

**“UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA”**

“FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD”

“ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA”



**“DESEO SEXUAL INHIBIDO Y SU RELACIÓN CON EL USO DE
ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA EN USUARIAS DEL
SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. HOSPITAL REGIONAL
DE AYACUCHO, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2019”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

PRESENTADO POR:

Bach. MENDOZA HUAMÁN, Purita Milagros

Bach. SANTA CRUZ MEDINA, Jeyda Palsyordan

AYACUCHO - PERÚ

2020

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a la Escuela Profesional de Obstetricia, por su gran acogida y enseñanzas brindadas al amparo de anhelados frutos del amor, y a mi asesora la Dra. Brígida Ramírez Quijada, por todo su apoyo y entrega brindada. Así mismo agradezco a todas las personas que fueron partícipes en la realización del proyecto.

Purita Milagros Mendoza Huaman

AGRADECIMIENTO

Agradecer infinitamente a la Dr. Brígida Ramírez Quijada por haber sido paciente y a la vez exigente en el asesoramiento de esta tesis, brindando todo el apoyo y la fortaleza para que desde nuestra posición, Obstetricia pueda ampliar su visión en la investigación; así mismo, a las mujeres quienes gentilmente aceptaron ser partícipes y pusieron en evidencia el aspecto tan íntimo e importante en la vida de un ser humano.

Jeyda Palsyordan Santa Cruz Medina

DEDICATORIA

A mis padres que son mi motivación más grande para llegar a cumplir cada meta, a mi abuelo que siempre me brindó las fuerzas necesarias para seguir adelante, a mis hermanos por todo su cariño y apoyo brindado. Así mismo va dedicado a todas mujeres que alguna vez fueron vulneradas en sus derechos.

Purita Milagros Mendoza Huaman

DEDICATORIA

A mis padres Edwin y Elizabeth por ser mis grandes amigos, las indispensables columnas que sostienen cada paso de mi vida y sobre todo por ser los impulsores a nunca rendirme pues sin ellos no estaría en esta etapa tan importante de mi vida, a mis hermanos Aarón, Belén y Daniela por ser los pequeños gran motores de mis alegrías, por los que pretendo aspirar a más, a esta hermosa profesión que me cobijo 5 años y me brindo las más bellas experiencias y a todas las mujeres que alguna vez se sintieron vulnerables.

Jeyda Palsyordan Santa Cruz Medina

INDICE

	Página
Agradecimiento	2
Agradecimiento	2
Dedicatoria	3
Dedicatoria	3
Introducción.....	6
CAPITULO I.....	
Problema de investigación	8
1.1 Situación problemática	8
1.2 Planteamiento del problema	10
1.3 Formulación del problema	12
1.3.1. Formulación del problema general	12
1.3.2. Formulación del problema específico	12
1.4. Objetivos de la investigación	12
1.4.1. Objetivo general.....	12
1.4.2. Objetivos específicos.....	12
CAPITULO II.....	
Marco teórico.....	14
2.1 Antecedentes de la investigación	14
2.2 Base teórico - científica	17
2.2.1. Planificación familiar	17
a. Métodos anticonceptivos.....	18
b. Método anticonceptivo hormonal	19
c. Método hormonal inyectable trimestral, acetato de medroxiprogesterona	19
2.2.2. Hormonas sexuales	23
a. Regulación hormonal de la respuesta sexual.	26
2.2.3. Deseo sexual	27
a. Fases de la respuesta sexual	27
b. Trastornos sexuales.....	30
c. Deseo sexual inhibido (dsh).....	32

2.2.4. Autovaloración del deseo sexual inhibido" de masters, johnson y kolodny (1996).....	35
2.3. Definición conceptual y operativa de términos	36
2.4. Hipótesis	37
2.5. Variables	37
2.5.1. Variable independiente:	37
2.5.2. Variable dependiente:.....	37
2.5.3. Variables intervinientes:.....	37
CAPITULO III.....	39
Metodología de la investigación	39
3.1 Tipo de investigación:.....	39
3.2 Enfoque de investigación	39
3.3 Nivel de investigación.....	39
3.4 Universo o población.....	39
3.5 Muestra	39
3.6 Muestreo	40
3.7 Criterios de inclusion y exclusion	40
3.8 Técnicas e instrumentos de investigación	41
3.9 Plan de procedimiento de investigación	41
3.10 Plan de procesamiento de datos	42
3.11 Consideraciones éticas	42
CAPITULO IV	44
Resultados	44
Conclusiones.....	67
Recomendaciones.....	68
Referencias bibliográficas	69
Anexos	73

INTRODUCCIÓN

La anticoncepción representa un derecho sexual y reproductivo en la que todas las personas son libres de elegir, cuándo y cuantos hijos tener; todo ello sin perder el disfrute que causa las relaciones coitales de pareja.

Por tal razón, se busca evitar preocupaciones post coitales en torno al pensamiento de obtener un embarazo no deseado y disfrutar plenamente del momento en pareja y tener una vida sexual activa sin riesgo. Por ello, se implementó anticonceptivos de diferentes usos y acción, desde las formas naturales hasta las artificiales, en las que se suministra hormonas.

Si bien es cierto, se logró aumentar el porcentaje de mujeres protegidas año a año, pero se evidencia de forma preocupante que cierto porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos hormonales tiendan a la discontinuación o cambio de método, generalmente por una incorrecta consejería en efectos secundarios; y lo más importante, que se vea afectada el aspecto sexual de las parejas, más aun de la mujer, quien hoy en día tiene que estar mucho más empoderada en torno al marco de su salud sexual y reproductiva en completa libertad y cero tapujos, dicho sea de paso, este problema se da con mayor frecuencia por los anticonceptivos hormonales inyectables trimestrales.

La sexualidad es inherente a la persona y es un aspecto fundamental e indispensable en la vida de todo ser humano, mucho más habiendo comenzado su vida sexual activa, por lo que sería preocupante que dicho aspecto esencial y vital del ser humano se vea afectado por factores externos, y que uno de ellos sea el uso de métodos anticonceptivos no apropiados para ella.

Por ello, nuestro trabajo busca adentrarse más en la relación que tendría el deseo sexual inhibido y el uso de anticoncepción hormonal, acetato de medroxiprogesterona, en la atención de la salud sexual y reproductiva de las usuarias de métodos anticonceptivos, que incluye la información adecuada en los servicios de planificación familiar, donde no solo se reconozca como una intervención clave para mejorar la salud de las mujeres en edad fértil y de sus parejas, sino también como un derecho humano, enmarcado en la sexualidad y la plenitud de la satisfacción que causa.

Es así que se aplicó un test de deseo sexual inhibido elaborado por Master Jonshon(7) a todas las usuarias del método anticonceptivo hormonal trimestral de acetato de medroxiprogesterona, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión al momento de la recolección de datos; donde el resultado obtenido fue que el 43.3% (78) presentaron un deseo sexual inhibido moderado, resultados que se darán a conocer al servicio de planificación familiar del Hospital Regional de Ayacucho para ayudar a mejorar la calidad de vida dentro de la salud sexual y reproductiva, tal como se mencionó.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El Depoprovera (DMPA) se estudió por primera vez como anticonceptivo entre los años 1963 y 1966, y su uso fue extendiéndose paulatinamente. Este método se utilizó en muchos países entre los años 1990 y 1994, pues los envíos del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población casi se cuadruplicaron, pasando de 4,5 millones de dosis anuales a 16,7. En octubre de 1992, la Administración de los Estados Unidos de Alimentos y Medicamentos aprobó el DMPA 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.(1)

En 1992, una progestina inyectable, Acetato de Medroxiprogesterona de depósito (comercializada como Depoprovera), fue aprobada, comercializada y tuvo éxito y aceptación entre los diferentes grupos sociales y demográficos en varios países.(2) En la actualidad este anticonceptivo inyectable que sólo contiene progestágeno es un método bastante empleado por muchas mujeres en edad fértil, siendo el tercero más común en el mundo, además desempeña una función importante en la planificación familiar y en muchos programas nacionales de salud (1) (3).

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 DMPA se comercializó en Mozambique, Nepal, Perú, Tanzania y Uganda. El Mercado Social para el Cambio (SOMARC) también lo comercializó en Filipinas, Jordania, Egipto y las repúblicas de Asia Central. Más de 11 millones de mujeres en 90 países lo han usado con éxito como anticonceptivo (1).

En nuestro país, método anticonceptivo más utilizado entre las mujeres con parejas estables es el inyectable en un 18%, seguido de la abstinencia periódica y el condón masculino; y de aquellas mujeres solteras el 13% utiliza inyectables, ocupando así el tercer lugar de utilización en esta población, ya que la mayoría usa el condón masculino o la abstinencia periódica. También se ha visto que aquellas mujeres con parejas estables que no usan actualmente un método anticonceptivo tienen mayor predilección por el uso del inyectable (4).

Sin embargo, la inyección siendo uno de los métodos anticonceptivos más usados en nuestro país, también es el que presenta una mayor discontinuidad en su uso debido principalmente a sus efectos secundarios (2). Además, cabe resaltar que no todas las usuarias tienen el conocimiento adecuado sobre el mecanismo de acción, la indicación a seguir después de la aplicación de Depoprovera y sobre todo que efectos secundarios pueden producir (1). Si bien los inyectables de depósito trimestral ofrecen ventajas significativas tales como efectividad, privacidad y permite flexibilidad en las visitas; también pueden presentarse ciertos efectos secundarios, como cambios en el sangrado menstrual, amenorrea, cambios de peso, cefalea, cambios de humor o trastornos emocionales, náuseas, aumento de la sensibilidad en las mamas, demora en el retorno de la fertilidad y disminución del deseo sexual y/o acné, siendo estos posibles cambios en el deseo sexual uno de los efectos al que poco interés se presta al hablar de los efectos secundarios del Acetato de Medroxiprogesterona (6).

En general, en cuanto respecta a los programas de salud sexual y reproductiva es claro que temas relacionados al placer y la satisfacción sexual no son componentes explícitos de dichos programas, como tampoco es la prevención o evaluación de los trastornos sexuales. Debido a que los programas de salud sexual y reproductiva en nuestro país manifiestan mayor preocupación por

enfermedades que ponen en riesgo la vida de las mujeres, los trastornos sexuales han sido relegados de los programas de salud dirigidos a las mismas (1).

Una revisión rápida de los programas de salud sexual y reproductiva muestra un énfasis en el área de la salud materno-infantil, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual y cáncer ginecológico. Como resultado de esto, la información disponible sobre trastornos sexuales femeninos es algo limitada y la investigación sobre el efecto de estos desórdenes en la calidad de vida de las mujeres es virtualmente inexistente (1).

En estudios realizados en otros países indican que los trastornos sexuales pueden ocasionar repercusiones importantes en la calidad de vida de esta población (1). Encuestas realizadas con la finalidad de saber hasta qué punto es importante o necesaria una respuesta sexual adecuada para la salud física o mental en las mujeres, mostraron que la mayoría de hombres y mujeres consideran una vida sexual adecuada como un elemento importante para su felicidad global y satisfacción en sus relaciones, en una de estas encuestas más del 60% de mujeres respondió que tener una adecuada vida sexual era un elemento integral de su satisfacción física y emocional (1).

Según la Organización Mundial de la Salud, las disfunciones sexuales constituyen uno de los problemas más importantes que afectan a la salud sexual. Se estima, que un 40-45% de las mujeres y un 20-30% de los hombres presentan algún tipo de disfunción sexual, siendo las más frecuentes la eyaculación precoz, los problemas de erección en ellos, la inhibición del deseo y los problemas de excitación y orgasmo en ellas (1). Entonces los trastornos sexuales pueden llegar a afectar la sexualidad femenina, ya que esta es considerada un aspecto central en la calidad de vida de la mujer y también, es en parte, el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social (1).

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En efecto, el método anticonceptivo hormonal, inyectable trimestral conocido como Acetato de Medroxiprogesterona, es de gran ayuda para evitar un embarazo no deseado, pero su continuidad se ve afectada por los efectos secundarios que

suele producir, a la ejecución de las entrevistas, a las usuarias, y más aún con los antecedentes de uso, se evidencia la inhibición de libido sexual.

En el Libro de Atención de Planificación Familiar del Hospital Regional de Ayacucho se registró que se proporcionó alrededor de 1020 anticonceptivos hormonales trimestrales en el año 2018, y 680 inyectables trimestrales hasta inicios del mes de septiembre, incrementándose conforme se conoce la efectividad y la duración de protección por 12 semanas, pero como se mencionó, este es un método anticonceptivo muy usado pero a la vez el que presenta discontinuidad, ya sea por aumento de peso, alteraciones menstruales, cefalea, alteraciones del ánimo, acné, y un efecto que dentro de la población no se conoce mucho, el de disminuir, inhibir o alterar el deseo sexual femenino, hecho que se contrasta con estudios anteriores, refiriendo que, en efecto es uno de los métodos anticonceptivos eficaces en la protección de embarazos no deseados, pero a la vez un anticonceptivo que altera la producción de las hormonas femeninas, las cuales son acreedoras de trabajar en conjunto con otras hormonas, como la oxitocina y endorfina, cuando se trate del momento sexual de la pareja.

