

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**Asociación entre el acetato de medroxiprogesterona y
deseo sexual en usuarias de planificación familiar.
Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre y
diciembre 2012**

TESIS

Para obtener el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTORES

Lourdes Jhaquelyn García Briceño

Sara Llactahuaman Cuchuñaua

ASESORES

Zaida Zagaceta Guevara

Oscar Fausto Munares García

Lima-Perú

2012

Dedicatoria

A mis padres Nemesio y Filiberta por su apoyo incondicional durante estos años de mi vida, ya que gracias a su ejemplo, esfuerzo y perseverancia hoy puedo culminar esta etapa importante de mi vida. Y porque cada logro en mi vida también será el de ellos. Y una dedicatoria especial para mis hermanos Abel y Saúl porque sin ellos mi vida no hubiese sido la misma.

Dedicatoria

A mi madre Lucia, a mi padre Fernando y a mis hermanos Jhonatan, Oscar, Marícíelo y Junior; por su esfuerzo y apoyo incondicional brindado en el transcurso de mi vida y mis estudios, porque han constituido un poderosos estímulo para dedicar el mejor de mis esfuerzos.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente nos gustaría agradecerle a Dios porque siempre estuvo con nosotras, nunca nos dejó flaquear y nos permitió llegar hasta donde hemos llegado.

A nuestra querida UNMSM por los conocimientos y experiencias brindadas durante estos años de estudio.

A nuestra asesora, Dra. Zaida Zagaceta Guevara por su gran ayuda en la realización del presente estudio.

Al Mg. Oscar Munares García, por brindarnos sus conocimientos, consejos, y sobre todo por su tiempo, paciencia y ayuda desinteresada.

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

INDICE

RESUMEN.....	pág. 5
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	
Planteamiento y formulación del problema de investigación.....	pág. 6
Justificación del estudio.....	pág. 8
Antecedentes.....	pág. 9
Marco teórico.....	pág. 11
Objetivos del estudio.....	pág. 24
Hipótesis del estudio.....	pág. 24
CAPITULO II: MATERIALES Y MÉTODOS	
Tipo de investigación y estudio.....	pág. 25
Área de estudio.....	pág. 25
Población de estudio.....	pág. 25
Criterios de selección.....	pág. 26
Muestra.....	pág. 27
Variables de estudio.....	pág. 28
Técnica e instrumento de recolección de datos.....	pág. 30
Plan de procedimientos.....	pág. 30
Plan de análisis de datos.....	pág. 31
Aspectos éticos.....	pág. 31
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	pág. 32
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	pág. 39

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.....	pág. 41
CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES.....	pág. 42
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	pág. 43
ANEXOS.....	pág. 46

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre el uso de Acetato de Medroxiprogesterona y el deseo sexual en usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo noviembre-diciembre del 2012.

Materiales y métodos: Se trató de un estudio de casos y controles donde se asignaron 70 participantes: 35 con disminución del deseo sexual (casos) y 35 sin alteraciones del deseo sexual (controles) a las cuales se aplicó un formulario de recolección de datos y el instrumento Test del Deseo Sexual Inhibido. Posteriormente se analizó vía estadística descriptiva e inferencial chi cuadrado y OR IC 95% para la determinación de la relación.

Resultados: Se observó que el 60% de los casos y un 45.7% de los controles fueron usuarias del método anticonceptivo inyectable trimestral, y que la probabilidad de presentar problemas en el deseo sexual siendo usuaria del inyectable trimestral estudiado es 2 veces mayor que siendo usuaria de otros métodos anticonceptivos que no contienen hormonas (OR: 1,8 IC 95%:0,7-4,6), este dato resultó ser estadísticamente significativo ($p=0,001$).

Conclusiones:

Existe relación entre el uso de Acetato de Medroxiprogesterona y la disminución del deseo sexual.

Palabras clave: Acetato de Medroxiprogesterona, deseo sexual y efectos secundarios.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Planteamiento y formulación del problema de investigación

En 1991, una progestina inyectable, Acetato de Medroxiprogesterona de depósito (comercializada como Depoprovera), fue aprobada, comercializada y tuvo éxito y aceptación entre los diferentes grupos sociales y demográficos en varios países¹. En la actualidad este anticonceptivo inyectable que sólo contienen progestágeno es un método bastante empleado por muchas mujeres en edad fértil, siendo el tercero más común en el mundo, además desempeña una función importante en la planificación familiar y en muchos programas nacionales de salud ^{2, 3}.

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

Sin embargo, la inyección siendo uno de los métodos anticonceptivos más usado en nuestro país también es el que presenta una mayor discontinuidad en su uso debido principalmente a sus efectos secundarios ⁴. 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 ^{4, 5},

Si bien los inyectables de depósito trimestral ofrecen ventajas significativas tales como efectividad, privacidad y permite flexibilidad en las visitas;

también pueden presentarse ciertos efectos secundarios, como cambios en el sangrado menstrual, amenorrea, cambios de peso, cefalea, cambios de humor o trastornos emocionales, náuseas, aumento de la sensibilidad en los mamas, demora en el retorno de la fertilidad y disminución del deseo sexual y/o acné, siendo estos posibles cambios en el deseo sexual uno de los efectos al que poco interés se presta al hablar de los efectos secundarios del Acetato de Medroxiprogesterona ⁶.

En general, en cuanto respecta a los programas de salud sexual y reproductiva es claro que la promoción de asuntos como el placer y la satisfacción sexual no son componentes explícitos de dichos programas, como tampoco lo es la prevención o evaluación de los trastornos sexuales. Debido a que los programas de salud sexual y reproductiva en nuestro país manifiestan mayor preocupación por enfermedades que ponen en riesgo la vida de las mujeres, los trastornos sexuales han sido relegados de los programas de salud dirigidos a las mismas 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, 7}.

