deseo sexual inhibido.

CUADRO NRO. 03

Usuaris por categoría deseo sexual según edad del hospital Essalud II

Abancay abril-junio 2017

Tabla 3.- Usuaris por categoría deseo sexual según edad

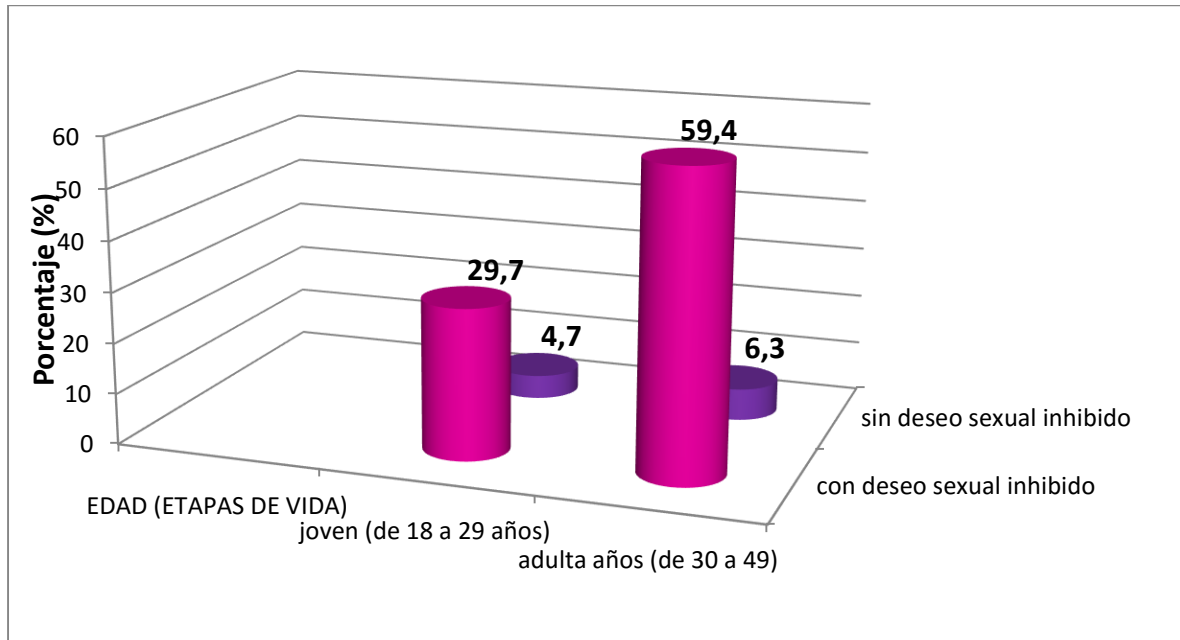
	DESO SEXUAL				TOTAL	
	con deseo sexual inhibido		sin deseo sexual inhibido			
EDAD (ETAPAS DE VIDA)	N	%	N	%	N	%
Joven (de 18 a 29 años)	38		6	4,7%	44	34,4%
		29,7%				
Adulta años (de 30 a 49)			8	6,3%	84	65,6%
	76	59,4%				
TOTAL	114	89,1%	14	10,9%	128	100,0%

FUENTE: Cuestionario de características de uso del acetato de Medroxiprogesterona, test del deseo sexual inhibido.

GRÁFICO NRO. 03

Porcentaje de usuarias por deseo sexual según edad del hospital Essalud II Abancay abril-junio 2017

Gráfico 3.- Usuarias por categoría deseo sexual según edad



En la tabla 02, se puede observar en primer lugar que de las 128 usuarias atendidas en el servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud Abancay, 44 (34,4%) tienen la edad según etapas de vida joven, de estas 6 (4,7%) no tienen el deseo sexual inhibido y 38 (29,7%) tienen el deseo sexual inhibido, mientras que 85 (65,6%) usuarias tienen la edad según etapas de vida adulta, de ellas 8 (6,3%) no tienen el deseo sexual inhibido y un 76 (59,4%) tienen el deseo sexual inhibido.

CUADRO NRO. 04**Usuarias por categoría deseo sexual según paridad del hospital Essalud II
Abancay abril-junio 2017****Tabla 4.- Usuarias por categoría deseo sexual según paridad**

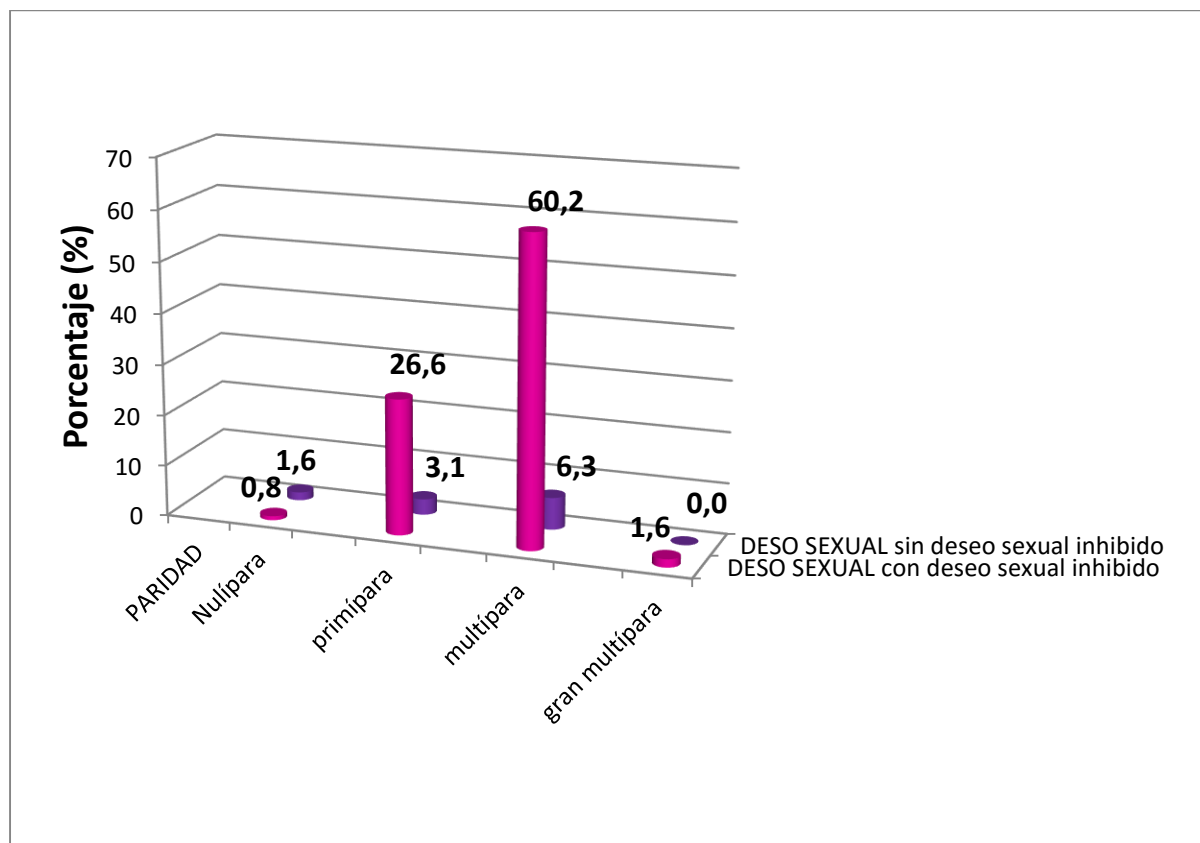
	DESO SEXUAL				TOTAL	
	con deseo sexual inhibido		sin deseo sexual inhibido			
PARIDAD	N	%	N	%	N	%
Nulípara	1	0,8%	2	1,6%	3	2,3%
primípara	34	26,6%	4	3,1%	38	29,7%
multípara	77	60,2%	8	6,3%	85	66,4%
gran múltipara	2	1,6%	0	0,0%	2	1,6%
TOTAL	114	89,1%	14	10,9%	128	100,0%

