



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

**USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y SU RELACIÓN  
CON EL DESEO SEXUAL EN USUARIAS DE 20 A 30 AÑOS  
ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN  
FAMILIAR DEL HOSPITAL SAN JOSÉ. CALLAO, 2015.**

**TESIS PRESENTADO POR:**

**BACHILLER PALOMINO ESPINO YISELLA BEATRIZ**

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

**Lima, 2015**

**Dedicado a todos aquellos que con una sonrisa, una frase amable o una simple broma supieron alentarme para seguir adelante y poder presentar este humilde trabajo.**

**Agradezco a Dios por guiarme  
Iluminarme con su sabiduría.  
Agradezco a mis padres, quienes me  
aman  
Porque me han apoyan ayer, hoy  
mañana y siempre.  
Agradezco a quienes no me amaron  
Porque me han hecho fuerte.**

## RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo** de determinar la relación entre el uso de anticonceptivos hormonales y el deseo sexual de las usuarias de 20 a 30 años atendidas en el consultorio de Planificación Familiar del Hospital San José del Callao durante el año 2015. **Material y métodos:** El estudio fue de tipo descriptivo correlacional, prospectivo y transversal, en el que participaron 126 mujeres de 20 a 30 años usuarias de anticonceptivos hormonales. Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias y porcentajes, mientras que para el análisis inferencial se utilizaron estadísticos de asociación como el chi-cuadrado, cuyo valor  $p < 0.05$  fue considerado significativo. Los **resultados** fueron: El nivel de deseo sexual de las usuarias de 20 a 30 años es de Moderada (45.2%) a Mínima intensidad (30.2%). El uso del anticonceptivo hormonal parenteral de progestágeno no se relacionó de manera significativa con el nivel de deseo sexual ( $p=0.100$ ). Asimismo, se observó que hubo relación significativa entre el uso del método parenteral combinado con nivel de deseo sexual ( $p=0.012$ ), ya que hubo diferencia porcentual significativa. El anticonceptivo oral combinado no se relaciona con el nivel de deseo sexual ( $p=0.150$ ), las frecuencias fueron similares. Así también, el Implanon no se relaciona con el nivel de deseo sexual ( $p=0.899$ ). Las **conclusiones** a las que se llegó son: El uso de anticonceptivo hormonal parenteral combinado se relaciona significativamente ( $p=0.012$ ) con el nivel de deseo sexual en las usuarias de 20 a 30 años atendidas en el Hospital San José durante el año 2015, mientras que el uso de anticonceptivo hormonal parenteral de progestágeno, del anticonceptivo oral combinado y del Implanon no se relacionan con el nivel de deseo sexual.

## ABSTRACT

This study was planned with the **aim** to determine the relationship between hormonal contraceptive use and sexual desire of users from 20 to 30 years treated at the family planning clinic of the Hospital San Jose del Callao in 2015.

**Material and methods:** The study was correlational, prospective and transversal descriptive, in which 126 women of 20 to 30 years old who were involved hormonal contraceptive users. For the descriptive analysis frequencies and percentages were used, whereas for the inferential analysis were used as statistical association chi-square, the value  $p < 0.05$  was considered significant.

The **results** were: The level of sexual desire of the users of 20-30 years is Moderate (45.2%) to Low intensity (30.2%). The use of the parenteral progestogen hormonal contraception is not significantly associated with the level of sexual desire ( $p = 0.100$ ) way. It was also noted that there was significant relationship between the use of parenteral method combined with level of sexual desire ( $p = 0.012$ ), as there were significant percentage difference. The combined oral contraceptive is not related to the level of sexual desire ( $p = 0.150$ ), because the frequencies were similar. Well, Implanon is not related to the level of sexual desire ( $p = 0.899$ ). The **conclusions** that were reached are: The use of parenteral combined hormonal contraceptive is significantly related ( $p = 0.012$ ) with the level of sexual desire in women using 20 to 30 years treated at the Hospital San Jose in 2015, while that the use of hormonal contraception parenteral progestogen combined oral contraceptive Implanon and do not relate to the level of sexual desire.

## ÍNDICE

<b>CARÁTULA</b>	<b>I</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>II</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>III</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>IV</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>VI</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>VII</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO I: PLANEAMIENTO METODOLÓGICO</b>	<b>3</b>
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	3
1.2 Delimitación de la Investigación	5
1.3 Formulación del Problema	5
1.3.1 Problema Principal	5
1.3.2 Problema Secundarios	5
1.4 Objetivos de la Investigación	6
1.4.1 Objetivo General	6
1.4.2 Objetivos Específicos	6
1.5 Hipótesis y Variables de Investigación	6
1.5.1 Hipótesis	6
1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	6
1.6 Diseño de la Investigación	11
1.6.1 Tipos de Investigación	11
1.6.2 Nivel de Investigación	11
1.6.3 Método	11
1.7 Población y Muestra de la Investigación	11
1.7.1 Población	11
1.7.2 Muestra	11
1.8 Técnicas e Instrumentación de la Recolección de Datos	13
1.8.1 Técnicas	13
1.8.2 Instrumentos	13
1.9 Justificación e Importancia de la Investigación	15
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>16</b>

2.1 Antecedentes de la Investigación	16
2.2 Bases teóricas	19
2.3 Definición de Términos Básicos	33
<b>CAPITULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN</b>	
<b>DE RESULTADOS</b>	<b>36</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>46</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>48</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>49</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS:</b>	<b>53</b>
Anexo N°1: Matriz de Consistencia	54
Anexo N°2: Consentimiento Informado	56
Anexo N°3: Ficha de recolección de datos	57
Anexo N°4: Inventario de Deseo Sexual Modelo SDI-2/e	59

## INTRODUCCIÓN

Los anticonceptivos hormonales son la opción ideal para las mujeres en edad fértil que mantienen una vida sexual activa. Estos tipos de anticonceptivos son los más utilizados a nivel mundial, y cuentan con alta eficacia, seguridad y comodidad. Sin embargo, existe controversia entre las usuarias y los profesionales, cuando se refiere a aspectos relacionados con la sexualidad, indicándose que los anticonceptivos hormonales disminuyen la libido de las usuarias, un ejemplo de ello lo manifiesta García quien comprueba la asociación entre el uso de la medroxiprogesterona y el deseo sexual, refiriendo que hay probabilidad de presentar problemas en el deseo sexual en una usuaria que utiliza inyectable; pese a ello, hay publicaciones que indican todo lo contrario, Zornoza quien al realizar un análisis de diversos estudios manifiesta que el mayor componente para la disminución de la libido puede deberse a un aspecto psicológico.

En vista de esta polémica, es que nace la idea de evaluar la relación existente entre el uso de anticonceptivos hormonales con el deseo sexual, puesto que entre los programas de salud sexual y reproductiva, la promoción del placer y la satisfacción de la usuaria en el ámbito sexual debería ser un tema clave, que no es tomado muy en cuenta, siendo relegado a un segundo plano, evidenciándose que la investigación sobre los efectos de la anticoncepción en la calidad de vida de las mujeres es virtualmente inexistente.

Por ello con el presente estudio se pretende comprobar, si efectivamente, hay relación entre ambas variables, puesto que en la práctica clínica (empíricamente), la mayor parte de las usuarias manifiesta inconformidad en su vida sexual. Esta evaluación permitirá conocer la realidad de una parte de la población femenina procedente de la Región Callao, con miras a la mejora de la calidad de vida de este grupo poblacional, a la par impulsará a la realización de otros estudios, donde se ponga mayor énfasis a la vida sexual de la mujer.

Es así, que este estudio ha sido estructurado de la siguiente forma:



En primera instancia, se realiza el planeamiento metodológico, analizando el problema a nivel mundial, nacional y local, haciéndose énfasis en estadísticas referidas al uso de anticonceptivos y los problemas observados en ello, posteriormente se revela la situación observada a nivel institucional, es decir, en el contexto del Hospital San José del Callao, a la par que se explica la relevancia e importancia del estudio, luego se formulan los objetivos dimensionándolos en anticonceptivo hormonal parenteral de progestágeno, parenteral combinado, anticonceptivo oral combinado e implanon.

En segunda instancia, se detalla la información más relevante sobre el estudio buscando antecedentes que estén más relacionados al tema y se definen las variables del estudio.

En tercera instancia se evalúa el diseño del estudio, para lo cual se utiliza un tipo descriptivo correlacional con un nivel aplicativo de corte transversal, evaluando el estudio en 126 usuarias de 20 a 30 años continuadoras de anticonceptivos hormonales, utilizando para ello una ficha de recolección de datos (donde se indaga los datos personales de la usuaria) y un inventario de Deseo Sexual Modelo SDI-2/e (donde se evalúa la intensidad y el interés sexual de las pacientes).

En última instancia, se realiza el análisis de los resultados, estableciéndolos por dimensiones, discutiendo y comparando cada resultado con los antecedentes encontrados ya sea a nivel nacional e internacional, de tal manera que se concluya de acuerdo a los objetivos planteados y perfilen sugerencias que ayuden a la mejora de este grupo poblacional en el Hospital donde se ejecuta el estudio.

# CAPITULO I

## PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

### 1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en países de Asia y América Latina. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57% en 2012 y a escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2012. En países de África pasó de 23% a 24%; en Asia se mantuvo en 62%, y en América Latina y el Caribe pasó de 64% a 67%; observándose un notable aumento, en este ámbito<sup>1</sup>. De todos ellos, la anticoncepción hormonal (ACH) es el método anticonceptivo más utilizado a nivel mundial, especialmente en países Europa y América; pese a ello existe una necesidad insatisfecha de anticoncepción que sigue siendo alta. Esta falta de equidad está impulsada por un aumento de la población, la escasez de servicios de planificación familiar y por los efectos secundarios que este produce. En Asia, América Latina y el Caribe —regiones donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es relativamente alta—, las necesidades insatisfechas representan un 21% y un 22%, respectivamente y todo ello es debido a los factores anteriormente mencionados<sup>1</sup>.

Entre los anticonceptivos hormonales más usados en nuestro medio es conocido como medroxiprogesterona y la llamada píldora anticonceptiva, estos métodos son bastante confiados y preferidos por muchas mujeres en edad fértil<sup>2</sup>. Sin embargo se observó un alto impacto en la satisfacción sexual de la mujer, a pesar de la existencia de estudios que establecen que el empleo de anticonceptivos no produce cambios importantes sobre la conducta sexual de la mujer<sup>3</sup>.

En nuestro país, los métodos anticonceptivos más usados son el inyectable y la píldora anticonceptiva entre las mujeres que tienen una relación con pareja estable (18% y 16% respectivamente), seguidos de la abstinencia periódica y del condón masculino, ocupando así el tercer lugar de utilización en esta población<sup>4</sup>; cabe resaltar que todas las usuarias no tienen el conocimiento adecuado sobre el mecanismo de acción, la indicación a seguir después de la aplicación de los métodos hormonales y sobre todo que efectos pueden producir en el organismo femenino<sup>5</sup>. Si bien los anticonceptivos hormonales ofrecen ventajas significativas tales como la efectividad, la privacidad y permite flexibilidad en las visitas; también pueden ocasionar ciertos efectos secundarios, como cambios en el sangrado menstrual, amenorrea, cambios de peso, cefalea y disminución del deseo sexual, siendo este último uno de los pocos temas informados a la usuaria de planificación familiar<sup>6</sup>.

Estos trastornos sexuales, pueden ocasionar repercusiones importantes en la calidad de vida de este grupo poblacional de mujeres, tal como lo estima la OMS que en un 40-50% de mujeres presente disminución del deseo sexual<sup>7</sup>, por este motivo se pone en ejecución el presente estudio con la finalidad de evaluar el uso de los anticonceptivos hormonales y relacionarlo con el deseo sexual, en mujeres atendidas en el Hospital San José del Callao, puesto que se ha observado continuamente en las consultas de planificación familiar, un gran porcentaje de usuarias de este método, con problemas a nivel sexual, debido a la disminución del deseo sexual, influenciando de forma considerable en su relación con la pareja.

Por otro lado, numerosas investigaciones en el ámbito nacional reportadas, se han centrado en temas de planificación familiar sobre conocimientos y actitudes, dejando de lado la evaluación de los mecanismos de acción de los anticonceptivos y sus posibles efectos colaterales a nivel sexual, existiendo en nuestro medio escasa base científica respecto a este tema; tampoco se evalúa el principal factor de abandono de estos métodos anticonceptivo, por lo que la producción científica respecto a este tema a nivel local y nacional es escasa.

## 1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

**Delimitación Espacial:** el estudio fue realizado en el servicio de planificación familiar del Hospital San José, el cual se encuentra ubicado en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso de la Región Callao.

**Delimitación Temporal:** el estudio se realizó Entre los meses de mayo a junio del año 2015.

**Delimitación Social:** el presente estudio fue enfocado a mujeres de 20 a 30 años atendidas en el consultorio de planificación familiar que sólo reciban anticoncepción hormonal.

