

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



TESIS

“Uso del acetato de medroxiprogesterona y la disminución del deseo sexual en mujeres de 20 a 40 años que acuden al servicio de planificación familiar del Centro de Salud Supte San Jorge 2024”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTOR: Morales Gonzales, Nick Jhordan

ASESORA: Castillo Ruiz, Veronica Del Pilar

HUÁNUCO – PERÚ

2025



U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Materno y Perinatal

AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título Profesional de Obstetra

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 77049501

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 18010634

Grado/Título: Maestra en ciencias de la salud con mención en: salud pública y docencia universitaria

Código ORCID: 0000-0003-0448-5255

DATOS DE LOS JURADOS:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Bacilio Cruz, Silvia Lina	Doctora en ciencias de la salud	22515292	0000-0001-9904-5337
2	Flores Shupingahua, Merlyn	Maestra en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria	22964167	0000-0003-1770-260X
3	Basilio Atencio, Rosa Nancy	Obstetriz	23003327	0000-0002-1739-3918

D

H



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **diez con cero** horas del día **diecinueve** del mes de **mayo** del año **dos mil veinticinco**, en el aula 102, edificio 2 de la Facultad de Ciencias de la Salud, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- DRA. SILVIA LINA BACILIO CRUZ
- MG. MERLYN FLORES SHUPINGAHUA
- OBSTA. ROSA NANCY BASILIO ATENCIO

Nombrados mediante **RESOLUCION N° 1438-2025-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado: **"USO DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA Y LA DISMINUCIÓN DEL DESEO SEXUAL EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD SUPTE SAN JORGE, 2024"**, presentado por el Bachiller en Obstetricia **Sr. MORALES GONZALES, Nick Jhordan**, para optar el Título Profesional de **Obstetra**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola **APROBADO** por **Unanimidad** con el calificativo cuantitativo de **1.8** y cualitativo de **MUY BUENO**.

Siendo las, 11:00 horas del día **19** del mes de **mayo** del año **2025** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

DRA. SILVIA LINA BACILIO CRUZ

DNI: 22515292

ORCID 0000-0001-9904-5337

SECRETARIA

MG. MERLYN FLORES SHUPINGAHUA

DNI: 22964167

ORCID 0000-0002-8859-1428

VOCAL

OBSTA. ROSA NANCY BASILIO ATENCIO

DNI: 23003327

ORCID 0000-0002-1739-3918



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: NICK JHORDAN MORALES GONZALES, de la investigación titulada "Uso del acetato de medroxiprogesterona y la disminución del deseo sexual en mujeres de 20 a 40 años que acuden al servicio de planificación familiar del Centro de Salud Supte San Jorge 2024", con asesor(a) VERÓNICA DEL PILAR CASTILLO RUÍZ, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 314-2020-D-FCS-UDH del P. A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 21 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 16 de abril de 2025



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

INFORME DE ORIGINALIDAD

21 %

INDICE DE SIMILITUD

22 %

FUENTES DE INTERNET

7 %

PUBLICACIONES

7 %

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.upsb.edu.pe

Fuente de Internet

7 %

2

repositorio.upagu.edu.pe

Fuente de Internet

4 %

3

repositorio.unasam.edu.pe

Fuente de Internet

1 %

4

repositorio.uandina.edu.pe

Fuente de Internet

1 %

5

repositorio.unica.edu.pe

Fuente de Internet

1 %



RICHARD J. SOLIS TOLEDO

D.N.I.: 47074047

cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA

D.N.I.: 71345687

cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

Al ser divino Dios, que me dio la sabiduría para poder elegir esta noble carrera de salud.

A mis grandes amores, mis padres, que sin sus consejos sabios y la guía constante que tuvieron conmigo no lo habría logrado.

AGRADECIMIENTO

La casa de estudios, Universidad de Huánuco y todos los docentes, autoridades que formaron parte de mi enseñanza y aprendizaje durante estos años.

Maestra y asesora de esta investigación, Mg. Castillo Ruiz, Verónica del pilar, tuvo la paciencia y el cariño de estar conmigo hasta el final de mi proceso como estudiante, y supo guiarme en cada etapa de mi elaboración de mi investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VIII
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT.....	X
INTRODUCCIÓN.....	XI
CAPITULO I.....	13
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	13
1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	15
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	15
1.3. OBJETIVOS.....	15
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	15
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	16
1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	16
1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRACTICA.....	16
1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA.....	17
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.6. VALIDEZ DE LA INVESTIGACIÓN	17
CAPITULO II.....	18
MARCO TEÓRICO	18
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	18
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	18
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	21
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES.....	24
2.2. BASES TEÓRICAS O MARCO CONCEPTUAL	24
2.2.1. PLANIFICACIÓN FAMILIAR	24
2.2.2. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	24

2.2.3.	CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD.....	26
2.2.4.	MÉTODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL	27
2.2.5.	SEXUALIDAD HUMANA	32
2.2.6.	DESEO SEXUAL.....	34
2.2.7.	DESEO SEXUAL EN LAS ETAPAS DE VIDA	34
2.2.8.	FACTORES QUE AFECTAN AL DESEO SEXUAL	36
2.2.9.	DESEO SEXUAL HIPOACTIVO.....	36
2.2.10.	DESEO SEXUAL HIPERACTIVO	37
2.2.11.	FASES DE LA RESPUESTA SEXUAL	38
2.3.	DEFINICIONES CONCEPTUALES	39
2.3.1.	ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA	39
2.3.2.	DESEO SEXUAL.....	39
2.3.3.	DISMINUCIÓN DEL DESEO SEXUAL.....	39
2.3.4.	MÉTODO ANTICONCEPTIVO.....	39
2.3.5.	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	40
2.3.6.	RELACIÓN SEXUAL.....	40
2.4.	INDICADOR DE DESEMPEÑO: SISTEMA DE HIPÓTESIS	40
2.4.1.	HIPÓTESIS GENERAL	40
2.5.	VARIABLES.....	41
2.5.1.	VARIABLE DEPENDIENTE	41
2.5.2.	VARIABLE INDEPENDIENTE.....	41
2.6.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (DIMENSIONES E INDICADORES)	42
CAPITULO III		44
METODOLOGIA DE INVESTIGACION		44
3.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	44
3.1.1.	ENFOQUE	44
3.1.2.	ALCANCE O NIVEL	44
3.1.3.	DISEÑO	44
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA	45
3.2.1.	POBLACIÓN	45
3.2.2.	MUESTRA.....	45
3.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS....	46
3.3.1.	RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46

3.4. TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	47
3.5. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	47
3.6. ASPECTOS ÉTICOS	47
CAPITULO IV.....	49
RESULTADOS.....	49
4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS	49
4.1.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	49
CAPITULO V.....	60
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	60
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES.....	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables	42
Tabla 2. Factores Sociodemográficos.....	49
Tabla 3. Cuadro paridad	50
Tabla 4. Cuadro periodo Intergenésico.....	51
Tabla 5. Menarquia relacionada.....	52
Tabla 6. Cuadro estadístico sobre el inicio de Relaciones Sexuales	53
Tabla 7. Cuadro estadístico sobre el Número de Parejas Sexuales	54
Tabla 8. Cuadro estadístico sobre los antecedentes de Aborto.....	55
Tabla 9. Cuadro estadístico sobre la Edad del Primer Embarazo.....	56
Tabla 10. Cuadro estadístico sobre la frecuencia del Deseo Sexual	57
Tabla 11. Cuadro estadístico sobre el tiempo de uso del Acetato de Medroxiprogesterona	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Gráfico de barras sociodemográficos	50
Figura 2. Gráfico de barras de la paridad	51
Figura 3. Gráfico de barras del periodo intergenesico	52
Figura 4. Gráfico de barras sobre si la Menarquia.....	53
Figura 5. Gráfico de barras sobre el Inicio de Relaciones Sexuales.....	54
Figura 6. Gráfico de barras sobre el Número de Parejas Sexuales	55
Figura 7. Gráfico de barras sobre los Antecedentes de Aborto	56
Figura 8. Gráfico de barras sobre la Edad del primer embarazo	57
Figura 9. Gráfico de barras sobre la Frecuencia del Deseo Sexual.....	58
Figura 10. Gráfico de barras sobre el tiempo de uso del Acetato de Medroxiprogesterona	59

RESUMEN

El trabajo de investigación en curso se hizo con el propósito de establecerla conexión entre el uso de Acetato de Medroxiprogesterona y la disminución del deseo de intimar en mujeres con edades entre 20 a 40 que recurren al consultorio de planificación familiar del Centro de Salud Supte San Jorge de marzo a mayo del 2024. Metodología, nivel relacional, observacional, prospectivo, analítico, diseño no experimental de corte transversal. Muestreo fue no probabilístico por conveniencia con 123 usuarias del método anticonceptivo. La población es de 180 beneficiarias del programa de planificación familiar. Conclusiones; características Gineco Obstétricas las multíparas presentan un 35.0% (N = 43), seguidas de primíparas con un 26.0% (N = 32), periodo intergenésico mayor o igual a 2 años con un 64.2% (N = 79), la menarquia mayor de 14 años que presentaron las participantes del estudio siendo 74.0% (N = 91), la cantidad de personas con las que tuvieron sexo las beneficiarias del método anticonceptivo son de 2 a 4 parejas sexuales con un 66.7% (N = 82), los antecedentes de aborto un 17.9% (N= 22) aceptaron haber presentaron aborto en algún momento de su vida, también la edad del primer embarazo de las pacientes encuestadas refiere haber tenido la primera gestación mayores de 18 años 69.9% (N = 86). El deseo sexual en las distintas entrevistas que se realizaron a las usuarias del método anticonceptivo, encontrando que el deseo sexual es diario 7.3% (N = 9), Interdiario 8.9% (N = 11), semanal 26.0% (N = 11), deseo sexual quincenal aproximadamente 32.5% (N = 40), mensual 15.4% (N =19), más de un mes 6.5% (N = 8), y ausente 3.3% (N = 4).

Palabras clave: Deseo Sexual, Disminución del Deseo Sexual, Acetato de Medroxiprogesterona, Uso de Acetato, Planificación Familiar.

ABSTRACT

The present investigation was carried out with the objective of determining the relationship between the use of Medroxyprogesterone Acetate and the decrease in sexual desire in women between 20 and 40 years' old who attend the family planning service of the Supte San Jorge Health Center from March to May, 2024. Methodology, relational level, observational, prospective, analytical, non-experimental cross-sectional design. Sampling was non-probabilistic for convenience with 123 users of the contraceptive method. The population is 180 users served in the family planning program. Conclusions; Gynecological Obstetric characteristics multiparous women present 35.0% (N = 43), followed by primiparous women with 26.0% (N = 32), intergenic period greater than or equal to 2 years with 64.2% (N = 79), menarche greater than 14 years old, being 74.0% (N = 91), the number of sexual partners that the users of the contraceptive method had were 2 to 4 sexual partners with 66.7% (N = 82), the history of abortion 17.9% (N = 22) accepted that they had had an abortion at some point in their life. Also, the age of the first pregnancy of the patients surveyed reported having had their first pregnancy over 18 years of age, 69.9% (N = 86). Sexual desire in the different interviews that were carried out with the users of the contraceptive method, finding that sexual desire is daily 7.3% (N = 9), Interdaily 8.9% (N = 11), weekly 26.0% (N = 11), sexual desire biweekly approximately 32.5% (N = 40), monthly 15.4% (N = 19), more than a month 6.5% (N = 8), and absent 3.3% (N = 4).

Keywords: Sexual Desire, Decreased Sexual Desire, Medroxyprogesterone Acetate, Acetate Use, Family Planning.

INTRODUCCIÓN

La aplicación de técnicas anticonceptivas farmacológicas ha experimentado un notable incremento en la era moderna, consolidándose como una de las relevantes estrategias de planificación familiar. A escala global, aproximadamente 48 millones de mujeres que acceden a servicios de planificación familiar deciden por la aplicación anticonceptiva. En el ámbito nacional, de acuerdo a la encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2020), mucho mayor del 77% de mujeres en relaciones de convivencia utilizan algún método anticonceptivo. De este grupo, el 55% elige métodos modernos, siendo la inyección anticonceptiva el método más empleado, con un 17.1% de preferencia desde 2017. ⁽¹⁾

La administración prolongada de inyecciones para controlar la natalidad puede ocasionar una condición de atrofia tanto en el endometrio como en la mucosa vaginal. Esta sequedad podría provocar dispareunia, lo que impacta tanto en los tejidos vaginales como en los aspectos nerviosos y cerebrales. A largo plazo, dicha condición puede alterar el comportamiento de la mujer e, incluso, derivar en disfunciones sexuales. ⁽²⁾

Según Kaplan, la respuesta sexual se estructura en 5 etapas: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Las fases de deseo y excitación son especialmente vulnerables a sufrir alteraciones por el uso de anticonceptivos hormonales, lo que puede desencadenar disfunciones sexuales. Estas disfunciones se describen como un conjunto de problemas fisiológicos o psicológicos que dificultan tanto la participación en las actividades sexuales como la satisfacción derivada de ellas. Además, constituyen una de las principales fuentes de conflictos de pareja, afectando la salud integral y perjudicando el desarrollo social y personal de las mujeres. ⁽³⁾

Las disfunciones sexuales suelen pasar desapercibidas en los diagnósticos clínicos, ya que muchas pacientes experimentan vergüenza y dificultad para abordar este tema. Aunque estas condiciones representan un problema de salud pública, en la actualidad no se han implementado medidas efectivas para enfrentarlas. Como consecuencia, muchas mujeres no logran

disfrutar plenamente de su sexualidad. La inadecuada atención a dicho aspecto de la salud sexual ha generado no únicamente impactos propios, sino también repercusiones biopsicosociales. Diversos autores sostienen que el sufrimiento y la frustración asociados con las disfunciones sexuales pueden desencadenar importantes desajustes psíquicos, lo que afecta negativamente el bienestar general de numerosas féminas en edad reproductiva. ⁽⁴⁾

Luego de investigar las razones principales de las alteraciones sexuales femeninas, se concluye que es esencial Implementar acciones psicológicas y asegurar un seguimiento adecuado del manejo de anticonceptivos hormonales en mujeres jóvenes. Este estudio se sustenta en una estructura organizada que abarca la fundamentación del problema, donde se justifica técnica y teóricamente la importancia de investigar esta problemática en un grupo vulnerable; el marco teórico, que se basa en una revisión de estudios científicos previos para identificar enfoques y perspectivas adecuados; el marco metodológico, en el que se describen los procedimientos empleados para cumplir los objetivos y obtener resultados relevantes; y, finalmente, los resultados, que comparan los hallazgos del presente estudio con investigaciones recientes relacionadas, aportando un análisis integral y recomendaciones fundamentadas.