En la Región Ayacuchana, el tema de sexualidad profundizado en el placer sexual y sus respuestas, se encuentra estigmatizado por lo que no se pone a evidencia este efecto, que si bien es cierto afecta a un 60% de parejas, ya estén casadas, conviviendo o viviendo la etapa de enamoramiento o noviazgo. (4)

Del 100% de la población Ayacuchana que acude a consulta, a la adquisición de un método anticonceptivo, solo el 20% (3) se encuentra libre de estigma y sugerencias en torno a la vida sexual plena y segura, siendo preocupante, ya que como obstetras, uno de los aspectos del perfil profesional radican en que tenemos que velar por la salud sexual y reproductiva de la población en general, en especial de las mujeres, que usan este método anticonceptivo con el fin de evitar embarazos no deseados, sin saber que influirá según dosificación y entornos sociales a un desequilibrio sexual, incluso hasta la inhibición total del deseo sexual.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA GENERAL

- ¿Cuál es la relación del deseo sexual inhibido con el uso de Acetato de Medroxiprogesterona, y qué factores se asocian, en usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional de Ayacucho, de Septiembre a Noviembre 2019?

1.3.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA ESPECÍFICO

- ¿Cuál es el nivel de deseo sexual inhibido en usuarias de acetato de medroxiprogesterona?
- ¿Qué relación tiene el deseo sexual inhibido y el tiempo de uso de Acetato de Medroxiprogesterona?
- ¿Cuál es la relación del deseo sexual inhibido en usuarias de acetato de medroxiprogesterona con la edad, estado civil, número de hijos, tiempo de relación, tipo de relación con la pareja, instrucción, horas de actividad diaria, y número de parejas sexuales?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Demostrar la relación entre el deseo sexual inhibido y el uso de Acetato de Medroxiprogesterona en usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional de Ayacucho, de Septiembre a Noviembre 2019.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de deseo sexual inhibido en usuarias que utilizan acetato de medroxiprogesterona.
- Relacionar el deseo sexual inhibido con el tiempo de uso de acetato de medroxiprogesterona.

- Relacionar el deseo sexual inhibido en usuarias de acetato de medroxiprogesterona con la edad, estado civil, número de hijos, tiempo de relación, tipo de relación con la pareja, instrucción, horas de actividad diaria, y número de parejas sexuales.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Zornoza V, Luengo A, Haya FJ. En su estudio Anticoncepción hormonal y deseo sexual femenino. España. 2009(4), cuyo objetivo fue determinar la relación del deseo sexual y la anticoncepción hormonal, a través de un estudio longitudinal, prospectivo y observacional en 70 participantes, y hallaron que del 100% que usaron anticonceptivo hormonal Acetato de medroxiprogesterona, el 50% (35) presentó inhibición del deseo sexual y el otro 50% (35) no tuvo alteraciones del deseo sexual, e inclusive se dio el aumento de la libido. Concluyendo que los anticonceptivos hormonales se asocian tanto a la disminución como al aumento de la libido, y que en el deseo sexual femenino se combinan aspectos biológicos, psicológicos y socio – culturales.

Cornejo Blas Faviola, Corzo Calatayud María del Carmen en su investigación sobre Influencia de métodos anticonceptivos hormonales en el deseo sexual de mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa 2004 realizaron un estudio comparativo en el que participaron 222 mujeres de 20 a 30 años, divididos en 2 grupos de 111 mujeres que utilizaron métodos anticonceptivos orales combinados y métodos hormonales de progestágenos relacionados al deseo sexual. Encontrando que en el uso de métodos

anticonceptivos de solo progestágenos, el 51.35% de las unidades de estudio presentó el deseo sexual disminuido, el 44.15% deseo sexual sin alteración y el 4.5% deseo sexual aumentado. En el caso de anticonceptivos hormonales combinados el 60.4% de las mujeres de 20 a 30 años presentaron un deseo sexual sin alteración, el 20.7% deseo sexual disminuido y el 1.8% deseo sexual aumentado, independientemente de los efectos colaterales. Concluyendo que el anticonceptivo con mayores efectos negativos en el deseo sexual de las pacientes de 20 a 30 años es el anticonceptivo de solo progestágenos. (5).

García Briceño Lourdes Jhaquelyn, Lactahuaman Cuchuñaua, Sara. En su investigación sobre Asociación entre el Acetato de Medroxiprogesterona y deseo sexual en usuarias de planificación familiar. Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre y diciembre 2012. Que tuvo por objetivo Determinar la asociación entre el uso de Acetato de Medroxiprogesterona y el deseo sexual en usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo noviembre-diciembre del 2012, el que se trató de un estudio de casos y controles donde se asignaron 70 participantes: 35 con disminución del deseo sexual (casos) y 35 sin alteraciones del deseo sexual (controles) a las cuales se aplicó un formulario de recolección de datos y el instrumento Test del Deseo Sexual Inhibido. Posteriormente se analizó vía estadística descriptiva e inferencial chi cuadrado y OR IC 95% para la determinación de la relación, observando que el 60% de los casos y un 45.7% de los controles fueron usuarias del método anticonceptivo inyectable trimestral, y que la probabilidad de presentar problemas en el deseo sexual siendo usuaria del inyectable trimestral estudiado es 2 veces mayor que siendo usuaria de otros métodos anticonceptivos que no contienen hormonas (OR: 1,8 IC 95%:0,7-4,6), este dato resultó ser estadísticamente significativo ($p=0,001$). Concluyendo que existe relación entre el uso de Acetato de Medroxiprogesterona y la disminución del deseo sexual.

León Meza C, Llamas Rozas G. En su investigación sobre Deseo sexual inhibido en mujeres usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola noviembre, diciembre Arequipa 2015, habiéndose planteado los siguientes objetivos de Identificar los factores socioculturales de las mujeres en edad fértil, determinar cómo es el deseo sexual

en las mujeres que usan el Método Hormonal Inyectable Trimestral, determinar el deseo sexual en mujeres en edad fértil que no usan el Método Anticonceptivo Hormonal Trimestral y comparar el nivel de deseo sexual inhibido (DSH) en mujeres en edad fértil que utilizan el Método anticonceptivo hormonal inyectable trimestral y de las que no utilizan ningún método hormonal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola, mediante un estudio explicativo, prospectivo, transversal, para el estudio de 98 participantes, en el que se aplicó una encuesta a las usuarias, obteniendo mujeres en edad fértil con un rango de edad de 26 – 35 años en un 48%, con un grado de instrucción de nivel secundario en un 66,3%, siendo casadas en 68,4%, y teniendo una ocupación de amas de casa en un 42,9%. Además se observó que de 49 casos de las usuarias del Método Inyectable de depósito Trimestral el 38,8% de las mujeres padecen de Deseo Sexual Inhibido y de 49 controles el 14,3% de ellas, que no utilizan ningún método hormonal padecen de Deseo Sexual Inhibido. Además se evidencia Improbable DSH de las usuarias del Método Inyectable de depósito Trimestral en un 28,6% frente al 46,9% de ellas que no utilizan ningún método hormonal, este dato resulto ser estadística significativa. ($P < 0,05$).concluyendo que la mayoría de mujeres se encuentran entre 26 a 35 años, tiene grado de instrucción secundaria, son casadas y son amas de casa; mujeres que usan el método anticonceptivo hormonal Inyectable Trimestral padecen del DSH, en comparación a mujeres en edad fértil que no utilizan ningún método hormonal el padecimiento de DSH fue mínimo.

Atoche Hencke, Joysy Milagros. En su investigación sobre Acetato de medroxiprogesterona como factor de riesgo para la disfunción sexual femenina en usuarias del servicio de planificación familiar del hospital belén de Trujillo 2019, habiendo planteado como objetivo establecer si el acetato de medroxiprogesterona es un factor de riesgo para la disfunción sexual en las usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Belén de Trujillo. Se realizó un estudio de cohorte, con un tamaño de muestra de 216 pacientes, que cumplieron con los criterios de selección, que fueron distribuidos en los grupos, 108 pacientes usuarios de acetato de medroxiprogesterona (expuestos) y 108 pacientes usuarias de métodos no hormonales (no expuestos), se aplicó el test Índice de Disfunción Sexual. Los resultados obtenidos fueron, la variable uso de

acetato de medroxiprogesterona [RR 1.6 (IC 95%: 1.0 < RR <2.5)] presentó significancia estadística ($p < 0.05$) y constituye un factor de riesgo según su RR., observándose a los 6 meses de usar este anticonceptivo. El inyectable trimestral es el método anticonceptivo más utilizado en el Servicio de Planificación familiar, con una frecuencia de uso del 41.9%. Hasta un 32,4% de las usuarias de acetato de medroxiprogesterona presentaron alteración en la función sexual. Las usuarias de métodos naturales, a pesar de no estar expuestas a hormonas extrínsecas; también presentan cambios en la función sexual, encontrándose hasta un 20.4%. Por último, no se encontró diferencia significativa ($p > 0.05$) con respecto a las variables demográficas de las usuarias de acetato de medroxiprogesterona con respecto a la disfunción sexual. Conclusiones: Se encontró el RR de 1.6; con un IC al 95%; esto nos lleva a concluir que el uso de Acetato de Medroxiprogesterona aumenta el 60% de presentar disfunción sexual femenina en las usuarias de este método anticonceptivo.

2.2 BASE TEÓRICO - CIENTÍFICA

2.2.1. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar constituye una de las tareas más importantes del programa de reproducción humana de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya que el acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces permite la reducción de la mortalidad materna dado que se disminuyen los abortos en condiciones de riesgo y el impacto embarazo – parto (8).

En la sociedad moderna, se ha permitido que la mujer actual ocupe un lugar cimero en la constitución de una nueva generación, y esto tiene repercusión sobre la familia. El nacimiento de un hijo en el momento apropiado, de acuerdo con el deseo de los padres, constituye un hecho social de vital importancia en nuestro tiempo que no debe agravar la situación económica de la familia. La amplia gama de métodos de planificación familiar disponibles en la actualidad, permiten a los programas de salud, ofrecer un método apropiado para evitar cada uno de los embarazos de alto riesgo. Por ejemplo: los anticonceptivos orales, los condones y los espermicidas, son particularmente apropiados para proteger el primer embarazo y espaciar los partos; mientras que la esterilización voluntaria es eficaz

en parejas mayores que no deseen más hijos. Las investigaciones sobre métodos anticonceptivos que regulen la fertilidad con eficacia y que a su vez sean inocuos para la salud, constituye uno de los esfuerzos en los cuales muchos científicos están enfrascados. (9)

Según la ENDES 2012, el 75.5% de mujeres casadas y/o convivientes hacían uso de algún método anticonceptivo; 51.8% utilizaba algún método moderno y el 23.7% alguno tradicional (2).

El 75,4% de mujeres actualmente unidas (casadas y/o convivientes) usan algún método anticonceptivo; 54,5% usaba algún método moderno y 20,9% alguno tradicional, según la ENDES del 2017 (10).

Si se compara con 2012, los cambios no son drásticos, se nota una tendencia hacia la disminución del uso de métodos tradicionales y el incremento de los modernos.

A. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los anticonceptivos son un conjunto de métodos para evitar el embarazo, pueden ser naturales o artificiales, para mujeres y hombres; incluso existen anticonceptivos de emergencia. Los anticonceptivos naturales son aquellos que toman en cuenta el ritmo y sus variantes. (11)

Tenemos:

- Métodos anticonceptivos naturales
- Métodos anticonceptivos de barrera
- Métodos anticonceptivos hormonales
- Métodos anticonceptivos intrauterinos
- Métodos anticonceptivos definitivos

B. MÉTODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL

Los métodos anticonceptivos hormonales son aquellos que liberan hormonas habitualmente estrógeno y progestina impidiendo que se produzca el embarazo ya sea deteniendo la ovulación (liberación de un óvulo de uno de los ovarios) o espesando la mucosidad en el cuello uterino lo que impide el paso de los espermatozoides. (9)(11)

C. MÉTODO HORMONAL INYECTABLE TRIMESTRAL, ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA

El Acetato de Medroxiprogesterona, comercializado con el nombre de Depoprovera (DMPA), se estudió por primera vez como anticonceptivo entre los años 1963 y 1966, y su uso fue extendiéndose paulatinamente. Este método se utilizó en muchos países entre los años 1990 y 1994, pues los envíos del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población casi se cuadruplicaron, pasando de 4,5 millones de dosis anuales a 16,7. En octubre de 1992, la Administración de los Estados Unidos de Alimentos y Medicamentos aprobó el Acetato de Medroxiprogesterona para su uso como anticonceptivo en ese país, lo cual permitió que la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) empezara a suministrarlo a otras regiones del mundo (1).

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 (1).