## 1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

### 1.3.1 Problema Principal

¿Cuál es la relación entre el uso de anticonceptivos hormonales con el deseo sexual en usuarias de 20 a 30 años atendidas en el consultorio de Planificación Familiar del Hospital San José del Callao durante el año 2015?

### 1.3.2 Problemas secundarios

¿Cuál es la relación entre el uso de anticonceptivo hormonal parenteral de progestágeno y el nivel de deseo sexual en las usuarias de 20 a 30 años?

¿Cuál es la relación entre el uso de anticonceptivo hormonal parenteral combinado y el nivel de deseo sexual en las usuarias de 20 a 30 años?

¿Cuál es la relación entre el uso de anticonceptivo oral combinado y el nivel de deseo sexual en las usuarias de 20 a 30 años?

¿Cuál es la relación entre el uso de Implanon y el nivel de deseo sexual en las usuarias de 20 a 30 años?

## **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1 Objetivo General**

**1.4.1.1** Determinar la relación entre el uso de anticonceptivos hormonales y el deseo sexual de las usuarias de 20 a 30 años atendidas en el consultorio de Planificación Familiar del Hospital San José del Callao durante el año 2015.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

**1.4.2.1** Conocer la relación entre el uso de anticonceptivo hormonal parenteral de progestágeno y el nivel de deseo sexual en las usuarias de 20 a 30 años.

**1.4.2.2** Conocer la relación entre el uso de anticonceptivo hormonal parenteral combinado y el nivel de deseo sexual en las usuarias de 20 a 30 años.

**1.4.2.3** Conocer la relación entre el uso de anticonceptivo oral combinado y el nivel de deseo sexual en las usuarias de 20 a 30 años.

**1.4.2.4** Conocer la relación entre el uso de Implanon y el nivel de deseo sexual en las usuarias de 20 a 30 años.

## **1.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES DE INVESTIGACIÓN**

### **1.5.1 Hipótesis**

La presente investigación por ser descriptiva no lleva hipótesis.

### **1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores**

Variable 1: Uso de anticonceptivo hormonal.

Variable 2: Deseo sexual

**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:**

Variable	Definición Conceptual	Aspectos o Dimensiones	Indicadores	Ítems	Codificación
<b>V.INDEPENDIENTE: Uso de anticonceptivos Hormonales.</b>	Se refiere al uso de determinados preparados que contienen hormonas femeninas como estrógenos y/o progesterona, que se administra por vía oral o parenteral para prevenir un embarazo		Uso de algún anticonceptivo hormonal	¿Qué tipo de anticonceptivo usa?	Ampolla trimestral = 0 Anticonceptivo oral combinado = 1 Implanon = 2 Ampolla mensual = 3
<b>V.DEPENDIENTE: Deseo sexual</b>	Se refiere a una emoción, impulso o fuerza que lleva al encuentro íntimo con otras personas.	Biofisiológica	Número de veces que deseó tener contacto sexual.	Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces usted deseó haber tenido contacto sexual con alguien?	Ninguna = 1 Una vez = 2 Dos veces = 3 Una vez por semana = 4 Dos veces por semana = 5 Tres o cuatro veces por semana = 6 Diariamente = 7 Más de una vez por semana = 8
			Número de veces que incluyó a otra persona en sus pensamientos sexuales	Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces usted tuvo pensamientos sexuales	Ninguna = 1 Una o dos veces = 2 Semanalmente = 3 Dos veces por semana = 4

		incluyendo a otra persona?	Tres o cuatro veces por semana = 5 Diariamente = 6 Dos veces por día = 7 Muchas veces por día = 8
Psicológico	Intensidad de deseo para buscar contacto sexual.	Cuando usted tiene pensamientos sexuales, ¿cuál es la intensidad de su deseo de buscar un contacto sexual con su pareja?	Puntuación del 1 al 10
	Intensidad de deseo al mirar a una persona atractiva.	Cuando usted mira a una persona atractiva, ¿cuál es la intensidad de su deseo?	Puntuación del 1 al 10
	Intensidad de deseo después de pasar algún tiempo con alguna persona atractiva.	Cuando usted pasa por algún tiempo en compañía de una persona atractiva, ¿cuál es la intensidad de su deseo?	Puntuación del 1 al 10
	Intensidad de deseo ante una escena romántica.	Cuando usted está en una situación romántica, ¿Cuál es la intensidad de su deseo?	Puntuación del 1 al 10
	Intensidad de deseo para iniciar la actividad sexual con la pareja	Actualmente, ¿Cuál es la intensidad de su deseo para iniciar una actividad sexual con su pareja?	Puntuación del 1 al 10
	Importancia de la satisfacción del deseo sexual con su pareja.	¿Qué importancia tiene para usted satisfacer su deseo sexual a través	Puntuación del 1 al 10





				confortablemente, sin ninguna actividad sexual?	Varios meses = 3 Un mes = 4 Algunas semanas = 5 Una semana = 6 Un día = 7 Menos de un día = 8
--	--	--	--	---	--

## **1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.6.1 Tipos de Investigación**

El estudio fue de tipo descriptivo correlacional, prospectivo y transversal. Descriptivo porque se va a puntualizar las características de cada una de las variables; prospectivo porque se va a recolectar la información conforme se vayan desarrollando los hechos; y transversal porque esta información será recolectada en una sola toma de muestra

### **1.6.2 Nivel de Investigación**

El estudio fue de nivel aplicativo puesto que se encuentra dentro de las ciencias médicas y busca ampliar el conocimiento sobre el deseo sexual y su relación con el uso de anticonceptivos hormonales.

### **1.6.3 Método**

El método fue cuantitativo puesto que para la recolección de la información se analizara diversos elementos que pueden ser medidos y cuantificables, además que los datos fueron analizados mediante un proceso estadístico con un determinado nivel de error y nivel de confianza.

## **1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.7.1 Población**

800 usuarias de 20 a 30 años continuadoras de anticonceptivos hormonales que acudieron al consultorio de planificación familiar del Hospital “San José” durante el año 2015 en 2 meses. (Según las proyecciones de la Institución para el año 2015).

### **1.7.2 Muestra**

Según fórmula de “Cochran”, obteniendo un total de 126 usuarias de 20 a 30 años continuadoras de anticonceptivos hormonales.

- N: población total de 800 mujeres de 20 a 30 años usuarias de anticonceptivos hormonales. (según las proyecciones del Plan operativo anual del servicio de planificación para el año 2015).

- $Z_{\alpha}$ : un nivel de confianza del 95% =  $1.96^2$
- p: proporción esperada = 0.5
- q:  $1-p$  ( $1 - 0.5$ ) = 0.5
- d: error de muestreo del 8%.

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

$$n = \frac{800 * 1.96^2 (0.5 * 0.5)}{0.08^2 (800-1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 126$$

**Tipo de muestreo:** Para la elección de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales se realizará un muestreo probabilístico aleatorio simple, ya que todas las usuarias tendrán la misma oportunidad de participar conforme cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

**Criterios de selección de la muestra:**

- **Criterios de Inclusión**

- Mujeres continuadoras de anticonceptivo hormonal (píldora, inyectable e Implanon), es decir que se encuentren a partir del sexto mes de uso.
- Mujeres de 20 a 30 años.
- Mujeres con pareja sexual activa.
- Mujeres que deseen participar en el estudio.

- **Criterios de Exclusión**

- Mujeres que no deseen participar del estudio.
- Mujeres con alguna patología ginecológica registrada en la Historia Clínica.

- Mujeres con sospecha de embarazo registrado en la Historia Clínica.
- Mujeres que reciban tratamiento antihipertensivo o psiquiátrico registrado en la Historia Clínica.
- Mujeres con problemas de violencia de pareja registrado en la Historia Clínica.
- Mujeres usuarias de anillos vaginales de progestágeno y combinados.
- Mujeres usuarias de parches.
- Mujeres usuarias de endoceptivos.

## **1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **1.8.1 Técnicas**

Los datos han sido recolectados mediante la técnica de la encuesta, la cual se realizó a todas las mujeres que cumplieron con los criterios de selección. Esta encuesta se realizó en el consultorio de Planificación Familiar del Hospital “San José”.

### **1.8.2 Instrumentos**

Los instrumentos que se utilizaron fueron dos:

La primera fue una ficha de recolección de datos: conformada por 11 preguntas que recabaron información sobre los datos personales de las usuarias.

El segundo instrumento fue el Inventario de Deseo Sexual Modelo SDI-2/e, utilizado en la actualidad por el Instituto Paulista de Sexualidad en Brasil y que fue creado por Oswaldo Rodríguez, quien pertenece al Centro Psicológico y de Investigación de Sexualidad en del mismo instituto (INPASEX). El inventario está conformado por 14 preguntas, cuyas alternativas de respuestas se puntúan en una escala tipo Likert; este test busca evaluar no solo el interés sexual de la usuaria sino que a la vez mide la intensidad sexual. (Ver Anexo 2).

Categorías asignadas para el deseo sexual:

- Máxima intensidad del deseo sexual: mayor a “91.59” puntos.
- Moderada intensidad del deseo sexual: de “68.22” hasta “91.59” puntos.
- Mínima intensidad del deseo sexual: menor a “68.22” puntos.

Pese a que el Inventario de Deseo Sexual Modelo SDI-2/e tiene una validación y confiabilización internacional, fue sometido a estos procesos de validación, para que sea adaptado a la realidad del Hospital San José del Callao.

**Validación del instrumento:** fue validado mediante juicio de expertos (3 profesionales), los cuales coincidieron en que todas las preguntas propuestas son favorables para el desarrollo de la investigación.

Al aplicar la prueba binomial a la calificación emitida por los jueces o expertos que han evaluado el cuestionario, se obtuvo como resultado que existe evidencia estadísticamente significativa para afirmar que hay concordancia favorable entre los tres jueces respecto a la validez del instrumento ( $p = 0.031$ ).

**Confiabilidad del instrumento:** La confiabilidad del instrumento fue medida mediante la prueba piloto realizada a 20 usuarias que no formaron parte de la muestra a estudiar.

Para hallar la confiabilidad de la encuesta se trabajaron las preguntas por separado, es decir, se halló la confiabilidad de las preguntas: 1, 2, 10 y 14, evidenciándose un valor de Cronbach de 0.91.

Luego se evaluó la confiabilidad de las preguntas: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12 y 13, encontrándose un valor de Cronbach: 0.95.

**Análisis de los datos:** Los datos fueron ingresados a una base de datos que fue elaborada en el programa SPSS v.21, para su análisis y procesamiento. Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias y porcentajes. Para el análisis inferencial se utilizaron estadísticos de

asociación como el chi-cuadrado, cuyo valor  $p < 0.05$  fue considerado significativo.

## **1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

Con los resultados del presente estudio se podrá lograr el objetivo inicialmente mencionado, puesto que no solo se evaluará el nivel del deseo sexual sino que se podrá obtener datos específicos de este grupo poblacional, información que fue relevante para estudios posteriores.

Por otro lado, el Hospital San José, es una institución de nivel II-2, que brinda atenciones integrales estandarizadas, preventivo promocionales, por ello tiene entre una de sus estrategias el fomentar la investigación, con la finalidad de fortalecer el conocimiento médico a nivel institucional, lo cual es uno de los propósitos del presente estudio.

Del mismo modo, los resultados del presente beneficiarán directamente a la población de usuarias de métodos anticonceptivos hormonales del Hospital San José, pues mostrarán si estos, y cuál de los dos, influye en el deseo sexual, de manera tal que al momento de la elección, ellas tengan una idea más clara y precisa, con evidencia científica de las posibles consecuencias relacionadas al deseo sexual que se pudieran presentar durante su uso; asimismo los profesionales obstetras, encargados de la prescripción de estas alternativas anticonceptivas, puedan orientar a las usuarias en referencia a las opciones que más se ajusten a sus necesidades.

Finalmente, dentro de la competencia del obstetra (Ley de trabajo N° 27853) el ámbito preventivo-promocional es una de las funciones que debe realizar de manera continua, por lo que a partir de este tema, se podría sugerir la constitución de un equipo multidisciplinario que proporcione una atención integral a la usuaria durante su vida reproductiva, sin mediar ningún tipo de diferencia.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1 ANTECEDENTES

**Vanessa Zornoza García y cols** realizaron una investigación en España, en el año 2014 que consta de una revisión con el **objetivo** de determinar si el deseo sexual femenino se ve alterado como efecto secundario de la anticoncepción hormonal. **Material y métodos:** Revisión de la literatura: manuales clínicos, tratados y búsqueda en Medline de artículos de los últimos 15 años hasta octubre del año 2009. Obteniendo como **resultados** que los datos alcanzados 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 <sup>8</sup>.