CAPITULO I

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El acceso a métodos anticonceptivos enfrenta diversas barreras, como la limitada disponibilidad o la escasez de proveedores capacitados. Para abordar estas dificultades y garantizar una buena adherencia, es fundamental implementar estrategias efectivas. En este contexto, la OMS ha propuesto pautas que promueven la redistribución de tareas en la provisión de anticonceptivos, sugiriendo que no solo los médicos sean responsables de aplicarlos, sino también enfermeras, parteras y personal de salud comunitario debidamente entrenado. ⁽⁵⁾

Por otro lado, el Acetato de Medroxiprogesterona es una inyección que se utilizó por vez primera el 1990 por Cooper y colaboradores para el tratamiento de la pedofilia. Durante este ensayo fue administrado durante 2 años, se verificó que, durante catorce días, en las usuarias que recibieron esta inyección su nivel de testosterona bajó un 73% en la sangre, además de una disminución significativa de las erecciones nocturnas y aquellas inducidas por estimulación, efectos que persistieron incluso tras suspender el tratamiento por dos meses. En 1996, California se convirtió en el primer estado de Estados Unidos en legislar sobre el retiro de los testículos químicamente para pedófilos, utilizando dicha sustancia, en la actualidad se sigue utilizando. ⁽⁶⁾

El Colegio Real de Ginecología y Obstetricia de Australia y Nueva Zelanda ha identificado varias desventajas en la inyección trimestral de acetato de medroxiprogesterona. Dentro de ellas se encuentra la irregularidad del ciclo menstrual, que puede manifestarse como hipomenorrea o amenorrea, así como la subida de peso, especialmente en mujeres con un IMC igual o superior a 30. Al subir de peso las pacientes podrían tener alteraciones para la regulación de la insulina y glucosa, además de una ligera disminución en la densidad mineral ósea, razón por la cual se recomienda su uso en mujeres mayores de 18 años y menores de 50 años. Aunque se han reportado cambios en la libido entre los efectos secundarios, estos no han sido plenamente

confirmados como consecuencia directa de este método. ⁽⁷⁾

A nivel mundial, más de 48 millones de mujeres que participan en planificación familiar, prefieren utilizar la inyección como anticonceptivo. Este método ha mostrado un crecimiento significativo en las últimas dos décadas gracias a su amplia distribución y disponibilidad. ⁽⁸⁾

En el Perú, el método que más se ha venido utilizando son las inyecciones anticonceptivas en mujeres convivientes (18 %), continuo por la abstinencia periódica y el preservativo, mientras que en las mujeres solteras ocupan el tercer lugar de preferencia (13 %), por detrás del condón masculino y la abstinencia periódica. Además, las mujeres con pareja estable que no emplean en la actualidad algún método anticonceptivo suelen inclinarse por este. Sin embargo, a pesar de su popularidad, las inyecciones presentan una alta tasa de discontinuidad, principalmente debido a sus efectos secundarios, sumado a la falta de conocimiento de muchas usuarias sobre su mecanismo de acción, las indicaciones posteriores a su aplicación y los posibles efectos adversos asociados. ⁽⁹⁾

En términos generales, las estrategias de salud sexual y reproductiva no abordan de manera explícita aspectos relacionados con el goce y la complacencia sexual, ni incluyen la identificación o el análisis de los trastornos sexuales. En nuestro país, estos programas tienden a priorizar problemas de salud que representan un riesgo para la vida de las mujeres, lo que ha llevado a que los trastornos sexuales sean relegados y excluidos de las estrategias de atención en salud dirigidas a esta población. ⁽¹⁰⁾

La mayor cantidad de las participantes de planificación familiar del Centro de C.S Supte San Jorge no expresan incomodidad con la efectividad del método anticonceptivo, incluso después de varios años de uso, a pesar de conocer los efectos secundarios asociados. El objetivo de la investigación es explorar la existencia de la relación del uso de medroxiprogesterona y el decrecimiento del apetito sexual, dado que este es el método más utilizado por mujeres rurales, especialmente aquellas de 20 a 40 años, ya que el método trimestral les permite ahorrar tiempo para realizar diversas actividades. Esta situación plantea la siguiente pregunta de investigación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación entre el uso del Acetato de Medroxiprogesterona y la disminución del deseo sexual en mujeres de 20 a 40 años que acuden al servicio de planificación familiar del Centro de Salud Supte San Jorge de marzo a mayo del 2024?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

¿Cuál es la frecuencia de deseo sexual entre las mujeres de 20 a 40 años de edad, que usan el Acetato de Medroxiprogesterona?

¿Cuáles son las características sociodemográficas de mujeres de 20 a 40 años de edad, que usan el Acetato de Medroxiprogesterona?

¿Cuáles son las características Gineco obstétricos de mujeres de 20 a 40 años de edad, que usan el Acetato de Medroxiprogesterona?

¿Cuáles son las características sexuales y reproductivas de mujeres de 20 a 40 años de edad, que usan el Acetato de Medroxiprogesterona?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el uso de Acetato de Medroxiprogesterona y la disminución del deseo sexual en mujeres de 20 a 40 años que acuden al servicio de planificación familiar del Centro de Salud Supte San Jorge de marzo a mayo del 2024.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar la frecuencia de deseo sexual entre las mujeres de 20 a 40 años de edad, que usan el Acetato de Medroxiprogesterona.

Identificar las características sociodemográficas de mujeres de 20 a 40 años de edad, que usan el Acetato de Medroxiprogesterona.

Identificar las características Gineco obstétricos de mujeres de 20 a 40 años de edad, que usan el Acetato de Medroxiprogesterona.

Identificar las características sexuales y reproductivas de mujeres de 20 a 40 años de edad, que usan el Acetato de Medroxiprogesterona.

1.4. JUSTIFICACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Este estudio tiene como objetivo proporcionar a la población información sobre el acetato de medroxiprogesterona, ayudando a determinar si dicho método es el responsable del decrecimiento del deseo sexual en las participantes, esto les permitirá tomar decisiones informadas sobre su uso. Además, se busca aportar información relevante a nivel local sobre este tema.

En el consultorio de planificación familiar del Centro de Salud Supte San Jorge, se abordan dudas, mitos e inquietudes relacionadas con el método anticonceptivo y las usuarias. Más del 80% de las mujeres que eligen un método hormonal optan por el acetato de medroxiprogesterona, y muchas de ellas reportan efectos secundarios como aumento de peso, dolor de cabeza y disminución del deseo sexual.

Los hallazgos de este estudio contribuirán a destacar la relevancia de la plenitud sexual en la vida individual y relación en pareja, así como su impacto en el bienestar general y la calidad de vida. Como profesionales de la Obstetricia, tenemos la responsabilidad de promover la salud sexual y reproductiva, un ámbito que ha sido poco investigado en nuestro país.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRACTICA

La plenitud sexual es un elemento primordial en cuanto al bienestar personal, y es esencial que las mujeres puedan gozar de una salud sexual plena. No obstante, el miedo a un embarazo no deseado impide que muchas disfruten plenamente de sus relaciones sexuales. Hoy en

día, los métodos anticonceptivos hormonales se han demostrado altamente eficaces, funcionando como una técnica que previene la fecundación y, al ofrecer seguridad sobre la no concepción, permiten a las mujeres disfrutar de su deseo sexual sin preocupaciones. Esto, a su vez, tiene un impacto significativo en la calidad de vida de la mujer.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Este estudio de investigación resulta relevante, ya que aporta evidencia científica a nivel nacional en el ámbito de los métodos anticonceptivos. Los resultados de este estudio ayudarán a desarrollar estrategias más efectivas para la orientación en planificación familiar, favoreciendo la salud sexual y reproductiva de las personas, mientras se protege su calidad de vida y se promueve una experiencia sexual satisfactoria.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El Centro de Salud Supte San Jorge cuenta con poca o ninguna evidencia científica respecto a investigaciones relacionadas con el deseo sexual en féminas de métodos de planificación familiar. Además, fueron identificados que un grupo de usuarias muestran reticencia ser parte en el análisis debido a la naturaleza íntima del tema.

1.6. VALIDEZ DE LA INVESTIGACIÓN

Es factible, ya que cuenta con la autorización de la jefatura del Centro de Salud para la ejecución de las encuestas. Además, dispone de un respaldo significativo de antecedentes que avalan su desarrollo. Asimismo, la viabilidad del proyecto se ve reforzada por los bajos costos asociados al material necesario y a los recursos humanos requeridos.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

República Dominicana, (2021) ⁽¹¹⁾, llevaron a cabo un estudio con el propósito de determinar si el uso de anticoncepción hormonal impacta negativamente en el acto sexual de féminas estudiantes universitarias de 18 y 30 años de edad. La investigación, es de diseño correlacional-longitudinal, con una muestra de 251 mujeres. Los resultados revelaron que un alto porcentaje de las participantes presentó riesgo de problemas sexuales femeninas (RPSF). Además, un 90.2% de las mujeres de anticonceptivos hormonales (MACH) manifestaron estar satisfechas o muy satisfechas con el método de planificación familiar (MPF). No obstante, fue encontrado una conexión ligera, importante desde el punto de vista estadístico, entre el manejo de anticoncepción hormonal y el incremento del RPSF ($Rho=0.132$; $p=0.037$). Asimismo, se observó que el nivel de función sexual femenina (FSF) fue menor en las UACH en comparación con el grupo control, a pesar de que estas usuarias reportaron una mayor satisfacción con su MPF.

Colombia (2021) ⁽¹²⁾, realizó un trabajo de investigación titulado *Incidencia a un año de deseo sexual hipoactivo en mujeres que planifican con implante subdérmico de Levonorgestrel*. Estudio de cohorte. Armenia, Colombia, 2014-2019. El estudio tuvo como objetivo determinar la frecuencia de deseo sexual hipoactivo (DSH) en mujeres que utilizaban el implante subdérmico de Levonorgestrel (LNG) después de 12 meses, además de identificar otros efectos adversos asociados. Se trató de un estudio de cohorte que incluyó a 238 mujeres mayores de 18 años, sin hijos ni antecedentes de embarazos, con pareja estable y que habían recibido el implante de LNG al menos tres meses antes del inicio del seguimiento. La recopilación de datos se llevó a cabo mediante

entrevistas consecutivas.

Los resultados mostraron una incidencia de deseo sexual hipoactivo del 18,82%, con el 60,25% de los casos diagnosticados durante los 6 primeros meses de monitoreo. Asimismo, se identificaron efectos negativos desde los tres meses posteriores a la inserción del implante, siendo los más frecuentes el sangrado anormal (62,34%), la amenorrea (38,91%) ganancia de peso (33,89%). En conclusión, el estudio evidenció una conexión entre el uso del implante subdérmico de Levonorgestrel y el surgimiento de problemas de intimidad, así como otros efectos adversos relevantes.

China (2020) Mínguer MB et al ⁽¹³⁾, en la investigación titulada *Is There an Association Between Contraception and Sexual Dysfunction in Women? A Systematic Review and Meta-analysis Based on Female Sexual Function Index* tuvo como objetivo analizar el uso de anticonceptivos como un posible factor de riesgo para el desarrollo de disfunción sexual femenina. El estudio recopiló y evaluó un total de 12 investigaciones, incluyendo 7 estudios transversales, 3 estudios de cohortes y 1 estudio de casos y controles. En la participación de dos diferentes grupos de mujeres: uno conformado por mujeres de entre 22 y 25 años que utilizaban anticonceptivos y otro por mujeres de entre 24 y 36 años que no los utilizaban, con el propósito de determinar si existía una asociación entre la sexualidad femenina y el uso de anticonceptivos.

Obtuvo como resultados una conexión con el consumo de anticonceptivos y la afección sexual femenina, comparando con aquellas mujeres que no utilizan anticonceptivos (-1,17, IC: 95%). Las mujeres que no utilizan métodos anticonceptivos presentaron mejores niveles de lubricación, excitación y orgasmo. En conclusión, la investigación determinó que el decrecimiento de la actividad sexual en mujeres tiene relación con el uso de anticonceptivos hormonales, en especial chicas que tienen entre 22 y 25 años.

España, (2020) Palacios S et al ⁽¹⁴⁾, llevó a cabo una revisión

bibliográfica con el objetivo de analizar el vínculo entre los métodos anticonceptivos hormonales y la sexualidad femenina. Los hallazgos indicaron que, hasta la fecha, existe una cantidad limitada de datos que respalden la preferencia de un método sobre otro en función de su impacto en la sexualidad. En este contexto, se destacó la importancia de la individualización en la elección de los métodos, considerando tanto los resultados clínicos como las preferencias y necesidades específicas de cada mujer. Esto implica desarrollar algoritmos que no solo garanticen la eficacia anticonceptiva, sino que también satisfagan orientaciones sexuales y las interacciones dentro de las relaciones personales. Asimismo, se enfatizó que la aprobación sexual tendría que ser un criterio esencial en la receta de anticonceptivos. Sin embargo, se concluyó que aún se requiere mayor cantidad de investigaciones para documentar y comprender la aceptación sexual de los métodos anticonceptivos, tanto desde la perspectiva de las mujeres como de sus parejas.

Colombia, (2020) ⁽¹⁵⁾, en el estudio realizado, tuvo como objetivo de determinar la prevalencia y caracterizar los métodos anticonceptivos en mujeres del Eje Cafetero, así como identificar los impactos negativos asociados a los métodos anticonceptivos. La investigación fue de tipo transversal y con una muestra de 1875 mujeres. Los resultados mostraron que los métodos anticonceptivos son los más utilizados (69,12 %), siendo los más consumidos los anticonceptivos orales (60,05 %), seguidos por el implante subdérmico (24,26 %). En cuanto a los efectos adversos, se observó que el 7,39 % de las que consumen estos métodos experimentan alteraciones en el apetito sexual. Además, se identificó que cerca de tres cuartas partes de las mujeres del Eje Cafetero hacen uso de algún método hormonal, con una preferencia marcada hacia los métodos hormonales en dos tercios de la población. A pesar de que un tercio de las usuarias reportó efectos adversos, estos no impactaron significativamente en los niveles de satisfacción general.

España (2020). Hurtado F., *et al*, ⁽¹⁶⁾, se llevó a cabo un *Estudio sobre el efecto del uso de anticonceptivos hormonales en el deseo*

sexual de las mujeres, cuyo objetivo fue analizar el impacto de los diferentes tipos de anticonceptivos hormonales, utilizados durante un periodo de 12 meses, en la actividad sexual femenina. El estudio, de diseño multicéntrico, descriptivo y longitudinal, incluyó una muestra de 131 mujeres de entre 15 y 44 años, quienes iniciaron o retomaron el uso de anticonceptivos después de al menos un año de haberlos dejado. La información se tomó en centros de salud sexual de la comunidad de Valencia bajo monitoreo médico.