En estudios realizados en otros países indican que los trastornos sexuales pueden ocasionar repercusiones importantes en la calidad de vida de esta población ⁸. 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 ^{7, 9}.

Según la Organización Mundial de la Salud, las disfunciones sexuales constituyen uno de los problemas más importantes que afectan a la salud sexual. Se estima, que un 40-45% de las mujeres y un 20-30% de los hombres presentan algún tipo de disfunción sexual, respectivamente, siendo las más frecuentes la eyaculación precoz, los problemas de erección en ellos, la inhibición del deseo y los problemas de excitación y orgasmo en ellas ^{2, 3}. 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 ⁴.

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

¿Cuál es la asociación entre el uso de Acetato de Medroxiprogesterona y deseo sexual en usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo noviembre y diciembre del año 2012?

Justificación del estudio

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

El Acetato de Medroxiprogesterona es un método bastante empleado por muchas mujeres en edad fértil, siendo el método moderno más usado en el Perú y el tercero en el mundo.

Sin embargo, una de las principales razones de la discontinuación en el uso del anticonceptivo inyectable de depósito trimestral, Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA) o Depo-Provera es la disminución del deseo sexual (ENDES 2010).

Es por ello, importante investigar si el deseo sexual femenino se ve alterado como efecto secundario de la anticoncepción hormonal.

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

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

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

Antecedentes

Gil F, en el año 2005, realizó un estudio titulado *“Conocimientos, actitudes y aceptación de los efectos secundarios del Acetato de Medroxiprogesterona en usuarias de un Servicio de Planificación Familiar de Lima, 2005”*; se obtuvo que en su mayoría las usuarias tienen conocimientos adecuados sobre los efectos secundarios, signos de alarma y forma de uso, no siendo así como el mecanismo de acción. La amenorrea y el sangrado en goteo son los efectos secundarios menos aceptados por las usuarias. Se encontró correlación positiva entre las actitudes de la usuaria hacia el método y la aceptación a sus efectos secundarios, y que no existe correlación entre los conocimientos de la usuaria sobre el método y la aceptación a efectos secundarios ⁶.

Condori M y Camacho J, en el año 2005, realizaron un estudio titulado *“Conocimiento y actitud que tienen las puérperas sobre el Acetato de Medroxiprogesterona y su aceptación como método anticonceptivo. Instituto Especializado Materno Perinatal-2005”*; se encontró que existe relación entre la actitud y la aceptación del Depo-Provera como método anticonceptivo y con respecto al conocimiento se encontró que no existe relación entre el tipo de conocimiento y la aceptación del Depo-Provera como método anticonceptivo. Existe insatisfacción en las puérperas con relación al uso de la Depo-Provera como métodos anticonceptivos, lo cual se refleja en la tasa de abandono identificada en el estudio que fue de un 25% ⁵.

Fernández L, en el año 2005, realizó un estudio titulado “*Características de mujeres con embarazo no deseado por abandono de métodos anticonceptivos – Instituto Especializado Materno Perinatal – 2005*”; se concluyó que el Inyectable trimestral es el método anticonceptivo más utilizado con 53,5%, seguido por la píldora con 27,7%. En las características

para abandonar el método, se encontró que la mayoría abandono por efectos colaterales 53,5% y por uso inadecuado en un 33,5%. En las características de los efectos colaterales se encontró el mayor porcentaje para el inyectable con 31,6%, a su vez se abandonó el inyectable por la variación de peso en 14,2% ¹⁰.

En un estudio realizado en España por Zornoza V, Luengo A, Haya FJ. (2009) titulado “*Anticoncepción hormonal y deseo sexual femenino*”; se obtuvo que los datos obtenidos son contradictorios. Los anticonceptivos hormonales se asocian tanto a la disminución como al aumento de la libido, por eso se concluyó que el deseo sexual femenino se combinan aspectos biológicos, psicológicos y socio-culturales ¹¹.

En un estudio realizado en Colombia por Gómez P, Pardo Y. (2010) titulado “*Percepciones del uso de anticonceptivos en Bogotá*”, se encontró que las mujeres consideraron que la elección anticonceptiva depende de la facilidad de compra o de que la empresa promotora de salud lo provea. Entre los factores determinantes para la selección se identificaron: eficacia, efectos secundarios, posibilidad de olvido y regularidad menstrual. El anticonceptivo ideal se describió como aquel que fuera seguro, eficaz, de poca recordación, de fácil uso y que no aumente de peso ni produzca amenorrea ¹².

En un estudio realizado en Cuba por Rodríguez R, Gómez L, Conde M. (2003) titulado “*Caracterización de las progestinas inyectables y sus beneficios en la Planificación Familiar*”, se concluyó que los anticonceptivos

inyectables solo de progestinas son de gran beneficio para las mujeres debido a su alta eficacia, y la protección que dan no solamente para evitar embarazo sino también otras entidades como el cáncer; eso depende de una buena consejería de salud, de cómo usarlos y los efectos secundarios que pudieran tener ².

En un estudio realizado en Guatemala por Monroy R, Brenda C. (1997) titulado *“Efectos secundarios en pacientes que utilizan estrógenos y progesterona o Acetato de Medroxiprogesterona como método anticonceptivo”* se encontró que la población que más utiliza estrógenos son pacientes de 21 a 25 años de edad, solteras con 3 hijos o más, y las que utilizan Acetato de Medroxiprogesterona, de 26 a 30 años, casadas con más de tres hijos. Dentro de los efectos secundarios de los estrógenos están: oscurecimiento de áreas de la piel y depresión. Del Acetato de Medroxiprogesterona: hemorragia uterina o sangrado excesivo, crecimiento de vello en área de cara y cuerpo e irregularidades menstruales son los efectos secundarios mayormente encontrados ¹³.