El Acetato de Medroxiprogesterona se encuentra suspendido en forma de microcristales en una solución acuosa. El Ministerio de Salud lo distribuye y se administra a una dosis de 150 mg de por vía intramuscular profunda cada 3 meses (12 semanas). El efecto anticonceptivo dura unas 14 semanas y el margen de seguridad es uno de los más altos. Se considera que no es un sistema de liberación prolongada, ya que de hecho se absorbe completamente y las concentraciones en sangre dependen de la dilución lenta de los microcristales. El primer inyectable debe administrarse durante los primeros 5 días del ciclo para que sea eficaz desde el inicio (12)(13).

Entre los mecanismos de acción del Acetato de Medroxiprogesterona figuran:

- **Mecanismos primarios**

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. 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(13)(14).

Moco cervical: Esta hormona mantiene espeso el moco todo el tiempo, lo cual dificulta la penetración del espermatozoide(1)(13)(15).

- **Mecanismos secundarios**

Endometrio: Bloquean el engrosamiento de la pared uterina o endometrio, haciéndolo menos acogedor 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 (1)(13)(15).

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 lo cual las contracciones de estas se debilitan (1)(13)(15).

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 (1)(13)(15).

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 intraovárica o vía hipotalámica. Tienen acción antiestrogénica ya que reducen la síntesis de estrógenos, así como también la aromatización de la androstenediona (1)(13)(15).

En cuanto a los efectos secundarios más comunes:

Es probable que la mayoría de las mujeres experimenten algún tipo de trastorno menstrual cuando usan este método anticonceptivo (2)(11). 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 un sangrado abundante que puede ser causa de alarma. Cuando las mujeres experimentan sangrado prolongado o irregular, por lo general es temporal. Mientras que el sangrado intermenstrual desaparece casi por completo con el tiempo; y a medida que aumenta la duración del uso del acetato de medroxiprogesterona, también aumenta la probabilidad de amenorrea (1).

Otro posible efecto secundario es el aumento de peso, que puede llegar a afectar más al cabo de varios años de uso (11). La supresión del estrógeno ocasionada por el uso del método anticonceptivo puede aumentar el apetito (1)(16).

Los dolores de cabeza también figuran entre las condiciones médicas comunes que experimentan las mujeres en edad de procrear (1)(13)(15). 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 (1)(13)(15).

Se han planteado también inquietudes en cuanto al uso de los métodos de progestinas y la densidad ósea en las mujeres (2)(15). 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 reduce

las concentraciones de estrógeno, y el estrógeno se necesita para el desarrollo y el mantenimiento de huesos fuertes; por lo que predispone a las mujeres a adquirir osteoporosis si su uso se prolonga a través de los años (1)(13)(15).

La demora en el retorno de la fertilidad, después del uso del DMPA es evidente (1)(13)(15). 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. Y uno de los efectos secundarios que ha recibido menos atención es la disminución del deseo sexual.

La inyección es el método moderno más usado por las mujeres casadas o unidas (59,8%), mientras en las mujeres no casadas o no unidas, pero sexualmente activas los métodos más usados fueron el condón masculino (77,1%) y la inyección (37%). Las usuarias del inyectable, se ubicaron mayormente en los departamentos de Huánuco (32,5%), Pasco (26,4%), Ayacucho (25,1%) y Ancash (24,8%) (10).

Entre las razones que llevaron a las mujeres a suspender el uso de los métodos anticonceptivos son los efectos secundarios (25,4%), la discontinuación por este motivo ocurrió principalmente cuando la mujer estaba utilizando inyecciones (56,9%) (10).

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

La fase de crecimiento folicular se inicia con el aumento de la secreción hipofisaria de las hormonas folículo estimulante (FSH) y luteinizante (LH) que estimulan el aumento progresivo de la secreción de estrógenos en esta primera etapa, luego disminuyen las tasas de secreción de las gonadotropinas debido al efecto de retroalimentación negativa de los estrógenos hasta que alrededor del día 12 del ciclo se produce un aumento brusco de la secreción de LH (pico preovulatorio de LH) y en menor medida de FSH. Este pico de secreción de LH es imprescindible

para que se produzca la ovulación y el desarrollo posterior del cuerpo lúteo (12)(14).

En la fase que sigue a la ovulación se secretan grandes cantidades de progesterona y estrógenos que preparan al útero para el embarazo. El aumento en los niveles de esteroides gonadales causa supresión de la secreción de FSH y LH por la adenohipófisis (15).

Si no ocurre la fecundación, en los días previos a la menstruación decae la secreción de las hormonas ováricas debido a la involución del cuerpo lúteo, más tarde comienza a elevarse la secreción de FSH seguida de la LH y se inicia un nuevo ciclo hormonal (12)(14).

Basado en el efecto inhibitor que el estrógeno ejerce sobre la producción de FSH y LH, que se potencia con la adición de progesterona, se plantea que la administración controlada de estas hormonas en la primera fase del ciclo sexual femenino puede evitar el pico de secreción de LH esencial para que ocurra la ovulación por lo que durante varios años se han empleado con éxito estrógenos y progestágenos, solos o combinados para la anticoncepción hormonal femenina. (2)(12).

2.2.2. HORMONAS SEXUALES

Las hormonas sexuales son aquellas hormonas que dentro del sistema endocrino del ser humano, se consideran más directamente implicadas en la sexualidad humana. Estas sustancias químicas son segregadas por las glándulas endocrinas y liberadas posteriormente al torrente sanguíneo, para ser transportadas a los órganos sobre los cuales ejercen su acción, aumentando o disminuyendo su actividad (26).

La producción de hormonas sexuales por los testículos y los ovarios, está regulada por el hipotálamo y la hipófisis que cumplen una función reguladora de tres tipos de esteroides: testosterona, estrógenos y progesterona que tienen como precursor de su síntesis al colesterol (26)(27).

El hipotálamo y la hipófisis, actúan como un termostato, detectando los niveles hormonales y estimulan o frenan la liberación de hormonas sexuales. Para ello el

hipotálamo produce una sustancia, la hormona liberadora de la gonadotropina (HLG), que regula la secreción de otra dos hormonas esta vez liberadas por la hipófisis, la hormona luteinizante o luteoestimulante (LH), y la folículo estimulante (FSH) (26).

- **La testosterona**

A pesar de ser una hormona propia del varón, está presente también en la mujer, pero en menor proporción. El hombre tiene una secreción de testosterona unas 12-16 veces mayor que la mujer; su producción diaria, en el hombre adulto, el testículo produce entre 2,5 y 11 mg/día, en la mujer los ovarios y las glándulas suprarrenales producen aproximadamente 0.25 mg/día. Los niveles de testosterona, también varían de una persona a otra y dependiendo de los momentos de la vida (infancia, adolescencia y pubertad, madurez, senectud) (26)(27).

La testosterona se sintetiza principalmente en los testículos y el resto en las glándulas suprarrenales, en la mujer se sintetiza en las células tecaes del ovario y en la placenta; está regulada por la hipófisis y el hipotálamo, que según los niveles detectados de testosterona en sangre liberan hormonas que estimulan o inhiben la producción de testosterona. El estímulo proviene de la LH segregada por la hipófisis; la testosterona circulante, a su vez, ejerce una acción negativa sobre la GnRH hipotalámica y la LH hipofisaria. Otras hormonas que influyen en menor grado en la síntesis de la testosterona, son la prolactina, el cortisol, la insulina, factor de crecimiento insulínico, el estradiol, y la inhibina (26)(27).

- **Los estrógenos**

Están presentes tanto en el cuerpo de los varones como en el de las mujeres, sin embargo, en la mujer se encuentra en mayores concentraciones. En la mujer los estrógenos son sintetizados principalmente en los ovarios y en menor medida en la corteza de las glándulas adrenales y en el hombre en los testículos. Esta es regulada en el sistema nervioso central mediante el eje hipotálamo-hipófisis- gonadal por un mecanismo de retroalimentación negativo. El aumento de estrógenos circulantes actúa inhibiendo la liberación

de las gonadotropinas, mecanismo por el cual se produce su efecto anticonceptivo. Los estrógenos actúan de forma coordinada con la progesterona, induciendo la síntesis de receptores de progesterona en hipotálamo, adenohipófisis, útero y vagina. Por su parte la progesterona disminuye la expresión de receptores de estrógenos en el aparato reproductor (26).

Los estrógenos producen múltiples efectos fisiológicos, siendo los más importantes el desarrollo de caracteres sexuales primarios, secundarios y la menstruación. Actúan sobre el metabolismo produciendo retención hidrosalina, inhibición de la reabsorción ósea y variaciones en las lipoproteínas plasmáticas (aumento de HDL y TG, disminución de LDL). También afectan al metabolismo de los hidratos de carbono alterando la tolerancia a la glucosa (27).

- **La progesterona**

Se sintetiza principalmente en los ovarios (cuerpos lúteos) aunque también se produce en menor proporción en las cápsulas suprarrenales y en el hígado. Predomina en el organismo de la mujer en la segunda mitad del ciclo menstrual, durante la llamada fase lútea, y va disminuyendo hasta que se produce la menstruación. Como los estrógenos, su síntesis decae en la menopausia haciendo necesario terapia de remplazo hormonal (26).

La progesterona también actúa sobre el hipotálamo, aunque en menor efecto frenando la liberación de las gonadotropinas, en el útero actúa modificando la capa endometrial, promoviendo los cambios madurativos necesarios para la recepción y correcta implantación de un ovocito fecundado. Provoca una acción hipertérmica sobre el hipotálamo, lo que produce aumento de temperatura corporal en 0.5-1°C, que se observa en la segunda mitad del ciclo. Asimismo, se dan otros cambios como una mayor retención de líquidos lo que se traduce en un discreto incremento del peso corporal, más notorio en la segunda etapa del ciclo (26)(27).

La producción de progesterona es de 2-3 mg/día antes de la ovulación y de 20-30 mg/día durante la fase lútea. Los niveles sanguíneos de progesterona son de 1 mg/ml en mujeres en fase folicular y en varones (26)(27).

Dentro de los progestágenos sintéticos están los agentes similares a la progesterona donde se encuentra el Acetato de Medroxiprogesterona, el cual según estudios tiene un posible papel antiandrogénico y según la FDA (Food and Drug Administration) también tiene un efecto antiestrogénico (12),(28).

La progesterona es empleada en inyección intramuscular porque no es activa por vía oral, en cambio, el Acetato de Medroxiprogesterona, Hidroxiprogesterona y Megestrol si pueden administrarse por vía oral. El tiempo de vida media varía en dependencia del preparado, es de 5 minutos para la progesterona, 12 horas para Norgestrel y 24 horas para la Medroxiprogesterona(12)(14)(15).

A. REGULACIÓN HORMONAL DE LA RESPUESTA SEXUAL.

En la respuesta sexual femenina intervienen varias hormonas, pero las fundamentales son: estrógenos y testosterona.

- Estrógenos

Los estrógenos influyen de forma importante en la función sexual de la mujer. Las concentraciones de estradiol afectan a la totalidad de las células del sistema nervioso central e influyen en la transmisión nerviosa. Si los estrógenos descienden (estradiol < 50pg/μl), el epitelio de la mucosa vaginal se adelgaza, y la musculatura lisa de la pared de la vaginal se atrofia. También se produce un medio menos ácido en el conducto vaginal. Estos cambios pueden, incluso, provocar infecciones vaginales y de las vías urinarias, incontinencia y manifestaciones de disfunción sexual (23).

En las mujeres postmenopáusicas, la hormonoterapia sustitutiva a base de estrógenos consigue que se recuperen los umbrales de la sensibilidad vibratoria y de la presión de la vagina. Los estrógenos tiene también efectos vasopresores y vasodilatadores que aumentan el riego sanguíneo en el clítoris y la vagina. Los síntomas más frecuentes de la disfunción sexual por déficit de

estrógenos son: pérdida del deseo, actividad sexual menos frecuente, coitos dolorosos, disminución de la reactividad sexual, dificultades para lograr el orgasmo y disminución de la sensibilidad genital (23)(24).

- Testosterona.

Cuando los niveles de testosterona descienden (menos de 20pg/dl de testosterona total o menos de 0.9pg/dl de testosterona libre) se observa disminución de la excitación sexual, de la sensibilidad de los genitales, de la libido y el orgasmo. Además, estos niveles de testosterona bajos se acompañan de caída del vello púbico, adelgazamiento de la mucosa vaginal, y de una disminución generalizada de la sensación de bienestar (23)(24). Actualmente no hay preparados de testosterona para la mujer que estén aprobados por la Food and Drug Administration; sin embargo se ha demostrado que la administración de testosterona a las mujeres menopaúsicas u ooforectomizadas aumenta el deseo sexual, todos los andrógenos conllevan el riesgo de virilización de la mujer (acné, hirsutismo, irregularidades menstruales, calvicie, cambios de voz o hipertrofia del clítoris, hipercolesterolemia) (23)(24).