Se empleó como instrumento para la investigación consideró diversas variables, incluyendo el tipo de método anticonceptivo y la frecuencia de actividad sexual. Los resultados indicaron que la mayor parte de las participantes tenía pareja estable al momento de realizar la investigación y reportaba una frecuencia sexual de 2-3 veces por semana. Los métodos anticonceptivos más utilizados fueron los anticonceptivos orales (61,6%), seguidos del implante subdérmico (18,6%), el anillo vaginal (9,3%), el DIU hormonal (8,1%) y la inyección trimestral (2,3%). Las reacciones secundarias asociados al manejo de anticonceptivos se reportaron por un bajo porcentaje de usuarias tanto a los seis meses como al año de uso, destacando el descenso del deseo sexual como la mayor frecuencia, con una prevalencia del 8,10%. En conclusión, el estudio determinó que los anticonceptivos hormonales no afectan significativamente la respuesta sexual en la mayoría de las usuarias, aunque se identificó una ligera relación entre su uso y la reducción del deseo sexual en algunos casos.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Huancayo, (2021), Chilón L ⁽¹⁷⁾, realizó un estudio titulado *Reacciones adversas del acetato de medroxiprogesterona en usuarias en edad fértil atendidas en el Puesto de Salud Porcón Alto, 2021*, cuyo objetivo fue determinar las reacciones adversas asociadas a este anticonceptivo. El estudio, de nivel descriptivo básico con enfoque cuantitativo y con un diseño no experimental, se realizó una muestra de 63 mujeres en edad fértil que utilizaban acetato de medroxiprogesterona.

Para la recolección de datos, se empleó la técnica de encuesta y como instrumento un cuestionario.

Los hallazgos arrojaron que el 92,1% de las mujeres presentó reacciones adversas. Entre estas, las relacionadas con la menstruación fueron las más comunes: el 54% experimentó ausencia de sangrado, el 20,6% reportó sangrado tipo goteo, el 15,9% tuvo sangrado abundante y el 9,5% presentó un patrón normal de sangrado. En cuanto a los cambios antropométricos, el 58,7% de las usuarias aumentó de peso, mientras el 23,8% reportó disminución de peso. En relación a la sintomatología, el 60,3% presentó cefalea, el 39,7% pigmentación en el rostro, el 22,2% alopecia y el 19% acné.

Se finalizó que el uso de acetato medroxiprogesterona ocasiona efectos secundarias significativas, principalmente relacionadas con alteraciones menstruales, cambios en el peso corporal y síntomas como cefalea, predominando la ausencia de sangrado (54%), el aumento de peso (58,7%) y la cefalea (60,3%).

Ica, (2021) Clares L ⁽¹⁸⁾, en su investigación se propuso analizar la relación entre la duración del uso del acetato de medroxiprogesterona y los efectos adversos en las mujeres atendidas en el Puesto de Salud La Venta durante 2020. Esta investigación, de nivel básico y tipo descriptivo-correlacional con enfoque transversal, incluyó una muestra de 169 mujeres que hacen uso de inyecciones de tres meses. Se utilizó un cuestionario como instrumento de recolección de datos. Los resultados mostraron que el 55% de las participantes experimentaron alteraciones menstruales, como amenorrea, un 25.4% presentó sangrado por goteo, el 64% aumentó de peso y el 60.4% utilizó el método durante un período de 3 a 6 meses. La conclusión fue la existencia de una relación directa del tiempo de uso del medicamento y la aparición de efectos adversos en las mujeres que usan acetato de medroxiprogesterona.

Ica, (2021) Ontiveros A, ⁽¹⁹⁾ la investigación con el propósito de analizar la relación entre los efectos secundarios y el abandono del

implante subdérmico en usuarias de planificación familiar del Hospital Santa María del Socorro de Ica en 2019. La investigación fue de tipo no experimental, transversal, relacional y retrospectivo, y contó con una muestra de 178 participantes. Se utilizó una ficha de recolección de datos para obtener la información. Los resultados mostraron que el 57% de las participantes presentaron dolores de cabeza, un 43.2% experimentó menstruaciones dolorosas, el 59.8% reportó ausencia de menstruación por algunos meses y el 63.3% aumentó de peso. Los investigadores concluyeron que los principales motivos de abandono del método fueron el sangrado intermenstrual, el aumento de peso y las cefaleas.

Trujillo (2020) Atoche H, ⁽²⁰⁾ en su investigación titulada *Acetato de medroxiprogesterona como principal factor de riesgo para la disfunción sexual femenina en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital Belén de Trujillo*, su objetivo general fue determinar si el acetato de medroxiprogesterona es un factor de riesgo para la disfunción sexual en mujeres en edad fértil. Llevándose a cabo un estudio de cohorte con una muestra de 216 mujeres desde los 18 hasta los 40 años que cumplían con los criterios de selección. Se dividió en dos grupos a las participantes: 108 mujeres que usaron acetato de medroxiprogesterona y 108 que emplearon métodos naturales, los preservativos, el método del ritmo o el sexo interrumpido. Se empleó el test de índice de disfunción sexual y se realizó un seguimiento del uso de medroxiprogesterona durante seis meses. Los resultados revelaron que el 32,4% de las usuarias que utilizaron este anticonceptivo presentaron alteraciones en la función sexual, mientras que las usuarias de métodos naturales también experimentaron cambios, aunque en una proporción menor (20,4%). En conclusión, la investigación determinó que el uso de acetato de medroxiprogesterona eleva en un 60% el riesgo de desarrollar disfunción sexual femenina.

El estudio realizado por Clares, L. (2020) en Ica, titulado *Tiempo de uso del acetato de medroxiprogesterona y efectos secundarios en usuarias atendidas en el Puesto de Salud de La Venta – 2020*, tuvo como propósito analizar la relación entre el período de uso del acetato de

medroxiprogesterona y la presencia de efectos secundarios en las mujeres que lo empleaban. Se llevó a cabo una investigación de nivel básico, con un enfoque descriptivo-correlacional y un diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 169 mujeres que utilizaban este método anticonceptivo. Entre los principales hallazgos, se identificó que las alteraciones menstruales más comunes fueron la amenorrea (55%) y el sangrado intermenstrual (25.4%). Asimismo, el 64% de las participantes manifestó haber experimentado un aumento de peso, mientras que la cefalea fue el síntoma más recurrente, con un 55%. Respecto al tiempo de uso, el 60.4% de las usuarias llevaba entre 3 y 6 meses empleando el anticonceptivo.

En conclusión, el estudio evidenció una relación significativa entre la duración del uso del acetato de medroxiprogesterona y la aparición de efectos secundarios en las usuarias.

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

Aunque se llevó a cabo una exploración minuciosa de análisis relacionados con las variables de investigación en nuestra localidad, no se encontró datos específicos. Es cuanto a ello, el análisis se basará únicamente en análisis llevado a cabo a nivel nacional e internacional.

2.2. BASES TEÓRICAS O MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Se encuentra estrechamente vinculada con la igualdad de género y el fortalecimiento de las mujeres, además desempeñan un papel clave en la reducción de la pobreza. Garantizar el acceso seguro y voluntario a métodos anticonceptivos es un derecho humano fundamental. ⁽²²⁾

2.2.2. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) define los métodos anticonceptivos de la misma manera que cualquier práctica, técnica cuyo objetivo es prevenir el embarazo. Existen diversos métodos,

y solo algunos ofrecen protección contra infecciones de transmisión sexual. Además de su función principal, ciertos anticonceptivos proporcionan beneficios adicionales, como la regulación de la menstruación, el tratamiento del acné y la disminución del riesgo de ciertas variedades de cáncer. ⁽²³⁾

a) Recomendaciones para los anticonceptivos hormonales combinados por grupo de edad, según la Organización Mundial de la Salud.

Las mujeres antes de cumplir los 40 años están aptas para el uso de anticonceptivos combinados (como los orales, parche anticonceptivo, anillo vaginal y anticonceptivos inyectables combinados) sin restricciones, según la Categoría 1 de los Criterios Médicos de Elegibilidad (MEC).

Las mujeres de 40 años o más también pueden usar anticonceptivos hormonales combinados, aunque se consideran de Categoría MEC 2, lo que indica que el uso es generalmente seguro, pero requiere mayor consideración individual. ⁽²⁴⁾

b) Recomendaciones para los anticonceptivos hormonales combinados entre mujeres que se encuentran lactando, según la OMS.

Las mujeres que están amamantando y tienen menos de 6 semanas después del parto no deben utilizar anticonceptivos hormonales combinados (AHC), ya que se clasifican en la Categoría MEC 4 (riesgo inaceptable).

Las mujeres que tienen menos de seis semanas de haber dado a luz y los seis meses después del parto, por lo general no deberían de utilizar anticonceptivos combinados, según la Categoría MEC 3 (riesgo mayor que los beneficios).

Las mujeres que amamantan y tienen más de 6 meses post parto, en general, pueden utilizar anticonceptivos hormonales combinados, clasificados en la Categoría MEC 2 (los beneficios superan los riesgos).

⁽²⁴⁾

c) *Recomendaciones para el uso de anticonceptivos hormonales combinados en mujeres posparto, según la Organización Mundial de la Salud.*

Las mujeres que se encuentran en los primeros 21 días postparto y no presentan factores de riesgo adicionales para tromboembolismo venoso (TEV) no deberían utilizar anticonceptivos hormonales combinados (AHC), ya que se encuentran clasificados en la Categoría MEC 3 (con un riesgo mayor que los beneficios).

Las mujeres en los primeros 21 días postparto que presentan factores de riesgo adicionales para TEV tampoco deben utilizar AHC.

Entre los 21 y 42 días postparto, las mujeres sin factores de riesgo adicionales para TEV pueden utilizar anticonceptivos hormonales combinados. Sin embargo, aquellas con factores de riesgo para TEV generalmente no deberían usarlos, ya que también se encuentran en la Categoría MEC 3.

Las mujeres con más de 42 días postparto pueden utilizar anticonceptivos hormonales combinados sin restricciones, clasificados en Categoría MEC 1 (uso seguro).⁽²⁴⁾

2.2.3. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece criterios para evaluar la protección de los diversos métodos anticonceptivos, teniendo en cuenta condiciones y cualidades enfocadas en la salud. Estos indicadores se dividen en grupos que guían la decisión del método más adecuado. Los métodos clasificados en las categorías 3 y 4 generalmente se desaconsejan o no se recomiendan debido a los riesgos asociados.⁽²⁴⁾

Categoría 1: Condición en la que no existen restricciones para el uso del método anticonceptivo.

Categoría 2: Condición en la que los beneficios de utilizar el método anticonceptivo generalmente superan los posibles riesgos, ya sean teóricos o comprobados.

Categoría 3: Condición en la que los riesgos, ya sean teóricos o comprobados, suelen ser mayores que los beneficios de usar el método anticonceptivo.

Categoría 4: Condición en la que el uso del método anticonceptivo representa un riesgo inaceptable para la salud. ⁽²⁴⁾

2.2.4. MÉTODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL

Métodos hormonales con solo progestina

Inyección anticonceptiva con solo progestina: Consiste en una inyección hormonal que contiene únicamente progestina, la cual se administra de manera intramuscular o subcutánea. Es uno de los métodos que tiene alta efectividad para la prevención del embarazo y funciona principalmente obstaculizando la ovulación, espesando el moco cervical para complicar el traslado de los espermatozoides y modificando el revestimiento del útero para impedir la implantación. Es una opción adecuada para mujeres que no pueden usar estrógenos o que están en período de lactancia.

Acetato de medroxiprogesterona. Mc McCormick financió los primeros ensayos clínicos de la píldora anticonceptiva, que fue aprobada por la FDA en 1960. La progestina de la primera píldora se extrajo de la raíz del barbasco, una planta silvestre usada por mujeres mexicanas. Posteriormente, se desarrollaron métodos hormonales como los inyectables. El acetato de medroxiprogesterona, inicialmente usado para tratar enfermedades como la endometriosis y el cáncer, comenzó a distribuirse como anticonceptivo en 1971. Aunque la FDA lo rechazó en 1978 por riesgos de cáncer según estudios en animales, la OMS concluyó posteriormente que no aumentaba el riesgo de cáncer de mama y reducía el riesgo de cáncer de endometrio. ⁽²⁵⁾

Epidemiología y aceptación mundial. El autor Jon Knowles informó que, desde 1969, más de 30 millones de féminas a nivel global utilizaron el acetato de medroxiprogesterona. En el año 2000, más de 90

países, entre los que se incluyen Gran Bretaña, Francia, Alemania, Suecia, Tailandia, Nueva Zelanda e Indonesia, habían adoptado este método anticonceptivo inyectable de acción larga. ⁽²⁵⁾

La Organización Mundial de la Salud informó que, a nivel global, el uso de anticonceptivos modernos aumentó del 54% en 1990 al 57,4% en 2015. En África, el uso pasó del 23,6% al 28,5%, mientras que en Asia creció del 60,9% al 61,8%. En América Latina y el Caribe, el porcentaje se mantuvo constante en un 66,7%. ⁽²⁶⁾

El Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, a nivel mundial, el 57% de mujeres utilizan los anticonceptivos de la modernidad, estando usuarias casadas o convivientes las que presentan el mayor porcentaje de uso (90%). La prevalencia de los métodos anticonceptivos varía significativamente según el tipo de método. Entre los métodos a corto plazo, la píldora es preferida por el 9% de las mujeres, los condones masculinos por el 8%, y los inyectables mensuales o trimestrales por el 5%. Los métodos más comunes en diferentes países incluyen las píldoras (en 15 países), los inyectables (en 10 países), y el dispositivo intrauterino (en 7 países), por otro lado, métodos como la esterilización femenina, el preservativo masculino, la ausencia de intimidad sexual y otros métodos tradicionales tienen una menor prevalencia. Las inyecciones son especialmente comunes en regiones como África oriental, África meridional, Asia sudoriental, Oceanía y en naciones con bajos recursos de América Latina y el Caribe. ⁽²⁷⁾

Según Payne (2018), la Encuesta Nacional de Opiniones Estadísticas de familias revela que, en el Reino Unido, el 3% de las mujeres de entre 16 y 49 años utilizan el inyectable trimestral como método. Por otro lado, Rabab (2015) informa que en Egipto, el 60.3% de las mujeres emplean algún anticonceptivo, de las cuales solo el 35.5% optan por métodos hormonales, siendo el 11.9% usuarias de la píldora, el 7.4% del inyectable mensual y trimestral, y el 0.5% del implante. Según el análisis de la población y de Salud Familiar (ENDES, 2016), la

predominancia anticonceptiva de las usuarias que tienen su pareja estable son entre 35 a 39 años, son del 80%. El uso de anticonceptivos, especialmente inyectables mensuales y trimestrales, es más frecuente en mujeres de 25 a 29 años (20.2%) y de 30 a 34 años (18%). Además, las regiones con mayor concentración de usuarias son Pasco (32.4%) y Huánuco (30.7%).⁽³⁰⁾

Definición de acetato de medroxiprogesterona. El acetato de medroxiprogesterona es un progestágeno sintético con propiedades antiestrogénica, antiandrogénica y antigonadotrópica. Su acción principal consiste en inhibir la maduración folicular y la ovulación, bloqueando las gonadotropinas hipofisarias (FSH y LH). Este medicamento tiene 15 veces más fuerza que la progesterona. Según Navarro (2014), su formulación contiene 150 mg de acetato de medroxiprogesterona (AMDP), y fue aprobado por la FDA en 1992. Quesada (2012) señala que la inyección de AMDP proporciona protección anticonceptiva por un periodo de 3 meses. La primera dosis de 150 mg de AMDP se aplica durante los primeros 5 días del ciclo menstrual, después se repite cada 12 semanas o 3 meses.⁽³¹⁾