Marco teórico

La planificación familiar constituye una de las tareas más importantes del programa de reproducción humana de la Organización Mundial de la Salud (OMS) puesto que el acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces permite la reducción de la mortalidad materna ya que se disminuyen los abortos en condiciones de riesgo y el impacto embarazo – parto ¹³.

Según el ENDES 2010 el uso de métodos de anticoncepción fue muy difundido en nuestro país, mostrándose un incremento de 12,7% (63,2% a 75,9% entre el periodo 2000 y 2010) en las mujeres en edad fértil que han usado alguna vez métodos anticonceptivos ⁴.

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%) ⁴.

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%) ⁴.

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 ^{14, 15}.

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 ^{14,15}.

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 ^{1,14}.

a. 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 actividad¹⁶.

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 ^{16, 17}.

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 otras

dos hormonas esta vez liberadas por la hipófisis, la hormona luteinizante o luteoestimulante (LH), y la folículo estimulante (FSH) ¹⁶.

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) ^{16, 17}.

La testosterona se sintetiza principalmente en los testículos y el resto en las glándulas suprarrenales, en la mujer se sintetiza en las células tecales 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

^{16, 17}.

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 ¹⁶.

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 ¹⁷.

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 ¹⁶.

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 ^{16, 17}.

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 ng/ml en mujeres en fase folicular y en varones ¹⁶.

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 ^{14,18}.

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 ^{14, 15,19}.

b. 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 ².

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 ².

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 ^{14, 20}.

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 óvulo². 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 progesterona presente en el cuerpo de la mujer, por este motivo las mujeres que tienen niveles más bajos de progesterona en la sangre tienen más probabilidad de ovular, y cuanto más grasa tenga la mujer, más progesterona se requiere para lograr el mismo nivel de eficacia anticonceptiva ^{15, 20}.

Moco cervical: Esta hormona mantiene espeso el moco todo el tiempo, lo cual dificulta la penetración del espermatozoide ^{2,19, 20}.

- **Mecanismos secundarios**

Endometrio: Bloquean el engrosamiento de la pared uterina o endometrio, haciéndolo menos hospitalario para el óvulo fecundado. El endometrio sigue formando un revestimiento que se elimina periódicamente, causa posible del sangrado periódico o irregular asociado con los inyectables ^{2, 20}.

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 ^{2, 20}.

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 postovulatoria ²⁰.

Sistema endocrino: Los progestágenos inhiben la liberación de gonadotrofinas 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 ²⁰.

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 ^{1, 21}. 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

2.

Otro posible efecto secundario es el aumento de peso, que puede llegar a afectar más al cabo de varios años de uso ²¹. La supresión del estrógeno ocasionada por el uso del método anticonceptivo puede aumentar el apetito ^{2, 22}.

Los dolores de cabeza también figuran entre las condiciones médicas comunes que experimentan las mujeres en edad de procrear ²². 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 ^{2, 22}.

Se han planteado también inquietudes en cuanto al uso de los métodos solo de progestinas y la densidad ósea en las mujeres ^{1, 19}. Según pruebas preliminares, hay indicios de que el uso prolongado del DMPA tal vez se relacione con una reducción de la densidad ósea. Se ha demostrado que el DMPA hace reducir las concentraciones de estrógeno, y el estrógeno se necesita para el desarrollo y el mantenimiento de huesos fuertes; por lo que puede predisponer a las mujeres si su uso se prolongara a través de los años ^{2, 22}.

La demora en el retorno de la fertilidad, después del uso del DMPA es evidente ^{1, 2}. 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 ²². Y Uno de los efectos secundarios que ha recibido menos atención es la disminución del deseo sexual.

c. 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 ¹¹.

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 ^{23, 24}.

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 ²³.

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 ²⁴.

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 ^{23, 24}.

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 ²³.

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 otros

sería la primera fase del orgasmo, es importante que no se detenga la estimulación si se pretende llegar al orgasmo ^{23, 24}.

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 ²³.

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 ²³.

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. ^{23, 24}.

d. 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 ²⁵.

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 ^{25, 26}.

- 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 ²⁵. 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 menopáusicas u ooforectomizadas aumenta el deseo sexual, todos los andrógenos

con llevan el riesgo de virilización de la mujer (acné, hirsutismo, irregularidades menstruales, calvicie, cambios de voz o hipertrofia del clítoris, hipercolesterolemia) ^{25, 26}.

e. 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 ²⁷. Sucede que luego de la menopausia, la cantidad crítica de testosterona desciende y por otra parte aumenta la cantidad de globulinas ligantes de hormonas sexuales. Esto se traduce en que la fracción de testosterona libre que es la que ejerce la acción disminuye, a

lo que se suma la disminución en la sensibilidad de los receptores cerebrales a las hormonas lo que da como resultado final una disminución del deseo sexual además de una disminución de la sensibilidad genital y del orgasmo ^{27, 28, 29}.

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 ^{28, 29}.

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. ^{28, 29, 30}.

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

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 ^{28, 29, 30}.

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) ^{28, 29}.

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 ^{29, 30}. 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 ^{28, 29}.

Objetivos

Objetivo general:

- 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 noviembre-diciembre del 2012.

Objetivos específicos:

- Determinar el deseo sexual en usuarias del Acetato de Medroxiprogesterona.
- Determinar el deseo sexual en usuarias de métodos anticonceptivos no hormonales.
- Comparar el deseo sexual entre usuarias del Acetato de Medroxiprogesterona y usuarias que utilizaron métodos anticonceptivos no hormonales.
- Comparar el deseo sexual y el número de veces que se les ha administrado de manera continua a las usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona.

Hipótesis

El uso del Acetato de Medroxiprogesterona se asocia con una disminución del deseo sexual en usuarias de dicho método anticonceptivo en el servicio de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo noviembre y diciembre del 2012

CAPÍTULO II.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación

Investigación Aplicada.

Tipo de Estudio

Retrospectivo, transversal y analítico (casos y controles).