FUENTE: Cuestionario de características de uso del acetato de Medroxiprogesterona, test del deseo sexual inhibido.

GRÁFICO NRO. 04

Porcentaje de usuarias por deseo sexual según paridad del hospital Essalud II Abancay abril-junio 2017

Gráfico 4.- Porcentaje de usuarias por deseo sexual según paridad



En la tabla 03, se puede observar en primer lugar que de las 128 usuarias atendidas en el servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud Abancay, 3 (2,3%) tienen la paridad nulípara, de estas 2 (1,6%) no tienen el deseo sexual inhibido y 1 (0,8%) tienen el deseo sexual inhibido, mientras que 38 (29,7%) usuarias tienen la paridad primípara, de ellas 4 (3,1%) no tienen el deseo sexual inhibido y un 34 (26,6%) tienen el deseo sexual inhibido, por otro lado el 85 (66,4%) de usuarias tienen la paridad múltipara, de ellas 8 (6,3%) no tienen el deseo sexual inhibido y 77 (60,2%) tienen el deseo sexual inhibido, referente a la paridad gran múltipara se encontró a 2 (1,6%) usuarias, de ellas el total tienen el deseo sexual inhibido.

• **PRUEBA DE HIPOTESIS**

Prueba de hipótesis para el deseo sexual según características de uso del acetato de medroxiprogesterona.

H0: Las características de uso del Acetato de Medroxiprogesterona no se asocian con el deseo sexual, en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017

HI: Las características de uso del Acetato de Medroxiprogesterona se asocian con el deseo sexual, en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		DESEO SEXUAL
EDAD (ETAPAS DE VIDA)	Chi-cuadrado	,501
	gl	1
	Sig.	,479 ^a
PARIDAD	Chi-cuadrado	10,020
	gl	3
	Sig.	,018 ^{a,*,c}
TIEMPO DE USO	Chi-cuadrado	66,946
	gl	3
	Sig.	,000 ^{a,*,c}

En el cuadro se tiene el valor significativo es menor al valor de significancia 0,050 entonces se rechaza la hipótesis nula (H0). Por lo tanto podemos afirmar con un nivel de confianza del 95% que existe relación entre las características de uso del acetato de Medroxiprogesterona con el deseo sexual en usuarias del hospital II Essalud Abancay.

Prueba de hipótesis para el deseo sexual según el tiempo de uso

H0: El tiempo de uso de acetato de medroxiprogesterona no se relaciona significativamente con el deseo sexual en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II esSalud-Abancay, abril-junio, 2017.

HI: El tiempo de uso de acetato de medroxiprogesterona se relaciona significativamente con el deseo sexual en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II esSalud-Abancay, abril-junio, 2017.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		DESEO SEXUAL
TIEMPO DE USO	Chi-cuadrado	66,946
	gl	3
	Sig.	,000 ^{*,b,c}

En el cuadro se tiene que el valor significativo es 0,000 menor al nivel de significancia de 0,050 entonces se rechaza la hipótesis nula (H0). Por lo tanto podemos afirmar con un nivel de confianza del 95% que existe relación entre la variable tiempo de uso y el deseo sexual en usuarias del hospital esSalud II Abancay.

Prueba de hipótesis para el deseo sexual según la edad.

H0: La edad no se relaciona de manera significativa con el deseo sexual en usuarias de planificación familiar del Hospital II esSalud-Abancay, abril-junio, 2017.

HI: La edad se relaciona de manera significativa con el deseo sexual en usuarias de planificación familiar del Hospital II esSalud-Abancay, abril-junio, 2017.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		DESEO SEXUAL
EDAD (ETAPAS DE VIDA)	Chi-cuadrado	,501
	gl	1
	Sig.	,479 ^a

En el cuadro se tiene que el valor significativo es 0,479 mayor al nivel de significancia de 0,050 entonces se acepta la hipótesis nula (H0). Por lo tanto podemos negar con un nivel de confianza del 95% que no existe relación entre la variable edad y el deseo sexual en usuarias del hospital esSalud II Abancay.

Prueba de hipótesis para el deseo sexual según la paridad

H0: La paridad no se relaciona de manera significativa con el deseo sexual en usuarias de planificación familiar del Hospital II esSalud-Abancay, abril-junio, 2017.