2.2.3. DESEO SEXUAL

Es un estado interno que mediatiza la existencia humana y nos impulsa a la búsqueda de contacto y la interacción sexual. Este sentimiento tiene una fuerte raíz biológica (por lo que en la adolescencia, con el aumento y cambios hormonales, se vive muy intensamente), pero el cómo se vive (se puede controlar, orientar, dar distintos significados) y de qué manera se satisface (puede llevarnos a buscar satisfacción sexual o no, a desear abrazar y ser abrazado y acariciado, a tener fantasías, deseo de realizar determinadas conductas sexuales) depende de muchos factores de tipo personal, relacional y cultural. (17)

A. FASES DE LA RESPUESTA SEXUAL

La respuesta sexual fue dividida por Kaplan en cinco fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Las fases de deseo y de excitación son ambas susceptibles de alteración con el uso de anticonceptivos hormonales (4).

- **La fase del deseo**

Es el proceso mental necesario para que la mujer se interese por la actividad sexual, es decir, procede de nuestros pensamientos la estimulación o la postergación de los impulsos sexuales; estos pensamientos son inducidos por los órganos de los sentidos, en especial la visión, la cual estimula zonas de ensoñación y la fantasía en el cerebro. A su vez, existen conexiones con centros de control hormonal, que secretan especialmente testosterona que aumenta el deseo sexual (18)(19).

- **La fase de la excitación**

Comprende la respuesta anatómica y fisiológica que se produce como resultado de una estimulación sexual que puede ser física o psíquica mediante pensamientos sexuales. La respuesta de excitación es un reflejo de tipo neurovascular, donde la mayoría de los cambios que se producen son el resultado de un mayor flujo de sangre a los órganos genitales y de los cambios locales de los vasos sanguíneos en estos órganos. Además de los cambios genitales se producen cambios que afectan al organismo en su totalidad. La duración de esta fase puede oscilar entre unos minutos, o una media hora (1)(13)(15).

En la mujer, aparece lubricación vaginal, los dos tercios internos de la vagina se expanden; se produce vasocongestión de los labios mayores y menores, aumento de tamaño del clítoris, para facilitar su estimulación. Normalmente, los pezones de la mujer se ponen rígidos, pudiendo producirse un agrandamiento de los pechos (1)(13)(15).

- **La fase de meseta**

Es un estadio de alta tensión o excitación sexual, a lo largo del cual se suele producir una nivelación y se alcanza el grado de excitación sexual necesario para que se desencadene el orgasmo, es decir, en esta etapa, la intensidad de los signos de la fase anterior aumenta, y la duración de esta fase es muy variable. En los dos sexos, se da un aumento de la respuesta nerviosa simpática, lo que provoca la elevación de la tensión muscular, de la respiración,

de la presión y del ritmo cardíaco. También se produce el rubor sexual, un enrojecimiento sobre todo del pecho y la cara, se debe a un aumento de la circulación de la sangre bajo la piel (1)(13)(15).

La intensa vasocongestión prepara la plataforma orgásmica, que estrecha en un 30% o más la abertura de la vagina; el útero se eleva y el clítoris se retrae contra el hueso púbico. Los labios menores se agrandan ostensiblemente; la areola mamaria se agranda y como se ha dicho aparece el rubor sexual (1)(13)(15).

- **La fase de orgasmo**

Es la más corta del ciclo de respuesta sexual, y dura de 3 a 15 segundos. En ésta las pulsaciones y la respiración llegan a la máxima frecuencia e intensidad, que además se caracteriza por contracciones rítmicas simultáneas del útero, el tercio exterior de la vagina (plataforma orgásmica) y el esfínter anal. Respecto a ésta, una vez se llega a la fase más avanzada de la excitación o lo que para otro sería la primera fase del orgasmo, es importante que no se detenga la estimulación si se pretende llegar al orgasmo (1)(13)(15).

Muchas mujeres tienen una aptitud multiorgásmica, es decir, la posibilidad de alcanzar uno o varios orgasmos sucesivos en un breve lapso de tiempo, sin deslizarse del nivel de meseta de la última fase de la excitación sexual. En cambio, en el hombre el orgasmo es acompañado de una eyaculación, y se desencadena el periodo refractario, durante el cual el hombre no puede volver a excitarse. Este período tiene una duración aleatoria, aunque se suele establecer que dura aproximadamente lo mismo que la fase de excitación (1)(13)(15).

Además de la respuesta física, se produce en ambos sexos una respuesta emocional muy variada, que aparte de sentimientos de placer de gran intensidad, bienestar y satisfacción, puede provocar como respuesta gritos, llanto o risas. Aunque también es posible una respuesta mucho más contenida, como una dilatación pupilar fugaz (1)(13)(15).

- **La fase de resolución**

Es cuando los cambios fisiológicos y anatómicos que aparecieron en las tres fases anteriores vuelven a su estado normal previo a la excitación, pero, además, esto se acompaña de una sensación de relajación y de bienestar. La rapidez de esta fase varía según la naturaleza del resto del ciclo de respuesta sexual y de otros factores como la edad, velocidad del ciclo de respuesta sexual, etc. (1)(13)(15).

B. TRASTORNOS SEXUALES

Los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración de los procesos propios de las fases de la respuesta sexual:

- **Los trastornos del deseo sexual con causa orgánica identificable**

El factor hormonal juega un papel muy importante en la función sexual femenina siendo los estrógenos los encargados de mediar la respuesta sexual a través del sistema nervioso central y periférico. Éstos afectan los umbrales de sensibilidad vibratoria y de sensibilidad a la presión además de ejercer una función en pro de la vasodilatación. Esto explicaría el hecho de que con la menopausia, al disminuir los niveles estrogénicos, un número importante de mujeres experimentan disminución del deseo sexual. Además existe evidencia clara que junto a los estrógenos, la testosterona participa en la génesis del deseo sexual y que la mujer necesita de una cantidad crítica de testosterona para poder experimentar energía vital y libido (20). Sucede que luego de la menopausia, la cantidad crítica de testosterona desciende y por otra parte aumenta la cantidad de globulinas ligantes de hormonas sexuales. Esto se traduce en que la fracción de testosterona libre que es la que ejerce la acción disminuye, lo que se suma la disminución en la sensibilidad de los receptores cerebrales a las hormonas lo que da como resultado final una disminución del deseo sexual además de una disminución de la sensibilidad genital y del orgasmo (20)(22).

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

que el hombre de factores psicosociales (educación sexual restrictiva, compañero sexual inadecuado, etc.) Analizado desde el psicoanálisis, los trastornos del deseo pueden originarse especialmente en la etapa edípica del desarrollo psicosexual, o deberse a conflictos inconscientes en el acercamiento al sexo opuesto que se manifiestan en conductas evitativas. Por otra parte, éstos pueden estar originados en situaciones de la vida cotidiana como exceso de trabajo, trastornos depresivos, conflictos en la relación de pareja, por mencionar los más frecuentes (23)(24).

- **Los trastornos de la excitación con causa orgánica identificable**

La manifestación más frecuente de los trastornos de la excitación es la falla de lubricación vaginal. Es aquí donde la deficiencia estrogénica cobra su mayor importancia por el papel directo que posee en la lubricación vaginal con la cual se relaciona a través de una vía vascular y neural. Desde un punto de vista neurológico, se han identificado diversos mediadores en la respuesta excitatoria femenina, los cuales ejercen una acción moduladora en la vasodilatación y lubricación vaginal. Mientras que a nivel vascular, la acción de los estrógenos produce vasodilatación, por lo que la deficiencia estrogénica se traduce en reducción de los flujos arteriales en el clítoris y vagina, afectando por lo tanto la lubricación. Esto sucede en patologías que producen daño en la vasculatura pelviana como por ejemplo, la arterioesclerosis, la hipertensión arterial, diabetes mellitus, el tabaquismo y alcoholismo, etc. (21)(22)(25).

Otro factor que puede interferir con la respuesta sexual femenina en la fase de excitación es la farmacoterapia. Existen múltiples medicamentos que interfieren en esta etapa como por ejemplo los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina, los betabloqueadores, los anticolinérgicos, la quimioterapia, entre otros (21)(22)(25).

En ausencia de patología orgánica, tal como se mencionó en los trastornos del deseo, podemos mencionar diversos factores psicológicos asociados a la dificultad de mantener la excitación sexual como ansiedad en torno al compañero sexual o al acto sexual mismo, culpa consciente o inconsciente

derivada de una formación equívoca en relación a la sexualidad, o algún grado de temor a ser dañada (21)(22)(25).

- **Los trastornos del orgasmo con causa orgánica identificable**

Pueden deberse a patologías que afecten el sistema vascular (que impidan la vasocongestión genital), neural u hormonal, como también pueden ser el resultado de cirugías, trauma o fármacos como los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina. Es decir, todas las causas citadas anteriormente pueden ser etiologías de disorgasmias sean éstas, anorgasmias (ausencia total de orgasmo) u oligorgasmia (escasos o esporádicos orgasmos) (21)(22)(25).

En ausencia de patología orgánica existen múltiples factores psicológicos que pueden dar lugar a trastornos del orgasmo, los que pueden ser educativos o situacionales, aunque generalmente se presentan en forma conjunta (21)(22)(25). Entre ellos podemos mencionar: temor al embarazo, al daño vaginal, hostilidad hacia el compañero sexual y sentimientos de culpa hacia los propios impulsos sexuales. Algunas mujeres relacionan el orgasmo con impulsos agresivos o violentos, como también a una pérdida de control. Así mismo, las restricciones culturales y las expectativas sociales pueden ser importantes al momento de vivenciar la experiencia del orgasmo (21)(22)(25).

C. DESEO SEXUAL INHIBIDO (DSH)

Desde una perspectiva biopsicosocial, Levine (2003) al referirse al deseo sexual habla de tres componentes: componente biológico, mediado por el sistema neuroendocrino, componente social y componente individual/interpersonal. Así, el deseo sexual inhibido se definiría como un estado de sentimientos subjetivos que progresivamente disminuirán por una serie de estímulos externos e internos, manifestándose a nivel conductual; para que no se experimente este estado es esencial un adecuado funcionamiento neuroendocrino y una suficiente estimulación sexual provocada por dos fuentes diferentes (una individual y otra ambiental), estando determinado por procesos sexuales intrapsíquicos e interpersonales (Leiblum y Rosen, 1988).(7)

El deseo sexual inhibido, o libido hipoactivo se refiere al desinterés en la actividad sexual, que conduce al individuo a tener un desapego de actividad sexual o ser receptivo de manera placentera hacia tal actividad (Kaplan, 1995).(7)

La respuesta fisiológica básica del organismo humano a la estimulación sexual es doble: una reacción primaria, consistente en una extensa vasocongestión, y una secundaria, que reside en el aumento generalizado de la tensión muscular. La refleja, la contracción de músculos voluntarios e involuntarios. Las reacciones más intensas se encuentran en las fases de meseta y orgasmo.(4)

CARACTERÍSTICAS:

- Baja frecuencia de la actividad sexual
- Desviación extrema y claramente patológica
- No confundir con discrepancias del deseo.

Cuando el deseo sexual se inhibe, el individuo no está interesado en la actividad sexual, este trastorno se denomina deseo sexual hipoactivo (DSH) (Basson et al., 2004; Beck,1995).

Las personas con DSH evitan las situaciones que evocarán sentimientos sexuales, a pesar de sus esfuerzos se encuentran en situación excitante experimental una rápida inhibición. La inhibición puede ser tan intensa que informan sentimientos negativos y desagradables; incluso pueden informar anestesia sexual; es decir ninguna sensación de responder a un orgasmo.(23)

Existen circunstancias que son perfectamente normal que en algunas personas el deseo sexual este inhibido, no puede esperarse que cada pareja potencial provoque excitación. También, es cierto que el problema no se encuentra en el nivel absoluto del deseo sexual del individuo sino en la discrepancia de los miembros de la pareja (Zibergeld y Ellson, 1980). Problema denominado discrepancia del deseo sexual. (7)

En general, las mujeres informan DSH al inicio de su tercera década de vida. Existen varias razones posibles, puede ser simplemente que las mujeres estén

dispuestas a informar este problema antes, también hay mayores posibilidades que tengan DSH no satisfagan la calidad de relaciones sexuales con su pareja, las expresiones de amor y afecto son particularmente importante para las mujeres.(19)

Puede ser que cuando la pareja no satisface necesidades emocionales de la mujer provoque un DSH emocional.

Trastornos que generan un DSH en la mujer

Persona que tiene ansiedad, temor o asco a la interacción sexual.

- **Trastorno de excitación sexual en la mujer**

Falta de respuesta ante la estimulación, incluyendo falta de lubricación.

- **Trastorno orgásmico femenino**

Incapacidad de tener un orgasmo incluyendo disfunción orgásmica, anorgasmia y orgasmo femenino inhibido. Los legos lo llaman frigidez. "Frigidez" puede referirse a una variedad de padecimientos que abarcan falta total de excitación sexual hasta la excitación sin orgasmo.

- **Trastorno orgásmico permanente**

Mujer que nunca ha experimentado un orgasmo en su vida.