Eficacia. Omitir una inyección puede aumentar el riesgo de embarazo. En el primer año de uso del inyectable, se producen 3 embarazos por cada 100 usuarias si se omite alguna aplicación. Sin embargo, si las aplicaciones se realizan puntualmente, el riesgo disminuye considerablemente, ocurriendo menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres durante ese mismo periodo (equivalente a 3 embarazos por cada 1000 mujeres).⁽³²⁾

Mecanismo de acción. La eficacia anticonceptiva del inyectable se debe a varios mecanismos: disminuye la cantidad y aumenta el espesor del moco cervical, bloquea la hormona luteinizante (LH) impidiendo la ovulación, y reduce el transporte de óvulos en las trompas de Falopio. Además, los niveles bajos de estradiol inducen un proceso que dificulta la implantación en caso de fecundación. La progestina

convierte al moco cervical en espeso, dificultando el paso de los espermatozoides. ⁽³³⁾

Seguimiento. El primer control debe realizarse antes de los 90 días de iniciado el tratamiento, para evaluar y prescribir la siguiente dosis. Los controles posteriores deben realizarse cada 3 meses para la administración del inyectable. Además, se recomienda que la mujer y su pareja acudan al menos una vez al año para una evaluación integral de salud. Es importante informar a la usuaria que puede acudir al centro de salud en cualquier instante si ella o su conyugue lo consideran apropiado o si experimenta molestias. ⁽³²⁾

Riesgo con el Acetato de Medroxiprogesterona. El uso de acetato de medroxiprogesterona (AMDP) puede causar pérdida de masa ósea, esta se regenera una vez que se abandona el método. No se considera probable que esta pérdida de masa ósea cause fracturas durante su uso o posteriormente, por lo que no debería impedirse su uso a largo plazo. Además, las usuarias con condiciones de riesgo cardiovascular, como las mujeres con hábitos de fumar, las de edad anciana o las diabéticas, tienen una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares, y este riesgo puede persistir inclusive después de suspender el inyectable. Las usuarias que tienen historial de accidente cerebrovascular, enfermedades vasculares o presión arterial alta no controlada enfrentan un riesgo aún mayor de padecer enfermedades cardiovasculares mientras emplean este método anticonceptivo. ⁽²³⁾

Contraindicaciones

- Mujeres gestantes.
- Mujeres con sangrado vaginal de causa no determinada, que requiere evaluación previa.
- Mujeres con antecedentes o diagnóstico actual de cáncer de mama.
- Mujeres con enfermedades hepáticas activas, como la hepatitis.

- Mujeres en etapa de climaterio, ya que la reducción de calcio podría incrementar el riesgo de osteoporosis y fracturas óseas, especialmente después de la menopausia

Retorno a la fertilidad

El riesgo de quedar embarazadas durante los primeros meses de uso del acetato de medroxiprogesterona resulta más bajo en comparación con quienes utilizan otros métodos anticonceptivos. Después de 14 meses de haber suspendido su uso, la tasa de embarazo se iguala a la de féminas que nunca utilizaron métodos anticonceptivos.

(23)

Efectos Secundarios

Beneficiosos

- La existencia de gestágeno proporciona firmeza a la membrana de los eritrocitos, lo que resulta útil en el tratamiento de crisis en mujeres con anemia de células falciformes.
- En mujeres con endometriosis, contribuye al alivio del dolor en la pelvis y el dolor menstrual intenso.
- Disminuye las hemorragias durante la menstruación o sangrado menstrual prolongado
- Reduce la incidencia de hiperplasia endometrial. (31)

No deseados

- Espinillas y síntomas adicionales androgénicos, vómitos, mastalgia, dolor en el vientre, quistes funcionales en los ovarios y cambios del ciclo menstrual.
- Cambios durante la menstruación.
- En los meses iniciales, a menudo se presentan irregularidades menstruales como sangrado anormal o excesivo, y después de 12 meses, pueden presentarse cese de la menstruación, sangrado esporádico.

- Si el sangrado es excesivo, se puede modificar con pastillas anticonceptivas y se sugiere el consumo de hierro con el fin de evitar la anemia. Debe ser descartado la presencia de patologías subyacentes.
- Si no se identifica origen del sangrado, se tiene que suspender el uso del inyectable de AMPD y ofrecer otro método anticonceptivo.
- Demora en el restablecimiento de la fertilidad: la demora puede ser de varios meses. ⁽³⁴⁾

2.2.5. SEXUALIDAD HUMANA

La sexualidad humana. La sexualidad humana como una conducta que combina fenómenos fisiológicos, afectivos y cognitivos, dando lugar a una respuesta sexual. Según el modelo psicofisiológico de Kaplan (1979), esta se desarrolla en cinco fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Por su parte, Carrobles et al. añaden una sexta fase, la satisfacción, que determina si se desea en el futuro seguir el vínculo sexual con el mismo compañero.

La intimidad sexual es como un patrón único en cada individuo que trasciende la genitalidad, abarcando vivencias y sensaciones sexuales, así como en la homosexualidad y en la heterosexualidad. En conclusión, la intimidad sexual no sólo se basa en una función anatómico-fisiológica, sino que representa una dimensión integral del ser humano que debe ser valorada y desarrollada. ⁽³⁶⁾

Salud Sexual. La salud sexual implica un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones, fomentando el acceso al placer y a experiencias sexuales seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para preservarla y promoverla, es esencial respetar, proteger y garantizar los derechos sexuales de todas las personas. ⁽³⁷⁾

Según Ahumada et al., la satisfacción sexual tiene tanto un componente físico como afectivo, que se relaciona con la percepción subjetiva de agrado o desagrado hacia la propia vida sexual. Factores como la frecuencia sexual, el orgasmo, el amor en la pareja, la alegría y el placer son determinantes en la satisfacción sexual. Esta se considera el resultado final del ciclo de respuesta sexual y es reconocida como un derecho sexual fundamental. ⁽³⁸⁾

Respuesta sexual humana. El autor plantea un modelo psicofisiológico de respuesta sexual compuesto por cinco etapas: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Por otro lado, Basson propone un enfoque cíclico biopsicosocial de la respuesta sexual femenina, el cual incorpora la interacción de aspectos físicos, emocionales y cognitivos, además de factores no exclusivamente sexuales que influyen en la satisfacción y disposición sexual. Entre estos factores destacan el dialogo con la pareja, conexión emocional, el percibirse deseada y querida, así como el deseo de complacer a la pareja. ⁽³⁵⁾

Fases del ciclo de respuesta sexual humana

Deseo sexual

El deseo sexual representa el impulso inicial que motiva la búsqueda de experiencias sexuales. Este proceso implica la activación de circuitos cerebrales específicos, los cuales se conectan con los centros espinales responsables de la regulación de la función genital. Diversos factores, como los sentimientos, los estímulos sensoriales (visuales, olfativos, táctiles y auditivos), las experiencias previas y las hormonas, influyen directamente en el centro del deseo sexual. Asimismo, la estimulación sexual desencadena actividad nerviosa en el sistema límbico y el hipotálamo, lo que a su vez libera circuitos inhibidores en los centros medulares dorso lumbares y sacros, facilitando la intumescencia genital propia de la fase siguiente. ⁽³⁹⁾

Excitación

Dicha fase se especifica por un conjunto de modificaciones en los genitales que preparan el cuerpo para la siguiente etapa de la respuesta sexual. En este proceso, los estímulos físicos, como el tacto, la visión y el olfato, desempeñan un papel fundamental, al igual que los estímulos psíquicos, como las fantasías. Además, factores como la actividad durante la fase REM del sueño, la congestión perineal previa al ciclo menstrual y el predominio del sistema nervioso vagal actúan en conjunto para favorecer el desarrollo de esta etapa. ⁽³⁹⁾

Orgasmo. – Es la fase más placentera dentro de la respuesta sexual, caracterizada por una vasocongestión y contracciones musculares como resultado del estímulo sexual. Su duración suele ser de apenas unos segundos. ⁽³⁹⁾

Resolución. – Después de la etapa anterior, el cuerpo regresa a su estado normal, con todas sus estructuras que fueron afectadas durante la respuesta sexual recuperándose. ⁽³⁹⁾

Satisfacción. – Esto es de naturaleza subjetiva y psicológica, y se evalúa según el grado de satisfacción, positiva o negativa, que se experimenta tras la actividad sexual. ⁽³⁹⁾

2.2.6. DESEO SEXUAL

El deseo sexual es un impulso que nos impulsa a buscar encuentros íntimos con otras personas. Puede surgir de manera espontánea o ser desencadenado por un estímulo específico. ⁽⁴⁰⁾

2.2.7. DESEO SEXUAL EN LAS ETAPAS DE VIDA

Deseo sexual en mujeres adolescentes

En la adolescencia, el deseo sexual se configura a partir de tres elementos: el impulso biológico, el motivo psicológico y el anhelo socio-cultural. Factores como los estímulos eróticos (cuerpo, movimientos,

expresiones), los contextos de seguridad e intimidad, y la interacción entre fantasía y realidad, influyen en la experiencia del deseo sexual. La intensidad de este deseo varía según la biología y personalidad, y se regula mediante estrategias emocionales para gestionar su expresión. (40)

Deseo sexual en mujeres jóvenes

El estudio "*Prevalence of Female Sexual Problems Associated with Distress and Determinants of Treatment Seeking - PRESIDE*", llevado a cabo por Alcántara et al., examinó a más de 30,000 mujeres estadounidenses mayores de 18 años. Uno de los hallazgos más relevantes fue que el 12% de las participantes presentaban un trastorno sexual diagnosticado, siendo el bajo deseo sexual la disfunción más frecuente, además de estar estrechamente vinculado con sentimientos de angustia. (41)

Deseo sexual en mujeres adultas

A lo largo de la vida de una mujer, diversos factores, como la menstruación, el uso de anticonceptivos, el embarazo, la lactancia, la menopausia, el envejecimiento y aspectos psicológicos y socioculturales, influyen en su deseo sexual. Mientras estos factores se mantengan en equilibrio, la función sexual no se ve afectada y la calidad de vida permanece estable. No obstante, cuando este equilibrio se altera debido a enfermedades graves, procedimientos quirúrgicos como la extirpación de órganos genitales o experiencias traumáticas como el abuso sexual, el deseo sexual puede disminuir significativamente. Esto puede derivar en un trastorno de deseo sexual hipoactivo, caracterizado por una reducción persistente del interés en la actividad sexual, acompañada de ansiedad y angustia, afectando el bienestar psicológico y la autoestima de la mujer. (41)

Deseo sexual en mujeres de la tercera edad

La menopausia, ya sea de forma natural o inducida por procedimientos quirúrgicos como la ooforectomía bilateral (con o sin histerectomía), genera una disminución abrupta de estrógenos y andrógenos, lo que conlleva cambios significativos en la función hormonal y en la vida sexual de la mujer. La reducción de estrógenos está asociada con síntomas como sofocos, sudoración, alteraciones del estado de ánimo, trastornos del sueño y sequedad vaginal, lo que puede provocar molestias durante las relaciones sexuales. Según un estudio de Genazzani (2006), el 29% de las mujeres menopáusicas experimentan dolor o sequedad vaginal. Por otro lado, la disminución de testosterona no solo reduce el bienestar general, sino que también afecta el deseo sexual y puede contribuir al desarrollo de depresión. Esta hormona desempeña un papel clave en la regulación del deseo sexual femenino, ya que actúa sobre los receptores androgénicos en el cerebro y participa en la biosíntesis de estrógenos, lo que influye directamente en la respuesta sexual y emocional de la mujer. ⁽⁴²⁾

2.2.8. FACTORES QUE AFECTAN AL DESEO SEXUAL

Los autores señalan que el deseo sexual está influenciado por diversos factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales pueden contribuir al desarrollo de disfunciones sexuales. Entre los factores fisiológicos, destacan la edad y la menopausia, mientras que, en el ámbito psicológico y psicosocial, elementos como el estrés, los trastornos psiquiátricos, las creencias religiosas, la duración de la relación de pareja, la situación socioeconómica, la autoestima, los temores relacionados con la sexualidad y los conflictos de pareja pueden afectar negativamente el deseo sexual. ⁽⁴³⁾

2.2.9. DESEO SEXUAL HIPOACTIVO

Este trastorno se define por la ausencia o disminución significativa de pensamientos y fantasías sexuales que normalmente estimularían la

actividad sexual, incluso en presencia de factores favorables. De acuerdo con la literatura, su prevalencia es del 11% en hombres y varía entre el 5% y el 50% en mujeres. Se manifiesta como una reducción persistente o recurrente del deseo y las fantasías sexuales, lo que puede generar angustia o afectar las relaciones interpersonales, sin que ello se deba a otro trastorno mental, efectos secundarios de medicamentos o condiciones médicas subyacentes. ⁽⁴³⁾

La disminución del deseo sexual puede estar influenciada por múltiples factores. A nivel biológico, condiciones como la hipertensión, la diabetes y el envejecimiento, que conlleva una reducción en los niveles de testosterona y estrógenos, se asocian con una menor libido y la aparición de dispareunia. Desde el ámbito psicológico, trastornos como la depresión y la ansiedad, así como experiencias traumáticas como el abuso sexual en la infancia, pueden afectar negativamente el deseo sexual. En el plano social, creencias culturales y religiosas restrictivas pueden ejercer una influencia limitante, mientras que situaciones de estrés, como dificultades económicas y conflictos familiares, también pueden contribuir a su disminución. ⁽⁴⁴⁾

2.2.10. DESEO SEXUAL HIPERACTIVO

El trastorno del interés o excitación sexual femenina, según Kingsberg et al. (2015), se caracteriza por una disminución significativa del interés o excitación sexual, que se manifiesta en varias formas, como la ausencia de interés de intimidad sexual, la ausencia o reducción de pensamientos o fantasías sexuales, la falta de respuesta a los intentos de la pareja de iniciar la actividad sexual, y la reducción del placer y excitación durante los encuentros sexuales. Este trastorno también incluye la falta de respuesta a señales sexuales o eróticas externas o internas y la ausencia de sensaciones genitales durante la actividad sexual. ⁽⁴⁴⁾

El trastorno orgásmico femenino se presenta cuando hay un retraso o ausencia de orgasmo en la mayoría de las ocasiones (75-100%)

durante la actividad sexual, o cuando las sensaciones orgásmicas son considerablemente reducidas. ⁽⁴⁴⁾

El trastorno de dolor genitopélvico o de penetración se caracteriza por dificultades persistentes o recurrentes durante la penetración vaginal, que incluyen dolor durante el coito o al intentar penetrar, así como miedo o ansiedad asociados con la experiencia de dolor. También puede implicar una tensión o un encogimiento de los músculos del piso pélvico durante los intentos de penetración. ⁽⁴⁴⁾

2.2.11. FASES DE LA RESPUESTA SEXUAL

Fase de excitación: Los hombres su excitación se muestran a través de la erección del miembro viril y las mujeres, con la lubricación vaginal. Ambos procesos están regulados por cambios hemodinámicos y cardiovasculares. En las mujeres, también se producen cambios en los genitales externos, como la erección del clítoris, el engrosamiento de los labios y el cambio de coloración de los genitales. Al final de esta fase, el clítoris se retrae y se abre el cérvix uterino, mientras que, en los hombres, los testículos aumentan de tamaño y las glándulas bulbouretrales secretan líquido. La excitación masculina ocurre más rápidamente que en la femenina, por lo que las mujeres requieren mayor estimulación.