H1: La paridad se relaciona de manera significativa con el deseo sexual en usuarias de planificación familiar del Hospital II esSalud-Abancay, abril-junio, 2017.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		DESEO SEXUAL
PARIDAD	Chi-cuadrado	10,020
	gl	3
	Sig.	,018 ^{*,b,c}

En el cuadro se tiene que el valor significativo es 0,018 menor al nivel de significancia de 0,050 entonces se rechaza la hipótesis nula (H0). Por lo tanto podemos afirmar con un nivel de confianza del 95% que existe relación entre la variable paridad y el deseo sexual en las usuarias del hospital Essalud II Abancay.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

- En el estudio se busca determinar la asociación entre las características de uso del acetato de Medroxiprogesterona con el deseo sexual y se encontró relación entre la paridad, tiempo de uso con el deseo sexual.
- Es importante tener en cuenta las características de las usuarias que acuden al servicio de planificación familiar del hospital II Essalud-Abancay, para poder tener una mejor visión de los resultados, puesto que en dicho servicio se estiman más de 700 atenciones anuales. Se encontró a la mayoría de usuarias en un rango de edad entre 30 a 45 años (65,6%), tienen como promedio de 2 a 3 hijos vivos (66,4%) y el tiempo de uso de dicho método oscila entre 6 meses a 1 año (59,4%).
- Estos resultados son consistentes con el estudio de Lourdes Jhaquelyn García Briceño y Sara Llactahuaman Cuchuñaua en su estudio que lleva por título: Asociación entre el acetato de medroxiprogesterona y deseo sexual en usuarias de planificación familiar. Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre y diciembre 2012.
- Uno de los efectos del que poco se habla ante el uso del acetato de medroxiprogesterona es la disminución del deseo sexual. Hasta el momento no se ha encontrado trabajos que relacionen específicamente el acetato de medroxiprogesterona con el deseo sexual pero si existen revisiones de estudio de anticonceptivos hormonales en general y la disminución del deseo sexual. Todos llegan a la conclusión de que los resultados son muy variados y para que se produzca la libido debe darse una buena combinación de efectos biológicos, psicológicos y socio-culturales.

- En nuestro estudio se observó que el 89,1% son usuarias del acetato de medroxiprogesterona con disminución del deseo sexual y el 10,9% sin disminución del deseo sexual. Se han estudiado también a usuarias con diferentes dosis de acetato de medroxiprogesterona por lo que se puede mostrar que la mayoría de usuarias con disminución del deseo sexual (59,4%) lo presentó a la segunda dosis. Esto podría deberse al efecto inhibitor sospechado de la progesterona y derivados en la reducción de los niveles de testosterona y estrógenos, los cuales están relacionados directa e indirectamente con el deseo sexual de la mujer.

CONCLUSIONES

- En las usuarias del acetato de medroxiprogesterona del servicio de planificación familiar el 89,1% tienen el deseo sexual inhibido y solo el 10,9% de las usuarias no tienen el deseo sexual inhibido.
- En el estudio se observó que el valor significativo es mayor al nivel de significancia, con respecto a la edad, entonces se concluye en que no existe relación entre la variable edad y el deseo sexual en usuarias del hospital essalud II Abancay.
- En el estudio se observó que el valor significativo es menor al nivel de significancia, con respecto a la paridad, entonces se concluye en que existe relación entre la variable paridad y el deseo sexual en usuarias del hospital essalud II Abancay.
- En el estudio se observó que el valor significativo es menor al nivel de significancia, con respecto al tiempo de uso, entonces se concluye en que existe relación entre la variable tiempo de uso y el deseo sexual en usuarias del hospital essalud II Abancay.

RECOMENDACIONES

- Para determinar el verdadero efecto que el acetato de medroxiprogesterona produce en el deseo sexual femenino, se debería de realizar estudios similares en los diferentes establecimientos de salud, considerando su categorización y teniendo en cuenta la diversidad cultural en nuestro país, así como también en mejorar el número de muestra y realizar estudios más extensos.
- Sería recomendable aplicar en la primera consulta el test del deseo sexual inhibido para evaluar el deseo sexual inicial de la usuaria y tomar las consideraciones necesarias de acuerdo al resultado, como hacer seguimiento, dar una adecuada consejería y realizar interconsulta con otras especialidades.
- Se sugiere realizar un seguimiento en el cual se evalúe nuevamente el deseo sexual de la usuaria al año de haber iniciado el método anticonceptivo trimestral, con la finalidad de evaluar su salud sexual.
- Se debería mejorar la consejería en planificación familiar que se brinda en los diferentes establecimientos de salud, enfatizando dentro de los efectos secundarios del acetato de medroxiprogesterona las alteraciones del deseo sexual y así permitir que las usuarias escojan el método anticonceptivo que más les beneficie.
- Dar mayor importancia a la salud sexual, y como ésta se ve implicada en la vida personal y de la pareja, ya que está dentro de nuestras competencias como profesional de obstetricia, velar por la salud sexual y reproductiva, pero es una de las áreas q menos se ha estudiado en nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Departamento de asuntos médicos y públicos,. Inyectables e implantes. S S treet. whashington: centor médico de la universidad George Washington, whashington; 2001.
2. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamécum. [Online].; 2015 [cited 2017 marzo 14. Available from: <http://www.pediamecum.es>.
3. Ministerio de salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Perú;; 2004.
4. Rodríguez Reinaldo GLCM. Caracterización de las progestinas Inyectables y sus beneficios en la Planificación Familiar. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2003; 19 (2)(1-7).
5. Draper BH MCHMSJBMHJVdML. la biblioteca Cochrane Plus. [Online].; 2008 Número 4 [cited 2017 Marzo 16. Available from: <http://update-software.com>.
6. Encuesta Demográfica de Salud y Familia. ; 2000-2010.
7. Condori M CJ. Conocimiento y actitud que tienen las puérperas sobre el Acetato de Medroxiprogesterona (Depo-provera) y su aceptación como método anticonceptivo. Tesis de Bachiller. Lima: Facultad de Medicina Humana de la UNMSM: Instituto Especializado Materno Perinatal, Lima; 2005.
8. Gil F. Conocimientos, actitudes y aceptación de los efectos secundarios del acetato de medroxiprogesterona en usuarias de un servicio de planificación familiar de Lima, 2005. Revista Peruana de Epidemiología, ISSN-e 1609-7211. 2010, 8 págs. Enero; Vol. 14.(Nº. 3.).
9. Raymond C BJ. Respuesta sexual normal en la mujer. Clínicas obstétricas y ginecológicas de Norteamérica, ISSN 1885-9070. 2006; 33 pag. 515-526(4).
10. García H HS. Cuando el coito produce dolor: una exploración de la sexualidad femenina en el noroeste de México. Salud pública Méx. 2010 mar./abr. ; vol.52

(no.2).