**Lourdes García Briceño y Sara Llactahuaman Cuchuñaua**, en su estudio realizado a usuarias de servicio de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima-Perú), en el año 2012, con el **objetivo** de determinar la asociación entre el uso de acetato de Medroxiprogesterona y el deseo sexual en usuarias del Servicio de Planificación Familiar del INMP. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal y analítico (casos y controles) donde se tomó en cuenta a 70 participantes: 35 con disminución del deseo sexual (casos) y 35 sin alteraciones del deseo sexual (controles). Se aplicó un formulario de recolección de datos y el instrumento Test del Deseo Sexual Inhibido. Para el análisis se utilizó la estadística descriptiva e inferencial chi cuadrado y OR IC 95% para la determinación de la relación. Se obtuvo como **resultados** que el 60% de los casos y el 45.7% de los controles fueron usuarias del método anticonceptivo inyectable trimestral, siendo la probabilidad de presentar problemas en el deseo sexual en las usuaria del inyectable trimestral, 2 veces mayor que las 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<sup>9</sup>.

**Mary A. Ott y cols.** en su investigación realizada en adolescentes, 2011, con el **objetivo** de examinar longitudinalmente asociaciones de uso de anticonceptivos hormonales con el estado de ánimo y el interés sexual entre los adolescentes, frente a algunas de las limitaciones metodológicas de trabajo previo. **Material y método:** Los participantes de este estudio se han incrustado en un estudio más amplio, longitudinal cohorte de riesgo y los factores protectores asociados con infecciones de transmisión sexual entre las adolescentes. Las mujeres jóvenes, de edades entre 14 a 17 en la inscripción, fueron reclutadas de tres clínicas de atención primaria de adolescentes en un tamaño medio de la ciudad del medio oeste de Estados Unidos, y seguidas longitudinalmente durante un máximo de 41 meses. Los criterios de ingreso incluyeron la edad, fluidez Inglés, y actualmente no está embarazada. Esta investigación fue aprobada por la junta de revisión institucional de la Universidad de Indiana Universidad Purdue en Indianápolis-clariana. Para estos análisis, se utilizaron los datos longitudinales de 328 mujeres jóvenes. Los participantes fueron 90% afroamericanos, el 8% de blancos, y 2% otros o multirracial. El rango de edad de los períodos diarios era 14,0 años a 22,3 años, con una media de 16,7 años (DE, 1,4 años). Obteniendo como **resultados** que: De los 328 participantes, cada uno contribuyó, en promedio, 2.9 (SD = 1.6) períodos diarios, para un total de 938 períodos diarios analizados. Clasificamos 115 (12%) de los períodos diarios como el uso OCP estable, 29 (3%) como los ACO que inician, 52 (6%) como ACO parada, 255 (27%) como el DMPA, y 487 (52%) como no- uso de uno u otro método hormonal. Los participantes tenían una edad media de 16,7 años (DE = 1,4) al inicio de cada período de diario. Para evaluar si el estado de ánimo y el interés sexual difieren por método anticonceptivo, que primero examinaron las diferencias en el estado de ánimo media semanal positivo en un período diario por el grupo de anticonceptivos hormonales ajustado por edad y tiempo desde el inicio del periodo diario. Durante los períodos de diario que se caracterizan



por el uso OCP estable, los participantes informaron significativamente mayor estado de ánimo media semanal positivo en comparación con periodos de no uso, iniciar el uso OCP, o el uso del DMPA. La mayor edad al inicio del período diario de 3 meses se asoció con un mayor estado de ánimo positivo ( $\beta = 0,085$ ,  $SE = 0,024$ ,  $p < 0,001$ ); Sin embargo, no hubo evidencia de un cambio temporal en el estado de ánimo positivo semanal Medio en todos el período diario ( $\beta = -.005$ ,  $SE = 0,005$ ). **Conclusiones:** La anticoncepción hormonal se asoció con cambios potenciales en el estado de ánimo; la dirección y el tipo de cambios diferían de OCP y DMPA; en concreto, el uso de ACO se asoció con una menor variabilidad en el estado de ánimo negativo<sup>10</sup>.

**Jesús Ortiz J y cols.**, en su investigación realizada en mujeres en edad fértil y con vida sexual activa, 2010, con el **objetivo** de comparar la satisfacción sexual entre mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos. **Material y métodos:** Estudio observacional, comparativo y transversal. Muestra no probabilístico de 150 mujeres en edad fértil y con vida sexual activa, usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos. Se identificó satisfacción sexual a través de la Escala de Intimidad Sexual de la Pareja. Para el análisis estadístico se utilizó prueba de  $\chi^2$  y prueba exacta de Fisher. Se obtuvieron como **resultados** que: El 82% de las encuestadas señalaron ser usuarias de algún método anticonceptivo: DIU (32.5%), Hormonales (17%), Oclusión tubaria bilateral (15.4%), Preservativo (12.2%), Implante subdérmico (9.8%), Parche (8.2%) y Vasectomía (4.9%). Se identificó satisfacción sexual en 97.3% de ellas, en tanto que se calificaron como satisfechas el total de las no usuarias. Estadísticamente no se encontraron diferencias significativas en la satisfacción sexual expresada entre mujeres no usuarias y usuarias. **Conclusiones:** Se identificó satisfacción sexual en un alto porcentaje de las mujeres entrevistadas, sin embargo esta condición pareció no estar asociada con el empleo de métodos anticonceptivos<sup>11</sup>.

## 2.2 BASES TEÓRICAS

La planificación familiar constituye una de las tareas más importantes del programa de reproducción humana de la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta estrategia permite a las personas tomar la decisión sobre si desean o no tener familia, el número de hijos a tener y el intervalo entre embarazos, para lo cual se tiene acceso libre al uso de los métodos anticonceptivos de forma segura y eficaz, es decir, que no afecte en el bienestar personal y del entorno<sup>1, 12</sup>.

Según el ENDES 2013, casi todas las mujeres en edad fértil (99.8%), conocen o han oído hablar de algún método de planificación familiar, siendo los métodos modernos los más conocidos (99.6%), un ejemplo de ello se encuentra en las mujeres que tienen pareja estable, quienes prefirieron métodos modernos como: la inyección (99%), el condón masculino (98.4%), la píldora (98%), la esterilización femenina (94.6%) y el dispositivo intrauterino (92%), mientras que las mujeres que no tienen una pareja estable pero que tienen actividad sexual activa, los métodos modernos más conocidos fueron: el condón masculino (99,8%), la inyección (99.4%), la píldora (98.4%) y la esterilización femenina (96.9%)<sup>4</sup>.

De lo anterior, se puede deducir que existen dos formas de anticoncepción las cuales son<sup>13</sup>:

**Los métodos de abstinencia periódica:** que consisten en la observación del comportamiento del aparato reproductivo del hombre y la mujer. Cuando una mujer usa estos métodos, debe tener en cuenta los días fértiles donde se produce la ovulación.

La falla de estos métodos es de un 30%, y su efectividad puede variar de acuerdo con el uso y el conocimiento del organismo, por eso se dice que son métodos que dependen cien por ciento de quien los pone en práctica. Entre estos métodos se encuentran el ritmo o calendario, temperatura basal, moco cervical, método del collar.

**Los métodos modernos o artificiales:** Son elementos o productos que previenen el embarazo y su efectividad es del 98%. Entre los más comunes se encuentran los métodos de barrera (preservativos, DIU), los

métodos definitivos (ligadura de trompas, vasectomía) y los métodos hormonales (píldoras, implantes, inyectables, etc., siendo estos últimos los más conocidos y utilizados por la población femenina).

Para efectos del estudio se tomó en cuenta solo a los métodos hormonales como el anticonceptivo oral combinado (etinilestradiol + levonorgestrel), inyectable de progestágeno (150 mg. acetato de medroxiprogesterona), inyectable combinado (5mg. de valerato de estradiol + 50 mg. de enantato de noretisterona o 5mg. de cipionato de estradiol + 25 mg. de acetato de medroxiprogesterona) e implante (Implanon: implante subdérmico que consta de una sola varilla que contiene Etonogestrel, dura tres años).

### **Inyectable de progestágeno (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 1996, y su uso fue extendiéndose paulatinamente, a nivel mundial. 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<sup>7</sup>.

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<sup>7</sup>.

El Acetato de Medroxiprogesterona (AMPD) se encuentra suspendido en forma de micro-cristales en una solución acuosa. Según la Norma técnica de planificación familiar, este inyectable se distribuye y se administra a una dosis de 150 mg 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 sistema de liberación prolongada, ya que de hecho se absorbe completamente y las observaciones en sangre dependen de la dilución lenta de los microcristales<sup>12</sup>.

**Forma de uso:** este método se administra por vía intramuscular profunda<sup>12</sup>.

La primera dosis se administra:

Entre el primer a quinto día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que no haya dudas de una posible 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 2 días.

En mujeres que dan de lactar iniciar después de las seis semanas post parto, sin embargo podría ser utilizado en caso de:

No tener otra opción anticonceptiva.

Que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea.

En algunos establecimientos se está promoviendo su empleo desde el post parto inmediato en todas las mujeres que escojan el método, sin haberse observado daño para la madre y el recién nacido y con la ventaja adicional de que la mujer egresa del hospital empleando un método anticonceptivo.

Siguientes dosis:

Se administra cada tres meses, pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicarla con una demora de dos semanas.

Entre los mecanismos de acción de este método figuran:

**Mecanismos primarios:**

*En la ovulación:* las progestinas perturban el equilibrio de las hormonas naturales bloqueando las señales del hipotálamo y la glándula pituitaria, las cuales son necesarias para la ovulación. Como consecuencia de ello, en algunos ciclos, ningún folículo se madura lo suficiente como para liberar al óvulo<sup>7</sup>. Alteran centralmente los patrones de secreción; los signos de la ovulación no llegan en el momento indicado, por lo que las mujeres no ovulan

normalmente; sin embargo, no siempre bloquean la ovulación ni lo hacen en todas las mujeres, ya que la suspensión de la ovulación está vinculada a la cantidad de progestina presente en el cuerpo de la mujer, por este motivo las mujeres que tienen niveles más bajos de progestina en la sangre tienen más probabilidad de ovular, y cuanto más grasa tenga la mujer, más progestina se requiere para lograr el mismo nivel de eficacia anticonceptiva<sup>14</sup>.

*Moco cervical:* Esta hormona mantiene espeso el moco todo el tiempo, lo cual dificulta la penetración del espermatozoide<sup>15</sup>.

### **Mecanismos secundarios<sup>7, 15</sup>**

*Endometrio:* Bloquean el engrosamiento de la pared uterina o endometrio, haciéndolo menos hospitalario para el óvulo fecundado. El endometrio sigue formando un revestimiento que se elimina periódicamente, causa posible del sangrado periódico o irregular asociado con los inyectables.

*Trompas de Falopio:* Se cree que retardan el desplazamiento del óvulo a lo largo de las trompas de Falopio desde el ovario hasta el útero, reduciendo el número de cilios, que son los filamentos que recubren las trompas y movilizan el óvulo; además, disminuye la fuerza muscular de las trompas, por la cual las contracciones de estas se debilitan.

*Centro termorregulador del hipotálamo:* Producen un efecto termogénico aparentemente por una acción directa sobre dicho centro. Elevan la temperatura basal de 2 a 4 grados centígrados durante la segunda fase del ciclo ovárico, fase post ovulatoria.

*Sistema endocrino:* Los progestágenos inhiben la liberación de gonadotropinas actuando a nivel fundamentalmente hipotálamo-hipofisario. Durante la fase folicular aumenta la amplitud y disminuye la frecuencia del pulso de LH. A nivel del ovario inhiben la maduración folicular vía intra-ovárica o vía hipotalámica. Tienen acción antiestrogénica ya que reducen la síntesis de estrógenos, así como también la aromatización de la androstenediona.

## **Efectos secundarios<sup>12, 16</sup>:**

Es probable que la mayoría de las mujeres experimenten algún tipo de trastorno menstrual cuando usan este método anticonceptivo. Por ejemplo, en vez del período menstrual, las mujeres pueden presentar amenorrea, a veces experimentan un sangrado prolongado que fluctúa en frecuencia y duración, y solo un porcentaje muy reducido de mujeres tienen sangrado abundante que puede ser causa de alarma. Cuando las mujeres experimentan sangrado prolongado o irregular, por lo general es temporal, sin embargo cuando el sangrado intermensual desaparece casi por completo, con el tiempo aumenta la probabilidad de amenorrea; más aún cuando la duración del uso del acetato de medroxiprogesterona es prolongado<sup>16</sup>.

Otro posible efecto secundario es el aumento de peso, que puede llegar a afectar más el cabo de varios años de uso. La supresión del estrógeno ocasionada por el uso del método anticonceptivo puede aumentar el apetito<sup>16</sup>.

Los dolores de cabeza también figuran entre las condiciones médicas comunes que experimentan las mujeres en edad de procrear. El uso del Acetato de Medroxiprogesterona puede llegar a aumentar la frecuencia de las cefaleas intensas. Esta consideración es importante, ya que este método no puede dejar de usarse fácilmente si surgen problemas. Entre las causas de dolores de cabeza relacionados el uso de las progestinas pudiera encontrarse la constricción de los vasos sanguíneos causada por su uso<sup>12</sup>.