Área de estudio

El trabajo de investigación se realizó en consultorios externos, servicio de planificación familiar, del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), perteneciente al Ministerio de Salud, que se encuentra ubicado en el Jirón Antonio Miró Quesada N° 941, Distrito de Lima, Provincia de Lima. El INMP fue categorizada desde el año 2006, como Establecimiento de Salud III-2, el de mayor complejidad médico-quirúrgica para la atención materno perinatal en el país. Fue fundada hace 186 años el 10 de octubre de 1826 por obra del médico prócer Don Hipólito Unanue. Entre los servicios que brinda encontramos a emergencia, hospitalización y consultorios externos que cuenta con una población estimada de 19,617 personas por año, y donde además se encuentra el área de planificación familiar.

Población de estudio

La población estará conformada por usuarias del servicio de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal comprendidas entre el 1 de noviembre al 31 de diciembre del 2012, que cumplan con los siguientes criterios de selección.

Criterios de selección

Criterios de Inclusión:

Para los casos:

- Aceptar participar en el estudio.
- Edad mayor de 19 años y menor de 45 años.
- Identificación de deseo sexual inhibido (> 50 puntos).
- Uso de Acetato de Medroxiprogesterona mayor a 3 meses.
- Uso de método anticonceptivo no hormonal mayor a 3 meses.
- Con pareja estable mayor a 3 meses.

Para los controles:

- Aceptar participar en el estudio.
- Edad mayor de 19 años y menor de 45 años.
- Identificación de deseo sexual inhibido (\leq 50 puntos).
- Uso de Acetato de Medroxiprogesterona mayor a 3 meses.
- Uso de método anticonceptivo no hormonal mayor a 3 meses.
- Con pareja estable mayor a 3 meses.

Criterios de exclusión:

Para los casos:

- Anticonceptivo oral combinado
- Anticonceptivo de implante subdermico
- Anticonceptivo inyectable combinado
- Problemas psicológicos

Para los controles:

- Anticonceptivo oral combinado
- Anticonceptivo de implante subdermico
- Anticonceptivo inyectable combinado
- Problemas psicológicos

Muestra

- Unidad de análisis

Usuaris que utilicen como método anticonceptivo el Acetato de Medroxiprogesterona o un método no hormonal atendidas en el servicio de planificación familiar del INMP.

- Tamaño muestral

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la siguiente fórmula para casos y controles:

$$n = \left(\frac{z_{\alpha} \sqrt{2p(1-p)} + z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}}{p_1 - p_2} \right)^2$$

Para el cálculo de la muestra, tomamos un intervalo de confianza (IC) al 95% y un poder estadístico del 80%, por tanto Z_{α} corresponde al 1,96. Nuestra proporción esperada (p_1), según la prueba piloto realizada es de 23%.

Confianza (Z_{α})	95%	1,96
Poder (Z_{β})	80%	0,80
p_1 prevalencia casos		0,23
p_2 prevalencia controles		0,50
Promedio p		0,3

Casos	35
Controles	35
Tamaño de muestra total	70

- Tipo de muestreo

El tipo de muestreo será no probabilístico, apareado por distrito de procedencia y lugar de nacimiento.

Variables del estudio

Variable independiente

- Uso del método anticonceptivo Acetato de Medroxiprogesterona.
- Uso de métodos anticonceptivos no hormonales.

Variable dependiente

- Deseo sexual

Variables intervinientes

- Edad
- Paridad
- Número de parejas sexuales
- Grado de instrucción
- Estado civil
- Tiempo de uso
- Distrito de procedencia
- Lugar de nacimiento

Variables control

Técnica e instrumento de recolección de datos

a. Técnica:

- Cuestionario estructurado

b. Instrumento para la recolección de datos

- Formulario (Anexo 2): Elaborado por las autoras y que consta de 10 ítems, que se realizaron tomando en cuenta variables importantes para el estudio.
- Test del Deseo Sexual Inhibido (Anexo 3): 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.

Plan de procedimientos

Inicialmente se solicitó la autorización para la recolección de datos a la jefa del servicio de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Para la identificación de los casos y controles, se procedió a captar a las usuarias del servicio de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de noviembre y diciembre del 2012. Luego de la correspondiente identificación se procedió a tomar criterios de inclusión y exclusión, en aquellas que cumplieron se procedió a invitarlas en la investigación. Seguidamente se informó a las participantes sobre el estudio, y aquellas que aceptaron participar procedieron a firmar el consentimiento informado; una copia de este se quedó con cada participante y otra con las investigadoras. Posteriormente se procedió a aplicar el

instrumento primero a los casos y luego a los controles a través de las variables control. Inmediatamente después de recolectar la información, se procedió a realizar una revisión de todos los instrumentos empleados.

Plan de análisis de datos

Toda la información se tabuló en base de datos Microsoft Excel y se analizó a través del programa estadístico SPSS. Se procedió a aplicar 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. Para la inferencia estadística se aplicó el chi cuadrado, para las variables cualitativas y para las asociaciones estadísticas se empleo el OR con un intervalo de confianza al 95%.

Aspectos éticos del estudio

Se respetó los principios éticos, como son la beneficencia, no maleficencia, autonomía de las usuarias en la participación, su libertad de expresar sus sentimientos, sensaciones y percepciones sin ningún tipo de reprimenda, el derecho a la confidencialidad y a retirarse del estudio en cualquier momento, sin consecuencias negativas para su persona.

El investigador no intervino sobre lo declarado por los participantes, alterándolo o usándolo para otros fines que no sea la presente investigación.

En concordancia con lo planteado se solicitó el Consentimiento Informado (Anexo 1) para cada participante.

CAPITULO III

RESULTADOS

1. Características generales

La población participante en este estudio tuvo un promedio de edad de 28,7 años con una edad mínima de 20 y una edad máxima de 44 años, el grado de instrucción predominante fue la secundaria completa (52,9%), el 61,4% conviven con sus parejas sin un compromiso formal y con respecto a su ocupación el 61,4% respondió ser ama de casa (Tabla 1).