11. J. Sierra . Validación del Massachusetts General Hospital-Sexual Questionnaire (MGH-SFQ). España.; 2011.
12. Zornoza V LAHF. Anticoncepción hormonal y deseo sexual femenino. Toko - Gin Pract. 2009 noviembre- diciembre; 68 (6): 179 -181(707).
13. Pio Iván Gómez-Sánchez MD,YPPD. Percepciones del uso de anticonceptivos en Bogotá(Colombia) 2009. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2010 Jan./Mar. ; vol.61(no.1).
14. Monroy R BC. efectos secundarios en pacientes que utilizan estrógenos y progesterona o acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo: GT 1.5:13; noviembre 1997.
15. Llactahuaman S, Lourdez G. asociacion del acetato de medroxiprogesterona con el deseo sexual. Lima: Instituto materno perinatal, Lima; 2012.
16. Fernández L. Características de mujeres con embarazo no deseado por abandono de métodos anticonceptivos-Instituto Especializado Materno Perinatal-2005. Tesis de Bachiller. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis PERÚ, Lima; 2006.
17. J. P. GINECOLOGIA OBSTETRICIA Y REPRODUCCION. 2nd ed. PERU: revistas especializadas SAC.; 2007.
18. ALFREDO PS. GINECOLOGIA. 2nd ed. SANTIAGO DE CHILE: PUBLICACIONES TECNICAS MEDITERRANEO; 1998.
19. Informática INdEe. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. , Lima; 2012.
20. R L. Antioncepción hormonal femenina URL. [Online]. [cited 2017 Marzo 16. Available from: http://www.hcqho.sid.cu/joomla/Farmacología%20ll/recursos/tema7/bibliografía_complementaria/Capítulo%20anticonceptivos.%20Libro%20nuevo%20%207.2.d

OC.

21. MONGRUT A. Tratado De Obstetricia Normal Y Patologica. 5th ed. Lima: Monpress E. I. R. L.; 2000.
22. F M. Eficacia, seguridad, indicaciones y controversias de la contracepción con solo gestágenos: Aetato de Medroxiprogesterona (Depoprovera) y Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel. Sociedad Española de Contracepción; 2010.
23. MINSA. NORMA TECNICA DE PLANIFICACION FAMILIAR LIMA-PERÚ; 2016.
24. MINSA. NORMA TECNICA DE PLANIFICACION FAMILIAR LIMA-PERU; 2004.
25. MINSA. GUIA NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR LIMA-PERÚ; 2005.
26. MAURILIA Z. SEXUALIDAD HUMANA. 1st ed.: MC. GRAW.HILL; 2010.
27. ANA HE. PSICOBIOLOGIA Y ETOLOGIA I DUEDE , editor. LIMA-PERÚ: TALLERES GRAFICOS DE LA UAP.
28. M P. Sexualidad y Anticoncepción. RevPediatr Aten Primaria; 2008.
29. Bustamente F LMZPNF. Trastornos de la sexualidad. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2008.
30. Alcoba S GLSMC. Guía de Buena Práctica Clínica en Disfunciones sexuales. España.; 2004.
31. A. R. Fenomenología de la sexualidad humana. Revista de psiquiatría clínica; 2010.

ANEXOS



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FORMULARIO

Estimada Usuaria deseamos conocer algunos datos respecto al uso del Anticonceptivo que Ud. eligió, su opinión y experiencia con respecto a estas preguntas serán de mucha utilidad para la realización de un trabajo de investigación, siendo manejados con la más absoluta reserva. Muchas gracias por su valiosa colaboración.

N° DE FICHA.....

1. Edad_____ (años)

2. ¿Cuántos partos ha tenido?

- a) Ninguno
- b) Uno
- c) Dos a 5 partos
- d) De 6 a más partos

3. Tiempo de uso de su método anticonceptivo actual

- a) Menor a 6 meses
- b) De 6 meses a 1 año
- c) De 1 año a 2 años
- d) De 3 años a 4 años
- e) De 4 años a mas



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO

(Masters et al., 1994)

A continuación se presentan 15 frases que usted puede puntuar de 1 a 9, (1 = TOTALMENTE FALSO) y (9 = TOTALMENTE VERDADERO); los número intermedios de la escala significan posiciones intermedias entre Falso y Verdadero). Conteste cada una de las afirmaciones. Según corresponda en su caso.

1. Pienso en el sexo muy poco	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. El sexo por lo general me resulta insatisfactorio	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Mi pareja siempre inicia las relaciones sexuales	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Con frecuencia rechazo las aproximaciones de mi pareja para hacer el amor	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Incluso cuando mi pareja se muestra romántico, me resulta difícil de estar de humor para el sexo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. En general, me siento carente de atractivo y no deseable.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Nunca me masturbo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Cuando estoy haciendo el amor, habitualmente me siento distraída y distante.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Soy una persona poco apasionada.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

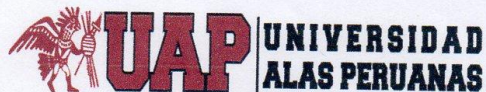
10.El impulso sexual de mi pareja es muchísimo más fuerte que el mío.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11.Estaría perfectamente contenta con dejar el sexo fuera de nuestra relación si ello no fuera a causar problemas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12.Nunca tengo fantasías sexuales.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.Los desacuerdos por la frecuencia de las relaciones sexuales son comunes en nuestra relación y a menudo llevan a discusiones o sentimientos heridos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14.Es frecuente que yo invente excusas para evitar tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.A veces, durante la noche, finjo dormir para que mi pareja no intente hacerme el amor.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

RESULTADOS	PUNTOS	CON DESEO SEXUAL INHIBIDO	
		SIN DESEO SEXUAL INHIBIDO	

MATRIZ DE CONSISTENCIA

CARACTERISTICAS DE USO DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA Y DESEO SEXUAL, EN USUARIAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL HOSPITAL II ESSALUD-ABANCAY, ABRIL-JUNIO, 2017.