Se han planteado también inquietudes en cuanto al uso de los métodos solo de progestinas y la densidad ósea en las mujeres. Según pruebas preliminares, hay indicios de que el uso prolongado del DMPA tal vez se relacione con una reducción de la densidad ósea. Se ha demostrado que el DMPA hace reducir las concentraciones de estrógeno, y el estrógeno se necesita para el desarrollo y el mantenimiento de huesos fuertes, por lo que puede predisponer a las mujeres si su uso se prolongara a través de los años.

La demora en el retorno de la fertilidad, después del uso del DMPA es evidente. La concepción en general demora varios meses en producirse, pero

no hay evidencias de un efecto adverso del uso prolongado o de esterilidad permanente en las usuarias. El tiempo promedio para el retorno de la ovulación ocurre en 5 meses.

Otro de los efectos secundarios que ha recibido menos atención, sin embargo es motivo de consulta frecuente, es la disminución del deseo sexual, lo cual afecta la calidad de la relación de la pareja y provoca insatisfacción en la mujer, todo ello es debido a cambios que alteran las hormonas femeninas<sup>17</sup>.

### **Inyectable combinado**

Son aquellos inyectables que poseen estrógeno y progestágeno<sup>12</sup>.

Existen dos composiciones:

5MG de valerato de estradiol y 50 MG de enantato de noretisterona.

5 MG de cipionato de estradiol y 25 MG de acetato de medroxiprogesterona.

### **Mecanismo de acción:**

Entre sus principales mecanismos de acción se encuentran: Suprimir la ovulación y espesar el moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.

### **Tasa de falla:**

Existen dos tipos de falla:

Falla teórica: 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

Falla de uso típico 0.5 embarazos por 100 mujeres en el primer año.

### **Características:**

Este método anticonceptivo presenta las siguientes características:

Eficaz y de efecto rápido.

Pueden ser indicados a cualquier edad o paridad (incluidas las nulípara).

No requiere de 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.

Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

No interfiere en las relaciones sexuales.

Es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (sagrados /goteos irregulares).

Puede producir aumento de peso.

El retorno de la fecundidad es inmediato.

Mujeres con enfermedades crónicas deben ser evaluadas por médicos especialistas.

No previenen las infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH – sida, ni el htlv1 para mayor protección es recomendable el uso del condón en pareja de riesgos.

**Forma de uso:** este método se administra por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación.

La primera dosis se administra:

Entre el primer o quinto día del ciclo menstrual.

La puérpera que no está lactando, puede empezar a partir de la sexta semana.

En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis meses.

En el post aborto se puede iniciar entre el primero y quinto día post intervención.

Siguientes dosis:

Administrar cada 30 días, más menos 3 días (fecha fija mensual).

**Contraindicaciones:**

Está contraindicado su uso en los siguientes casos:

Mujeres que estén embarazadas.

Mujeres con un sangrado genital anormal (hasta que se evalué).

Mujeres cáncer de mama o antecedente del mismo.

Mujeres con hepatopatía activa (ej.: hepatitis).



## **Anticonceptivos Orales Combinados**

Son aquellos anticonceptivos orales que contienen estrógeno y progestágeno (E y P), categorizados como combinados micro-dosificados, generalmente el componente estrogénico utilizado es el etinil estradiol y el componente progestacional es muy variado: acetato de nortetisterona, etinodiol, norgestrel, levonorgestrel, desogestrel, gestodeno, norgestimato, drospienona, entre otros. En lo que concierne al Ministerio de Salud del Perú, es frecuente la distribución de anticonceptivos orales combinados los cuales contienen 28 píldoras: veintiún píldoras que contienen 30 µg (microgramos) de etinilestradiol y 150 µg de levonorgestrel y siete píldoras que contienen sulfato ferroso<sup>12, 18</sup>.

Su eficacia es alrededor del 97 al 99% cuando se utilizan en forma correcta y consistente (0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso, 1 en cada 1000). Sin embargo, esta efectividad en la población general, puede disminuir por el uso incorrecto de la toma de la píldora, siendo la tasa de falla de 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso<sup>19</sup>.

### **Forma de uso:**

En la presentación de 28 píldoras, se puede iniciar el método<sup>12, 19</sup>:

Entre el primero y quinto día del ciclo menstrual. En caso de iniciarse la toma después del quinto día, debido a que la acción anticonceptiva se alcanza a los 7 días de uso continuo de las píldoras, se debe dar un método de respaldo como los de barrera.

La puérpera que no está lactando, puede empezar a partir de la sexta semana.

En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis meses.

En el postaborto se puede iniciar entre el primero y quinto día post-intervención.

Se realiza la ingesta de una píldora diariamente hasta concluir con las píldoras que contienen hierro, los ciclos subsecuentes se inician al terminar el paquete anterior, independientemente si se presenta el ciclo menstrual o no.

Este método debe suspenderse 2 semanas antes de una cirugía mayor o durante inmovilización prolongada y reiniciarse 2 semanas después.

En caso de atraso de ingesta hasta antes de las 12 horas de la píldora que se encuentra dentro de las primeras 21, tomar una píldora lo más antes posible seguido de la ingesta habitual horaria de la píldora, pero si el atraso es mayor de 12 horas, además de la indicación anterior se debe utilizar un método adicional.

Si el olvido es de dos tabletas o por dos días, es preferible esperar el sangrado por privación hormonal e iniciar inmediatamente un nuevo paquete usando un método de respaldo por 7 días.

Si el olvido es de cualquiera de las 7 píldoras con sulfato ferroso no se recomienda ningún manejo especial.

### **Mecanismos de acción:**

Su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación a través de la inhibición de la secreción de la hormona folículo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH) por parte de la hipófisis. Es por este mecanismo de acción ovulostático que los anticonceptivos orales combinados son el método anticonceptivo reversible más eficaz<sup>20</sup>.

### **Efectos secundarios:**

El uso frecuente puede provocar efectos secundarios tales como: Náuseas, sangrado en goteo o sangrado entre periodos menstruales, dolor de cabeza, sensibilidad en los senos, leve aumento de peso, amenorrea, amenorrea, náuseas y vómitos, mareos, aumento de peso y cefalea.

Existen estudios que refieren que en algunas ocasiones el uso prolongado de píldoras anticonceptivas ocasiona la disminución del deseo sexual debido al uso continuo de hormonas artificiales, sin embargo otras investigaciones aseveran que el uso de este método anticonceptivo aumenta la

libido de la mujer incrementando el placer y satisfacción sexual así como la frecuencia de la misma<sup>8</sup>.

Razones cruciales que originan la realización de una investigación donde se evalué el deseo sexual de la mujer que usa este método anticonceptivo.

## **Implantes**

Es un método anticonceptivo que consiste en cápsulas delgadas, flexibles no biodegradables, donde cada una contiene progestágenos (levonorgestrel), que son insertadas por debajo de la piel en el brazo de la mujer<sup>12</sup>.

La industria farmacéutica tiene dos tipos de implantes:

Uno que consta de una capsula no biodegradable que contiene 68 mg de levonorgestrel con un tiempo de duración de tres años.

Otro que consta de dos capsulas no biodegradables que contienen levonorgestrel con un tiempo de duración de tres años.

En cuanto a la tasa de falla, la falla teórica es de 0.05 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año y la falla de uso es de 0.05 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

## **Forma de uso:**

Este método se puede insertar<sup>12</sup>:

Entre el primer a quinto día del ciclo menstrual (o cualquier día del ciclo menstrual o en el postparto, siempre que haya seguridad que no existe gestación). En caso de iniciarse en cualquier otro momento, debe usarse un método de respaldo durante los primeros 7 días.

En las mujeres que dan de lactar, iniciar después de las seis semanas postparto.

En los primeros cinco días postaborto.

**Mecanismo de acción:**

El implante subdérmico tiene como principales efectos: espesar el moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides, supresión de la ovulación, reducción del transporte de los óvulos en las trompas de Falopio y cambios en el endometrio<sup>12</sup>.

**Efectos secundarios:**

Los efectos secundarios que pueden producir los implantes subdérmico son: trastornos o alteraciones menstruales, amenorrea, cefalea, aumento de peso e inhibición de la función sexual (en ciertos casos).

**Deseo sexual**

Antes de referirse específicamente al deseo sexual, es necesario conocer las fases del ciclo completo de la respuesta sexual tal como las dividió Kaplan en 1978. Según este investigador el deseo sexual es el primer o el inicio de una respuesta sexual humana<sup>21</sup>:

Deseo: Esta fase consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo.

Excitación: En esta fase predomina la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos.

Orgasmo: Este es el punto culminante del placer sexual con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del periné y de los órganos reproductores.

Resolución: Toda la contracción, vasoconstricción y la miotonía presentes se pierden y se percibe una sensación de relajación muscular y de bienestar general.

El deseo sexual es una emoción, un impulso, una fuerza que nos mueve al encuentro íntimo con otras personas. Nos motiva a relacionarnos, a compartir intimidad, a mantener relaciones afectivas y sexuales, a disfrutar y pasarla bien, a sentir placer, etc.

El deseo sexual tiene un origen biofisiológico, con una estructura anatómico-neuro-endocrina. Su función desde el punto de vista etiológico, se centra en la supervivencia de la especie a través de la reproducción, sin embargo desde el punto de vista psicológico el deseo sexual se convierte en una de las motivaciones más importantes de la existencia<sup>22</sup>.

En el año 1988, Levine indica que el deseo sexual tiene tres componentes: el impulso, el anhelo y el motivo.

**Impulso:** que consta de la excitación genital, cambio perceptual fantasías eróticas, sueños eróticos

**Anhelo:** Se refiere a las ganas, al anhelo de tener relaciones sexuales independientemente del impulso, la representación cognitiva de las ganas de vivir situaciones eróticas.

**Motivo:** que consta del impulso, la decisión de tener relaciones sexuales, el comportamiento impersonal, la observación a los demás y la atracción.

El deseo sexual es fluctuante en frecuencia e intensidad, lo cual depende de la interacción continua entre el estado del organismo (bases neurofisiológicas) y los incentivos.

Para Schnarch (1991), la pasión se corresponde con un estado de máxima intensidad del deseo sexual que pone a prueba la capacidad de autocontrol del individuo y sitúa su foco en el compañero/a sexual, oponiéndolo al deseo de la conducta sexual per se<sup>22</sup>.

Pese a todo ello, en ocasiones se presentan ciertas limitantes provocando disfunciones sexuales que abarcan diferentes formas de incapacidad para participar en una influencia sexual deseada. Según los casos, se trata de una falta de interés, una imposibilidad de sentir placer, un fracaso en la respuesta fisiológica necesaria para una interacción sexual o una incapacidad para controlar o sentir el orgasmo<sup>23</sup>.

## **Uso anticonceptivos hormonales y deseo sexual**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como la “integración de los aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales de los seres humanos en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor.” Además, la OMS afirma que son fundamentales para este concepto el derecho a la información sexual y el derecho al placer.

Las creencias y mitos en torno a la sexualidad y los anticonceptivos son barreras para la salud sexual de hombres y mujeres en todo el mundo.

Al respecto se debe indicar que los anticonceptivos hormonales, dependiendo del ciclo de vida de la mujer, pueden tener efectos sobre los órganos que intervienen en la respuesta sexual. Los estrógenos incrementan la síntesis de óxido nítrico y contribuyen a incrementar el flujo sanguíneo hacia el clítoris, sin embargo, también pueden incrementar la sensación vulvar pero no la libido.

Dado que una de las interrogantes de las usuarias de anticonceptivos es si éstos alteran su respuesta sexual, es importante que el proveedor ayude a abordar en forma respetuosa, aspectos de la vida de las usuarias que puedan impedirles lograr una sexualidad óptima.

Se han propuesto varios mecanismos por los que los anticonceptivos hormonales como la acetato de medroxiprogesterona y lo femenal (etinilestradiol y levonorgestrel) pueden producir disminución en el deseo sexual, pero la información encontrada es contradictoria, pues parece que el número de usuarias que experimenta disminución de la libido es similar al número de las que experimenta mejoras en su sexualidad. El tipo y la dosis de estrógeno y gestágeno no parecen ser significativos en este hecho<sup>8</sup>.

Respecto a la defensa de la disminución del deseo sexual<sup>8</sup>:

Los anticonceptivos hormonales inducen a la deficiencia de piridoxina (vitamina B6), que es fundamental para la conversión del aminoácido triptófano en el neurotransmisor serotonina. Una de las funciones de ésta última es la de controlar el estado anímico y mantener el buen

humor. Por lo que su déficit de producción puede ocasionar síntomas depresivos, ansiedad y disminución del deseo sexual.

Los niveles altos de estrógenos circulantes en sangre, incrementan la producción de muchas proteínas hepáticas, entre ellas la de la proteína transportadora de esteroides sexuales, principal péptido ligador de testosterona. Así, aun manteniendo un mismo nivel de testosterona total, se disminuye el nivel de testosterona libre, lo que repercute en la función sexual: disminución global del deseo, pérdida de las fantasías, sensibilidad disminuida a los estímulos sexuales, disminución de excitación y de la capacidad para el orgasmo, reducción de la sensación de bienestar y pérdida de tono muscular. Aunque hay publicaciones que no han encontrado significación estadística.