Fase del orgasmo: Esta fase está marcada por contracciones musculares involuntarias que son activadas por el sistema simpático. En los hombres, estas contracciones provocan la eyaculación del semen, acompañada de sensaciones placenteras. En las mujeres, aunque no hay emisión, se producen contracciones uterinas y vaginales que también generan sensaciones placenteras. La intensidad del orgasmo varía según la persona y las circunstancias, y puede ocurrir sin estimulación genital, como en sueños o fantasías. Al final del orgasmo, el cuerpo comienza a volver a su estado fisiológico previo, lo que marca el inicio de la fase de resolución.

Fase de resolución: Después de la eyaculación, los hombres

pasan por un período refractario, durante el cual no pueden alcanzar otro orgasmo o eyacular. La duración de este período varía según factores como la edad o el estado de ánimo. Las mujeres, por el contrario, pueden experimentar más orgasmos seguidos si se les sigue estimulando adecuadamente, ya que tienen la capacidad de ser multiorgásmicas. En los hombres, durante la resolución, la erección desaparece gradualmente, y la estimulación sexual puede resultar dolorosa si se continúa. Por lo tanto, se recomienda que en una relación sexual el hombre espere a que la mujer alcance la satisfacción antes de eyacular o intente sincronizar sus orgasmos si ella es multiorgásmica. ⁽⁴⁵⁾

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

2.3.1. ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA

Este compuesto es un anticonceptivo moderno de acción prolongada, conocido como inyección de control natal. Este método es muy eficaz y reversible, lo que lo convierte en una opción confiable para la anticoncepción a largo plazo.

2.3.2. DESEO SEXUAL

Según Levine, las fuerzas que nos predisponen a un comportamiento sexual se componen de tres elementos clave: *Drive* (impulso, que corresponde al componente biológico), *Motivación* (el componente psicológico) y *Wish* (deseo, el componente cultural). Estos tres factores interactúan entre sí para moldear y dirigir nuestro comportamiento sexual.

2.3.3. DISMINUCIÓN DEL DESEO SEXUAL

La disfunción sexual, también conocida como trastorno sexual, ocurre cuando una persona experimenta dificultades para tener o disfrutar del sexo, lo cual genera preocupación. Existen varios tipos de disfunciones sexuales, y a veces se les denomina trastornos sexuales.

2.3.4. MÉTODO ANTICONCEPTIVO

La anticoncepción se refiere a un conjunto de métodos destinados a prevenir o disminuir la probabilidad de fecundación o embarazo durante las relaciones sexuales. Esto se logra mediante diversas acciones, dispositivos o medicamentos, cada uno con distintos niveles de efectividad. También conocida como contracepción, es una forma de control de la natalidad.

2.3.5. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar es el derecho de las personas a decidir libre, voluntaria e informadamente cuándo tener hijos, cuántos y con qué intervalo de tiempo entre ellos. También incluye la libertad de hombres y mujeres para elegir los métodos anticonceptivos que consideren adecuados para planificar su familia.

2.3.6. RELACIÓN SEXUAL

Desde el enfoque de la sexología, las relaciones íntimas son como el contacto físico entre individuos, cuyo objetivo principal puede ser experimentar placer sexual o, en algunos casos, la reproducción. Esta interacción puede abarcar una variedad de actividades o formas de conexión entre dos personas, y no se restringe exclusivamente al coito o la penetración.

2.4. INDICADOR DE DESEMPEÑO: SISTEMA DE HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

H_{G01} : Existe relación entre el uso del acetato de medroxiprogesterona y la disminución del deseo sexual en mujeres de 20 a 40 años que acuden al servicio de planificación familiar del Centro de Salud Supte San Jorge de marzo a mayo del 2024.

H_{G0} : No existe relación entre el uso del acetato de medroxiprogesterona y la disminución del deseo sexual en mujeres de 20 a 40 años que acuden al servicio de planificación familiar del Centro de Salud Supte San Jorge de marzo a mayo del 2024.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE

Acetato de Medroxiprogesterona

2.5.2. VARIABLE INDEPENDIENTE

Disminución del deseo sexual

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (DIMENSIONES E INDICADORES)

Tabla 1. Operacionalización de variables

VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADORES	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
Acetato de medroxiprogesterona.	Tiempo de uso del acetato de medroxiprogesterona	< 3 meses	Nominal
		6 meses a 1 año	
VARIABLE INDEPENDIENTE	INDICADORES	1 año a 2 años	Ordinal
		> 3 años	
Deseo sexual	Frecuencia de deseo sexual de mujeres de 20 a 40 años de edad, que usan el acetato de medroxiprogesterona	VALOR FINAL	Ordinal
		Diario	
Características Sociodemográficas	Edad	Interdiario	Ordinal
		Semanal	
Características Sociodemográficas	Grado de Instrucción	Quincenal	Nominal
		Mensual	
Características Sociodemográficas	Estado Civil	Más de un mes	Nominal
		Ausente	
Características Sociodemográficas	Grado de Instrucción	20 – 24	Ordinal
		25 – 29	
Características Sociodemográficas	Grado de Instrucción	30 – 34	Nominal
		35 – 40	
Características Sociodemográficas	Grado de Instrucción	Sin Instrucción	Nominal
		Inicial	
Características Sociodemográficas	Grado de Instrucción	Primaria completa	Nominal
		Primaria incompleta	
Características Sociodemográficas	Grado de Instrucción	Secundaria completa	Nominal
		Secundaria incompleta	
Características Sociodemográficas	Grado de Instrucción	Superior no Universitario.	Nominal
		Superior Universitario.	
Características Sociodemográficas	Estado Civil	Soltera.	Nominal
		Casada.	
Características Sociodemográficas	Estado Civil	Conviviente.	Nominal
		Separada	

Características Gineco Obstétricos	Ocupación	Estudiante. Ama de casa. Trabajador independiente. (agricultura, comercio, etc.) Trabajador dependiente. (empleada de hogar, oficina, etc.)	Nominal
	Lugar de Procedencia	Rural. Urbano.	Nominal
	Paridad	Nulípara Primípara. Multípara. Gran multípara	Ordinal
	Periodo Intergenésico	Menor de 2 años. Mayor o igual a 2 años. Ninguna	Ordinal
	Menarquia	Menor o igual a 14 años. Mayor a 14 años.	Ordinal
	Inicio de Relaciones Sexuales	De 12 a 14años. De 15 a 17 años. Mayor o igual a 18 años.	Ordinal
Factores Sexuales y Reproductivos	Número de Parejas sexuales	Una Pareja. De 2 a 4 Parejas. De 5 a más Parejas.	Ordinal
	Antecedentes de aborto	Si. No	Nominal
	Edad del Primer Embarazo	No embarazo De 12 a 14 años. De 15 a 17 años. Mayor o igual a 18 años.	Ordinal

CAPITULO III

METODOLOGIA DE INVESTIGACION

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. ENFOQUE

La investigación actual emplea un enfoque cuantitativo, los datos obtenidos se analizan mediante herramientas estadísticas descriptivas e inferenciales, con el objetivo de validar la hipótesis planteada.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

Se clasifica como de Nivel III, también denominado Nivel Relacional, ya que su objetivo es identificar las relaciones o asociaciones entre los factores estudiados.

Según la intervención del investigador, el estudio es Observacional, puesto que los fenómenos han sido únicamente observados y descritos con precisión, sin manipulación de variables.

De acuerdo con la planificación de la recolección de datos, el estudio es Prospectivo, dado que los datos se obtuvieron a partir de fuentes primarias y pertenecen a un periodo futuro.

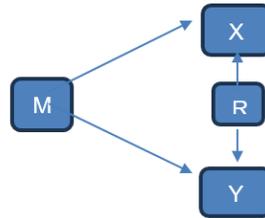
Este estudio es de tipo transversal, ya que las mediciones de la variable de estudio se realizaron en un único momento, aplicando los instrumentos de recolección una sola vez para medir las variables.

En cuanto al número de variables de interés, el estudio es de tipo analítico, ya que examina la relación entre dos o más variables con el objetivo de determinar su asociación o dependencia. Por lo tanto, se empleó un análisis estadístico bivariado.

3.1.3. DISEÑO

El diseño de la investigación será no experimental de nivel

relacional, ya que no se manipularán variables, sino que se analizarán las relaciones o asociaciones entre ellas tal como se presentan en su entorno natural. El esquema de la investigación será el siguiente:



Donde:

X = V.I

Y= V. D

M = Población Muestral

R = Relación probable entre las variables

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población de estudio estuvo compuesta por todas las mujeres usuarias de acetato de medroxiprogesterona, tanto nuevas como continuadoras, atendidas en el servicio de planificación familiar entre los meses de marzo y mayo de 2024. En total, se incluyeron 180 usuarias registradas en el programa de planificación familiar. La muestra se centró en aquellas mujeres que utilizaron acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo y recibieron atención en el servicio de planificación familiar del Centro de Salud Supte San Jorge durante el periodo especificado.

3.2.2. MUESTRA

Para establecer el tamaño de la muestra necesaria para la investigación, se utilizó una fórmula estadística considerando la población de mujeres de 20 a 40 años que asisten al servicio de

Planificación Familiar en el Centro de Salud Supte San Jorge. Se aplicó un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Los valores obtenidos fueron los siguientes:

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

Dónde:

N= 180 usuarias atendidas

n= Tamaño de la muestra

p= 0,5 probabilidad de ocurrencia de los casos

q= Probabilidad de no ocurrencia de los casos

Z α = desviación normal de la muestra al nivel de error aceptado

$\alpha = 0.05 = 1.96$ (para el 95% de confiabilidad)

d = precisión de la muestra

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 180}{(0.05)^2 \times 119 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

n = 123 mujeres atendidas.

La muestra estuvo conformada por 123 mujeres de entre 20 y 40 años que acudieron al servicio de Planificación Familiar en el Centro de Salud Supte San Jorge durante el periodo de marzo a mayo de 2024. Las participantes fueron seleccionadas mediante un muestreo probabilístico por conveniencia, considerando los criterios de inclusión y el acceso a las usuarias durante el periodo mencionado.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. RECOLECCIÓN DE DATOS

La muestra estuvo compuesta por usuarias que ya utilizaban el método hormonal de acetato de medroxiprogesterona (grupo expuesto).

A estas participantes se les aplicó un cuestionario mediante una entrevista, previa obtención de su consentimiento informado y firmado, lo que garantizó su participación voluntaria. El proceso de recolección de datos tuvo una duración aproximada de 15 minutos por persona.

3.4. TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el inicio de la recolección de datos, se solicitaron los permisos correspondientes a las 123 mujeres de entre 20 y 40 años que acudieron al servicio de Planificación Familiar en el Centro de Salud Supte San Jorge, durante el periodo de marzo a mayo de 2024. A todas las participantes se les informó sobre los objetivos del estudio y se obtuvo su consentimiento informado para participar en la investigación.

El presente estudio utilizó un cuestionario de 15 preguntas para la recolección de datos, distribuidas de la siguiente manera: 5 preguntas sobre características sociodemográficas, 2 relacionadas con aspectos gineco-obstétricos, 5 enfocadas en características sexuales y reproductivas, 2 sobre el método anticonceptivo y 1 acerca del deseo sexual.

3.5. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

El análisis de los datos se realizó utilizando el software estadístico SPSS versión 23, garantizando un procesamiento riguroso y confiable de la información recopilada.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es fundamental que todas las participantes sean plenamente informadas sobre los objetivos de la investigación, el tipo de datos que se recolectarán y el uso que se les dará. Deben dar su consentimiento informado y voluntario antes de participar, sin que haya coacción o presión.

CONFIDENCIALIDAD

Se debe garantizar que la información personal de las participantes se mantenga de manera confidencial. Los datos deben ser tratados de forma anónima y solo ser utilizados para los fines establecidos en la investigación, protegiendo la privacidad de cada participante.

BENEFICIENCIA

Los beneficios de la investigación son claros y están orientados a mejorar la comprensión de la problemática estudiada, de forma que los resultados puedan contribuir al bienestar y el conocimiento científico. Además, es importante que las participantes se beneficien de alguna manera (por ejemplo, a través de la sensibilización o el acceso a información).

RESPECTO POR LA AUTONOMÍA

Las participantes tuvieron el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, sin que ello implique ninguna consecuencia negativa o discriminación. Su participación fue completamente voluntaria, y su decisión de retirarse fue respetada.

TRANSPARENCIA EN LOS RESULTADOS

Los resultados son presentados de manera clara, honesta y transparente, no se alteraron ni manipularon los datos obtenidos para el beneficio e interés personal o externos.

CAPITULO IV

RESULTADOS

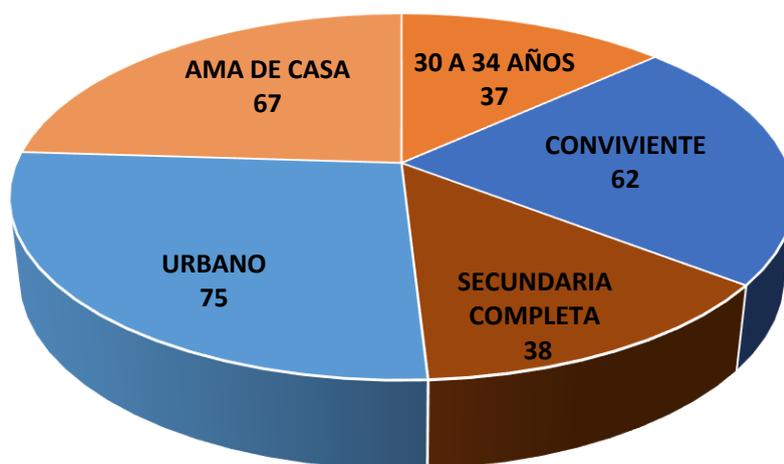
4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

4.1.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Tabla 2. Factores Sociodemográficos

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	Frecuencia	Porcentaje
Total	123	100
EDAD		
20 a 24 AÑOS	26	21.1
25 a 29 AÑOS	35	28.5
30 a 34 AÑOS	37	30.1
35 a 40 AÑOS	25	20.3
ESTADO CIVIL		
Soltera	18	14.6
Casada	28	22.8
Conviviente	62	50.4
Separada	15	12.2
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Sin instrucción	5	4.1
Inicial	0	0.0
Primaria completa	14	11.4
Primaria incompleta	6	4.9
Secundaria completa	38	30.9
Secundaria incompleta	23	18.7
Superior no universitario	21	17.1
Superior universitaria	16	13.0
PROCEDENCIA		
Urbano	75	61.0
Rural	48	39.0
OCUPACION		
Estudiante	31	25.2
Ama de casa	67	54.5
Dependiente	10	8.1
Independiente	15	12.2

Fuente. Instrumento de recolección de datos



Factores Sociodemográficos.