PREGUNTA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLE 01	DIMENSIONES	METODOLOGIA
¿Cuál es la asociación entre las características de uso de acetato de medroxiprogesterona y el deseo sexual, en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017?	Determinar la asociación entre las características de uso de acetato de medroxiprogesterona y el deseo sexual, en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017	Las características de uso del Acetato de Medroxiprogesterona se asocia con el deseo sexual, en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017	Uso de acetato de Medroxi progesterona	Tiempo de uso Edad paridad	<p>TIPO: Básica, observacional, prospectivo, transversal, analítico.</p> <p>NIVEL; Relacional.</p> <p>DISEÑO: correlacional y transeccional, se recolectan datos y se describe relación.</p> <p>ESQUEMA:</p> <p>DONDE: M: muestra Ox: observación de variable 1 Oy: Observación de variable 2 r: relación</p> <p>POBLACION: 190 usuarias del hospital II EsSalud-Abancay, 2017.</p> <p>MUESTRA: 128 usuarias.</p> <p>TIPO DE MUESTREO probabilística por muestreo aleatorio simple.</p> <p>TECNICA: encuesta</p> <p>INSTRUMENTO: cuestionario</p> <p>METODO DE ANALISIS DE DATOS: Estadística descriptiva a través de cuadros de distribución de frecuencias, cuadros de contingencia gráficos de barras simples y apiladas, contraste de hipótesis con técnica estadística no paramétrica a través del Chi cuadrado de pearson, con un nivel de significancia de 0.05.</p>
REGUNTA ESPECIFICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPOTESIS ESPECIFICA	VARIABLE 02	DIMENSIONES	
<p>¿Cuáles son las características de uso del acetato de medroxiprogesterona, en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017?</p> <p>¿Cómo es el deseo sexual en las usuarias del acetato de medroxiprogesterona que acuden al servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el tiempo de uso del acetato de medroxiprogesterona con el deseo sexual en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017?</p> <p>¿De qué manera se relaciona la edad con el deseo sexual en usuarias de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017?</p> <p>¿De qué manera se relaciona la paridad con el deseo sexual en usuarias de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017?</p>	<p>Describir las características de uso del acetato de medroxiprogesterona, en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017.</p> <p>Medir el deseo sexual en las usuarias del acetato de medroxiprogesterona que acuden al servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017.</p> <p>Determinar el grado de relación entre el tiempo de uso del acetato de Medroxiprogesterona con el deseo sexual en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017.</p> <p>Determinar el grado de relación de la edad con el deseo sexual en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017.</p> <p>Determinar el grado de relación de la paridad con el deseo en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017.</p>	<p>El tiempo de uso de acetato de medroxiprogesterona se relaciona significativamente con el deseo sexual en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017.</p> <p>La edad se relaciona de manera significativa con el deseo sexual en usuarias de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017.</p> <p>La paridad se relaciona de manera significativa con el deseo sexual en usuarias de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay, abril-junio, 2017.</p>	Deseo sexual	Inhibición del deseo sexual	



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

CARTA DE PRESENTACION

DR. RAMIRO CAMPANA MIRANDA
DIRECTOR GENERAL HOSPITAL II ESSALUD-ABANCAY

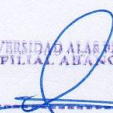
ASUNTO: PRESENTACION DE TESIS PARA SER EJECUTADO POR LA
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL-ABANCAY

Abancay, 25 de marzo del 2017

Previo un cordial saludo y a la vez presentar a la Sta. NATHALY ALVAREZ RAMIREZ, Bachiller de la escuela profesional de obstetricia de la universidad Alas Peruanas filial Abancay, identificada con DNI: N° 43254653, código de estudiante N° 2013140745, quien cumple con los requisitos establecidos en el reglamento de grados y títulos de la facultad de MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD de nuestra universidad. Por ello recurrimos a su digno despacho para solicitarle se permita realizar la ejecución de su tesis aprobada "CARACTERISTICAS DE USO DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA Y DESEO SEXUAL, EN USUARIAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL HOSPITAL II ESSALUD-ABANCAY, ABRIL-JUNIO, 2017." (Aplicación de encuestas en el servicio de planificación familiar), estando a la espera de su aceptación de su institución que Ud. Dignamente dirige.

Agradezco su atención las que servirán de complementación en la formación profesional de nuestra estudiante.

Atentamente:


UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FILIAL ABANCAY
Dr. Esp. Soledad de Huaranca
COORDINADOR DE LA EAP ESTOMATOLOGIA

• BASE DE DATOS EXCEL

MATRIZ DE DATOS - Excel

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA Nitro Pro 8

S70

ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA																		
ID	EDAD (AÑOS)	PARIDAD	TIEMPO DE U	DIMENSION 1								DIMENSION 2				DIMENSION 3		
				DESEO S	DESEO S	DESEO S	DESEO S	DESEO S	DESEO S	DESEO S	DESEO S	DESEO S	DESEO S	DESEO S	DESEO S	DESEO S	DESEO S	DESEO S
n	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18
1	40	2	2	8	8	9	8	7	9	9	7	7	9	9	8	8	7	7
2	25	2	2	7	7	8	8	7	7	6	7	7	9	8	7	8	7	6
3	28	1	3	7	6	6	7	7	7	6	6	6	7	6	7	6	7	6
4	30	2	2	5	6	6	5	5	5	6	5	6	7	6	5	6	6	5
5	41	2	3	8	8	9	8	8	9	9	8	9	9	8	9	9	8	9
6	39	2	3	8	8	9	9	8	7	8	8	8	9	9	9	9	9	9
7	31	2	2	7	7	6	7	8	6	7	6	6	7	6	6	7	6	6
8	25	2	2	6	5	5	6	5	5	4	5	3	6	4	4	5	6	6
9	39	2	2	6	5	6	5	5	5	6	7	6	6	6	5	6	6	6
10	37	2	3	8	8	9	8	8	9	9	9	9	9	8	9	9	9	9
11	41	2	3	9	9	8	8	8	9	8	9	9	8	8	9	9	9	9
12	24	1	2	6	6	5	6	5	4	5	4	4	5	5	6	4	6	6
13	32	2	2	6	7	7	6	8	8	6	6	7	7	8	8	6	6	7
14	36	2	3	8	7	7	8	8	7	9	7	7	7	8	8	7	7	8
15	34	2	2	6	5	4	5	6	5	5	6	5	4	6	5	6	5	5
16	23	1	2	4	4	5	4	3	3	4	4	3	4	4	3	4	3	4
17	30	2	2	6	7	6	7	5	7	6	6	7	7	5	7	7	6	6
18	31	2	2	7	7	6	7	6	5	6	6	7	7	6	6	7	7	6
19	30	1	3	8	8	9	8	7	8	7	8	8	8	9	9	7	9	9
20	34	2	3	8	9	8	9	7	9	9	9	8	8	9	9	9	9	9
21	34	2	2	6	7	6	7	6	7	7	6	8	7	7	7	6	7	7
22	34	2	3	8	9	8	8	9	8	9	9	9	8	9	8	9	8	8
23	40	2	3	8	8	7	7	8	9	8	9	8	8	7	8	8	9	9
24	35	2	3	9	9	8	9	8	9	9	8	7	9	9	9	9	9	9
25	27	2	2	9	9	6	7	7	6	7	6	7	7	7	6	5	7	7
26	45	2	2	9	9	9	8	9	4	9	9	9	9	9	9	9	9	9
27	30	2	2	7	8	9	7	7	8	8	7	9	7	9	8	8	8	8
28	31	2	2	6	6	7	5	5	6	6	5	5	5	6	5	7	7	6
29	37	2	2	8	8	9	7	8	8	9	9	8	7	9	9	8	8	9
30	29	1	2	7	7	8	6	6	7	7	6	6	7	7	8	7	8	8
31	31	2	2	8	7	8	6	6	8	8	7	7	8	9	8	8	9	9
32	31	2	2	8	6	7	6	5	6	5	5	6	6	5	4	6	5	5