La variabilidad en los niveles hormonales de un ciclo menstrual normal parece influir en la motivación sexual. Hay datos que reflejan un aumento del deseo sexual en mujeres previo a la menstruación, durante la misma o con la ovulación. La supresión de las fluctuaciones en los niveles de esteroides sexuales inducida por la anticoncepción hormonal podría afectar negativamente.

Con respecto a los efectos colaterales de los ACH, las mujeres que padecen vaginitis crónica, aumento de la sensibilidad en las mamas, hirsutismo, acné, cefaleas u otros cambios físicos como efectos secundarios de la píldora, pueden experimentar un descenso de la libido, pues la falta de bienestar físico supone una falta de bienestar sexual.

En cuanto a la no disminución del deseo sexual<sup>8</sup>:

Los efectos beneficiosos de los anticonceptivos hormonales como el alivio de la dismenorrea, el control del ciclo o la disminución de las manifestaciones de androgenización, contribuyen a mejorar la imagen personal y secundariamente la sexualidad. Se comprueba en un estudio realizado con tres preparados que contenían progestágenos de acción antiandrogénica (acetato de clormadinona, acetato de ciproterona y

dinogestrel) y en otro con usuarias de un anticonceptivo bifásico con desogestrel.

En varios estudios con anticonceptivos hormonales de baja dosis de estrógeno más drospirenona o gestodeno, no encontraron efectos desfavorables, sino que se mantuvo o aumentó el bienestar físico y emocional de la mayoría de usuarias.

Un estudio con adolescentes comprobó que las usuarias constantes tenían mejoras en los cambios de humor frente a las no usuarias o las que realizaban descansos en el consumo.

Existen datos sobre los anticonceptivos hormonales no orales que de 80 mujeres usuarias de implante de progesterona, sólo el 2,5% presentó pérdida de libido o depresión.

Por otro lado, como ya se mencionó la pérdida del deseo sexual puede tener causas interpersonales como la atracción reducida de la pareja, la rutina sexual, disturbios situacionales y problemas de pareja, no obstante, el uso de anticonceptivos podría disminuir el estrés ocasionado por la preocupación de la posibilidad de un embarazo<sup>24</sup>.

Uno de los métodos anticonceptivos más utilizados es el acetato de medroxiprogesterona, el cual actúa suprimiendo la ovulación y manteniendo espeso el moco cervical, sin embargo se pueden presentar efectos o reacciones adversas como: Diminución de la libido mediante la pérdida del deseo sexual y trastornos de la erección<sup>25</sup>, viéndose reflejado en algunos estudios, donde sustentan la disminución del deseo sexual.

### **2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

**Acetato de medroxiprogesterona:** Progestágeno sintético con acción antiestrogénica, antiandrogénica y antigonadotrópica, que inhibe las gonadotropinas hipofisarias (FSH y LH) con la consiguiente inhibición de la maduración folicular y de la ovulación. Inyección intramuscular que contiene



hormonas que inhiben la ovulación y aumentan el espesor del moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides<sup>26</sup>.

**Anticonceptivo oral combinado:** son aquellos métodos anticonceptivos que contienen estrógenos y progestágenos<sup>12</sup>.

**Deseo sexual:** Experiencia o sentimiento subjetivo que puede ser activado por estímulos externos o internos, y que puede desencadenar, o no, un comportamiento sexual abierto, para lo cual es necesario un adecuado funcionamiento neuroendocrino, así como la exposición a estímulos sexuales de suficiente intensidad<sup>22</sup>.

**Etinilestradiol:** es un estrógeno esteroídico sintético, derivado del estradiol, ocasiona un aumento del grosor y la cornificación de la vagina y promueve la proliferación del endometrio. Se utiliza en el tratamiento del hipogonadismo femenino y para prevenir o reducir los síntomas asociados a la menopausia<sup>27</sup>.

**Implantes:** Consisten en cápsulas delgadas, flexibles no biodegradable, cada una contienen progestágenos (etonogestrel o levonorgestrel), que son insertadas justo por debajo de la piel en el brazo de la mujer<sup>12</sup>.

**Inyectable combinado:** son aquellos que poseen estrógeno y progestágeno<sup>12</sup>.

**Inyectable de solo progestágeno:** son aquellos que poseen sólo progestágeno. El Ministerio de Salud distribuye el acetato de medroxiprogesterona de 150 mg.<sup>12</sup>

**Levonorgestrel:** es una progestina sintética biológicamente activa, que no es efectiva después de 72 horas; por ser estructuralmente semejante a la progesterona<sup>28</sup>.

**Planificación Familiar:** permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad<sup>1</sup>.

**Usuaría/o Continuada:** usuarios continuos son aquellos individuos que utilizan anticonceptivos y lo confirman en una fecha dada. Generalmente se cuentan y se reportan por separado de los clientes nuevos del programa y de los nuevos aceptantes de un método<sup>12</sup>.

**Usuario/a Nuevo/a:** persona que acepta por primera vez en su vida, usar un método anticonceptivo. Puede ser calificada como nuevo/a, tantas veces como métodos existan<sup>12</sup>.

## CAPITULO III

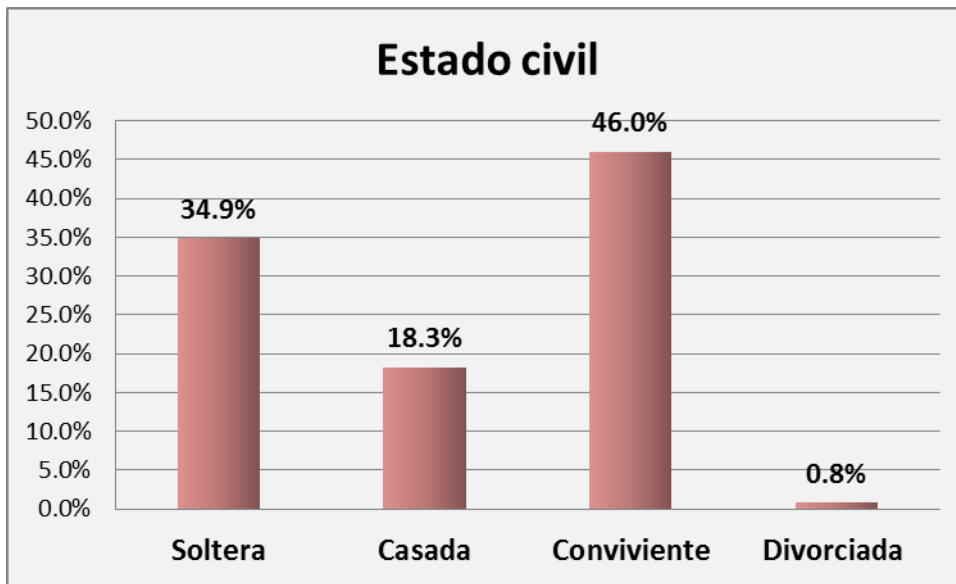
### PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presentaran una serie de cuadros y gráficos que permitirán el análisis y la discusión de los resultados.

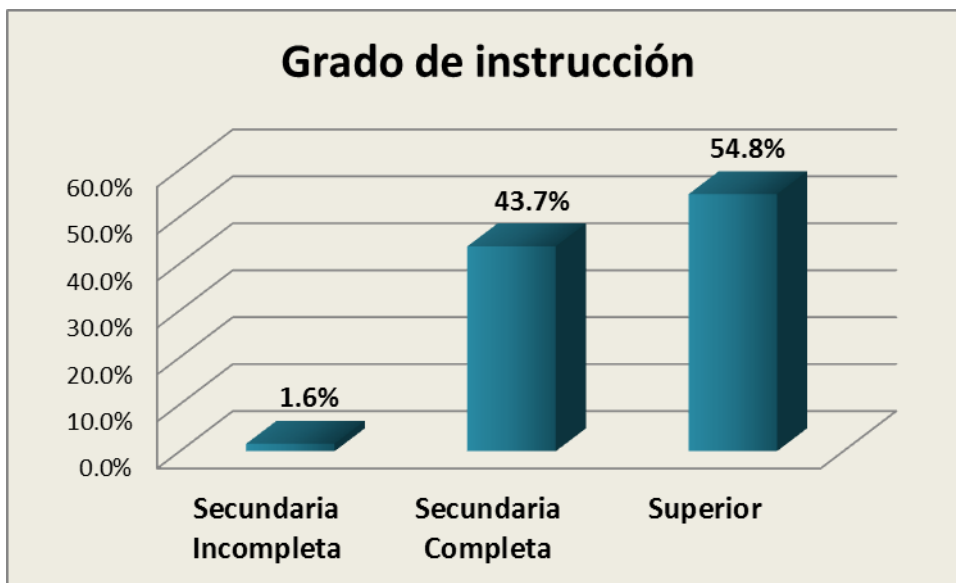
**Cuadro N°1: Características generales de las usuarias de 20 a 30 años.**

Características generales	N	%
Edad	25.58±2.954 (20 - 30)	
Estado civil	Soltera	44 34.9%
	Casada	23 18.3%
	Conviviente	58 46.0%
	Divorciada	1 0.8%
Grado de instrucción	Primaria	0 0.0%
	Secundaria Incompleta	2 1.6%
	Secundaria Completa	55 43.7%
	Superior	69 54.8%
Ocupación de la usuaria	Ama de casa	41 32.5%
	Trabajadora dependiente	59 46.8%
	Trabajadora independiente	26 20.6%
Lugar de Procedencia	Callao	112 88.9%
	Lima	13 10.3%
	Otros	1 0.8%
Religión de la usuaria	Católica	120 95.2%
	Evangélica	4 3.2%
	Atea	2 1.6%
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100.0%</b>

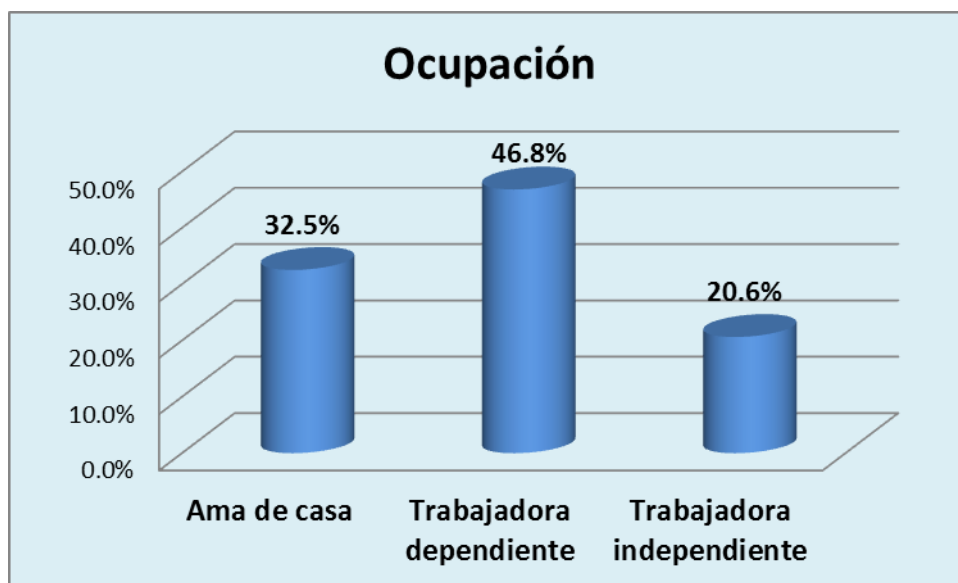
**Gráfico N°1.1: Estado civil de las usuarias de 20 a 30 años.**



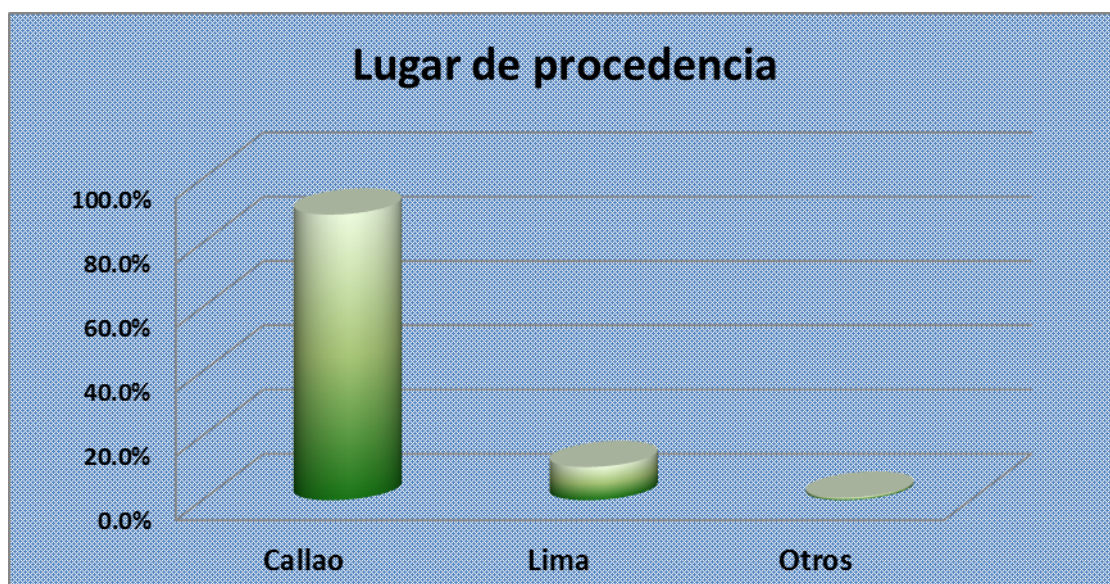
**Gráfico N°1.2: Grado de instrucción de las usuarias de 20 a 30 años.**