Tabla 1
Características generales de las mujeres atendidas en el Servicio de Planificación Familiar, Instituto Nacional Materno Perinatal, 2012

Características	n	%
Edad (años)		
20 - 24	28	40.0
25 - 29	12	17.1
30 - 34	13	18.6
35 - 39	12	17.1
40 - 44	5	7.1
Grado de Instrucción		
Primaria	4	5.7
Secundaria	37	52.9
Superior	29	41.4
Estado Civil		
Casada	11	15.7
Conviviente	43	61.4
Separada	1	1.4
Soltera	15	21.4
Ocupación		
Ama de casa	43	61.4
Estudiante	10	14.3
Otros*	17	24.3
Total	70	100.0

*Eventual, independiente y dependiente.

2. Características reproductivas

En lo que respecta a las características reproductivas, la mayoría de las encuestadas (Tabla 2) indicó tener un hijo ó 2 (75,7%), mientras que un 10% ningún hijo vivo.

En cuanto al número de parejas sexuales el 77,1% tuvo entre uno a dos parejas sexuales y sobre el tiempo que lleva con la última pareja sexual el 61,4% respondió entre 1 a 5 años.

De total de mujeres encuestadas, el 52.9% refirió usar como método anticonceptivo el inyectable trimestral y un 47,2% métodos no hormonales.

Tabla 2

Características reproductivas de mujeres atendidas en el Servicio de Planificación Familiar, Instituto Nacional Materno Perinatal, 2012

Características	n	%
Número de Hijos		
0	7	10.0
1	32	45.7
2	21	30.0
3	8	11.4
4	2	2.9
Número de parejas sexuales		
1 a 2	54	77.1
3 a 4	8	11.5
5 o mas	8	11.4
Tiempo con la última pareja sexual		
< 1 año	5	7.1
1 - 5 años	43	61.4
6 - 10 años	14	20
11- 15 años	2	2.9
16 - 20 años	6	8.6
Método Anticonceptivo que utiliza		
Inyectable trimestral	37	52.9
Preservativo masculino	17	24.3
Dispositivo Intrauterino	2	2.9
Método natural	14	20.0
Total	70	100.0

3. Datos del deseo sexual

Tabla 3

Deseo sexual en mujeres atendidas en el Servicio de Planificación Familiar, Instituto Nacional Materno Perinatal, 2012

	Casos	Controles
	%	%
Pienso en el sexo muy poco.		
1-4	17.1	71.4
5-9	82.9	28.6
El sexo por lo general me resulta insatisfactorio		
1-4	40.0	100.0
5-9	60.0	0.0
Mi pareja siempre inicia las relaciones sexuales.		
1-4	2.9	45.7
5-9	97.1	54.3
Con frecuencia rechazo las aproximaciones de mi pareja para hacer el amor.		
1-4	51.4	74.3
5-9	48.6	25.7
Incluso cuando mi pareja se muestra romántico, me resulta difícil estar de humor para el sexo.		
1-4	68.6	97.1
5-9	31.4	2.9
En general, me siento carente de atractivo y no deseable.		
1-4	40.0	91.4
5-9	60.0	8.6
Cuando estoy haciendo el amor, habitualmente me siento distraída y distante.		
1-4	54.3	94.3
5-9	45.7	5.7
Nunca me masturbo		
1-4	11.4	11.4
5-9	88.6	88.6

Tabla 3

**Deseo sexual en mujeres atendidas en el Servicio de Planificación Familiar,
Instituto Nacional Materno Perinatal, 2012**

	Casos	Controles
	%	%
Soy una persona poco apasionada.		
1-4	20.0	80.0
5-9	80.0	20.0
El impulso sexual de mi pareja es muchísimo más fuerte que el mío.		
1-4	8.6	34.3
5-9	91.4	65.7
Estaría perfectamente contenta con dejar el sexo fuera de nuestra relación si ello no fuera a causar problemas.		
1-4	45.7	94.3
5-9	54.3	5.7
Nunca tengo fantasías sexuales.		
1-4	17.1	34.3
5-9	82.9	65.7
Los desacuerdos por la frecuencia de las relaciones sexuales son comunes en nuestra relación y a menudo llevan a discusiones o sentimientos heridos.		
1-4	48.6	80.0
5-9	51.4	20.0
Es frecuente que yo invente excusas para evitar tener relaciones sexuales.		
1-4	42.9	100.0
5-9	57.1	0.0
A veces, durante la noche, finjo dormir para que mi pareja no intente hacerme el amor.		
1-4	54.3	97.1
5-9	45.7	2.9
Total	100.0	100.0

* La respuesta de cada ítem puede calificarse del 1 al 9 siendo el 1 = totalmente falso y el 9 = totalmente verdadero

4. El uso de Acetato de Medroxiprogesterona y el deseo sexual

El 60% de los casos refirió usar el inyectable trimestral (tabla 4), teniendo un estimado de asociación de 1.8 (OR: 1,8 IC 95%:0,7-4,6). Este dato resultó ser estadísticamente significativo ($p=0,001$). En cuanto a los controles el 54.3% no uso inyectable trimestral como método anticonceptivo.