MATRIZ DE DATOS - Excel

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA Nitro Pro 8

B43

39	32	2	2	7	6	7	7	5	6	5	7	8	8	7	6	7	7	7
40	35	2	3	8	8	9	7	8	9	7	9	9	9	9	8	9	9	9
41	31	2	3	8	8	9	9	7	6	8	9	9	8	9	8	9	9	9
42	23	0	1	5	4	4	1	1	3	4	4	2	5	3	5	3	5	4
43	30	1	2	6	7	7	6	6	7	5	6	6	7	7	8	7	7	7
44	23	1	2	7	6	6	7	7	6	7	6	7	7	6	8	6	7	7
45	37	2	2	6	6	5	6	6	6	7	5	7	7	6	5	5	5	5
46	27	2	2	7	6	6	7	5	6	5	5	6	7	6	6	6	6	6
47	27	1	1	4	5	4	2	1	4	3	2	3	4	3	3	2	3	3
48	41	2	2	8	7	8	7	8	9	9	8	8	9	9	7	9	9	9
49	31	2	3	8	8	9	8	8	7	9	9	8	7	9	9	7	8	8
50	39	2	3	7	7	8	6	6	8	7	8	7	6	7	8	7	8	7
51	26	2	2	8	7	8	6	6	6	7	6	7	6	6	6	6	7	7
52	28	1	1	3	4	4	3	3	3	4	3	3	4	5	2	4	4	4
53	23	1	2	4	4	5	5	6	5	4	6	6	5	5	6	5	6	7
54	37	2	2	7	7	8	6	6	7	7	6	6	8	8	7	9	8	9
55	25	2	2	7	6	7	6	7	6	8	9	7	7	7	6	6	8	8
56	28	1	2	5	5	4	4	3	3	5	3	4	3	4	5	3	3	3
57	23	1	1	5	4	4	3	3	5	5	4	3	5	3	4	3	4	4
58	35	2	2	6	6	7	5	7	6	6	7	7	6	7	6	5	6	6
59	41	2	3	8	7	9	7	7	8	8	7	9	9	7	8	9	9	9
60	37	2	2	7	6	7	7	5	7	6	7	8	6	7	6	7	6	7
61	26	1	2	6	7	6	7	5	7	5	5	6	7	7	4	6	6	7
62	43	2	3	7	8	7	9	9	7	7	7	8	6	8	7	7	7	8
63	36	2	3	8	8	9	8	7	9	9	8	7	9	7	9	8	9	9
64	40	2	2	6	6	7	6	6	7	6	7	8	6	7	6	7	7	8
65	27	1	2	7	7	8	6	6	5	5	5	6	5	5	6	6	6	7
66	37	2	1	4	5	4	4	3	4	5	3	4	3	4	3	4	3	2
67	26	1	2	6	5	6	7	6	7	6	5	7	6	6	7	6	5	6
68	37	2	3	6	5	6	5	6	7	7	5	5	6	5	7	6	5	7
69	36	2	1	4	3	4	3	2	3	2	4	3	2	3	2	1	1	1
70	33	2	2	7	6	7	5	6	8	6	7	6	6	7	5	6	6	6
71	28	1	2	6	6	7	6	5	7	6	7	8	6	7	6	7	6	6
72	27	1	2	5	6	5	4	6	7	6	8	6	7	8	6	7	6	5
73	30	1	1	2	1	2	1	2	2	2	3	2	1	1	2	3	1	1
74	31	1	2	6	5	7	5	6	5	6	7	6	6	7	6	7	6	7

MATRIZ DE DATOS - Excel

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA Nitro Pro 8

B43 37

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
80	75	42	2	2	7	6	7	6	7	6	8	7	6	8	7	6	8	6	6
81	76	27	2	2	8	7	9	8	7	7	6	7	8	6	7	6	7	7	7
82	77	31	2	1	4	5	3	2	3	2	3	1	1	3	2	3	2	3	2
83	78	28	1	2	6	5	6	7	6	7	5	8	6	8	8	6	6	7	5
84	79	26	1	2	5	6	5	7	6	6	7	6	6	6	6	6	6	6	6
85	80	34	2	2	6	6	5	7	6	8	7	6	6	7	6	7	6	7	7
86	81	29	2	2	6	5	6	7	6	5	5	6	7	5	5	5	6	7	7
87	82	35	2	3	8	9	8	9	8	7	9	9	9	8	9	8	9	8	9
88	83	41	3	2	8	7	9	8	7	8	8	9	9	8	9	9	9	9	9
89	84	40	2	3	7	8	7	8	9	8	9	8	7	8	8	7	8	7	7
90	85	25	1	2	6	5	6	7	6	7	7	6	8	7	7	6	7	7	7
91	86	35	2	2	5	4	5	4	3	4	4	3	2	4	4	4	5	4	4
92	87	36	2	1	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3
93	88	29	2	2	5	6	7	6	8	7	6	6	7	5	7	6	6	7	7
94	89	28	2	2	6	7	7	6	7	6	5	6	6	6	7	6	7	6	7
95	90	36	2	2	6	6	8	8	7	5	6	8	7	6	9	7	8	7	8
96	91	36	2	3	8	7	8	7	8	9	9	8	7	8	7	7	8	8	8
97	92	34	2	2	6	5	4	5	4	5	5	4	5	4	5	4	4	4	4
98	93	31	1	1	2	3	4	3	4	5	4	4	3	5	5	4	3	3	3
99	94	28	1	2	6	6	7	6	5	7	8	6	6	5	6	7	6	7	5
100	95	34	2	3	7	8	9	8	8	9	7	9	8	7	8	8	9	9	9
101	96	33	2	2	8	8	9	8	9	9	8	9	9	8	9	8	9	8	9
102	97	34	2	2	6	5	7	6	5	5	5	6	5	6	7	6	7	7	7
103	98	29	2	2	7	6	7	6	7	5	6	6	7	5	7	8	6	8	6
104	99	43	2	3	8	7	9	8	7	9	8	7	9	8	9	9	8	8	8
105	100	33	2	2	7	9	9	7	6	6	7	6	6	8	9	5	6	6	6
106	101	26	1	2	7	8	7	6	7	6	7	8	7	5	8	5	8	8	8
107	102	30	2	1	3	3	2	3	1	3	2	1	1	3	2	1	2	1	2
108	103	28	2	1	2	3	4	4	3	2	3	1	2	2	2	2	2	1	2
109	104	26	1	2	4	3	4	5	3	4	3	2	3	3	2	1	2	2	2
110	105	29	2	2	5	4	6	6	5	7	5	4	5	4	6	7	8	7	7
111	106	33	1	2	6	5	7	5	6	6	7	5	6	7	6	6	7	6	7
112	107	37	1	3	8	8	9	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	9
113	108	37	1	2	6	4	5	4	6	7	6	8	6	8	7	8	7	7	8
114	109	36	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	1	3	2	1	1
115	110	37	2	2	5	5	4	6	5	4	6	7	6	7	6	7	6	7	8
116	111	24	1	2	4	5	6	7	6	6	6	7	5	8	8	7	6	7	7
117	112	32	2	1	2	1	3	2	4	4	2	1	2	1	3	2	1	2	3
118	113	23	0	2	3	2	5	4	3	5	3	2	1	2	1	3	2	4	3
119	114	39	2	4	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
120	115	40	2	3	5	6	7	5	4	5	7	6	4	7	5	6	5	5	6
121	116	43	2	1	2	4	3	5	3	2	3	1	3	2	1	3	2	4	3
122	117	31	1	2	3	4	6	5	4	6	5	7	5	4	6	5	6	4	5
123	118	35	2	3	6	5	7	9	8	6	7	9	8	8	8	9	7	8	9
124	119	34	2	2	6	7	5	8	7	6	6	7	5	7	8	6	8	7	7
125	120	35	2	2	7	6	8	9	8	7	6	7	8	7	9	8	7	8	7
126	121	45	3	4	9	9	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
127	122	32	2	2	6	7	8	7	6	5	7	6	7	8	6	7	8	7	8
128	123	28	1	1	2	3	2	1	3	2	1	3	2	4	3	2	4	3	3
129	124	23	0	1	3	1	2	3	4	3	2	1	3	2	4	3	1	2	3
130	125	40	2	4	8	9	7	9	8	7	6	8	9	7	9	8	7	8	9
131	126	23	2	2	5	4	6	3	6	7	5	3	4	5	6	4	5	7	6
132	127	30	2	2	6	7	8	6	7	8	7	6	5	7	8	7	6	7	8
133	128	29	1	3	7	8	7	8	6	7	6	8	7	8	7	6	7	8	9