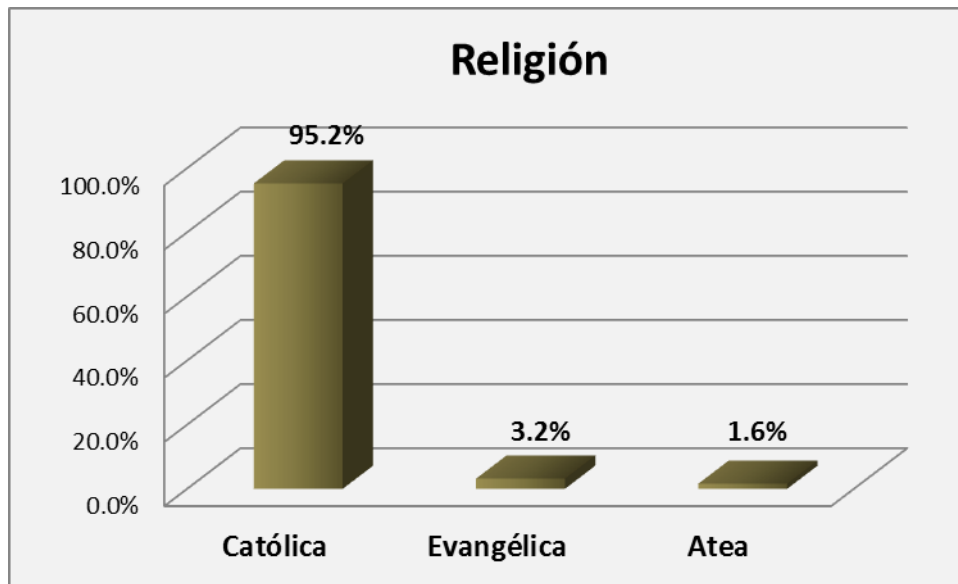
**Gráfico N°1.3: Ocupación de las usuarias de 20 a 30 años.**



**Gráfico N°1.4: Lugar de procedencia de las usuarias de 20 a 30 años.**



**Gráfico N°1.5: Religión de las usuarias de 20 a 30 años.**

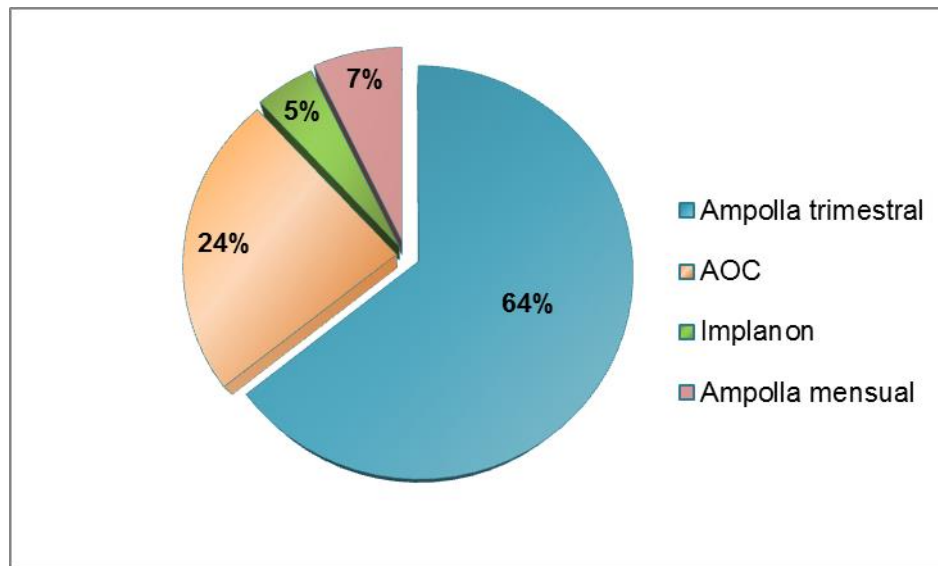


Las características generales de las usuarias atendidas en el consultorio de Planificación Familiar del Hospital San José son de edad promedio 25.6 años, estado civil conviviente (46%), grado de instrucción superior (54.8%), trabajadora dependiente (46.8%), procedentes del Callao (88.9%) y de religión Católica (95.2%) (Ver Cuadro N°1 y Grafico N°1.1, 1.2, 1.3, 1.4 y 1.5).

**Cuadro N°2: Anticonceptivos hormonales utilizados de las usuarias de 20 a 30 años.**

Anticonceptivos hormonales utilizados	N	%
Ampolla	81	64.3%
AOC	30	23.8%
Implanon	6	4.8%
Ampolla mensual	9	7.1%
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N°2: Anticonceptivos hormonales utilizados de las usuarias de 20 a 30 años.**



En el **cuadro N°2** y el **gráfico N°2** se observa que las usuarias de 20 a 30 años atendidas en el consultorio de Planificación Familiar del Hospital San José, utilizan como método anticonceptivo hormonal más frecuente el parenteral de solo progestágeno (64.3%), seguido del anticonceptivo oral combinado (23.8%), parenteral combinado (7.1%) y el Implanon (4.8%).

**Cuadro N°3: Características gineco-obstétricas de las usuarias de 20 a 30 años.**

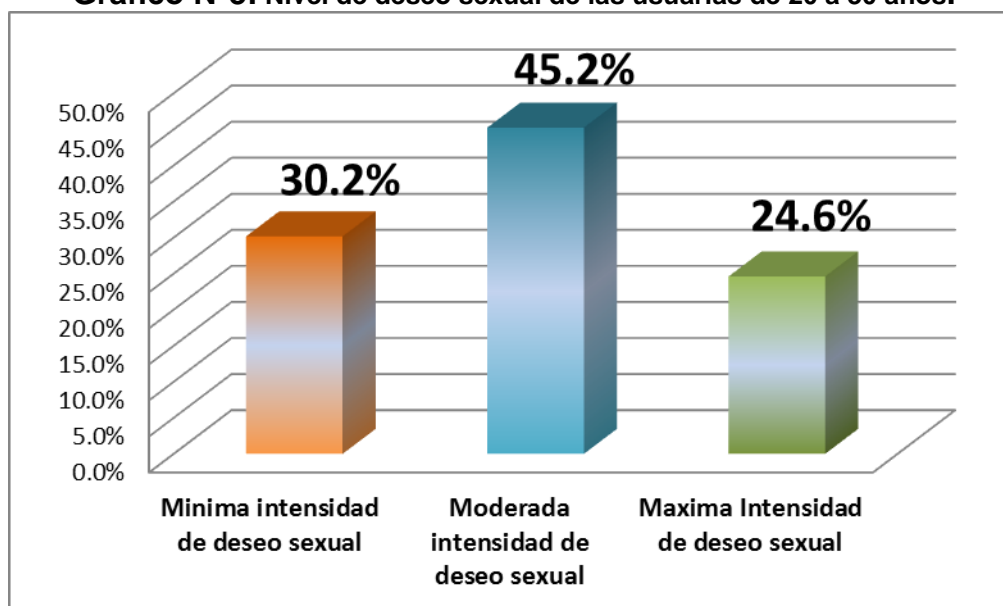
Características gineco-obstétricas	$x \pm DS$ (Mín. - Máx.)
Número de embarazos	$1.36 \pm 0.942$ (0 - 5)
Número de abortos	$0.36 \pm 0.626$ (0 - 3)
Número de hijos vivos	$1.04 \pm 0.843$ (0 - 4)
Número de parejas sexuales	$4.16 \pm 1.986$ (1 - 10)
Tiempo de uso del anticonceptivo en años	$2.38 \pm 1.27$ (0.9 - 8.0)

Respecto a las características gineco-obstétricas de las usuarias, se observa que el número promedio de embarazos es  $1.36 \pm 0.942$ , el número promedio de abortos es  $0.36 \pm 0.626$  y el número promedio de hijos vivos es  $1.04 \pm 0.843$ . Asimismo, el número promedio de parejas sexuales es  $4.16 \pm 1.986$  y el tiempo promedio de uso de anticonceptivos es  $2.38 \pm 1.27$  años (Ver Cuadro N°3).

**Cuadro N°4: Nivel de deseo sexual de las usuarias de 20 a 30 años.**

Nivel de deseo sexual	N	%
Mínima intensidad de deseo sexual	38	30.2%
Moderada intensidad de deseo sexual	57	45.2%
Máxima intensidad de deseo sexual	31	24.6%
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N°3: Nivel de deseo sexual de las usuarias de 20 a 30 años.**



El nivel de deseo sexual de las usuarias es de Moderada Intensidad en el 45.2%, Mínima Intensidad en el 30.2% y Máxima Intensidad en el 24.6% (Ver Cuadro N°4 y Gráfico N°3).

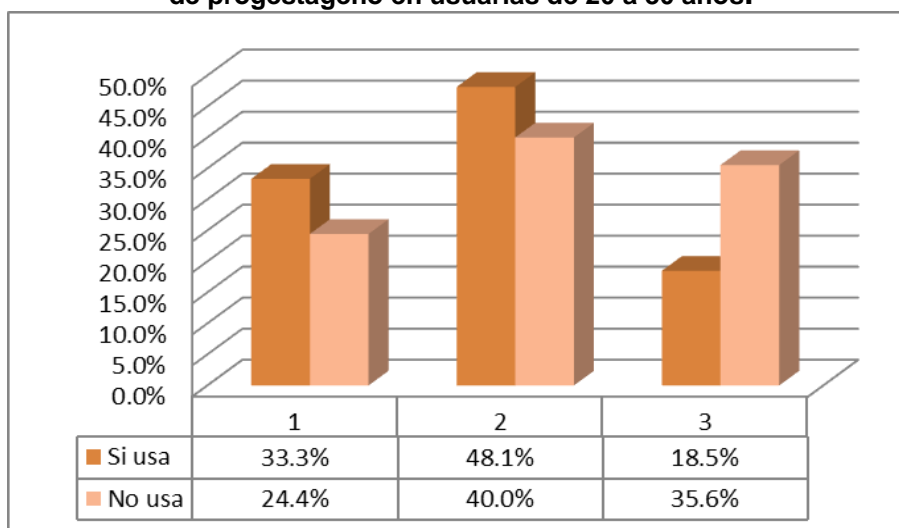


**Cuadro N°5: Anticonceptivo hormonal parenteral de progestágeno y su relación con el deseo sexual en usuarias de 20 a 30 años.**

Anticonceptivo hormonal parenteral de progestágeno	Nivel de deseo sexual							
	Mínima intensidad		Moderada intensidad		Máxima Intensidad		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si usa	27	33.3%	39	48.1%	15	18.5%	81	100.0%
No usa	11	24.4%	18	40.0%	16	35.6%	45	100.0%

p = 0.100

**Gráfico N°4: Nivel de deseo sexual según uso del anticonceptivo hormonal parenteral de progestágeno en usuarias de 20 a 30 años.**



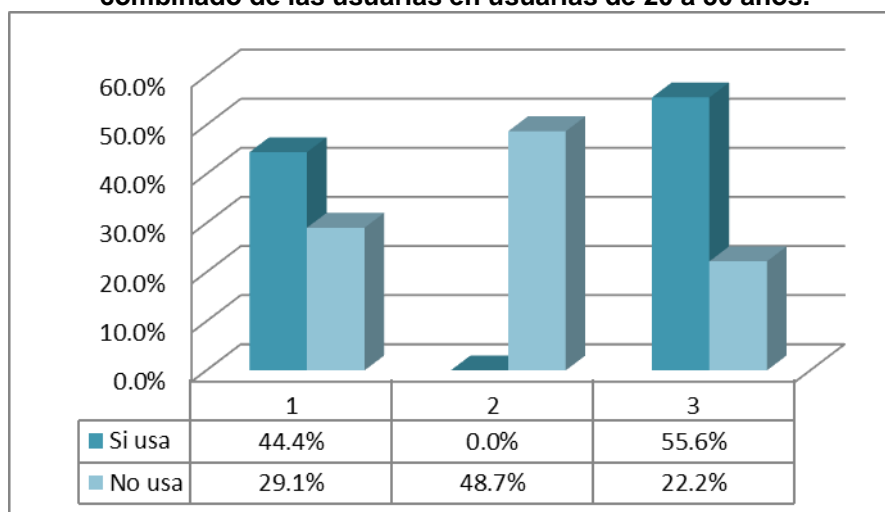
En el Cuadro N°5 se muestra el uso del anticonceptivo hormonal parenteral de progestágeno en relación al nivel de deseo sexual, no encontrándose una relación significativa ( $p=0.100$ ). Es así que la mayoría de usuarias que usaban este anticonceptivo tenían una intensidad de deseo sexual moderada (48.1%) seguida de mínima (33.3%), mientras que la mayoría de usuarias no utilizaba este método tenían un nivel de deseo sexual moderado (40%), seguido de una máxima intensidad (35.6%); sin embargo estas diferencias porcentuales no son significativas ( $p=0.100$ ). (Gráfico N°4)

**Cuadro N°6: Anticonceptivo hormonal parenteral combinado y su relación con el deseo sexual en usuarias de 20 a 30 años.**

Anticonceptivo hormonal parenteral combinado	Nivel de deseo sexual							
	Mínima intensidad		Moderada intensidad		Máxima Intensidad		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si usa	4	44.4%	0	0.0%	5	56.2%	9	100.0%
No usa	34	29.1%	57	48.7%	26	22.2%	117	100.0%

p = 0.012

**Gráfico N°5: Nivel de deseo sexual según uso del anticonceptivo hormonal parenteral combinado de las usuarias en usuarias de 20 a 30 años.**



En el **cuadro N°6** se muestra la relación que existe entre el uso del método parenteral combinado y el nivel de deseo sexual en las usuarias del consultorio de planificación familiar.