Figura 1. Gráfico de barras sociodemográficos

Análisis e interpretación de resultados

La tabla 2 y figura 1 nos muestran los resultados de los Factores Sociodemográficos, donde el grupo etario que más predomina es el de 30 a 34 años (30.1%), el estado civil es conviviente con 62 pacientes encuestadas (50.4%), el grado de instrucción del total de usuarias es secundaria completa con 38 (30.9%) pacientes, la procedencia es de las zonas urbanas con 75 usuarias (61.0%), y la ocupación que presentan las usuarias es ama de casa con 67 entrevistadas haciendo un total de 54.5%.

Tabla 3. Cuadro paridad

PARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	19	15.4
Primípara	32	26.0
Multípara	43	35.0
Gran Multípara	29	23.6
Total	123	100.0

Fuente. Instrumento de recolección de datos

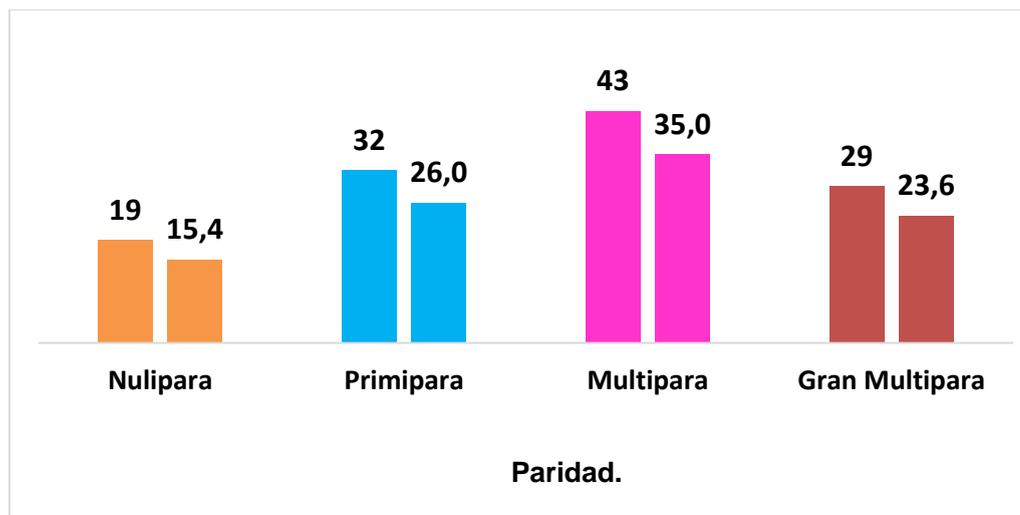


Figura 2. Gráfico de barras de la paridad

Análisis e interpretación de resultados

La tabla 3 y figura 2 nos muestran los resultados de la paridad de todas las usuarias del método anticonceptivo, donde las nulíparas son un total de 19 con el 15.4%, primíparas 32 con el 26.0%, múltiparas 43 con el 35.0% y gran múltiparas 29 con el 23.6%.

Tabla 4. Cuadro periodo Intergenésico

PERIODO INTERGENESICO	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 2 años	25	20.3
Mayor o igual a 2 años	79	64.2
Ninguna	19	15.4
Total	123	100

Fuente. Instrumento de recolección de datos

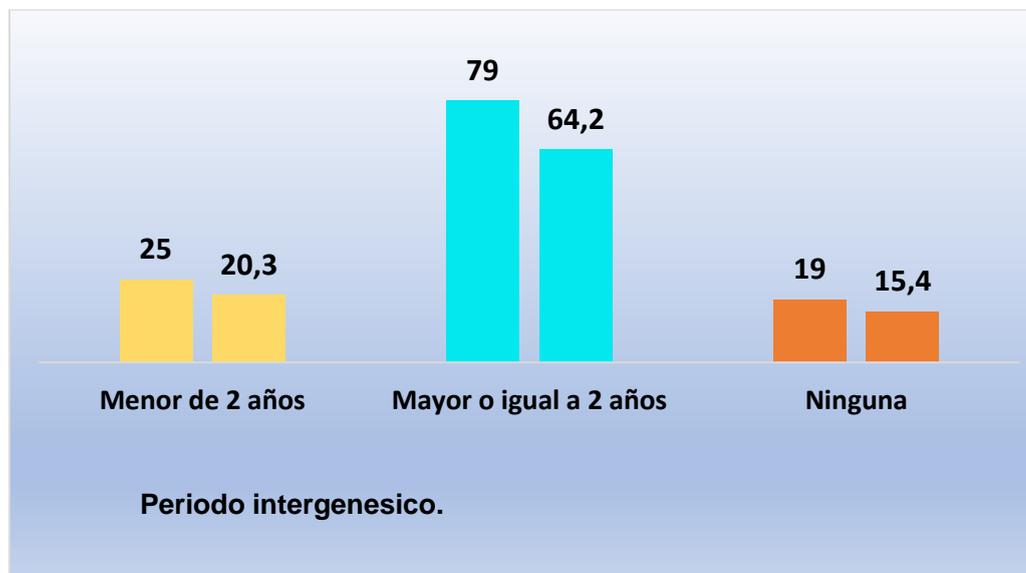


Figura 3. Gráfico de barras del periodo intergenesico

Análisis e interpretación de resultados

La tabla 4 y figura 3 nos muestran los resultados del periodo intergenésico en usuarias del Acetato de Medroxiprogesterona donde, menor de 2 años hay 25 pacientes con el 20.3%, mayor o igual a 2 años 79 usuarias con el 64.2% y 19 pacientes con el 15.4% no presentan periodo intergenésico.

FACTORES SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Tabla 5. Menarquia relacionada

MENARQUIA	Frecuencia	Porcentaje
Menor o igual a 14 años	32	26.0
Mayor a 14 años	91	74.0
Total	123	100.0

Fuente. Instrumento de recolección de datos

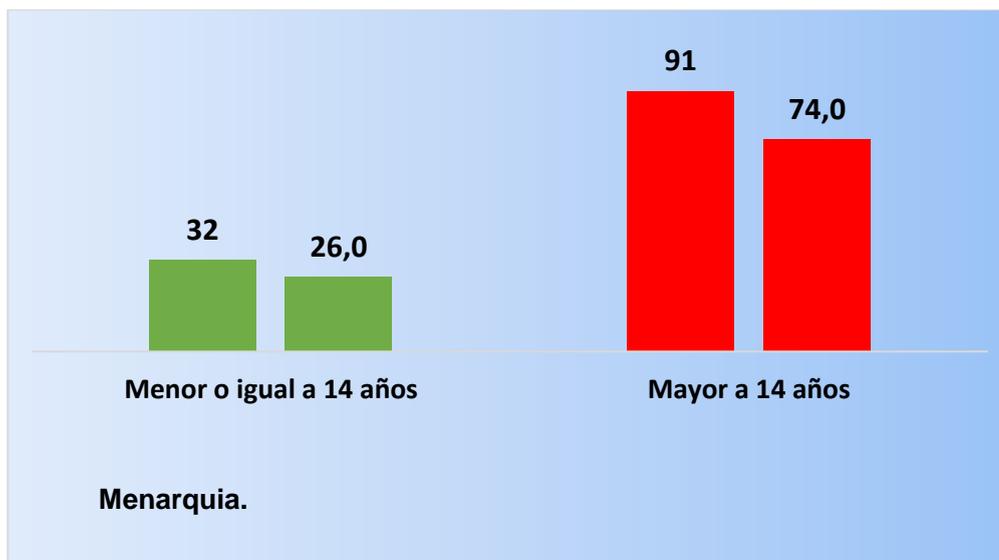


Figura 4. Gráfico de barras sobre si la Menarquia

Análisis e interpretación de resultados

La tabla 5 y figura 4 nos muestran los resultados de la menarquia, donde presentaron el inicio de su sangrado menstrual 32 usuarias (26.0%) menor o igual a 14 años, 91 (74.0%) iniciaron su sangrado menstrual mayor a los 14 años.

Tabla 6. Cuadro estadístico sobre el inicio de Relaciones Sexuales

Inicio de relaciones sexuales	Frecuencia	Porcentaje
12 a 14 años	23	18.7
15 a 17 años	45	36.6
Mayor o igual a 18 años	55	44.7
Total	123	100.0

Fuente. Instrumento de recolección de datos



Figura 5. Gráfico de barras sobre el Inicio de Relaciones Sexuales

Análisis e interpretación de resultados

La tabla 6 y figura 5 nos muestran los resultados del inicio de sus relaciones sexuales donde, 23 (18.7%) usuarias iniciaron entre los 12 a 14 años, 45 (36.6%) iniciaron entre los 15 a 17 años, y 55 (44.7%) usuarias iniciaron sus relaciones sexuales mayor a los 18 años.

Tabla 7. Cuadro estadístico sobre el Número de Parejas Sexuales

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	Frecuencia	Porcentaje
Una pareja sexual	26	21.1
2 a 4 parejas sexuales	82	66.7
5 a más parejas sexuales	15	12.2
Total	123	100

Fuente. Instrumento de recolección de datos

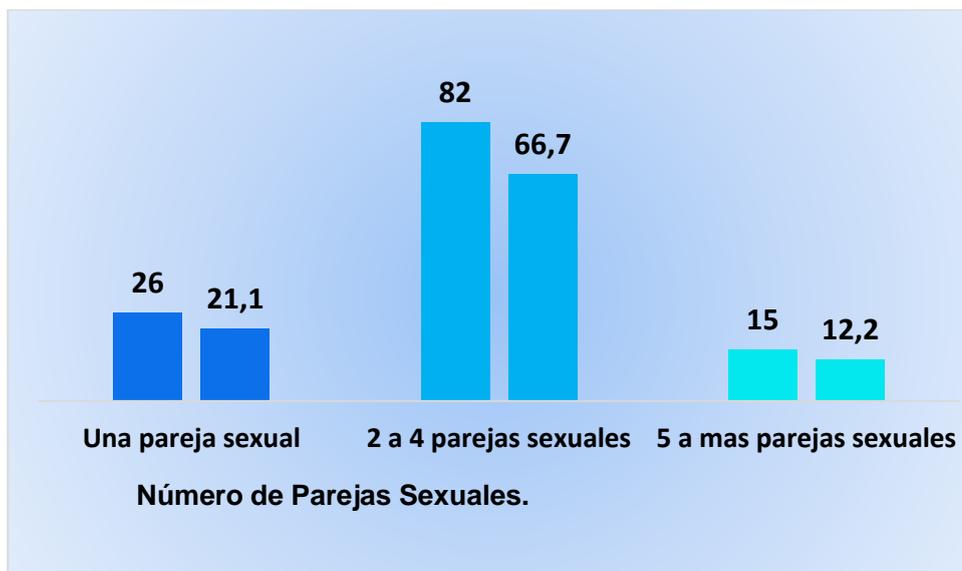


Figura 6. Gráfico de barras sobre el Número de Parejas Sexuales

Análisis e interpretación de resultados

La tabla 7 y figura 6 nos muestran los resultados del número de parejas sexuales de las usuarias entrevistadas, donde 26 (21.1%) usuarias presentan una pareja sexual, 82 (66.7%) usuarias presentan 2 a 4 parejas sexuales, y 15 (12.2%) más de 5 parejas sexuales.

Tabla 8. Cuadro estadístico sobre los antecedentes de Aborto

ANTECEDENTES DE ABORTO	Frecuencia	Porcentaje
SI	22	17.9
NO	101	82.1
Total	123	100.0

Fuente. Instrumento de recolección de datos

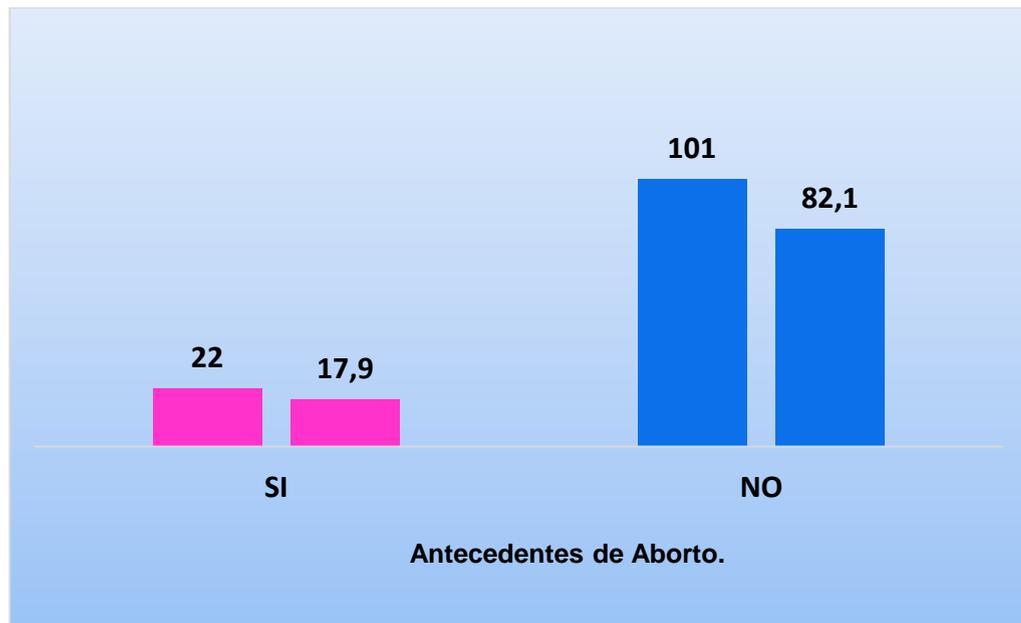


Figura 7. Gráfico de barras sobre los Antecedentes de Aborto

Análisis e interpretación de resultados

La tabla 8 y figura 7 nos muestran los resultados de usuarias con antecedentes de aborto, donde si presentaron 22 (17.9%) usuarias, y no presentaron aborto en algún momento de su vida 101 (82.1%).