Tabla 4

Datos sobre el uso Acetato de Medroxiprogesterona y el deseo sexual en mujeres atendidas en el Servicio de Planificación Familiar, Instituto Nacional Materno Perinatal, 2012

Inyectable trimestral	Caso		Control	
	n	%	n	%
Si	21	60.0	16	45.7
No	14	40.0	19	54.3
Total	35	100.0	35	100.0

OR: 1,8 IC 95% (0,7-4,6)

5. El deseo sexual en usuarias del Acetato de Medroxiprogesterona y métodos no hormonales

Tabla 5

Datos sobre el deseo sexual en usuarias del Acetato de Medroxiprogesterona y de métodos anticonceptivos no hormonales en el Servicio de Planificación Familiar, Instituto Nacional Materno Perinatal, 2012

	X	S	P25	P50	P75
Inyectable Trimestral	65.81	25.65	45	25	93
Métodos No Hormonales	58.9	24.9	41	49	73

En la Tabla 5 vemos que el 25% de las usuarias de inyectable trimestral tuvo un puntaje final igual o menor a 45.0, mientras que el 75% obtuvo un puntaje igual o menor a 93,0. Con respecto al promedio del puntaje obtenido fue 65,81 con una desviación estándar de 25,65.

En cuanto a las usuarias de los métodos anticonceptivos no hormonales (Tabla 5) el 25% tuvo un puntaje final igual o menor a 41.0, mientras que el 50% obtuvo un puntaje igual o menor a 49,0. Con respecto al promedio se obtuvo 58,9 con una desviación estándar de 24,9.

6. Datos sobre el deseo sexual y el número de dosis del Acetato de Medroxiprogesterona.

La mayoría de los casos (38.1%) que utilizó el inyectable trimestral evidenció problemas en el deseo sexual a la cuarta dosis. A su vez se muestra una diferencia porcentual marcada entre los casos y controles a esta dosis, ver tabla 6.

Tabla 6

Datos sobre el deseo sexual y el número de dosis del Acetato de Medroxiprogesterona en usuarias del Servicio de Planificación Familiar, Instituto Nacional Materno Perinatal, 2012

Inyectable Trimestral				
Numero de dosis	Caso		Controles	
	n	%	n	%
2	3	14.3	3	18.8
3	3	14.3	5	31.3
4	8	38.1	3	18.8
5	3	14.3	4	25.0
13	1	4.8	0	0.0
17	1	4.8	0	0.0
29	1	4.8	0	0.0
33	1	4.8	1	6.3
Total	21	100	16	100

CAPITULO IV

DISCUSION

En este estudio se busca determinar la asociación entre el Acetato de Medroxiprogesterona y el deseo sexual.

Es importante tener en cuenta las características de las usuarias que acuden al servicio de planificación familiar, y que nos encontramos en el Instituto Nacional Materno Perinatal para poder tener una mejor visión de los resultados, puesto que en dicho servicio se estiman 17, 244 atenciones anuales. Se encontró a la mayoría de usuarias en un rango de edad entre 20 a 24 años (40%) y que tienen como promedio de uno a dos hijos vivos (75.7%).

Predomina también la convivencia como estado civil (61.4%) y que las usuarias en su mayoría tiene nivel de instrucción secundario (52.9%) y superior un 41.4%. En cuanto a los métodos anticonceptivos se observo que el inyectable trimestral fue el más frecuente (52,9%), seguido de los preservativos (24.3%) datos que difieren del ENDES 2010 donde los preservativos son más usados que los inyectables⁴. Dato que tal vez se deba a que el ENDES es poblacional y estos son datos de un establecimiento de salud.

Uno de los efectos secundarios de los que poco se habla ante el uso del Acetato de Medroxiprogesterona es la disminución del deseo sexual. Hasta el momento no se ha encontrado trabajos de investigación que relacionen específicamente el Acetato de Medroxiprogesterona y el deseo sexual, pero si existen revisiones de estudios sobre los anticonceptivos hormonales en general y la disminución del deseo sexual ^{31,32,33}. Todas llegan a la conclusión de que los resultados son muy variados y que para que se produzca la

libido debe darse una buena combinación de efectos biológicos, psicológicos y socio-culturales. Pero en una investigación realizada, por los pioneros en el estudio científico de la respuesta sexual humana, Master y Jhonson, la mayoría de las mujeres que utilizaban píldoras y DIU no comunicaban cambios de consideración en cuanto al goce y la conducta sexual, sin embargo, alrededor del 10 % de las que utilizaban anticonceptivos hormonales experimentaban una merma en el deseo sexual, lo cual se asemeja a los resultados del estudio realizado por nosotros, a pesar de que sólo se tuvo en consideración al Acetato de Medroxiprogesterona ³⁴.

En nuestro estudio se observó que el 60,0% de los casos y un 45,7% de los controles fueron usuarias del método anticonceptivo inyectable trimestral, y que la probabilidad de presentar disminución 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. Se estudiaron también a usuarias que utilizaban diferentes dosis del Acetato de Medroxiprogesterona, por lo que se puede mostrar que la mayoría de usuarias con disminución en el deseo sexual (38,1%) los presentó a la cuarta dosis de uso. Esto podría deberse al efecto inhibidor 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 mujer₁₈.

En lo que respecta al deseo sexual se evidenció que el 50,0% del total de usuarias tanto de Acetato de Medroxiprogesterona y de los métodos no hormonales presentaron disminución en el deseo sexual, mientras que el 57% de las usuarias de solo inyectable trimestral y el 45,0% de las que utilizaron métodos no hormonales presentaron disminución en el deseo sexual.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

- La disminución del deseo sexual se relacionó 2 veces más con el uso de Acetato de Medroxiprogesterona que con el uso de métodos no hormonales en las usuarias del Servicio de Planificación Familiar.
- Las usuarias del Servicio de Planificación Familiar que tuvieron como método anticonceptivo el Acetato de Medroxiprogesterona, 57,0% de ellas mostró disminución del deseo sexual.
- Las usuarias del Servicio de Planificación Familiar que utilizaron métodos anticonceptivos no hormonales, 45,0% de ellas mostró disminución del deseo sexual.
- En las usuarias que presentaron disminución del deseo sexual, el 60,0% usó como método anticonceptivo el inyectable trimestral, en cuanto a las usuarias que no presentaron problemas en el deseo sexual 45,7% usó el inyectable trimestral
- En las usuarias que presentaron disminución del deseo sexual, el 40,0% usó métodos anticonceptivos no hormonales, en cuanto a las usuarias que no presentaron problemas en el deseo sexual 54,3% usó métodos anticonceptivos no hormonales.
- La mayoría de usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona con problemas en el deseo sexual (38,1%) los presentó a la cuarta dosis de uso continuo.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