- **Trastorno orgánico situacional**

Mujer que tiene orgasmos en algunas situaciones y no en otras.

- **Trastornos asociados al dolor**

- **Dispareunia**

Se refiere al dolor genital experimentado durante el coito; puede convertirse en una abstinencia de la actividad sexual por la falta del disfrute.

- **Vaginismo**

Es una contracción espásmica del tercio externo de la vagina, puede ser tan grave que la entrada de la vagina se cierra y la mujer no puede tener coito (Leiblum, 2000).

- **Trastornos pélvicos**

Puede ser causado por una enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, tumores, quistes o desgarros.

2.2.4. AUTOVALORACIÓN DEL “DESEO SEXUAL INHIBIDO” DE MASTERS, JOHNSON Y KOLODNY (1996)

Considera los siguientes factores biosicosociales: disposición positiva para las relaciones sexuales, iniciativa de la mujer, autoestima, percepción de pasión por parte de la mujer, diferencias de impulso sexual, fantasías sexuales, desacuerdos en la frecuencia de las relaciones (23).

Para Masters y Johnson, la respuesta fisiológica y psicológica responde a la estimulación sexual y a la conducta sexual individual. Las variantes fisiológicas implicaron mucho en su análisis, por lo cual dividieron el ciclo de la respuesta sexual en cuatro fases anteriormente mencionadas. Hay que destacar que este ciclo es la simplificación de todo lo observado, a pesar de ello hubo gran variedad de respuestas sexuales femeninas, donde debe considerarse la intensidad como la duración de la respuesta (7).

La respuesta fisiológica de la mujer a la estimulación sexual no está confinada a las vísceras del aparato genital. La tensión sexual incluye muchas áreas además de los órganos reproductores primarios y secundarios; como reacciones extra genitales. La vasocongestión superficial, como el enrojecimiento y la vasocongestión profunda, en órganos “gatillo” donde existe vasodilatación superficial y profunda. Cada órgano “gatillo” manifiesta ciclos en su respuesta sexual (23).

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TÉRMINOS

ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA: El 17-Acetato de medroxiprogesterona es un progestágeno sintético (estructuralmente relacionado con la hormona endógena progesterona) con acción antiestrogénica, antiandrogénica y antigonadotrópica. Inhibe las gonadotropinas hipofisarias (FSH y LH) con la consiguiente inhibición de la maduración folicular y de la ovulación.

DESEO SEXUAL: Es una emoción, un impulso, una fuerza que mueve al encuentro íntimo con otras personas. Motiva a relacionarse, a compartir intimidad, a mantener relaciones afectivas y sexuales, a disfrutar y pasarla bien, a sentir placer, etc. Junto con la atracción y el enamoramiento, forman lo que se conoce como sentimientos sexuales; sentimientos que constituyen un magnífico patrimonio de la sexualidad humana y que regularán ésta durante toda nuestra vida.

DESEO SEXUAL INHIBIDO: Es la disminución o ausencia de pensamientos y fantasías sexuales y/o de deseos de actividad sexual, de forma persistente o recurrente.

EDAD: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Cualquiera de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona, o cualquiera de dichos periodos por sí solo. Una división común de la vida de una persona por edades es la de bebé, niño, púber, adolescente, joven, adulto, mediana edad y tercera edad.

ESTADO CIVIL: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.

HIJOS VIVOS: Número de hijos vivos que tiene una mujer en la actualidad.

TIEMPO DE CONVIVENCIA CON LA PAREJA: Es el tiempo cronológico que vive en compañía de su pareja, manteniendo una relación.

RELACIÓN CON LA PAREJA: Es el tipo de trato y comunicación que mantiene o elige tener la pareja que convive.

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

HORAS DE ACTIVIDAD DIARIA: Es el tiempo cronológico empleado al trabajo, labor o quehacer.

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES: Cantidad de personas del mismo y/o distinto sexo con las que se mantuvo relaciones sexuales, desde la primera relación sexual hasta la actualidad.

2.4. HIPOTESIS

El deseo sexual inhibido se relaciona con el tiempo de uso de Acetato de Medroxiprogesterona en usuarias de métodos anticonceptivos que se atienden en el Hospital Regional de Ayacucho, entre los meses Septiembre a Noviembre 2019.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Uso de Acetato de Medroxiprogesterona.

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE:

- Deseo sexual inhibido

2.5.3. VARIABLES INTERVINIENTES:

- Edad
- Estado civil

- Número de hijos
- Tiempo de relación
- Relación con la pareja
- Grado de instrucción
- Horas de actividad diaria
- Número de parejas sexuales
- Tiempo de uso de MAC

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN: Aplicada.

3.2 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN: Cuantitativa.

3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Relacional.

3.4 DISEÑO O MÉTODO DE INVESTIGACIÓN:

Observacional – Prospectivo – Transversal - Analítico.

3.4 UNIVERSO O POBLACIÓN

La población estuvo conformada por usuarias en edad fértil que usan Acetato de Medroxiprogesterona (método anticonceptivo trimestral) atendidas en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional de Ayacucho, Septiembre – Noviembre 2019.

3.5 MUESTRA

Estuvo conformada por 180 usuarias edad fértil, continuadoras de Acetato de Medroxiprogesterona (método anticonceptivo trimestral) atendidas en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional de Ayacucho, Septiembre – Noviembre 2019.

3.6 MUESTREO

No probabilístico, sujeto voluntario.

3.7 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres en edad reproductiva.
- Mujeres en pleno uso de facultades.
- Mujeres usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona (inyectable trimestral).
- Mujeres que acudieron a partir del tercer mes de uso de acetato de Medroxiprogesterona.
- Mujeres continuadoras de Acetato de Medroxiprogesterona.
- Mujeres que aceptaron participar en el estudio.
- Mujeres usuarias del Servicio Planificación Familiar del Hospital Regional de Ayacucho.

B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres con problemas psicológicos.
- Mujeres que sean usuarias de otro método anticonceptivo.
- Mujeres que iniciaron como usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona durante el tiempo de la recolección de datos.
- Mujeres que usaron y no fueron constantes con el uso de Acetato de Medroxiprogesterona.
- Mujeres que no desearon participar del estudio.
- Mujeres usuarias del Servicio de Planificación Familiar en otro Establecimiento de Salud.

3.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

A. TÉCNICA

- Entrevista

B. INSTRUMENTO

- Cuestionario estructurado de datos personales (Anexo 1): Elaborado por las autoras, que consta de 09 ítems, que se realizaron tomando en cuenta las variables para el estudio.
- Test del Deseo Sexual Inhibido (Anexo 2): Instrumento elaborado y aprobado por Master, Johnson y Kolodny, publicado en el libro Eros los mundos de la sexualidad en 1996, denominado "Autovaloración del deseo sexual inhibido", instrumento compuesto por 15 afirmaciones tipo diferencial semántico con puntuación de 1 a 9 pts. en cada ítem.

3.9 PLAN DE PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

- Se procedió a presentar los documentos correspondientes solicitando una autorización para el ingreso y la ejecución del proyecto de investigación al Servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena" dirigido al Director Ejecutivo del mismo.
- El mismo documento fue emitido al Área de Docencia e Investigación, área que aprobó el permiso para la ejecución de recolección de datos.
- Se presentó la aprobación hecha por la Oficina de Docencia e Investigación a las obstetras encargadas del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional de Ayacucho para el permiso de la entrega de los instrumentos (cuestionario estructurado, formulario y test de deseo sexual inhibido) a las usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona (método anticonceptivo trimestral).
- Se identificó a las usuarias en edad fértil de Acetato de Medroxiprogesterona (inyectable trimestral) que acuden a su

administración continua y que sumaron todos los criterios de inclusión atendidas en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional de Ayacucho, Septiembre a Noviembre del 2019.

- Luego de la identificación mediante los criterios de inclusión y exclusión, se informó e invitó a las usuarias a ser partícipes de este proyecto, seguido a ello, quienes accedieron a participar firmaron el consentimiento informado, y procedieron a responder los ítems de cada instrumento.
- Inmediatamente después de recolectar la información, se procedió a realizar una revisión de todos los instrumentos empleados para la elaboración de la base de datos.

3.10 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Toda la información se tabuló en la base de datos Microsoft Excel y se analizó a través del programa estadístico SPSS versión 23.0 (Statistical Package For Social Science).

Se aplicó la estadística descriptiva; en las variables cualitativas, se aplicó la distribución de frecuencias y proporciones, y en las variables cuantitativas el promedio y la desviación estándar. Todos estos datos fueron sometidos a la prueba estadística de Chi Cuadrado para determinar la dependencia.

3.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se respetó los principios éticos, la autonomía de las usuarias, la libre participación, la libertad de expresar sus sentimientos, sensaciones y percepciones sin ningún tipo de reprimenda, todo en total confidencialidad entre investigadoras y usuarias, refiriéndole que en cualquier instante del test podría retirarse en caso de sentir incomodidad con las preguntas.

Los procedimientos que fueron seguidos en la investigación no atentaron contra la dignidad y confidencialidad de las usuarias, porque se hizo uso del anonimato. Los datos recolectados fueron utilizados para la finalidad del estudio.

Se garantizó la veracidad de la información mediante el respeto integro de la información recolectada en las encuestas.

CAPITULO IV

RESULTADOS

TABLA N° 1

NIVEL DE DESEO SEXUAL INHIBIDO EN USUARIAS DE ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2019

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Improbable deseo sexual inhibido (<=45pts)	37	20,6
	Deseo sexual inhibido leve (46 - 75pts)	25	13,9
	Deseo sexual inhibido moderado (76 - 105 pts)	78	43,3
	Deseo sexual inhibido total (106 - 135pts)	40	22,2
	Total	180	100,0

FUENTE: Elaboración propia.

La tabla N°1 muestra el nivel de deseo sexual inhibido en usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona, observándose que del 100% representado por 180 usuarias el 43,3%(78) presentaron deseo sexual inhibido moderado, seguido del 22.2% (40) que presentaron deseo sexual inhibido total, seguido del 20.6% (37) que presentaron improbable deseo sexual inhibido, y finalmente el 13,9%(25) presentó deseo sexual inhibido leve.

De los resultados presentados en la tabla, se concluye que del 100%(180) de usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona, el 43.3% (78) presentaron deseo sexual inhibido moderado

En un estudio hecho por **León Meza C, Llamas Rozas G.** (Arequipa – 2015) titulado: “Deseo sexual inhibido en mujeres usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola. Arequipa, noviembre – diciembre 2015” (4), reportó que de 98 personas usuarias

del método anticonceptivo hormonal inyectable trimestral el 22.4% presentó nivel de deseo sexual inhibido leve, seguido del 13.3% de usuarias con nivel de deseo sexual inhibido moderado, el 26.5% con nivel de deseo sexual inhibido total y el 37.8% no presentó deseo sexual inhibido.

Contrastando los datos recolectados por dicho estudio en comparación con éstos se puede determinar que se encuentran en una relación mínima, ya que en nuestro estudio, el nivel de deseo sexual inhibido con mayor porcentaje fue el de moderado con un 43,3%, y en Arequipa fue el nivel de deseo sexual inhibido total con 26.5%, señalando que las usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona en Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola. Arequipa presenta nivel de deseo sexual inhibido total en comparación de usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona del Hospital Regional de Ayacucho.

TABLA N° 2

DESEO SEXUAL INHIBIDO EN RELACIÓN AL TIEMPO DE USO DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS DE ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, SETIEMBRE – NOVIEMBRE 2019

		Deseo sexual inhibido					Total
		Improbable deseo sexual inhibido (<=45pts)	Deseo sexual inhibido leve (46 - 75pts)	Deseo sexual inhibido moderado (76 - 105 pts)	Deseo sexual inhibido total (106 - 135pts)	-	
Tiempo de uso de MAC	3 - 12 meses	Recuento	32	1	4	0	37
		% del total	17,8%	0,6%	2,2%	0,0%	20,6%
	15 - 24 meses	Recuento	5	18	18	0	41
		% del total	2,8%	10,0%	10,0%	0,0%	22,8%
	27 - 36 meses	Recuento	0	3	27	11	41
		% del total	0,0%	1,7%	15,0%	6,1%	22,8%
	39 meses a más	Recuento	0	3	29	29	61
		% del total	0,0%	1,7%	16,1%	16,1%	33,9%
	Total	Recuento	37	25	78	40	180
		% del total	20,6%	13,9%	43,3%	22,2%	100,0 %

FUENTE: Elaboración propia.

