

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



**“DESEO SEXUAL INHIBIDO EN MUJERES USUARIAS DE ACETATO
DE MEDROXIPROGESTERONA EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA NOVIEMBRE, DICIEMBRE
AREQUIPA 2015”**

Tesis presentada por:

BACHILLER: LEÓN MEZA, CYNTHIA EDITH

BACHILLER: LLAMAS ROZAS, GERALDINE ANNIE

Para optar el título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AREQUIPA - PERÚ

2016

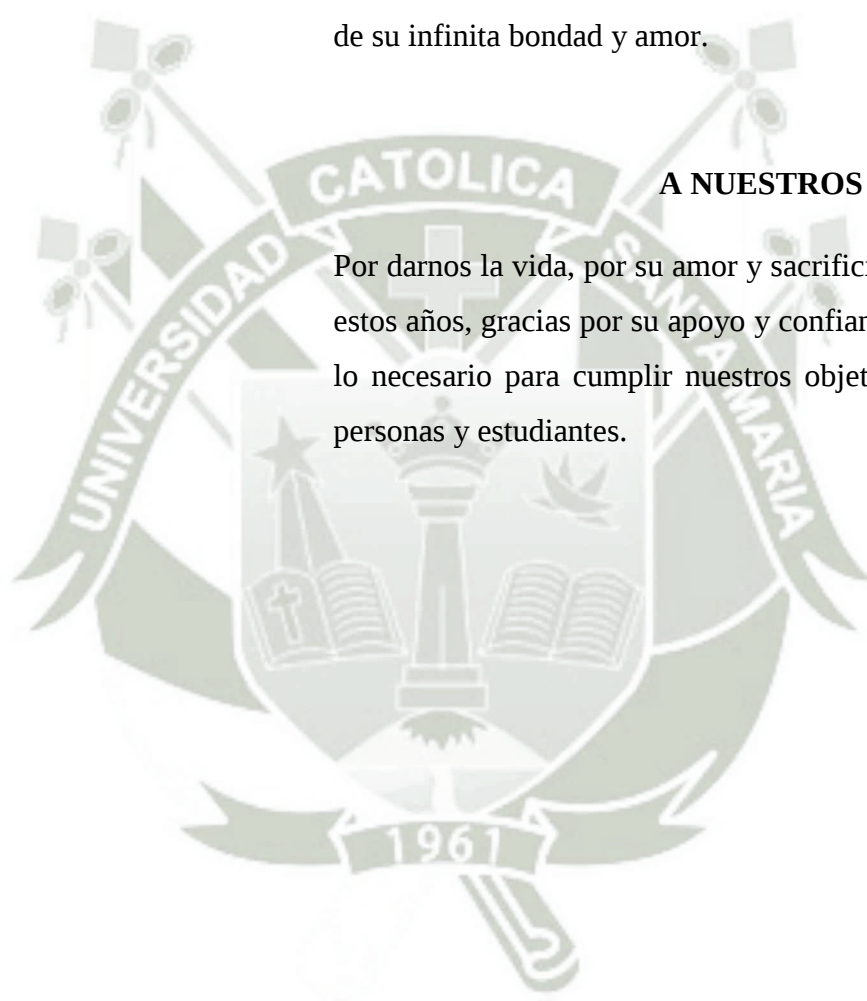
DEDICATORIA

A DIOS,

Por habernos permitido llegar hasta este punto y darnos salud para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A NUESTROS PADRES,

Por darnos la vida, por su amor y sacrificio en todos estos años, gracias por su apoyo y confianza en todo lo necesario para cumplir nuestros objetivos como personas y estudiantes.



INDICE GENERAL

RESUMEN	01
ABSTRACT	03
INTRODUCCION	05
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEORICO	07
1. Problema	07
2. Objetivos	12
3. Marco Teórico	13
4. Hipótesis	46
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	47
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación	47
2. Campo de verificación	48
3. Estrategia de recolección	51
4. Estrategia de manejo de resultados	53
CAPITULO III: RESULTADOS	54
DISCUSION	76
CONCLUSIONES	79
RECOMENDACIONES	80
BIBLIOGRAFIA	81
HEMEROGRAFIA	82
WEBGRAFIA	82
ANEXOS	
• Anexo N° 1: Ubicación espacial	85
• Anexo N° 2: Consentimiento informado	86
• Anexo N° 3: Ficha de Evaluación	87
• Anexo N° 04: Base de datos Excel	91

RESUMEN

Acetato de Medroxiprogesterona, estructuralmente relacionado con la hormona endógena progesterona, es el principal agente inhibidor de la ovulación, impidiendo la implantación e incrementan la viscosidad de la mucosa cervical.