Hoja1 Hoja2 Hoja3

LISTO 62%

MATRIZ DE DATOS - Excel

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA Nitro Pro 8

B43 37

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
101	96	33	2	3	8	8	9	9	8	9	9	8	9	9	9	9	9	9	9
102	97	34	2	2	6	5	7	6	5	5	5	6	5	6	7	6	7	7	7
103	98	29	2	2	7	6	7	6	7	5	6	6	7	5	7	8	6	8	6
104	99	43	2	3	8	7	9	8	7	9	8	7	9	8	9	8	8	8	8
105	100	33	2	2	7	9	9	7	6	6	7	6	6	8	9	5	6	6	6
106	101	26	1	2	7	8	7	6	7	6	7	8	7	5	8	5	8	8	8
107	102	30	2	1	3	3	2	3	1	3	2	1	1	3	2	1	2	1	2
108	103	28	2	1	2	3	4	4	3	2	3	1	2	2	2	2	2	1	2
109	104	26	1	2	4	3	4	5	3	4	3	2	3	3	2	1	2	2	2
110	105	29	2	2	5	4	6	6	5	7	5	4	5	4	6	7	8	7	7
111	106	33	1	2	6	5	7	5	6	6	7	5	6	7	6	6	7	6	7
112	107	37	1	3	8	8	9	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	9	9
113	108	37	1	2	6	4	5	4	6	7	6	8	6	8	7	8	7	7	8
114	109	36	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	1	3	2	1	1
115	110	37	2	2	5	5	4	6	5	4	6	7	6	7	6	7	6	7	8
116	111	24	1	2	4	5	6	7	6	6	6	7	5	8	8	7	6	7	7
117	112	32	2	1	2	1	3	2	4	4	2	1	2	1	3	2	1	2	3
118	113	23	0	2	3	2	5	4	3	5	3	2	1	2	1	3	2	4	3
119	114	39	2	4	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
120	115	40	2	3	5	6	7	5	4	5	7	6	4	7	5	6	5	5	6
121	116	43	2	1	2	4	3	5	3	2	3	1	3	2	1	3	2	4	3
122	117	31	1	2	3	4	6	5	4	6	5	7	5	4	6	5	6	4	5
123	118	35	2	3	6	5	7	9	8	6	7	9	8	8	8	9	7	8	9
124	119	34	2	2	6	7	5	8	7	6	6	7	5	7	8	6	8	7	7
125	120	35	2	2	7	6	8	9	8	7	6	7	8	7	9	8	7	8	7
126	121	45	3	4	9	9	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
127	122	32	2	2	6	7	8	7	6	5	7	6	7	8	6	7	8	7	8
128	123	28	1	1	2	3	2	1	3	2	1	3	2	4	3	2	4	3	3
129	124	23	0	1	3	1	2	3	4	3	2	1	3	2	4	3	1	2	3
130	125	40	2	4	8	9	7	9	8	7	6	8	9	7	9	8	7	8	9
131	126	23	2	2	5	4	6	3	6	7	5	3	4	5	6	4	5	7	6
132	127	30	2	2	6	7	8	6	7	8	7	6	5	7	8	7	6	7	8
133	128	29	1	3	7	8	7	8	6	7	6	8	7	8	7	6	7	8	9