$X^2_c = 184.743$

$X^2_t = 109.333$

$p < 0.05$

$g.l. = 1$

La tabla N°2, muestra el deseo sexual inhibido en relación al tiempo de uso del método anticonceptivo en usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona atendidas en el servicio de planificación familiar del Hospital Regional de Ayacucho, observándose que del 100% representado por 180 usuarias, el 20,6%(37) usaron el Método de 3 a 12 meses, de las cuales el 17,8%(32) no presentaron deseo sexual inhibido. En tanto el 22,8%(41) usaron el método anticonceptivo de 15 a 24 meses, de las cuales el 10%(18) presentaron un deseo sexual inhibido leve, así mismo también el 10%(18) presentaron un deseo sexual inhibido moderado. Mientras que el 22,8%(41) usaron el método anticonceptivo de 27 – 36 meses, de las cuales el 15%(27) presentaron un deseo sexual inhibido moderado y el 6,1%(11) presentaron un deseo sexual inhibido total. Mientras que el 33,9%(61) usaron el método anticonceptivo de 39 meses a más, de las cuales el 16,1%(29) presentaron un deseo sexual inhibido moderado, así mismo el 16,1%(29) presentaron un deseo sexual inhibido total.

De los resultados presentados en la tabla se concluye que del 100%(180) de las usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona el 16,1%(29) usaron el método anticonceptivo de 39 meses a más y presentaron un nivel del deseo sexual inhibido moderado; así mismo se observa que las usuarias que tienen el mismo tiempo de uso presentan un nivel del deseo sexual inhibido total en el mismo porcentaje.

Sometidos a la prueba de independencia estadística de Chi Cuadrado, donde el valor de $p < 0.05$, se halló diferencia estadística significativa, dando como resultado que, el deseo sexual inhibido está asociado al tiempo de uso del método anticonceptivo Acetato de Medroxiprogesterona.

En un estudio hecho por **García Briceño Lourdes Jhaquelyn, Llactahuaman Cuchuñaua Sara**, denominado Asociación entre el Acetato de Medroxiprogesterona y deseo sexual en usuarias de planificación familiar. Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre y diciembre 2012(6). Reportó que se estudiaron a usuarias que utilizaban diferentes dosis del Acetato de Medroxiprogesterona, por lo que se pudo mostrar que del 100% de las usuarias, la mayoría de usuarias con disminución en el deseo sexual (38,1%) se presentaron a la cuarta dosis de uso. Siendo los resultados parecidos al de este

estudio, ya que se observa mayor aumento del deseo sexual inhibido a partir de 15 meses a más en el tiempo de uso. Esto podría deberse al efecto inhibitor sospechado de la progesterona y derivados en la reducción de los niveles de testosterona y estrógeno, los cuales están relacionados directa e indirectamente en el deseo sexual de la mujer.

TABLA N° 3

DESEO SEXUAL INHIBIDO EN RELACIÓN A LA EDAD DE USUARIAS DE ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE 2019

			Deseo sexual inhibido				Total
			Improbable deseo sexual inhibido (<=45pts)	Deseo sexual inhibido leve (46 - 75pts)	Deseo sexual inhibido moderado (76 - 105 pts)	Deseo sexual inhibido total (106 - 135pts)	
Edad	Adolescente (12 - 17 años)	Recuento	7	17	14	0	38
		% del total	3,9%	9,4%	7,8%	0,0%	21,1%
	Joven (18 - 29 años)	Recuento	30	6	54	14	104
		% del total	16,7%	3,3%	30,0%	7,8%	57,8%
	Adulta (30 a más)	Recuento	0	2	10	26	38
		% del total	0,0%	1,1%	5,6%	14,4%	21,1%
Total	Recuento	37	25	78	40	180	
	% del total	20,6%	13,9%	43,3%	22,2%	100,0%	

FUENTE: Elaboración propia.

$X^2_c=97.594$

$X^2_t=36.589$

$p<0.05$

$g.l.=1$

En la tabla N°3, se muestra el nivel de deseo sexual inhibido que presentaron las usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona atendidas en el servicio de

planificación familiar del Hospital Regional de Ayacucho, Septiembre – Noviembre 2019 observándose que del 100% representado por 180 usuarias, el 20.6% (37) de usuarias presentó improbable deseo sexual, de las que el 16.7% (30) de usuarias se encontraron entre la población joven (18 – 29 años), el 13.9% de usuarias presentó deseo sexual inhibido leve, de las que el 9.4% (17) de usuarias se encontraron entre la población adolescente (12 – 17 años), el 43.3% de usuarias presentó deseo sexual inhibido moderado, de las que el 30.0% (54) de usuarias se encontraron entre la población joven (18 – 29 años) y el 22.2% (40) de usuarias presentó deseo sexual inhibido total, de las que el 14.4% (26) de usuarias se encontraron entre la población adulta (30 años a más).

De los resultados se puede concluir que del total de las usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona el 30%(54) presentó un deseo sexual inhibido moderado y oscilan en la edad joven entre 18 a 29 años.

Sometidos a la prueba de independencia estadística de Chi Cuadrado, se halló diferencia estadística significativa, siendo el valor de $p < 0.05$, indicando así que, el deseo sexual inhibido se asocia a la edad de la usuaria de Acetato de Medroxiprogesterona.

En un estudio hecho por **León Meza C, Llamas Rozas G.** (Arequipa – 2015) titulado: “Deseo sexual inhibido en mujeres usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola. Arequipa, noviembre – diciembre 2015” (4), reportó que las usuarias del método hormonal inyectable trimestral de Acetato de Medroxiprogesterona desde la aplicación del método a la realización de la investigación del 100% de usuarias que utilizaron dicho método, presentaron nivel de deseo sexual inhibido moderado un 77.6% de usuarias de entre las edades de 18 a 35 años de edad. Siendo los resultados parecidos al de este estudio ya que la población de 18 a 35 años obtuvo un 90% de nivel de deseo sexual inhibido entre moderado y total, solo el nivel de deseo sexual moderado un 77,6% comparando así que uno de los factores que también predispone para la disminución o inhibición del deseo sexual es la edad.

TABLA N° 4

DESEO SEXUAL INHIBIDO EN RELACIÓN AL ESTADO CIVIL EN USUARIAS DE ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2019

		Deseo sexual inhibido					Total
		Improbable deseo sexual inhibido (<=45pts)	Deseo sexual leve (46 - 75pts)	Deseo sexual moderado (76 - 105 pts)	Deseo sexual inhibido total (106 - 135pts)		
Estado civil	Soltera	Recuento	23	23	21	3	70
		% del total	12,8%	12,8%	11,7%	1,7%	38,9%
	Casada	Recuento	0	2	25	15	42
		% del total	0,0%	1,1%	13,9%	8,3%	23,3%
	Conviviente	Recuento	14	0	32	22	68
		% del total	7,8%	0,0%	17,8%	12,2%	37,8%
Total	Recuento	37	25	78	40	180	
	% del total	20,6%	13,9%	43,3%	22,2%	100,0%	

FUENTE: Elaboración propia.

$X^2c=66.229$

$X^2t=23.592$

$p<0.05$

$g.l.= 1$

En la tabla N°4, se muestra el deseo sexual inhibido en relación al estado civil que presentaron las usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona atendidas en el servicio de planificación familiar del Hospital Regional de Ayacucho, Septiembre – Noviembre 2019 observándose que del 100% representado por 180 usuarias, el 20,6%(37) no presentó deseo sexual inhibido, del cual el 12,8%(23) eran solteras, mientras que el 13,9%(25) presentó deseo sexual inhibido leve, de las cuales el 12,8%(23) eran solteras, en tanto el 43,3%(78) presentó deseo sexual inhibido moderado, de las cuales el 17,8%(32) convivían con la pareja, seguido del 13,9%(25) que fueron casada, mientras que el 22,2%(40) presentó deseo sexual inhibido total, de las cuales el 12,2%(22) eran convivientes, seguido del 8,3%(15) que eran casadas.

De los resultados obtenidos en la presente tabla se concluye que del 100%(180) de las usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona el 17,8%(32) eran convivientes y presentaban un nivel del deseo sexual inhibido moderado.

Sometidos a la prueba de independencia estadística de Chi Cuadrado, se halló diferencia estadística significativa, dando como resultado que, el deseo sexual inhibido está asociado al estado civil de las usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona.

En un estudio hecho por **Atoche Hencke, Joysy Milagros**, titulado: Acetato de medroxiprogesterona como factor de riesgo para la disfunción sexual femenina en usuarias del servicio de planificación familiar del hospital belén de Trujillo- 2019, reportó que del 100%(57) de usuarias que utilizaron el método anticonceptivo, el 75,4%(43) eran convivientes y presentaron nivel de deseo sexual inhibido moderado. Siendo los resultados parecidos al de este estudio ya que comparando así que uno de los factores que también predispone para la disminución o inhibición del deseo sexual es el estado civil.

TABLA N° 5

DESEO SEXUAL INHIBIDO EN RELACIÓN AL NÚMERO DE HIJOS EN USUARIAS DE ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2019

		Deseo sexual inhibido				Total	
		Improbable deseo sexual inhibido (<=45pts)	Deseo sexual inhibido leve (46 - 75pts)	Deseo sexual inhibido moderado (76 - 105 pts)	Deseo sexual inhibido total (106 - 135pts)		
Número de hijos	0	Recuento	37	23	13	0	73
		% del total	20,6%	12,8%	7,2%	0,0%	40,6%
	1	Recuento	0	0	34	8	42
		% del total	0,0%	0,0%	18,9%	4,4%	23,3%
	2	Recuento	0	2	29	20	51
		% del total	0,0%	1,1%	16,1%	11,1%	28,3%
	3 a más	Recuento	0	0	2	12	14
		% del total	0,0%	0,0%	1,1%	6,7%	7,8%
	Total	Recuento	37	25	78	40	180
		% del total	20,6%	13,9%	43,3%	22,2%	100,0%

FUENTE: Elaboración propia.

$X^2c=159.982$

$X^2t=102.154$

$p<0.05$

$g.l.= 1$

En la tabla N°5, se muestra el nivel de deseo sexual inhibido en relación al número de hijos de las usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona atendidas en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional de Ayacucho, Septiembre – Noviembre 2019 observándose que del 100% representado por 180 usuarias, el 20,6% no presentó deseo sexual inhibido y no tenían ningún hijo, en tanto el 13,9%(25) presentó deseo sexual inhibido leve, de las cuales el 12,8%(23) no tuvo ningún hijo, mientras que el 43,3%(78) presentó deseo sexual inhibido moderado, de las cuales el 18,9%(34) tuvo un hijo, seguido del 16,1%(29) que tuvo dos hijos, mientras que el 22,2%(40) presentó deseo sexual inhibido total, de las cuales el 11,1%(20) tuvo dos hijos.

De los resultados obtenidos se puede concluir que del 100% representado por 180 usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona, el 18,9%(34) presentó un nivel de deseo sexual inhibido moderado y tienen un hijo.

Sometidos a la prueba de independencia estadística de Chi Cuadrado, se halló diferencia estadística significativa, siendo el valor de $p < 0.05$, indicando así que, el deseo sexual inhibido se asocia al número de hijos que tiene la usuaria de Acetato de Medroxiprogesterona.

En un estudio hecho por **Monroy, Brenda** (Guatemala – 1997) titulado “Efectos secundarios en pacientes que utilizaron estrógenos y progesterona o Acetato de Medroxiprogesterona como método anticonceptivo” (5), reportando que de un estudio realizado a 150 usuarias el 30% presento nivel de deseo sexual inhibido moderado en mujeres de 21 a 25 años de edad con más de 3 hijos, partos, seguido del 53.3% de usuarias con nivel de deseo sexual inhibido total entre las edades de 26 a 30 años de edad con más de 3 hijos y el 16.7% de usuarias con nivel de deseo sexual inhibido leve entre las edades de 21 a 25 años con 1 solo hijo, siendo así que el mayor porcentaje se encontró en mujeres con más de tres hijos y con una edad por encima de los 26 años presentando deseo sexual inhibido total, en comparación a este estudio que el mayor porcentaje se obtuvo en mujeres nulíparas en un 45%.

En otro estudio hecho por **León Meza C, Llamas Rozas G.** (Arequipa – 2015) titulado: “Deseo sexual inhibido en mujeres usuarias de Acetato de

Medroxiprogesterona en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola. Arequipa, noviembre – diciembre 2015”(4) reportando que las usuarias del método anticonceptivo hormonal inyectable trimestral tenían a la fecha de estudio más de un parto , siendo multíparas presentando un nivel de deseo sexual inhibido moderado en un 93.9%, contrastando con este estudio, siendo mayor porcentaje de nivel de deseo sexual inhibido moderado en usuarias nulíparas, que no tenían a la fecha ni un solo parto,

TABLA N° 6

DESEO SEXUAL INHIBIDO Y TIEMPO DE RELACIÓN CON LA PAREJA EN USUARIAS DE ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2019

		Deseo sexual inhibido					Total
			Improbable deseo sexual inhibido (≤ 45 pts)	Deseo sexual inhibido leve (46 - 75pts)	Deseo sexual inhibido moderado (76 - 105 pts)	Deseo sexual inhibido total (106 - 135pts)	
Tiempo de relación con la pareja	1 - 3 años	Recuento	19	16	9	0	44
		% del total	10,6%	8,9%	5,0%	0,0%	24,4%
	4 - 6 años	Recuento	10	7	21	3	41
		% del total	5,6%	3,9%	11,7%	1,7%	22,8%
	7 - 9 años	Recuento	8	0	41	23	72
		% del total	4,4%	0,0%	22,8%	12,8%	40,0%
	10 años a más	Recuento	0	2	7	14	23
		% del total	0,0%	1,1%	3,9%	7,8%	12,8%
Total		Recuento	37	25	78	40	180
		% del total	20,6%	13,9%	43,3%	22,2%	100,0%

FUENTE: Elaboración propia.