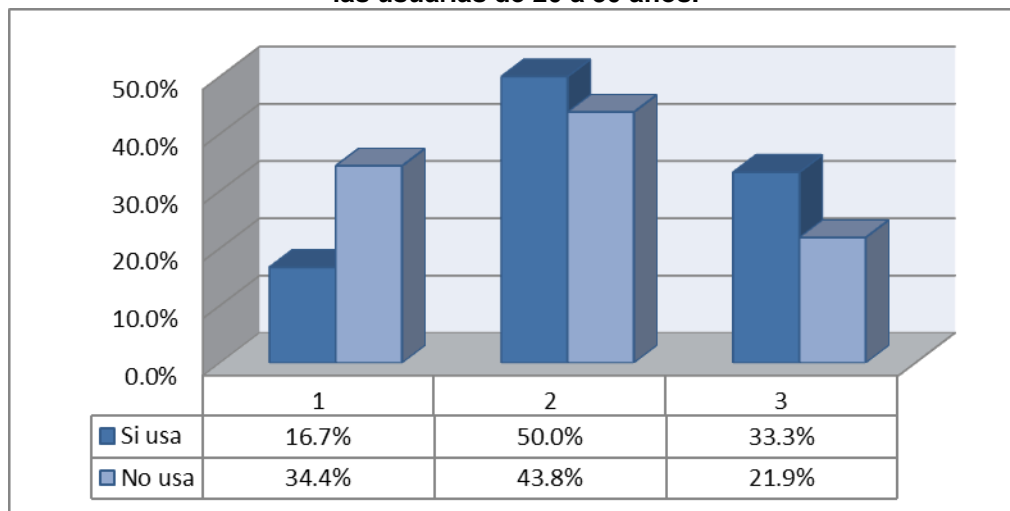
Se observa que existe una relación significativa entre el uso del método parenteral combinado con nivel de deseo sexual, ya que las usuarias que si usan el método parenteral combinado tienen una intensidad de deseo sexual máxima en el 56.2% mientras que las que no utilizan dicho anticonceptivo tienen un deseo sexual de moderada (48.7%) a mínima intensidad (29.1%), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.012$ ). (Gráfico N°5)

**Cuadro N°7: Anticonceptivo oral combinado y su relación con el deseo sexual en usuarias de 20 a 30 años.**

Anticonceptivo oral combinado	Nivel de deseo sexual							
	Mínima intensidad		Moderada intensidad		Máxima Intensidad		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si usa	5	16.7%	15	50.0%	10	33.3%	30	100.0%
No usa	33	34.4%	42	43.8%	21	21.9%	96	100.0%

p = 0.150

**Gráfico N°6: Nivel de deseo sexual según uso del Anticonceptivo oral combinado de las usuarias de 20 a 30 años.**



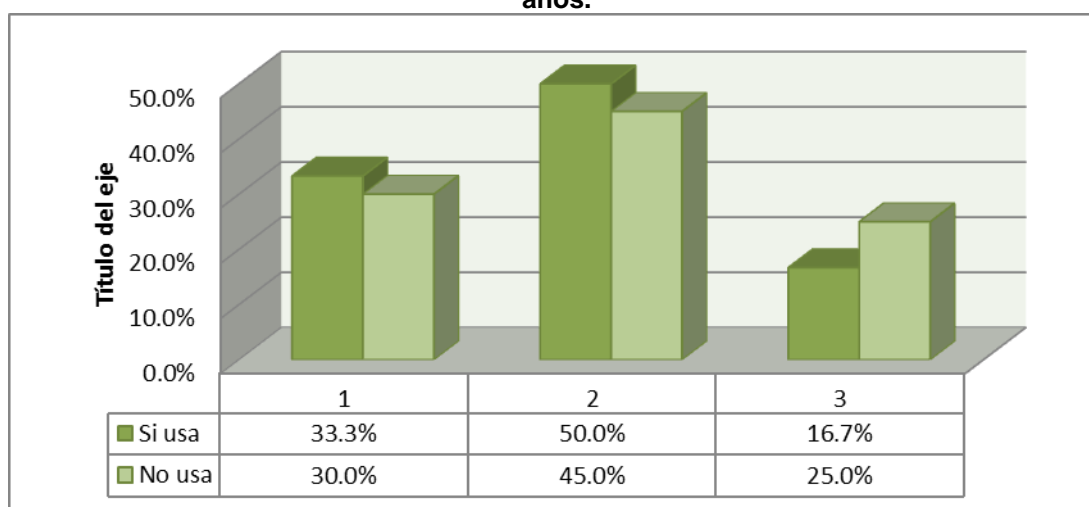
En el **cuadro N°7** se observa que el anticonceptivo oral combinado no se relaciona con el nivel de deseo sexual ( $p=0.150$ ). Es así que la mayoría de usuarias que usaban este anticonceptivo tenían una intensidad de deseo sexual de moderada (50.0%) a máxima (33.3%), mientras que la mayoría de usuarias que no lo utilizaban este método tenían un nivel de deseo sexual moderado (43.8%) a mínima intensidad (34.4%); sin embargo estas diferencias porcentuales no son significativas ( $p=0.150$ ). (Gráfico N°6)

**Cuadro N°8: Implanon y su relación con el deseo sexual en usuarias de 20 a 30 años.**

Implanon	Nivel de deseo sexual							
	Mínima intensidad		Moderada intensidad		Máxima Intensidad		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si usa	2	33.3%	3	50.0%	1	16.7%	6	100.0%
No usa	36	30.0%	54	45.0%	30	25.0%	120	100.0%

**p = 0.899**

**Gráfico N°7: Nivel de deseo sexual según uso del Implanon en las usuarias de 20 a 30 años.**



El cuadro N°8 muestra que el Implanon no se relaciona con el nivel de deseo sexual ( $p=0.899$ ), debido a que las usuarias de Implanon tienen un nivel de deseo sexual de “Moderada” (50%) a “Mínima Intensidad” (33.3%), muy similar a las mujeres que no usan este método, quienes tuvieron un nivel de deseo sexual de “Moderada” (45%) a “Mínima Intensidad” (30%). (Ver Gráfico N°7)

## DISCUSIÓN

En cuanto a la relación entre el anticonceptivo hormonal parenteral de progestágeno y el deseo sexual, se han obtenido resultados de que su uso puede generar como efecto secundario la disminución del deseo sexual, sin embargo, en el presente estudio se observó que el anticonceptivo hormonal parenteral de progestágeno no se relaciona de manera significativa con el nivel de deseo sexual, lo cual es disímil al trabajo de García y Llactahuaman<sup>9</sup>, quienes encontraron que la disminución del deseo sexual se relacionó 2 veces más con el uso del Acetato de Medroxiprogesterona, probablemente como un efecto secundario de su uso.

En lo concerniente al uso del anticonceptivo hormonal parenteral combinado, en el presente estudio se halló que este método anticonceptivo se relaciona con el nivel de deseo sexual, es decir que su uso se asocia con una máxima intensidad de deseo sexual ( $p=0.012$ ). Esto se respalda de lo evidenciado en la literatura, ya que uno de los componentes de la ampolla mensual es el estrógeno, el cual incrementa la síntesis de óxido nítrico y el flujo sanguíneo hacia el clítoris, llevando al aumento del nivel de deseo sexual.

Por diversos mecanismos se ha planteado que los anticonceptivos hormonales como el anticonceptivo oral combinado o también llamado Lo Femenal puede producir disminución del deseo sexual; tal como lo reportado en el estudio de Caruso y cols<sup>29</sup>, pues las mujeres al noveno mes del uso de la píldora anticonceptiva tuvieron una disminución del deseo sexual ( $p<0,005$ ). Resultados contrarios se observaron en la presente investigación, puesto que los anticonceptivos orales combinados no se relacionaron con el nivel de deseo sexual ( $p=0.150$ ).

Respecto a este punto, Peña en su estudio analiza el uso de Implanon con el deseo sexual, observando que la usuaria al utilizar este método en un 22.2% el deseo sexual se incrementa, en un 14.8% disminuye y en un 63% no varía, es decir, se mantiene igual. Al compararlo con los resultados anteriormente mencionados en el presente estudio en relación a las usuarias que utilizan el

método se observan porcentajes similares, no alterando el uso de Implanon en el deseo sexual.

## CONCLUSIONES

Luego de finalizar el Estudio de Investigación se concluye que:

- 1 El uso del anticonceptivo hormonal parenteral de progestágeno no se relaciona con el nivel de deseo sexual en las usuarias de 20 a 30 años atendidas en el Hospital San José.
- 2 El uso de anticonceptivo hormonal parenteral combinado se relaciona con el nivel de deseo sexual en las usuarias de 20 a 30 años.
- 3 El uso del anticonceptivo hormonal oral combinado no se relaciona con el nivel de deseo sexual en las usuarias de 20 a 30 años.
- 4 El uso del Implanon no se relaciona con el nivel de deseo sexual en las usuarias de 20 a 30 años atendidas en el Hospital San José.

## RECOMENDACIONES

- 1 Se recomienda brindar una atención integral a las usuarias del método parenteral de progestágenos con la finalidad de identificar oportunamente los factores distintos al uso de este anticonceptivo que puedan incidir en la disminución del deseo sexual y por ende en su calidad de vida.
- 2 Se recomienda realizar otro estudio similar, con una muestra más amplia de usuarias del método anticonceptivo hormonal parenteral combinado, de modo que pueda corroborar lo encontrado en este estudio y dar mayor validez a los resultados.
- 3 Se recomienda incluir dentro de las charlas educativas de planificación familiar temas respecto a los efectos secundarios del método anticonceptivo oral combinado, enfatizando que su uso no altera el deseo sexual.
- 4 Se debe realizar un seguimiento a todas las usuarias del Implanon con la finalidad de identificar si se presentan alteraciones relacionadas a su vida sexual aplicando para ello el Test utilizado en la presente investigación.



## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar. Ginebra: OMS; 2013. Serie de Informes Técnicos: 351.
2. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Minsa- Perú; 2004.
3. Corral J, Santoyo H, Alvarado S, Pons J, Domínguez O, Ponce E y cols. Centro Latinoamericanos sobre estudios de la mujer (CELSAM): Estudio sobre métodos anticonceptivos en mujeres de 14 países de América Latina. *Aten Fam* 2006; 13(5):104-9.
4. Instituto Nacional de Estadística e informática. Perú: Indicadores de Resultados de los Programas estratégicos 2000-2012. INEI- Perú; 2013.
5. Condori M, Camacho J. Conocimiento y actitud que tienen las puérperas sobre el Acetato de Medroxiprogesterona (Depo-provera) y su aceptación como método anticonceptivo. [Tesis], Instituto Especializado Materno Perinatal; 2005.
6. 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. *Rev. Perú. Epidemiol* 2010; 14(3):1-8.
7. Rodríguez R, Gómez L, Conde M. Caracterización de las progestinas inyectables y sus beneficios en la Planificación Familiar. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2003; 19(2): 1-7.
8. Zornoza V, Luengo A., Palazuelos F, Sánchez L, Haya L. Anticoncepción hormonal y deseo sexual femenino. *Toko - Gin Pract*, 2014; 73 (6): 125 – 128.
9. García L., Llactahuaman S. Asociación entre el acetato de medroxiprogesterona y deseo sexual en usuarias de planificación familiar. Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre y diciembre 2012. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Escuela Académico profesional de Obstetricia; 2012.