Hoja1 Hoja2 Hoja3

LISTO 62%

• BASE DE DATOS SPSS 22

nuevo spss nathaly.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	ID	Numérico	12	0		Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
2	EDAD	Numérico	12	0	EDAD (ETAP...	{1, joven (d...	Ninguna	12	Derecha	Nominal	Entrada
3	PARIDAD	Numérico	12	0	PARIAD	{0, nul para...	Ninguna	12	Derecha	Ordinal	Entrada
4	USO	Numérico	12	0	TIEMPO DE U...	{1, menor ...	Ninguna	12	Derecha	Ordinal	Entrada
5	P1	Numérico	12	0	DESEO SEXU...	{1, tolamen...	Ninguna	12	Derecha	Ordinal	Entrada
6	P2	Numérico	12	0	DESEO SEXU...	{1, tolamen...	Ninguna	12	Derecha	Ordinal	Entrada
7	P3	Numérico	12	0	DESEO SEXU...	{1, tolamen...	Ninguna	12	Derecha	Ordinal	Entrada
8	P4	Numérico	12	0	DESEO SEXU...	{1, tolamen...	Ninguna	12	Derecha	Ordinal	Entrada
9	P5	Numérico	12	0	DESEO SEXU...	{1, tolamen...	Ninguna	12	Derecha	Ordinal	Entrada
10	P6	Numérico	12	0	DESEO SEXU...	{1, tolamen...	Ninguna	12	Derecha	Ordinal	Entrada
11	P7	Numérico	12	0	DESEO SEXU...	{1, tolamen...	Ninguna	12	Derecha	Ordinal	Entrada
12	P8	Numérico	12	0	DESEO SEXU...	{1, tolamen...	Ninguna	12	Derecha	Ordinal	Entrada
13	P9	Numérico	12	0	DESEO SEXU...	{1, tolamen...	Ninguna	12	Derecha	Ordinal	Entrada
14	P10	Numérico	12	0	DESEO SEXU...	{1, tolamen...	Ninguna	12	Derecha	Ordinal	Entrada
15	P11	Numérico	12	0	DESEO SEXU...	{1, tolamen...	Ninguna	12	Derecha	Ordinal	Entrada
16	P12	Numérico	12	0	DESEO SEXU...	{1, tolamen...	Ninguna	12	Derecha	Ordinal	Entrada
17	P13	Numérico	12	0	DESEO SEXU...	{1, tolamen...	Ninguna	12	Derecha	Ordinal	Entrada
18	P14	Numérico	12	0	DESEO SEXU...	{1, tolamen...	Ninguna	12	Derecha	Ordinal	Entrada
19	P15	Numérico	12	0	DESEO SEXU...	{1, tolamen...	Ninguna	12	Derecha	Ordinal	Entrada
20	TDSI	Numérico	12	0	TEST DEL DE	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada

Vista de datos **Vista de variables**

*nuevo spss nathaly.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

1: ID 1

Visible: 21 de 21 variables

	ID	EDAD	PARIDAD	USO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	TDSI	DS
1	1	2	2	3	8	8	9	8	7	9	9	7	7	9	9	8	8	7	7	120	1
2	2	1	2	2	7	7	8	8	7	7	6	7	7	9	8	7	8	7	6	109	1
3	3	1	1	3	7	6	6	7	7	7	6	6	7	6	7	7	6	7	6	98	1
4	4	2	2	2	5	6	6	5	5	5	6	5	6	7	6	5	6	6	5	84	1
5	5	2	2	3	8	8	9	8	8	9	9	8	9	9	8	9	8	9	9	128	1
6	6	2	2	3	8	8	9	9	8	7	8	8	8	9	9	9	9	9	9	127	1
7	7	2	2	2	7	7	6	7	8	6	7	6	6	7	6	6	7	6	6	98	1
8	8	1	2	2	6	5	5	6	5	5	4	5	3	6	4	4	5	6	6	75	1
9	9	2	2	2	6	5	6	5	5	5	6	6	7	6	6	5	6	6	6	86	1
10	10	2	2	3	8	8	9	8	8	9	9	9	9	9	8	9	9	9	9	130	1
11	11	2	2	3	9	9	8	8	8	9	8	9	9	8	8	9	9	9	9	129	1
12	12	1	1	2	6	6	5	6	5	4	5	4	4	5	5	6	4	6	6	77	1
13	13	2	2	2	6	7	7	6	8	8	6	6	7	7	8	8	6	6	7	103	1
14	14	2	2	3	8	7	7	8	8	7	9	9	7	7	8	8	7	7	8	115	1
15	15	2	2	2	6	5	4	5	6	5	5	6	5	4	6	5	6	5	5	78	1
16	16	1	1	2	4	4	5	4	3	3	4	4	3	4	4	3	4	3	4	56	1
17	17	2	2	2	6	7	6	7	5	7	6	6	7	7	5	7	7	6	6	95	1
18	18	2	2	2	7	7	6	7	6	5	6	6	7	6	6	7	7	6	6	95	1

Vista de datos **Vista de variables**

FOTOS DE LA INSTITUCIÓN

Imagen 01



Imagen 02



Imagen 03



Imagen 04

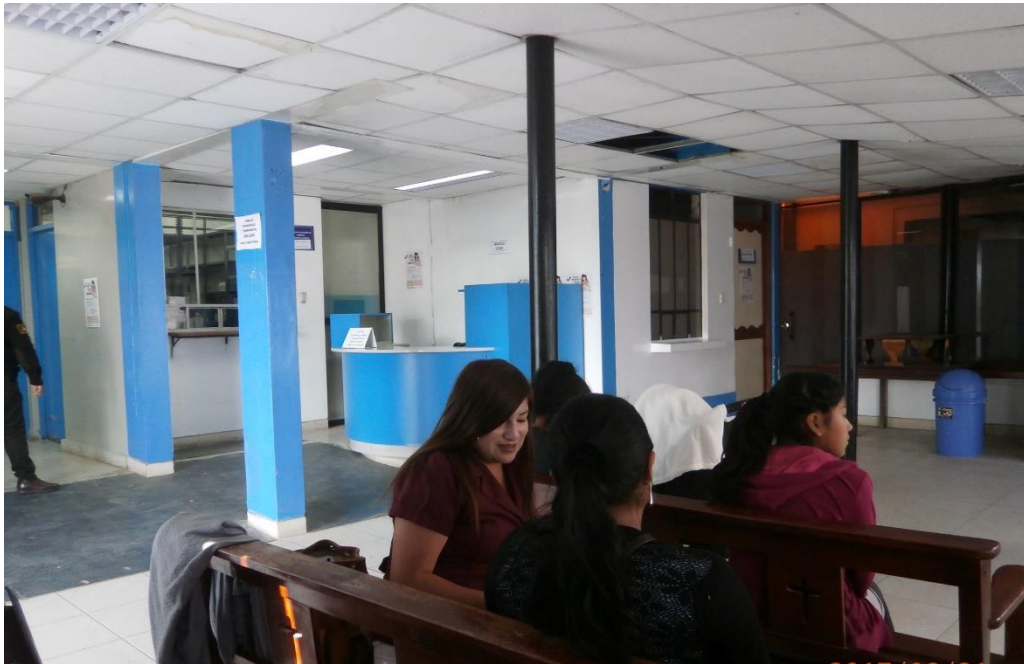


Imagen 05