- Para determinar el verdadero efecto que el Acetato de Medroxiprogesterona produce en el deseo sexual femenino, se debería realizar estudios similares en los diferentes establecimientos de salud, considerando su categorización y teniendo en cuenta la diversidad cultural en nuestro país, así como también mejorar el número de muestra y realizar estudios más extensos.
- Sería recomendable aplicar en la primera consulta el Test de Deseo Sexual Inhibido para evaluar el deseo sexual inicial de la usuaria y tomar las consideraciones necesarias de acuerdo al resultado; como hacer seguimiento, dar una adecuada consejería y realizar interconsulta con otras especialidades.
- Se sugiere realizar un seguimiento en el cual se evalué nuevamente el deseo sexual de la usuaria al año de haber iniciado el método anticonceptivo inyectable trimestral, con la finalidad de evaluar su salud sexual.
- Se debería mejorar la consejería en planificación familiar que se brinda en los establecimientos de salud, enfatizando dentro de los efectos secundarios del Acetato de Medroxiprogesterona a las posibles alteraciones del deseo sexual, y así permitir que los usuarios sean quienes escojan el método anticonceptivo que más los beneficie.
- 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 recomendaríamos dar mayor importancia a la salud sexual, y cómo esta se ve implicada en la vida personal y de pareja.

CAPITULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Perú -2004.
2. Rodríguez R, Gómez L, Conde M. Caracterización de las progestinas inyectables y sus beneficios en la Planificación Familiar. Rev. Cubana Med Gen Integr 2003; 19(2):1-7
3. Draper BH, Morroni C, Hoffman M, Smit J, Beksinska M, Haggood 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>
4. Encuesta Demográfica de Salud y Familia 2000 – 2010
5. Condori M, Camacho J. Conocimiento y actitud que tienen las puérperas sobre el Acetato de Medroxiprogesterona (Depo-provera) y su aceptación como método anticonceptivo. Instituto Especializado Materno Perinatal-2005. [tesis]
6. Gil F. Conocimientos, actitudes y aceptación de los efectos secundarios del Acetato de Medroxiprogesterona en usuarias de un servicio de planificación familiar de Lima, 2005. Rev. Perú. Epidemiol 2010; 14(3):1-8
7. Raymond C, Barskyb J. Respuesta sexual normal en la mujer, 2006; 33: 515 – 526
8. García H, Harlow S. Cuando el coito produce dolor: una exploración de la sexualidad femenina en el noroeste de México, 2010; 52: 148-155
9. Sierra J, Vallejo P, Santos P y Lameiras M. Validación del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) en población española, 2011.

10. Fernández L. Características de mujeres con embarazo no deseado por abandono de métodos anticonceptivos – Instituto Especializado Materno Perinatal – 2006. [Tesis].
11. Zornoza V, Luengo A, Haya FJ. Anticoncepción hormonal y deseo sexual femenino. *Toko - Gin Pract*, 2009; 68 (6): 179 -181
12. Gómez P, Pardo Y. Percepciones del uso de anticonceptivos en Bogotá. *RevColombObstetGinecol* 2010; 61:34-41
13. 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
14. 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
15. Amado J y Flórez J. Hormonas sexuales: estrógenos, gestágenos, andrógenos y anticonceptivos hormonales. *Clin. EndocrinolMetab* 1996; 81: 2942-2947
16. Alsasua A. Actualidad en Farmacología: Hormonas Sexuales y Anticonceptivos. Vol. 9. España, 2011.
17. Amado J, Flórez J. Hormonas sexuales: estrógenos, gestágenos, andrógenos y anticonceptivos hormonales. *Farmacología Humana*. 5ta Edición. España, 2008.
18. 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.
19. Spaccavento D, Rosso D. Farmacología de los esteroides sexuales y drogas relacionadas. 2008; pag.26-35
20. 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
21. Ministerio de Salud. Norma técnica de Planificación Familiar. Perú –2005, Pág. 51 – 65.

22. 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.
23. Mas M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: Actualización, España .RevIntAndrol. 2007; 5(1):11-21.
24. Cabello S. Tratamiento del deseo sexual hipoactivo de la mujer, Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. España. RevIntAndrol. 2007; 5(1):29-37.
25. Mas, M. Fisiología sexual. En J.A.F. (Ed). Fisiología humana (2ª ed.). Madrid: MacGraw Hill-Interamericana; 1999.p.1148-1158.
26. 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.
27. Peinado M. Sexualidad y anticoncepción. RevPediatr Aten Primaria. 2008; 10Supl 2:19-43.
28. Bustamante F, Larraín M, Zúñiga P, Nieto F. Trastornos de la sexualidad, Santiago de Chile, Mediterráneo 2008.
29. Alcoba S, García L, San Martín C. Guía de Buena Práctica Clínica en Disfunciones sexuales. España, 2004.
30. Roa A. Fenomenología de la sexualidad humana. Revista de Psiquiatría Clínica 2010; 25(1):5-22
31. Davis A, Castaño P. Oral contraceptives and libido in women. Annu. Rev Sex Res 2004; 15: 297-320.
32. Schaffir J. Hormonal contraception and sexual desire: a critical review. J Sex Marital Ther 2006; 32 (4): 305-14.
33. 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.
34. Balestena J. Suárez C, Villarrea A .Influencia de algunos anticonceptivos en la sexualidad femenina. Rev Cubana ObstetGinecol v.27 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2001

Anexos

ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECÁNA DE AMÉRICA)
Facultad de Medicina - San Fernando.
Escuela Académico Profesional de Obstetricia
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Investigadoras:

- Lourdes Jhaquelyn García Briceño
- Sara Lactahuaman Cuchuñaupa

Teléfonos: 975334361 - 979549536

Correo electrónicos: ludigrc_16@hotmail.com – sara_10_31@hotmail.com

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar de forma voluntaria en el estudio. Comprendo que seré parte del estudio de investigación que se enfoca en encontrar la asociación entre el uso de Acetato de Medroxiprogesterona (ampolla trimestral) y el deseo sexual en usuarias del Servicio de Planificación Familiar.