10. Ott M, Shew M, Ofner S, Tu W, Fortenberry D. The Influence of Hormonal Contraception on Mood and Sexual Interest among Adolescents. *Arch Sex Behav.* Aug 2008; 37(4): 605–613.
11. Ortiz J, Ocampo P, Murakami S. Satisfacción sexual entre mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos. *Archivos en Medicina Familiar.* 2010, 12 (2): 51-56.
12. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Planificación Familiar. Minsa, Perú. 2005.
13. Profamilia. Métodos anticonceptivos. [Consultado el 25 de noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.inppares.org/sites/default/files/Metodos%20Profamilia.PDF>
14. Amado J, Flórez J. Hormonas sexuales: estrógenos, gestágenos, andrógenos anticonceptivos hormonales. *Clin. Endocrinol. Metab* 1996; 81: 2942-2947.
15. Martínez F. Eficacia, seguridad, indicaciones y controversias de la contracepción con solo gestágenos): Acetato de Medroxiprogesterona (Depoprovera) y Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (Mirena). *Sociedad Española de Contracepción* 2010; 80: 335-344.
16. Organización Mundial de la Salud-Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins, Centro para Programas de, Comunicación y proyecto INFO Planificación familiar. *Un Manual Mundial para Proveedores.* Ginebra, OMS; 2007.
17. Montiel F. Respuesta sexual humana. [Accesado el 02 de enero 2015]. Disponible en: [http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/meb173/meb173\\_08.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/meb173/meb173_08.html).
18. Távara L. Análisis de la oferta de anticonceptivos en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.* 2010, 56:120-136.
19. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Nicaragua: MINSAL; 2008.
20. Schwarcz R, Castro R, Galimberti D, Martínez I, García O, Lomuto C, et al. Guía para el uso de métodos anticonceptivos. Argentina: MINSAL; 2002.

21. Gorguet I. Comportamiento sexual humano. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2008.
22. Gómez J. El deseo sexual y sus trastornos: Aproximación conceptual y etiológica. Anuario de sexología. 1995. [Consultado 02 de enero 2015]. Disponible en: <https://sexologíaenredessociales.files.wordpress.com/2013/08/a1-4-gomez.pdf>
23. Cañones P, Aizpiri J, Barbado J, Fernández A, Gonçalves F, Rodríguez J, et al. Disfunciones sexuales de origen no orgánico. Medicina General 2002; 49: 916-922.
24. Zegarra T. Mitos y métodos anticonceptivos. 1 ed. Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX); 2011.
25. Finger W, Slage M. Cambios en la función sexual secundaria por los efectos de la medicación. Revista de Toxicomanías 1999: 32-44.
26. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamécum. Edición 2012. Acetato de medroxiprogesterona. [Consultado 26 de noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.pediamecum.es>.
27. Vademécum. Etinilestradiol. [Consultado 03 de enero 2015]. Disponible en: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/e036.htm>
28. Rodríguez YE. El Levonorgestrel y su mecanismo de acción. Revista de estudios Médico Humanísticos 6(6). Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica6/art05.html#>.
29. Caruso S, Agnello C, Intelisano G, Farina M, Di Mari L, Cianci A. Sexual behavior of women taking low-dose oral contraceptive containing 15 microg ethinylestradiol/60 microg gestodene. Contraception. 2004;69(3):237-40.

# **ANEXOS**

**ANEXO N°1: Matriz de Consistencia**

TÍTULO	PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS	VARIABLES	MÉTODOLÓGÍA
<b>“USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y SU RELACIÓN CON EL DESEO SEXUAL EN USUARIAS DE 20 A 30 AÑOS ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL SAN JOSÉ. CALLAO, 2015”</b>	¿Cuál es la relación entre el uso de anticonceptivos hormonales con el deseo sexual en usuarias de 20 a 30 años atendidas en el consultorio de Planificación Familiar del Hospital San José del Callao durante el año 2015?	Determinar la relación entre el uso de anticonceptivos hormonales y el deseo sexual de las usuarias de 20 a 30 años atendidas en el consultorio de Planificación Familiar del Hospital San José del Callao durante el año 2015.	La presente investigación por ser descriptiva no lleva hipótesis.	<b>Variable Independiente</b>	<b>Tipo:</b> Descriptivo correlacional, prospectivo y transversal.  <b>Nivel:</b> Aplicativo  <b>Método:</b> Cuantitativo.
				Uso de anticonceptivos hormonales	
				<b>Variable Dependiente</b>	
	<b>PROBLEMAS SECUNDARIOS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>			<b>Población:</b>
	¿Cuál es la relación entre el uso de anticonceptivo hormonal parenteral de progestágeno y el nivel de deseo sexual en las usuarias de 20 a 30 años?	Conocer la relación entre el uso de anticonceptivo hormonal parenteral de progestágeno y el nivel de deseo sexual en las usuarias de 20 a 30 años.		Deseo sexual	800 usuarias de 20 a 30 años continuadoras de anticonceptivos hormonales que acudirán al consultorio de planificación familiar del Hospital “San José” durante el año 2015 en 2

	¿Cuál es la relación entre el uso de anticonceptivo hormonal parenteral combinado y el nivel de deseo sexual en las usuarias de 20 a 30 años?	Conocer la relación entre el uso de anticonceptivo hormonal parenteral combinado y el nivel de deseo sexual en las usuarias de 20 a 30 años.			meses. (Según las proyecciones de la Institución para el año 2015)
	¿Cuál es la relación entre el uso de anticonceptivo oral combinado y el nivel de deseo sexual en las usuarias de 20 a 30 años?	Conocer la relación entre el uso de anticonceptivo oral combinado y el nivel de deseo sexual en las usuarias de 20 a 30 años.			<b>MUESTRA:</b> según fórmula de "Cochran", obteniendo un total de 126 usuarias de 20 a 30 años continuadoras de anticonceptivos hormonales.
	¿Cuál es la relación entre el uso de implanon y el nivel de deseo sexual en las usuarias de 20 a 30 años?	Conocer la relación entre el uso de implanon y el nivel de deseo sexual en las usuarias de 20 a 30 años.			<b>TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS:</b> Encuesta.
					<b>INSTRUMENTO:</b> Inventario de Deseo Sexual Modelo SDI-2/e
					<b>Pruebas estadísticas: P</b> < 0.05

## ANEXO N°2: Consentimiento Informado

### USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y SU RELACIÓN CON EL DESEO SEXUAL EN USUARIAS DE 20 A 30 AÑOS ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL SAN JOSÉ. CALLAO, 2015.

#### Descripción

Usted ha sido invitada a participar en una investigación sobre el uso de anticonceptivos hormonales y su relación con el deseo sexual en usuarias de 20 a 30 años atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar del Hospital San José. Callao, 2015. Esta investigación es realizada por la Bachiller Palomino Espino Yisella.

El propósito de esta investigación es determinar la relación entre el uso de anticonceptivos hormonales y el deseo sexual, por lo que usted fue seleccionada para participar en esta investigación, ya que se aplicaran una serie de preguntas que deberá contestar de manera clara, precisa y veraz.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitara su colaboración para el llenado del cuestionario y dar su permiso para usar datos de forma anónima. Se utilizarán dos cuestionarios: el primer cuestionario recabará información general y sobre el uso de los métodos anticonceptivos (13 preguntas) y el segundo cuestionario recabará información sobre el nivel de deseo sexual (14 preguntas). El participar en este estudio le tomará un tiempo de 10 a 15 minutos aproximadamente.

Los riesgos asociados a este estudio son mínimos puesto que no afectará directamente la integridad física de la persona, mas puede causar incomodidad por indagar sobre el ámbito personal, por ende, para dar seguridad no se consignaran los nombres y apellidos de los participantes. El desarrollo de este estudio beneficiará a la institución.

Se guardará absoluta confidencialidad de los datos de los participantes y en la publicación se mantendrá el anonimato de los participantes incluidos.

Si ha leído este documento y ha decidido participar, tenga en cuenta que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento. Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con la Obstetra Bachiller Yisella Palomino Espino al #949008623 (investigador responsable).

---

La firma en este documento significa que he decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento con la investigadora.

-----  
**Nombre del participante**

-----  
**Firma**

-----  
**Fecha**



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

**ANEXO N°3: Ficha de Recolección de Datos**

Estimada Señora, agradecemos por anticipado su colaboración al responder la presente

N° Encuesta:

---

Estimada usuaria, estamos interesados en conocer su los efectos que su método anticonceptivo ha provocado en sus organismo. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Agradeceremos su participación y le pedimos que sea absolutamente sincera con cada respuesta.

I. Datos generales del encuestado

1. Edad: \_\_\_\_\_ años

2. Estado civil:

Soltera ( )                  Conviviente ( )

Casada ( )                  Divorciada ( )

3. Grado de instrucción:

Sin Instrucción ( )                  Primaria Incompleta ( )

Primaria Completa ( )                  Secundaria Incompleta ( )

Secundaria Completa ( )                  Superior ( )

4. Ocupación: \_\_\_\_\_



5. Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_

6. Religión: \_\_\_\_\_

II. Datos del método anticonceptivo que usa.

7. ¿Qué tipo de anticonceptivo usa?

Ampolla trimestral (0)                      Anticonceptivo oral combinado (1)

Implanon (2)                                  Ampolla mensual (3)

III. Características gineco-obstétricas:

- ¿Cuántos embarazos ha tenido? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántos abortos ha tenido? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántos hijos vivos tiene? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto tiempo lleva usando su método anticonceptivo? \_\_\_\_\_ años con \_\_\_\_\_ meses.
- Marque cuál de estos efectos le produce sus método anticonceptivo
  - ( ) Ausencia de menstruación
  - ( ) Aumento de peso
  - ( ) Disminución de peso
  - ( ) Cambios de carácter e irritabilidad
  - ( ) Disminución en el deseo sexual
  - ( ) Problemas con su pareja
  - ( ) Dolores de cabeza
  - ( ) Otros: Especifique: \_\_\_\_\_

#### ANEXO N°4: Inventario de Deseo Sexual Modelo SDI-2/e

Mediante este cuestionario se busca conocer su nivel de deseo sexual. En el contexto de la presente evaluación “deseo sexual” significa “interés”, “ganas”, o, simplemente, “deseo de tener o mantener alguna actividad sexual”.

Para cada pregunta haga un círculo alrededor del número de la respuesta que mejor exprese sus pensamientos o sentimientos. Todas sus respuestas serán confidenciales.

1) Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces usted deseó haber tenido contacto sexual con alguien? (por ejemplo: tocar genitales, dar y/o recibir estimulación oral, coito, etc.)

- a) Ninguna.
- b) Una vez.
- c) Dos veces.
- d) Una vez por semana.
- e) Dos veces por semana.
- f) Tres o cuatro veces por semana.
- g) Diariamente.
- h) Más de una vez por semana.

2) Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces usted tuvo pensamientos sexuales incluyendo a otra persona?

- a) Ninguna.
- b) Una o dos veces.
- c) Semanalmente.
- d) Dos veces por semana.
- e) Tres o cuatro veces por semana.
- f) Diariamente.
- g) Dos veces por día.
- h) Muchas veces por día.

3) Cuando usted tiene pensamientos sexuales, ¿cuál es la intensidad de su deseo de buscar un contacto sexual con su pareja?

Sin deseo Deseo fuerte

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

4) Cuando usted mira a una persona atractiva, ¿cuál es la intensidad de su deseo?

Sin deseo Deseo fuerte

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

5) Cuando usted pasa por algún tiempo en compañía de una persona atractiva, ¿cuál es la intensidad de su deseo?

Sin deseo Deseo fuerte

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

6) Cuando usted está en una situación romántica (por ejemplo, una cena con luz de velas, un paseo en la playa, etc.), ¿Cuál es la intensidad de su deseo?

Sin deseo Deseo fuerte

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

7) Actualmente, ¿Cuál es la intensidad de su deseo para iniciar una actividad sexual con su pareja?

Sin deseo Deseo fuerte

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8) ¿Qué importancia tiene para usted satisfacer su deseo sexual a través de actividades sexuales con su pareja?

No es importante Es muy importante

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9) Comparando con otras personas de su misma edad y sexo, ¿Cómo califica su deseo de tener actividades sexuales con alguien?

Menos deseo que otros Mucho más deseo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10) Durante los últimos 30 días, ¿con que frecuencia le hubiera gustado buscar placer sexual solitario? (masturbación, manipulación de genitales, etc.)

- a) Ninguna.
- b) Una o dos veces.
- c) Semanalmente.
- d) Dos veces por semana.
- e) Tres o cuatro veces por semana.
- f) Diariamente.
- g) Dos veces por día.
- h) Muchas veces por día.

11) ¿Qué tan fuerte es su deseo de obtener placer sexual solitario?

Sin deseo Deseo fuerte

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

12) ¿Qué tan importante es para usted satisfacer su deseo de obtener placer sexual solitario?

No es importante Es muy importante

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13) Comparando con otras personas de su misma edad y sexo, ¿cómo usted califica su deseo de obtener placer sexual solitario?

Menos deseo que otros Mucho más deseo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

14) ¿Cuánto tiempo usted podría estar, confortablemente, sin ninguna actividad sexual?

- a) Para siempre
- b) Uno o dos años
- c) Varios meses
- d) Un mes
- e) Algunas semanas
- f) Una semana
- g) Un día
- h) Menos de un día.