$X^2_c=88.115$

$X^2_t=62.131$

$p<0.05$

g.l.= 1

En la tabla N° 6, se muestra el deseo sexual inhibido y tiempo de relación con la pareja en las usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona atendidas en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional de Ayacucho, Septiembre – Noviembre 2019, observándose que del 100% representado por 180 usuarias el 24,4%(44) presentó tiempo de relación con la pareja de 1 a 3 años, de las cuales el 10,6%(19) presentó improbable deseo sexual inhibido, en tanto el 22,8%(41) presentó tiempo de relación con la pareja de 4 a 6 años, de las cuales el 11,7%(21) presentó deseo sexual inhibido moderado, mientras que el 40%(72)

presentó tener una relación de 7 a 9 años, de las cuales el 22,8%(41) presentó deseo sexual inhibido moderado, mientras que el 12,8%(23) presentó tener una relación de 10 años a más, de las cuales el 7,8%(14) presento tener un nivel de deseo sexual inhibido total.

Concluyendo así, de los resultados obtenidos, que un 22,8%(41) de las usuarias presentó un nivel de deseo sexual inhibido moderado y tiempo de relación con la pareja de 7 a 9 años.

Sometidos a la prueba de independencia estadística de Chi Cuadrado, se halló diferencia estadística significativa, siendo el valor de $p < 0.05$, indicando así que, el deseo sexual inhibido se asocia al tiempo de relación con la pareja que mantiene la usuaria de Acetato de Medroxiprogesterona.

En otro estudio hecho por **León Meza C, Llamas Rozas G.** (Arequipa – 2015) titulado: “Deseo sexual inhibido en mujeres usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola. Arequipa, noviembre – diciembre 2015”(4). Muestra que el 44,9% de las mujeres de las que usan el Inyectable Hormonal de depósito Trimestral tienen de 1 – 5 años de convivencia.

TABLA N° 7

DESEO SEXUAL INHIBIDO Y TIPO DE RELACIÓN DE PAREJA EN USUARIAS DE ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2019

Relación de pareja		Recuento	Deseo sexual inhibido				Total
			Improbabl e deseo sexual inhibido (<=45pts)	Deseo sexual inhibido leve (46 - 75pts)	Deseo sexual inhibido moderado (76 - 105 pts)	Deseo sexual inhibido total (106 - 135pts)	
Sin discusiones poco frecuentes	Recuento	24	14	6	0	44	
	% del total	13,3%	7,8%	3,3%	0,0%	24,4%	
	Recuento	13	7	51	7	78	
	% del total	7,2%	3,9%	28,3%	3,9%	43,3%	
Discusiones frecuentes	Recuento	0	4	19	30	53	
	% del total	0,0%	2,2%	10,6%	16,7%	29,4%	
Discusiones y peleas	Recuento	0	0	2	3	5	
	% del total	0,0%	0,0%	1,1%	1,7%	2,8%	
Total	Recuento	37	25	78	40	180	
	% del total	20,6%	13,9%	43,3%	22,2%	100,0%	

FUENTE: Elaboración propia.

$X^2_c=116.743$

$X^2_t=123.532$

$p<0.05$

$g.l.=6$

En la tabla N°7, se muestra el deseo sexual inhibido y el tipo de relación de pareja en las usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona atendidas en el servicio de planificación familiar del Hospital Regional de Ayacucho, Septiembre – Noviembre

2019 observándose que del 100% representado por 180 usuarias, el 24.4% (44) de usuarias presentó una relación sin discusiones, de las cuales el 13.3%(24) presentó deseo sexual no inhibido, en tanto el 43.3% (78) tuvo el tipo de relación con discusiones poco frecuentes, de las cuales el 28.3% (51) presentó deseo sexual inhibido moderado, mientras que el 29.4%(53) presentó discusiones frecuentes en la relación con la pareja, de los cuales el 16,7%(30) presentó deseo sexual inhibido total, mientras 2,8% (5) tuvieron una relación de pareja con discusiones y peleas, de las e l1,7%(3) presentaron deseo sexual inhibido total.

De los resultados obtenidos en el presente cuadro se concluye que del 100%(180) de las usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona el 28.3% (51) presentó deseo sexual inhibido moderado y tuvo una relación de pareja con discusiones poco frecuentes.

Sometidos a la prueba de independencia estadística de Chi Cuadrado, se halló diferencia estadística significativa, dando como resultado que el deseo sexual inhibido está asociado al tipo de relación que lleva la usuaria de Acetato de Medroxiprogesterona con la pareja.

TABLA N° 8

DESEO SEXUAL INHIBIDO EN RELACIÓN AL GRADO DE INSTRUCCIÓN EN USUARIAS DE ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2019

			Deseo sexual inhibido				Total
			Improbable deseo sexual inhibido (<=45pts)	Deseo sexual inhibido leve (46 - 75pts)	Deseo sexual inhibido moderado (76 - 105 pts)	Deseo sexual inhibido total (106 - 135pts)	
Grado de instrucción	Analfabeta	Recuento	0	0	0	2	2
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	1,1%
	Primaria	Recuento	0	0	15	10	25
		% del total	0,0%	0,0%	8,3%	5,6%	13,9%
	Secundaria	Recuento	9	13	38	18	78
		% del total	5,0%	7,2%	21,1%	10,0%	43,3%
	Superior	Recuento	28	12	25	10	75
		% del total	15,6%	6,7%	13,9%	5,6%	41,7%
	Total	Recuento	37	25	78	40	180
		% del total	20,6%	13,9%	43,3%	22,2%	100,0%

FUENTE: Elaboración propia.

$X^2c=39.744$

$X^2t=45.621$

$p<0.05$

g.l.=6

En la tabla N°8, se muestra el deseo sexual inhibido en relación al grado de instrucción que presentaron las usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona atendidas en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional de Ayacucho, Septiembre – Noviembre 2019, observándose que del 100% representado por 180 usuarias, el 1,1%(2) tuvo el grado de instrucción de analfabetas y presentó deseo sexual inhibido total, en tanto el 13,9%(25) presentó grado de instrucción de primaria, de las cuales el 8,3%(15) presentó deseo sexual inhibido moderado, mientras que el 43,3%(78) presentó grado de instrucción de educación secundaria, de las cuales el 21,1%(38) presentó deseo sexual inhibido moderado, mientras que el 41,7%(75) presentó tener el grado de instrucción de superior, de las cuales el 15,6%(28) no presentó deseo sexual inhibido. De los resultados obtenidos en la presente tabla se concluye que del 100%(180) de las usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona el 21,1%(38) presento un nivel del deseo sexual inhibido moderado y un grado de instrucción de nivel secundaria.

Sometidos a la prueba de independencia estadística de Chi Cuadrado, se halló diferencia estadística significativa, dando como resultado que, el deseo sexual inhibido está asociado al grado de instrucción de las usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona.

En otro estudio hecho por **León Meza C, Llamas Rozas G.** (Arequipa – 2015) titulado: “Deseo sexual inhibido en mujeres usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola. Arequipa, noviembre – diciembre 2015”(4).Muestra que el 59,2% de las mujeres de las que usan el Inyectable Hormonal de depósito Trimestral tienen nivel secundario.

El estudio hecho por **Lourdes Jhaquelyn Garcia Briceño, Sara Llactahuaman Cuchuñaua**, denominado Asociación entre el Acetato de Medroxiprogesterona y deseo sexual en usuarias de planificación familiar. Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre y diciembre 2012(6). Muestra que el grado de instrucción predominante fue la secundaria completa (52,9%).

TABLA N° 9

DESEO SEXUAL INHIBIDO EN RELACIÓN A HORAS DE ACTIVIDAD DIARIA EN USUARIAS DE ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2019

		Deseo sexual inhibido					Total
		Improbabl e deseo sexual inhibido (<=45pts)	Deseo sexual inhibido leve (46 - 75pts)	Deseo sexual inhibido moderado (76 - 105pts)	Deseo sexual inhibido total (106 - 135pts)		
Horas de actividad diaria	+ de 8 horas	Recuento	6	6	73	39	124
		% del total	3,3%	3,3%	40,6%	21,7%	68,9%
	- de 8 horas	Recuento	31	19	5	1	56
		% del total	17,2%	10,6%	2,8%	0,6%	31,1%
Total		Recuento	37	25	78	40	180
		% del total	20,6%	13,9%	43,3%	22,2%	100,0%

FUENTE: Elaboración propia.

$X^2_c=108.885$

$X^2_t=91.046$

$p<0.05$

g.l.= 1

En la tabla N°9, se muestra el deseo sexual inhibido en relación a las horas de actividad diaria de las usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona atendidas en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional de Ayacucho,

Septiembre – Noviembre 2019, observándose que del 100% representado por 180 usuarias, el 68.9% (124) de usuarias ocupa su actividad más de 8 horas diarias, de ellas el 3.3% (6) presentó un improbable deseo sexual inhibido, el 3.3% (6) un deseo sexual inhibido leve, el 40.6% (73), presentó un nivel de deseo sexual inhibido moderado y el 21.7% (39) presentó el deseo sexual inhibido total, mientras que el 31.1% (56) ocupa su actividad diaria menos de 8 horas al día, de ellas el 17.2% (31) presentó improbable deseo sexual inhibido, el 10.6% (19) deseo sexual inhibido leve, el 2.8% (5) deseo sexual inhibido moderado y el 0.6% (1) presentó deseo sexual inhibido total.

Concluyendo que el 40.6% (73), de las usuarias de acetato de Medroxiprogesterona presentaron deseo sexual inhibido moderado y tienen más de 8 horas de actividades diarias.

Sometidos a la prueba de independencia estadística de Chi Cuadrado, se halló diferencia estadística significativa, dando como resultado que, el deseo sexual inhibido está asociado a las horas de actividad diaria, implicando trabajo, actividades familiares o domésticas y de otra índole en las usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona.

Contrastando con un estudio hecho por **León Meza C, Llamas Rozas G.** (Arequipa – 2015) titulado: “Deseo sexual inhibido en mujeres usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola. Arequipa, noviembre – diciembre 2015” (4), reportando que las usuarias de anticonceptivo hormonal trimestral de Acetato de Medroxiprogesterona presentaron nivel de deseo sexual inhibido totalmente en aquellas usuarias que el tiempo diario lo ocupaban más de 8 horas en un 42.9%, siendo referente y pero diferente a estudio ya que este estudio las usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona que ocupan o tienen horas de trabajo mayor de 8 horas presentaron nivel de deseo sexual inhibido moderado en 40%, mientras que el 25% de las usuarias que tenían más de 8 horas de trabajo presento nivel de deseo sexual inhibido total, refiriendo que en el estudio realizado en Arequipa el mayor porcentaje de usuarias que trabajan más de 8 horas presenta nivel de deseo sexual inhibido total, mientras que aquí en Ayacucho las usuarias que trabajan más de 8 horas diarias presentan nivel de deseo sexual inhibido moderado.

TABLA N° 10

DESEO SEXUAL INHIBIDO EN RELACIÓN AL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN USUARIAS DE ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2019

		Deseo sexual inhibido				Total	
		Improbable deseo sexual inhibido (<=45pts)	Deseo sexual inhibido leve (46 - 75pts)	Deseo sexual inhibido moderado (76 - 105 pts)	Deseo sexual inhibido total (106 - 135pts)		
Número de parejas sexuales	1	Recuento	10	12	61	21	104
		% del total	5,6%	6,7%	33,9%	11,7%	57,8%
	2	Recuento	7	13	17	19	56
		% del total	3,9%	7,2%	9,4%	10,6%	31,1%
	3 a más	Recuento	20	0	0	0	20
		% del total	11,1%	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%
Total		Recuento	37	25	78	40	180
		% del total	20,6%	13,9%	43,3%	22,2%	100,0%

FUENTE: Elaboración propia.

$X^2c=100.496$

$X^2t=34.836$

$p<0.05$

g.l.= 1

En la tabla N°10, se muestra el deseo sexual inhibido en relación al número de parejas sexuales de las usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona atendidas en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional de Ayacucho, Septiembre – Noviembre 2019 observándose que del 100% representado por 180 usuarias, el 57,8%(104) tuvo una pareja sexual, de las cuales el 33,9%(61) que presentó deseo sexual inhibido, mientras que el 31,1%(56) tuvo 2 parejas sexuales, de las cuales el 10,6%(19) presentó deseo sexual inhibido total, mientras que el 11,1%(20) tuvo de 3 a más parejas sexuales y no presentó deseo sexual inhibido.