Tabla 9. Cuadro estadístico sobre la Edad del Primer Embarazo

EDAD DEL PRIMER EMBARAZO	Frecuencia	Porcentaje
No embarazo	19	15.4
12 a 14 años	6	4.9
15 a 17 años	12	9.8
Mayor o igual a 18 años	86	69.9
Total	123	100.0

Fuente. Instrumento de recolección de datos

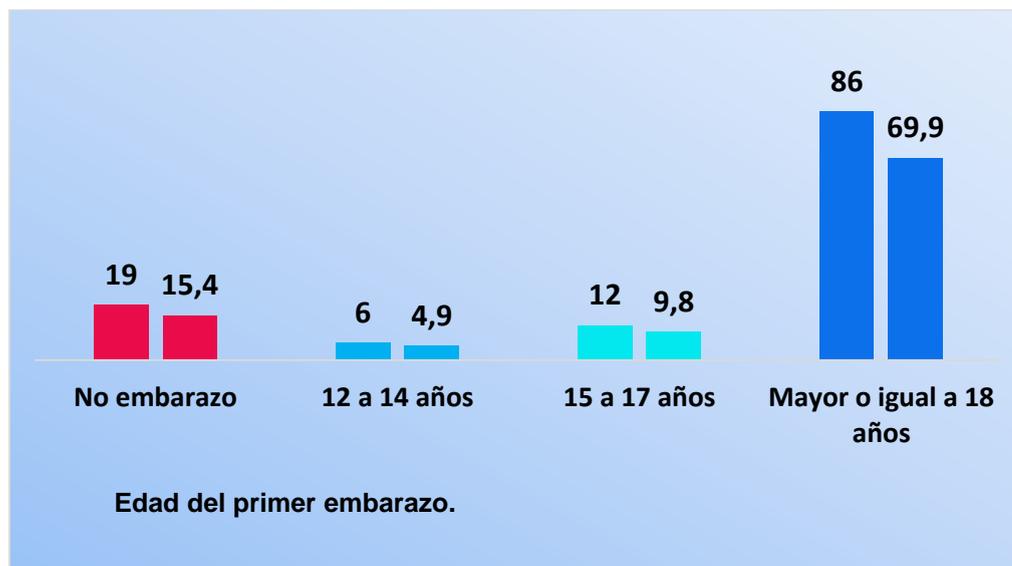


Figura 8. Gráfico de barras sobre la Edad del primer embarazo

Análisis e interpretación de resultados

La tabla 9 y figura 8 nos muestran los resultados de la edad del primer embarazo, donde nunca presentaron un embarazo 19 (15.4%) usuarias, de 12 a 14 años 6 (4.9%) usuarias, 15 a 17 años 12 (9.8%) usuarias, y mayor de 18 años 86 (69.9%) usuarias.

Tabla 10. Cuadro estadístico sobre la frecuencia del Deseo Sexual

FRECUENCIA DEL DESEO SEXUAL	Frecuencia	Porcentaje
Diario	9	7.3
Interdiario	11	8.9
Semanal	32	26.0
Quincenal	40	32.5
Mensual	19	15.4
Mas de u mes	8	6.5
Ausente	4	3.3
Total	123	100.0

Fuente. Instrumento de recolección de datos

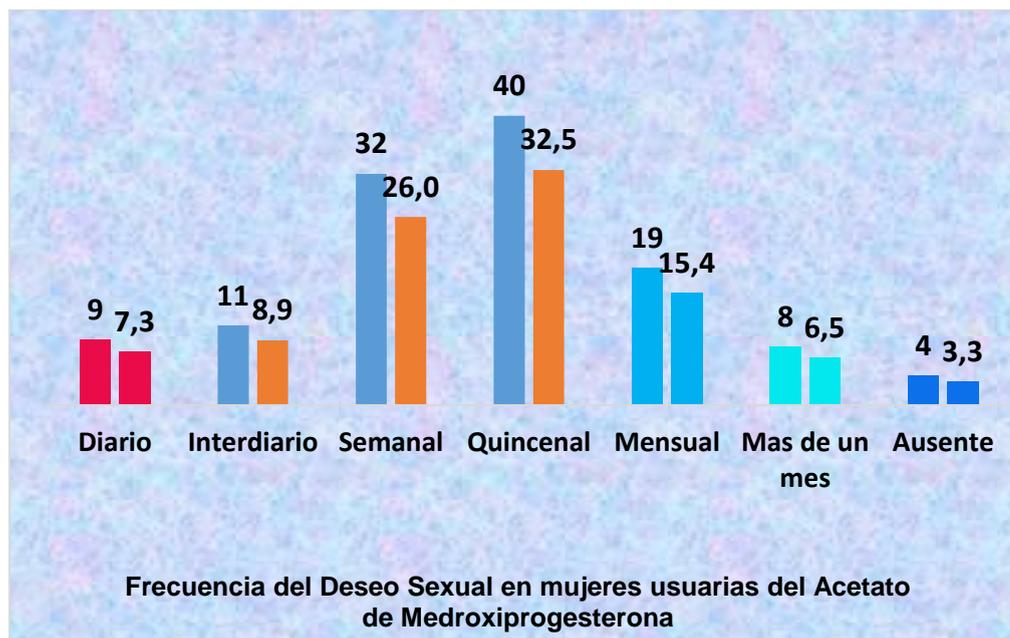


Figura 9. Gráfico de barras sobre la Frecuencia del Deseo Sexual

Análisis e interpretación de resultados

La tabla 10 y figura 9 nos muestran la frecuencia del deseo sexual que presentan las usuarias del método anticonceptivo, donde se evidencia que el deseo sexual que mayor predominio tiene es cada quince días con 40 (32.5%) usuarias, semanal 32 (26.0%), y mensual 19 (15.4%) usuarias.

ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA

Tabla 11. Cuadro estadístico sobre el tiempo de uso del Acetato de Medroxiprogesterona

TIEMPO DE USO DEL METODO	Frecuencia	Porcentaje
< de 3 meses	11	8.9
6 meses a 1 año	21	17.1
1 año a 2 años	38	30.9
> 3 años	53	43.1
Total	123	100.0

Fuente. Instrumento de recolección de datos

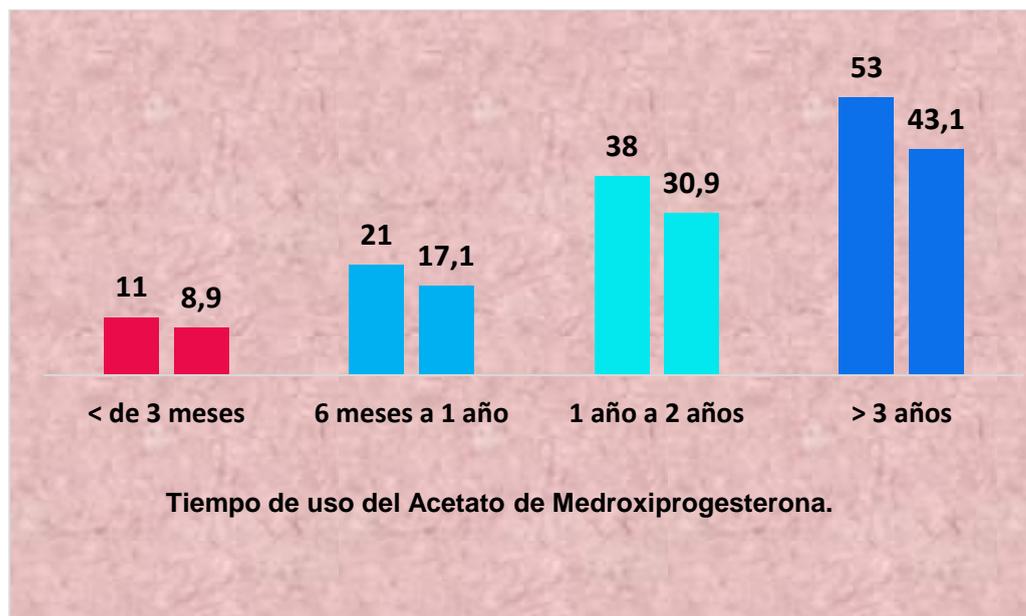


Figura 10. Gráfico de barras sobre el tiempo de uso del Acetato de Medroxiprogesterona

Análisis e interpretación de resultados

La tabla 11 y figura 10 nos muestran el tiempo de uso del Acetato de Medroxiprogesterona, donde menor de 3 meses son 11 usuarias con el 8.9%, de 6 meses a 1 años 21 usuarias con el 17.1%, de 1 a 2 años 38 usuarias con el 30.9%, y mayor de 3 años 53 usuarias con el 43.1%.

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El uso de anticonceptivos hormonales inyectables de aplicación trimestral ha mostrado un crecimiento notable en las últimas décadas, consolidándose como uno de los principales métodos de planificación familiar. En nuestro país, el 77.4% de las mujeres en edad fértil que se encuentran en una relación utilizan algún método anticonceptivo, siendo la inyección el más preferido, con un 17.1% de prevalencia. Sin embargo, estudios han señalado que el uso prolongado de anticonceptivos hormonales, como el acetato de medroxiprogesterona, podría provocar atrofia endometrial y de la mucosa vaginal, lo que, a largo plazo, podría tener un impacto en el comportamiento sexual de la mujer y, en casos severos, disminuir el deseo sexual.

En cuanto a las características de las participantes, se observó que el grupo etario predominante fue el de mujeres de entre 30 y 34 años (30.1%). Además, se destacó que la mayoría de las usuarias eran convivientes (50.4%), con un nivel educativo de secundaria completa (30.9%), procedentes de zonas urbanas (61.0%) y dedicadas principalmente a las labores del hogar (54.5%). Factores como la edad y la procedencia urbana podrían haber influido en una visión más liberal respecto a la sexualidad. De las participantes, el 36.6% (N = 45) iniciaron su vida sexual entre los 15 y 17 años, mientras que un 44.7% (N = 55) lo hicieron después de los 18 años. Iniciar la actividad sexual a temprana edad podría generar desequilibrios psicosomáticos que derivan en disfunción sexual y también favorecer el uso temprano de anticonceptivos hormonales.

En relación con las características gineco-obstétricas, se observó una correlación entre la paridad, el uso de acetato de medroxiprogesterona y la disminución del deseo sexual. Las mujeres multíparas (que han tenido varios hijos) representaron un 35.0% (N = 43), seguidas por las primíparas (que han tenido solo un hijo) con un 26.0% (N = 32). También se encontró que las usuarias con menor deseo sexual reportaron un periodo intergenésico (el tiempo entre el parto y el siguiente embarazo) de 2 años o más (64.2%, N =

79). Otro dato relevante fue que el 74.0% (N = 91) de las participantes tuvieron su menarquia (primer periodo menstrual) después de los 14 años, mientras que el 26.0% (N = 32) lo tuvieron antes de esa edad. En cuanto al número de parejas sexuales, la mayoría de las participantes (66.7%, N = 82) reportaron haber tenido entre 2 y 4 parejas, mientras que un 12.2% (N = 15) indicó haber tenido más de 5 parejas. No obstante, no se consideró la incidencia de enfermedades de transmisión sexual en este estudio.

En cuanto a los antecedentes de aborto, un 17.9% (N = 22) de las mujeres afirmaron haber tenido un aborto en algún momento de su vida. Por otro lado, la mayoría de las participantes (69.9%, N = 86) tuvo su primer embarazo después de los 18 años. También se destacó que el 43.1% (N = 53) de las participantes llevaba más de 3 años utilizando acetato de medroxiprogesterona. Este resultado podría explicarse por el efecto de las progestinas, que engrosan el moco cervical y afectan la lubricación de la mucosa vaginal, un hallazgo similar al de Atoche JM, quien en su estudio de cohorte con 216 pacientes encontró que el uso de acetato de medroxiprogesterona está asociado con un mayor riesgo de disfunción sexual.

En cuanto a la frecuencia del deseo sexual, los resultados obtenidos en este estudio muestran que el 7.3% (N = 9) de las usuarias reportaron tener deseo sexual diariamente, el 8.9% (N = 11) de manera interdiaria, el 26.0% (N = 32) semanalmente, el 32.5% (N = 40) quincenalmente, el 15.4% (N = 19) mensual, el 6.5% (N = 8) con una frecuencia de más de un mes, y el 3.3% (N = 4) indicaron que su deseo sexual estaba ausente.

Este estudio abre la puerta a futuras investigaciones más profundas que aborden diversos aspectos relacionados con la salud psicosocial y sexual de las mujeres, áreas que a menudo se ven desatendidas debido al tabú y la falta de discusión sobre estos temas en los medios de comunicación. La comprensión más amplia de estos factores puede mejorar el bienestar y la calidad de vida de las mujeres en relación con su salud sexual y reproductiva.

CONCLUSIONES

PRIMERO. - Se logró determinar que existe una relación estadísticamente significativa entre el uso del Acetato de Medroxiprogesterona y la disminución del deseo sexual en mujeres de 20 a 40 años que acuden al servicio de Planificación Familiar del Centro de Salud Supte San Jorge.

SEGUNDO. - Se encontró que el 43.1% de las usuarias del Acetato de Medroxiprogesterona tienen más de 3 años de uso del anticonceptivo trimestral.

TERCERO. - Se identificó que la frecuencia del deseo sexual tiende a ser cada vez más esporádica, siendo semanal en un 26.0%, quincenal en un 32.5% y mensual en un 15.4%.

CUARTO. - No se encontró significancia estadística respecto a las características sociodemográficas de las usuarias del Acetato de Medroxiprogesterona en relación con la disminución del deseo sexual.

QUINTO. - Se establecieron como principales características gineco-obstétricas asociadas al uso de acetato de medroxiprogesterona y la disminución del deseo sexual, la multiparidad (35.0%) y el periodo intergenésico mayor a 2 años (64.2%).

SEXTO. - Se identificaron los siguientes factores sexuales y reproductivos asociados al uso del acetato de medroxiprogesterona y la disminución del deseo sexual: menarquia mayor de 14 años (74.0%), inicio de relaciones sexuales mayor de 18 años (44.7%), tener de 2 a 4 parejas sexuales (66.7%), antecedentes de aborto (17.9%) y edad del primer embarazo mayor de 18 años (69.9%).