Este estudio proveerá información básica, que pueda ayudar a tomar medidas para mejorar la atención, así poder aportar para una mejor consejería explicando los posibles efectos secundarios que podría presentar, donde la usuaria sea quien escoja el método anticonceptivo más adecuado.

Mi participación será en forma libre y voluntaria donde en todo momento se buscare mi privacidad y comodidad, que aun después que la inicie yo puedo decidir no participar del estudio.

Sé que mis respuestas a las preguntas serán utilizadas para fines de investigación y no se me identificará de ninguna manera. También se me ha informa que si participo o no, mi negativa a responder no afectará a los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia puedan recibir de los proveedores de salud.

Comprendo que el resultado de la investigación será presentado a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, para que sea evaluado; ya que será un medio por el cual las Señoritas Lourdes Jhaquelyn García Briceño y Sara Lactahuaman Cuchuñaupa, alumnas de dicha casa de estudio obtendrá su Título universitario. Una vez leído este documento, paso a autorizar mediante mi firma mi nombre completo, mi participación.

Yo _____ acepto participar en este estudio sabiendo que los datos recogidos solo se utilizarán para fines de investigación.

Fecha: _____

Firma

ANEXOS 2

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
(Universidad del Perú Decana de América)
Facultad de Medicina- San Fernando
Escuela Académico Profesional de Obstetricia

FORMULARIO

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

DATOS GENERALES:

1. Edad ____ (años)
2. Distrito de procedencia _____
3. Número de hijos _____
4. Número de parejas sexuales _____
5. Cuanto tiempo lleva con su última pareja sexual
____ (meses)
6. Grado de Instrucción
 - a) Analfabeta.
 - b) Primaria.
 - c) Secundaria.
 - d) Superior técnico.
 - e) superior universitario
7. Estado Civil
 - a) Casada
 - b) Conviviente.
 - c) Separada
 - d) Divorciada.
 - e) Soltera.
8. Ocupación
 - a) Ama de casa.
 - b) Estudiante.
 - c) Trabajadora eventual
 - d) Trabajadora independiente
 - e) Trabajadora dependiente
9. Método anticonceptivo que utiliza
 - a) Inyectable trimestral
 - b) Preservativos masculinos
 - c) T de cobre
 - d) Método naturales
10. Tiempo de uso de su método anticonceptivo
actual ____ (meses)

ANEXO 3:

TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO (Masters *et al.*, 1994)

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

1. Pienso en el sexo muy poco.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. El sexo por lo general me resulta insatisfactorio.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Mi pareja siempre inicia las relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Con frecuencia rechazo las aproximaciones de mi pareja para hacer el amor.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Incluso cuando mi pareja se muestra romántico, me resulta difícil 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

ANEXO 4

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALORES	CRITERIOS DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE/ INDICADOR	INSTRUMENTO DE MEDICION
Deseo sexual	Interés que muestra una persona sobre la sexualidad	Trastornos del deseo sexual	Inhibición del deseo sexual	SI NO	> 50 puntos ≤ 50 puntos	Cualitativo Nominal	Test de deseo sexual inhibido
Métodos Anticonceptivos	Método contraceptivo es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación	Utilización de los métodos anticonceptivos	Uso de Acetato de Medroxiprogesterona	SI NO	SI: Que utilicen y lleven como mínimo más tres meses utilizando el MDPA. NO: Que utilicen menos de tres meses el MDPA.	Cualitativo Nominal	Encuesta

Métodos Anticonceptivos	Método contraceptivo es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación		Uso de métodos anticonceptivos no hormonales	SI NO	SI: Que utilicen algún método anticonceptivo no hormonal. NO: Recién hayan iniciado el uso de MAC no hormonales.	Cualitativo Nominal	Encuesta
Características Generales	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la realización del estudio.	Edad	Identificación de la edad en años cumplidos	En números	-	Cuantitativa de razón	Encuesta
	Grado de estudios que curso o que cursa.	Grado de instrucción	Identificación del último grado de estudio que curso o cursa	a)analfabeta b)primaria c)secundaria d)superior técnico e)superior universitario	-	Cualitativo ordinal	Encuesta
	Situación en que está una persona en relación a otra.	Estado civil	Identificación del estado civil	a)casada b)conviviente c)separada d)divorciada e)soltera	-	Cualitativo nominal	Encuesta

	Actividad que realiza por lo cual recibe dinero	Ocupación	Identificación de la ocupación	a) ama de casa b) estudiante c) trabajadora eventual d) trabajadora dependiente e) trabajadora independiente	-	Cualitativo nominal	Encuesta
Características Generales	Distrito donde radican en la actualidad	Distrito de procedencia	Identificación del distrito de procedencia	En números	-	Cualitativo nominal	Encuesta
	Tiempo transcurrido desde el inicio de su último MAC	Tiempo de uso	Identificación del tiempo de uso del MAC	En meses	-	Cuantitativa de razón	Encuesta
	Cantidad de hijos	Paridad	Identificación de la paridad	En números	-	Cuantitativa de razón	Encuesta
	Cantidad de parejas sexuales	Parejas sexuales	Identificación de número de parejas sexuales	En números	-	Cuantitativa de razón	Encuesta

ANEXO 5

TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO

	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