De los resultados obtenidos en el presente cuadro se concluye que del 100%(180) de las usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona el 11,1%(20) tuvo 3 a más parejas sexuales y no presentó deseo sexual inhibido.

Sometidos a la prueba de independencia estadística de Chi Cuadrado, se halló diferencia estadística significativa, dando como resultado que, el deseo sexual inhibido está asociado al número de parejas sexuales en las usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona.

En un estudio hecho por **García Briceño Lourdes Jhaquelyn, Llactahuaman Cuchuñupa Sara**, denominado Asociación entre el Acetato de Medroxiprogesterona y deseo sexual en usuarias de planificación familiar. Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre y diciembre 2012(6). Reportó que se estudiaron el número de parejas sexuales de las usuarias que utilizaban acetato de Medroxiprogesterona, por lo que se pudo mostrar que del 100% de las usuarias, la mayoría de usuarias 77,1% tenían disminución en el deseo sexual y tuvo entre uno a dos parejas sexuales. Siendo los resultados muy parecidos al estudio realizado.

CONCLUSIONES

1. Usuaris de Acetato de Medroxiprogesterona del servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional de Ayacucho, presentaron un deseo sexual inhibido moderado en un 43.3% (78).
2. El 16,1%(29) usaron el método anticonceptivo de 39 meses a más y presentaron un nivel del deseo sexual inhibido total.
3. El 30.0% (54) de las usuarias presentó deseo sexual inhibido moderado y tenían de 18 – 29 años.
4. El 17,8%(32) de las usuarias presentó un nivel del deseo sexual inhibido moderado y eran convivientes.
5. El 18,9%(34) de las usuarias presentó un nivel deseo sexual inhibido moderado y tienen un solo hijo.
6. El 22,8%(41) de las usuarias presentó un nivel de deseo sexual inhibido moderado y un tiempo de relación con la pareja de 7 – 9 años.
7. El 28.3% (51) de las usuarias presentó un deseo sexual inhibido moderado y tuvo el tipo de relación con la pareja con discusiones poco frecuentes.
8. El 21,1%(38) de las usuarias presentó un nivel del deseo sexual inhibido moderado y un grado de instrucción de nivel secundaria.
9. El 40.6% (73), de las usuarias presentó deseo sexual inhibido moderado y tienen más de 8 horas de actividades diarias.
10. El 11,1%(20) de las usuarias presentó tener improbable deseo sexual inhibido y de 3 a más parejas sexuales.
11. A la realización del Chi Cuadrado, se obtuvo el valor P menor a 0.05, confirmando que existe relación entre el Deseo Sexual Inhibido con la edad, estado civil, número de hijos, tiempo de relación y tipo de relación con la pareja, grado de instrucción, horas de actividad diaria y el número de parejas sexuales.

RECOMENDACIONES

- Realizar estudios similares en los diferentes establecimientos de salud, considerando su categorización y teniendo en cuenta la diversidad cultural en nuestra región.
- Mejorar el número de muestra y realizar estudios más extensos, a través del seguimiento en planificación familiar.
- Aplicar el Test de Deseo Sexual Inhibido a usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona, desde su segunda cita de aplicación de método anticonceptivo, para un mejor manejo y seguimiento.
- Mejorar la consejería en planificación familiar, incidiendo en los efectos secundarios de Acetato de Medroxiprogesterona, con énfasis en las alteraciones del deseo sexual, y realizar interconsultas con otras especialidades para mejorar la plenitud sexual de la mujer.
- Entre nuestras competencias como profesional de obstetricia está velar por la salud sexual y reproductiva, pero es una de las áreas que menos se ha estudiado en nuestro país, es por ello que se debe dar mayor importancia a la salud sexual, y cómo esta se ve implicada en la vida personal y de pareja.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ENDES. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Perú -2012. [Internet]. [citado 29 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://conceptodefinicion.de/efecto/>
2. Rodríguez Ferrá R, Gómez García L, Conde Martín M. Caracterización de las progestinas inyectables y sus beneficios en la Planificación Familiar. Revista Cubana de Medicina General Integral. abril de 2003;19(2):0-0.
3. Draper BH, Morroni C, Hoffman M, Smit J, Beksinska M, Hapgood J, Van der Merwe L. Medroxiprogesterona de depósito versus enantato de noretisterona para la anticoncepción con progestágenos de larga duración (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. abril de 2008;(2):195-9.
4. Zornoza V, Luengo A, Haya FJ, Pardo. Anticoncepción hormonal y deseo sexual femenino. Toko - Gin Pract, 2009; 68 (6): 179 -181. 2009 [citado 14 de mayo de 2018];(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=195215352005>
5. Faviola Cornejo Blas M del CCC. Influencia de métodos anticonceptivos hormonales en el deseo sexual de mujeres de 20 a 30 años en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, mayo - agosto. Arequipa 2004. Universidad Católica de Santa María de Arequipa [Internet]. 2004 [citado 14 de mayo de 2018];256(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=195215352005>
6. Sara Llactahuaman Cuchuñaua LJGB. Asociación entre el Acetato de Medroxiprogesterona y deseo sexual en usuarias de planificación familiar. Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre y diciembre 2012. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima 2012 [Internet]. 2012 [citado 27 de julio de 2018]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2984>
7. León Meza, C. Deseo sexual inhibido en mujeres usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona en el centro de salud Maritza Campos Díaz – Zamácola. diciembre de 2015;99.

8. Monroy R, Brenda C. Efectos secundarios en pacientes que utilizan estrógenos y progesterona o Acetato de Medroxiprogesterona como método anticonceptivo. noviembre 1997; GT1.5:13. 1997 [citado 8 de enero de 2018];(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172006000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Herrera Gómez V, Rodríguez Domínguez L, Quintero Santana M, Febles Tardío L. Anticonceptivo en la consulta de planificación familiar. Revista Cubana de Medicina General Integral. agosto de 1997;13(4):345-51.
10. ENDES. Encuesta Demográfica de Salud y Familia 2017. MINSA.
11. Ministerio de Salud. Norma técnica de Planificación Familiar. Perú –2017, Pág. 51 – 65. 2005;21(4):51-65.
12. López R. Anticoncepción hormonal femenina.URL disponible en: http://www.hcqho.sld.cu/joomla/Farmacologia%20II/recursos/tema7/bibliografia_complementaria/Capitulo%20anticonceptivos.%20Libro%20nuevo%20%207.2.doc. 2010 [citado 8 de junio de 2018]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=85615225009>
13. Martínez F. Eficacia, seguridad, indicaciones y controversias de la contracepción con solo gestágenos): Acetato de Medroxiprogesterona (Depo-progevera) y Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (Mirena).Sociedad Española de Contracepción 2010; 80:335-344. Sociedad Española de Contracepción. 2010;(2):93-9.
14. Amado J y Flórez J. Hormonas sexuales: estrógenos, gestágenos, andrógenos y anticonceptivos hormonales. Clín. Endocrinología Metab. 1996; 81:2942-2947. Revista Médica de Risaralda. 1996;(1).
15. Spaccavento D, Rosso D. Farmacología de los esteroides sexuales y drogas relacionadas.2008; pag.26-35. [Internet]. [citado 8 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefroplus-imprimir-articulo-hipertension-arterial-el-embarazo-estudio-864-casos-consecutivos-observados-durante-X0211699599011572>

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, 2007. Organización Mundial de la Salud OMS [Internet]. 2007 [citado 8 de enero de 2018];11(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=319028579012>
17. Stuckey BG. Female sexual function and dysfunction in the reproductive years: the influence of endogenous and exogenous sex hormones. *J Sex Med* 2008; 5 (10): 2282-90. [citado 8 de junio de 2018];23(7). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889183706716415>
18. Mas, M. Fisiología sexual. En J.A.F. (Ed). Fisiología humana (2ª ed.). Madrid: MacGraw Hill-Interamericana; 1999.p.1148-1158. 1999;30(2):1148-58.
19. Cabello S. Tratamiento del deseo sexual hipoactivo de la mujer, Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. España. *RevIntAndrol*. 2007; 5(1):29-37. *Revista Española*. 2007;55(8):29-37.
20. Peinado M. Sexualidad y anticoncepción. *RevPediatr Aten Primaria*. 2008; 10Supl 2:19-43. Diciembre de 2008 [citado 14 de junio de 2018]; Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-31222008000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
21. Bustamante F, Larraín M, Zúñiga P, Nieto F. Trastornos de la sexualidad, Santiago de Chile, Mediterráneo 2008. 2008 [citado 11 de junio de 2018];30(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342013000300017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. Alcoba S, García L, San Martín C. Guía de Buena Práctica Clínica en Disfunciones sexuales. España, 2004. 2004;107:11–23.
23. Mas M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: Actualización, España. *RevIntAndrol*. 2007; 5(1):11-21. *Revista Española*. 2007;34(132):11-21.
24. Guyton A, Hall J Fisiología femenina antes del embarazo; hormonas femeninas. Cap. 81. En: 9ª ed. Tratado de Fisiología Médica. Endocrinología y

Reproducción. Unidad XIV. Madrid: MacGraw Hill-Interamericana; 1999.p.1115-1132. Horizonte Médico. (1).

25. Roa A. Fenomenología de la sexualidad humana. Revista de Psiquiatría Clínica 2010; 25(1):5-22. 38(3).

26. Alsasua A. Actualidad en Farmacología: Hormonas Sexuales y Anticonceptivos. Vol. 9. España, 2011. Revista española de farmacología. 2011;70(1):8–11.

27. Amado J, Flórez J. Hormonas sexuales: estrógenos, gestágenos, andrógenos y anticonceptivos hormonales. Farmacología Humana. 5ta Edición. España, 2008. Revista Española de Farmacología. 2008;2(1).

28. White P, Bradley C, Ferriter M, Hatzipetrou L. Tratamientos para personas con trastornos del deseo sexual y para personas que cometieron delitos sexuales (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Número 4. 2008;

ANEXOS



ANEXO N°2

“DESEO SEXUAL INHIBIDO Y SU RELACIÓN CON EL USO DE ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA EN USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE 2019”



FECHA:

COD.

A continuación se presentan 15 frases que usted puede puntuar de 1 a 9

(1 = TOTALMENTE FALSO y 9 = TOTALMENTE VERDADERO; los número intermedios de la escala significan posiciones intermedias entre Falso y Verdadero). Marque cada una de las afirmaciones. Según corresponda en su caso.

TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO (Masters Johnson y Kolodny, 1994)

1. Pienso en el sexo muy poco.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. El sexo por lo general me resulta insatisfactorio.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Mi pareja siempre inicia las relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Con frecuencia rechazo las aproximaciones de mi pareja para hacer el amor.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Incluso cuando mi pareja se muestra romántico, me resulta difícil estar de humor para el sexo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. En general, me siento carente de atractivo y no deseable.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Nunca me masturbo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Cuando estoy haciendo el amor, habitualmente me siento distraída y distante.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Soy una persona poco apasionada.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. El impulso sexual de mi pareja es muchísimo más fuerte que el mío.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. Estaría perfectamente contenta con dejar el sexo fuera de nuestra relación si ello no fuera a causar problemas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Nunca tengo fantasías sexuales.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Los desacuerdos por la frecuencia de las relaciones sexuales son comunes en nuestra relación y a menudo llevan a discusiones o sentimientos heridos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Es frecuente que yo invente excusas para evitar tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. A veces, durante la noche, finjo dormir para que mi pareja no intente hacerme el amor.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

- Improbable Deseo Sexual Inhhibido (<= de 45 puntos)
- Deseo sexual inhibido leve (46 – 75 puntos)
- Deseo sexual inhibido moderado (76 – 105 puntos)
- Deseo sexual inhibido total (106 -135 puntos)

ANEXO N° 3

	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. Pienso en el sexo muy poco.	0.863
2. El sexo por lo general me resulta insatisfactorio.	0.871
3. Mi pareja siempre inicia las relaciones sexuales.	0.861
4. Con frecuencia rechazo las aproximaciones de mi pareja para hacer el amor.	0.869
5. Incluso cuando mi pareja se muestra romántico, me resulta difícil estar de humor para el sexo.	0.865
6. En general, me siento carente de atractivo y no deseable.	0.869
7. Nunca me masturbo.	0.893
8. Cuando estoy haciendo el amor, habitualmente me siento distraída y distante.	0.870
9. Soy una persona poco apasionada.	0.864
10. El impulso sexual de mi pareja es muchísimo más fuerte que el mío.	0.867
11. Estaría perfectamente contenta con dejar el sexo fuera de nuestra relación si ello no fuera a causar problemas.	0.868
12. Nunca tengo fantasías sexuales.	0.889
13. Los desacuerdos por la frecuencia de las relaciones sexuales son comunes en nuestra relación y a menudo llevan a discusiones o sentimientos heridos.	0.870
14. Es frecuente que yo invente excusas para evitar tener relaciones sexuales.	0.857
15. A veces, durante la noche, finjo dormir para que mi pareja no intente hacerme el amor.	0.865
CONFIABILIDAD TOTAL	0.878