RECOMENDACIONES

1. Fomentar y llevar a cabo más estudios sobre la salud sexual, tanto en hombres como en mujeres, y el impacto que tiene el uso de ciertos anticonceptivos hormonales.
2. Sugerir el diseño de un programa para la detección temprana de la disminución del deseo sexual en mujeres, que se pueda implementar desde las entrevistas en consultas externas, con el fin de identificar precozmente el problema y ofrecer apoyo a través de consejería tanto para las usuarias como para sus parejas.
3. Realizar un monitoreo continuo sobre el conocimiento y las prácticas de prevención y educación en salud sexual y reproductiva llevadas a cabo por los profesionales de primer nivel de atención.
4. Mejorar las estrategias de concientización en diferentes etapas de la vida, promoviendo la realización de charlas educativas en escuelas y diversas organizaciones comunitarias.
5. Proponer la creación de un plan orientado al trabajo con la población masculina, con el objetivo de sensibilizarlos sobre los efectos secundarios del anticonceptivo y sobre la importancia de la salud sexual y reproductiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pure C, Munguía C, Acosta C, Borda C, Paico D, Suárez F et al. Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2020. [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2021. [Citado el 06 de julio 2022]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020>
2. Atoche JM. Acetato de medroxiprogesterona como factor de riesgo para la disfunción sexual femenina en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital Belén de Trujillo. [Tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020. [Citado el 19 de julio 2022]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6053>.
3. Salamanca JA. Relación entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales y el funcionamiento sexual en una muestra de mujeres colombianas sexualmente activas. [Tesis]. Bogotá: Fundación Universitaria Konrad Lorenz; 2019. [Citado el 19 de julio 2020]. Disponible en: <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/bitstream/handle/001/2218>.
4. Espitia-De La Hoz FJ. Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres, en 12 ciudades colombianas, 2009-2016. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [Internet]. 2018; 69 (1): 9-21. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog>.
5. World Health Organization. Developing sexual health programmes. RHR. 2010; 10(22): 3- 4
6. Silvani M, Mondaini N, Zucchi A. Androgen deprivation therapy (castration therapy) and pedophilia: What's new. Archivio italiano di Urología e Andrología 2015; 87 (3): 223
7. RANZCOG. Depot Medroxiprogesterona Acetate. C-Gyn. 2018 jul; 4: 4
8. Schivone G, Dorflinger L, Halpern V. Injectable Contraception: updates and innovation. Co Obygn. 2016; 28(6):504-506
9. Encuesta Demográfica de Salud y Familia 2000 – 2010.
10. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Perú -2004. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf
11. Villalona A et al. Impacto de la anticoncepción hormonal en la función sexual femenina en mujeres de edad reproductiva de la Universidad

- Iberoamericana, en el período septiembre 2020 - abril 2021 [Internet]. Santo Domingo: Universidad Iberoamericana (UNIBE); 2021 [citado el 17 de enero de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/handle/123456789/1096>
12. Espitia-De La Hoz FJ. Incidencia a un año de deseo sexual hipoactivo en mujeres que planifican con implante subdérmico de Levonorgestrel. Estudio de cohorte. Armenia, Colombia, 2014-2019. Rev. Colombi Obstet Ginecol. [Internet]. 2021; 72 (1): 33–42. [Citado el 19 de julio 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8372765/>
 13. Minguier MB, Guangqing MB, Jiajun MB, Yingxiong MB y Pei MD. Is There an Association Between Contraception and Sexual Dysfunction in Women? A Systematic Review and Meta-analysis Based on Female Sexual Function Index. J Sex Med. [Internet]. 2020; 17:1942e1955. [Citado el 19 de julio 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/>
 14. Palacios S, Lilue M. Función sexual femenina y anticoncepción hormonal. Ginecol Obstet Mex. 2020;88 (Supl 1): S178-S188. <https://doi.org/10.24245/gom.v88iSupl1.3857>
 15. De La Hoz F. Métodos anticonceptivos: Tasa de prevalencia y caracterización en mujeres del Eje Cafetero, Colombia, 2016-2019 | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 2022 [citado 7 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe>
 16. Hurtado-Murillo F, Sánchez R, Orenga BJ, Donat F, Perpiñá J, Salvador I et al. Estudio sobre el efecto del uso de anticonceptivos hormonales en el deseo sexual de las mujeres. Revista de sexología. [Internet]. 2020; 9 (2): 9-30. [Citado el 19 de julio 2022]. Disponible en: <https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD77227.pdf>
 17. L C. Reacciones adversas del acetato de medroxiprogesterona en usuarias de edad fértil atendidas en el puesto de salud Porcón alto, 2021 [Tesis de pregrado], editor. Huancayo: universidad Roosevelt; 2021.
 18. L C. Relación que existe entre el tiempo de uso del acetato de medroxiprogesterona y los efectos secundarios en las usuarias atendidas en el Puesto de Salud de la Venta – 2020 [Tesis de pregrado], editor. Ica:

Universidad Autónoma de Ica; 2021.

19. Goodman & Gilman. Manual de Farmacología y Terapéutica. 2nd ed. México: Mc Graw Hill Interamericana S.A.; 2015.
20. Atoche JM. Acetato de medroxiprogesterona como factor de riesgo para la disfunción sexual femenina en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital Belén de Trujillo. [Tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020. [Citado el 19 de julio 2022]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6053/1/>
21. Clares L "tiempo de uso del acetato de medroxiprogesterona y efectos secundarios en usuarias atendidas en el Puesto de Salud de La Venta– 2020." (2021).
22. United Nations Population Fund. Family planning. [Sitio en Internet]. Consultado 12 de abril del 2018. Disponible en: <https://www.unfpa.org/family-planning>
23. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Adolescent pregnancy, contraception, and sexual activity. EE.UU. Committee Opinion 2017: 699.
24. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5ta ed. Ginebra: World Health Organization; Suecia. 2015.
25. Raymond C, Barskyb J. Respuesta sexual normal en la mujer, 2006; 33: 515 –526
26. Sierra J, Vallejo P, Santos P y Lameiras M. Validación del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) en población española, 2011.
27. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). Trends in Contraceptive Use Worldwide. New York, 2015. (ST/ESA/SER.A/349).
28. Rabab S. Hassan M, Eman M, Eraky D, Abeer M, Abou K. Study the Effect of Hormonal Contraceptive Methods on Female Sexual Function. Egipto. Med. J. Cairo Univ. 2015; 83(1):115-120.
29. Payne J. progestogen –only Injectable Contraceptives. [Sitio en internet]: Consultado 12 de abril del 2018. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693414001035>
30. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Perú: Encuesta

- Demográfica y de Salud Familiar 2016 - Nacional y Regional. Lima: ENDES; 2016.
31. Quesada M. Anticoncepción solo de gestágeno. PROSEGO. Protocolos Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Anticoncepción sólo con gestágeno. Alicante, España; 2012.
 32. Fondo de Población de Naciones Unidas – UNFPA y del equipo técnico de la ONG Reprolatina. Guías en Salud Sexual y Reproductiva: Manual.
 33. Kaunitz AM. Depot medroxyprogesterone acetate for contraception. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on May 24, 2017.). Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/depot-medroxyprogesterone-acetatefor-contraception>
 34. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA) y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) del Ministerio de Salud de la Nación. Métodos anticonceptivos - Guía para profesionales de la salud. Buenos Aires, Argentina; 2012.
 35. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamécum. Edición 2015. Acetato de medroxiprogesterona. España. (Actualizado enero 2015; consultado 17 de diciembre 2016). Disponible en: <http://pediamecum.es/acetato-de-medroxiprogesterona/>
 36. Pellejero L., Torres B., La educación de la sexualidad: el sexo y el género en los libros de texto de Educación Primaria. Universidad Pública de Navarra. Rev. De Educ. [Internet]. 2011 [25 de noviembre 2016]; 354. 399-427. Disponible en: http://www.revistaeducacion.educacion.es/re354/re354_16.pdf
 37. World Health Organization. Sexual and reproductive health. Ginebra. Suiza. [Sitio en internet] consultado: 14 de abril del 2018. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
 38. Ahumada S, Lüttges C, Molina T, Torres S. Satisfacción sexual: revisión de los factores individuales y de pareja relacionados. Rev. Hosp Clín Univ. Chile. 2014; 25: 278-84.
 39. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamécum. Edición 2015. Acetato de medroxiprogesterona. España. (Actualizado enero 2015; consultado 17 de diciembre 2016). Disponible

en: <http://pediamecum.es/acetato-de-medroxiprogesterona/>

40. Herms E. La relación de pareja como factor etiológico del deseo sexual hipoactivo. En V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina: UBA; 2013.
41. Alcántara A, Sánchez CI. Disfunción sexual femenina: opciones de tratamiento farmacológico. *Semergen*. España. 2016; 42(5): e33-e37.
42. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Trastorno del deseo sexual hipoactivo (TDSH) femenino. España. 2014; 38(370):3-10.
43. Cabello F, Palacios S. Actualización sobre el trastorno del deseo sexual hipoactivo Femenino. España. *Prog Obstet Ginecol*. 2012; 55(6):289—295.
44. Kingsberg Sha y Woodard T. Female Sexual Dysfunction. *EE.UU. Obstet Gynecol* 2015; 125:477-86.
45. Artículo modificado de: Monroy (1990) Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://portalacademico.cch.unam.mx/repositorio-de-sitios/experimentales/psicologia2/pscll/MD2/MD2-L/ERO/respuesta%20sexual%20humana.pdf>

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Morales N. Uso del acetato de medroxiprogesterona y la disminución del deseo sexual en mujeres de 20 a 40 años que acuden al servicio de planificación familiar del Centro de Salud Supte San Jorge 2024 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025 [Consultado]. Disponible en: <http://...>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE PROYECTO DE TESIS

TÍTULO: “USO DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA Y LA DISMINUCIÓN DEL DESEO SEXUAL EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD SUPTE SAN JORGE 2024”

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	POBLACION /MUESTRA	DISEÑO METODOLOGICO	INSTRUMENTOS RECOLECCION DE DATOS
¿Cuál es la relación entre el uso del acetato de medroxiprogesterona y la disminución del deseo sexual en mujeres de 20 a 40 años de edad que acuden al servicio de planificación familiar del Centro de Salud Supte San Jorge de marzo a mayo 2024?	<p>GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre el uso del acetato de medroxiprogesterona y la disminución del deseo sexual en mujeres de 20 a 40 años de edad que acuden al servicio de planificación familiar del Centro de Salud Supte San Jorge de marzo a mayo 2024</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>*Identificar la frecuencia del deseo sexual entre las mujeres de 20 a 40 años de edad, que usan el Acetato de</p>	<p>GENERAL</p> <p>H1: Existe relación entre el uso del acetato de medroxiprogesterona y la disminución del deseo sexual en mujeres de 20 a 40 años que acuden al servicio de planificación familiar del Centro de Salud Supte San Jorge de marzo a mayo 2024.</p> <p>H0: No existe relación entre el uso del acetato de medroxiprogesterona y la disminución del deseo sexual en</p>	<p>2.5.1. Variable Dependiente</p> <p>Acetato de Medroxiprogesterona</p> <p>2.5.2. Variable Independiente</p> <p>Disminución del deseo sexual</p>	<p>LA POBLACIÓN DE ESTUDIO:</p> <p>La población o universo estará conformada por todas las usuarias de acetato de medroxiprogesterona nuevas y continuadoras atendidas en el al servicio de planificación familiar del Centro de Salud Supte San Jorge de marzo a mayo 2024.</p> <p>MUESTRA</p> <p>Para determinar el tamaño de la muestra requerida para la</p>	<p>TIPO Y NIVEL DE INV.</p> <p>3.1.1. Enfoque:</p> <p>El trabajo de investigación tiene un enfoque cuantitativo porque la información que se recolecta será analizada mediante el uso de la estadística descriptiva e inferencial para la comprobación de la hipótesis.</p> <p>3.1.2. Alcance o Nivel</p> <p>La investigación tiene un Nivel III, o</p>	<p>TÉCNICA:</p> <p>La muestra serán las usuarias que ya están usando (expuestas) el método hormonal de acetato de medroxiprogesterona, a quienes se les aplicará un cuestionario en una entrevista, con consentimiento informado y firmado, autorizando su participación voluntaria. La recolección de datos tomará una duración aproximada de 15 minutos por persona. Lo mismo se aplicará</p>

<p>Medroxiprogesteron a.</p> <p>*Identificar las características sociodemográficas de mujeres de 20 a 40 años de edad, que usan el Acetato de Medroxiprogesteron a.</p> <p>*Identificar las características Gineco obstétricos de mujeres de 20 a 40 años de edad, que usan el Acetato de Medroxiprogesteron a.</p> <p>*Identificar las características sexuales y reproductivas de mujeres de 20 a 40 años de edad, que usan el Acetato de Medroxiprogesteron a.</p>	<p>mujeres de 20 a 40 años que acuden al servicio de planificación familiar del Centro de Salud Supte San Jorge de marzo a mayo 2024.</p>	<p>investigación, se calculó mediante la fórmula teniendo en cuenta la población de mujeres de 20 a 40 años que acuden al servicio de Planificación Familiar en el Centro de Salud Supte San Jorge, con una confiabilidad del 95% y un nivel de precisión del 5%.</p>	<p>también conocido a las usuarias de como el Nivel otro método Relacional. Los anticonceptivo no niveles hormonal (no relacionales expuesto).</p> <p>buscan las relaciones o INSTRUMENTO: Para la recolección de datos consta de 15 preguntas, de los cuales 5 son de características sociodemográficas, 2 corresponden a características Gineco Obstétricos, 5 pertenecen a características Sexuales y Reproductivos, 2 al método anticonceptivo y 1 al deseo sexual. Para el análisis de los datos se utilizaron los Software estadísticos SPSS v.23</p>
---	---	---	--

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La usuaria deja constancia de haber sido informada a satisfacción sobre el presente estudio, tanto en sus objetivos como en el propósito y alcance de dicha investigación, Para lo cual se respetará el anonimato de la identidad personal, la disponibilidad del tiempo, entre otros, otorgando por lo tanto el consentimiento informado para participar en forma totalmente voluntaria.

Asimismo, se ha hecho de conocimiento que es potestad de la usuaria interrumpir o retirarse del proceso de investigación si no estuviera conforme.

En tal sentido, se avala el presente documento con mi firma y rúbrica.

Tingo María, junio 2024

USUARIA

ANEXO 3

ENCUESTA

“USO DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA Y LA DISMINUCION DEL DESEO SEXUAL EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD SUPTE SAN JORGE 2024”.

Fecha: / /

Características Sociodemográficas:

1.- Edad

20 - 24 () 25 - 29 () 30 - 34 () 35 - 40 ()

2.- Grado de Instrucción

Sin instrucción () Inicial () Primaria Completa () Primaria Incompleta ()
Superior Completa () Superior Incompleta () Superior no Universitario ()
Superior Universitario ()

3.- Estado Civil

Soltera () Casada () Conviviente () Separada ()

4.- Ocupación

Estudiante () Ama de casa () Trabajador independiente () Trabajador dependiente ()

5.- Lugar de Procedencia

Rural () Urbano ()

Características Gineco Obstétricas:

6.- Paridad

Nulípara () Primípara () Multípara () Gran Multípara ()

7.- Periodo Intergenésico

< 2 años () Mayor o igual a 2 años () Ninguna ()

Características Sexuales y Reproductivos:

8.- Menarquía

Menor o igual a 14 años () Mayor a 14 años ()

9.- Inicio de sus Relaciones Sexuales

De 12 a 14 años () De 15 a 17 años () Mayor o igual a 18 años ()

10.- Número de Parejas Sexuales

Una Pareja () 2 a 4 parejas () 5 a más parejas ()

11.- Antecedentes de Aborto

Si () No ()

12.- Edad del Primer Embarazo

No embarazo () 12 a 14 años () 15 a 17 años () mayor o igual a 18 años ()

Método Anticonceptivo en Uso:

13.- Usuaría nueva o continuadora del acetato de medroxiprogesterona (inyectable trimestral)

Nueva () Continuadora ()

14.- ¿Qué tiempo usa el acetato de medroxiprogesterona?

< 3 meses () 6 meses a 1 año () 1 año a 2 años () > 3 años ()

15.- ¿Con qué frecuencia tiene deseo sexual?

Diario () Inter diario () Semanal () Quincenal () Mensual () Ausente ()