El deseo sexual habla de tres componentes: componente biológico, mediado por el sistema neuroendocrino, ya que los estrógenos y la testosterona son las principales hormonas sexuales femeninas siendo su antagonista la progesterona; además el componente social y componente individual/interpersonal.

Objetivos: Identificar los factores socioculturales de las mujeres en edad fértil, determinar cómo es el deseo sexual (DS) en las mujeres que usan el Método Hormonal Inyectable Trimestral, determinar el DS en mujeres en edad fértil que no usan el Método Anticonceptivo Hormonal Inyectable Trimestral y comparar el nivel de deseo sexual inhibido (DSH) en mujeres en edad fértil que utilizan el método anticonceptivo Hormonal Inyectable Trimestral y de las que no utilizan ningún método hormonal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola.

Material y métodos: Estudio explicativo prospectivo, transversal, para el estudio de 98 participantes en el centro de salud Maritza Campos Díaz –Zamácola en los meses Noviembre – Diciembre 2015, se aplicó una encuesta a las usuarias que actualmente utilizan el método anticonceptivo hormonal inyectable (Acetato de Medroxiprogesterona) y a las que no utilizan ningún método hormonal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola.

Resultados: En las mujeres en edad fértil se encuentran en un rango de edad de 26 – 35 años en un 48%, con un grado de instrucción de nivel secundario en un 66,3%, siendo casadas en 68,4%, y teniendo una ocupación de amas de casa en un 42,9%.

Además se observó que de 49 casos de las usuarias del Método Inyectable de depósito Trimestral el 38,8% de las mujeres padecen de Deseo Sexual Inhibido y de 49 controles el 14,3% de ellas, que no utilizan ningún método hormonal padecen de Deseo Sexual Inhibido.

Además se evidencia Improbable DSH de las usuarias del Método Inyectable de depósito Trimestral en un 28,6% frente al 46,9% de ellas que no utilizan ningún método hormonal, este dato resulto ser estadística significativa. ($P < 0,05$).

Conclusiones: En la mayoría de mujeres se encuentran entre 26 a 35 años, tiene grado de instrucción secundaria, son casadas y son amas de casa.

Se encontró que las mujeres que usan el método anticonceptivo hormonal Inyectable Trimestral padecen del DSH y en comparación a lo que se encontró en las mujeres en edad fértil que no utilizan ningún método hormonal el padecimiento de DSH fue mínimo.

Según la prueba estadística se encontró que el DSH en las mujeres que usan y no usan el método anticonceptivo Hormonal Inyectable Trimestral presentaron características significativas.

Palabras clave:

Acetato de Medroxiprogesterona, mujeres en edad fértil y deseo sexual.

ABSTRACT

Medroxyprogesterone acetate, structurally related to the endogenous hormone progesterone, is the principal agent inhibitory ovulation, preventing implantation and increase the viscosity of the cervical mucus.

Sexual desire speaking of three components: biological component, mediated by the neuroendocrine system, since estrogen and testosterone are the main female sex hormones progesterone antagonist being his; also the social component and personal / interpersonal component.

Objectives: Identify the sociocultural factors of women of childbearing age, determine how sexual desire (DS) in women using the hormonal method Inyectable Quarterly, determine the DS in women of childbearing age who do not use hormonal contraceptive method Inyectable Quarterly and compare the level of inhibited sexual desire (HSD) in women of childbearing age use contraception hormonal Injection Quarterly and not using any hormonal method in the Health Center Maritza Campos Diaz - Zamácola.

Methods: A prospective comparative study, cross-sectional study for 98 participants in the health center Maritza Campos Diaz-Zamácola, a survey of users currently using injectable hormonal contraceptive (medroxyprogesterone acetate) and applied to They do not use any hormonal method Health Center Maritza Campos Diaz - Zamácola.

Results: In women of childbearing age they are at an age range of 26-35 years 48%, with a degree of instruction in secondary level 66.3%, being married to 68.4%, and having an occupation housewives 42.9%.

It was further noted that 49 cases of users of deposit Quarterly Injection Method 38.8% of women suffer Inhibited Sexual Desire and 49 controls 14.3% of them using no hormonal method suffer from Desire Inhibited sexual.

Unlikely DSH addition of users of deposit Quarterly Injection Method evidenced by 28.6% compared to 46.9% of them do not use any hormonal method, this information proved to be statistically significant. ($P < 0.05$).

Conclusions: In most women are between 26-35 years have high school degree, are married and are housewives.

It was found that women who use injectable hormonal contraceptive Quarterly suffer from DSH and compared to what was found in women of childbearing age who do not use any hormonal method the condition of DSH was minimal.

According to the statistical test it found that the DSH in women who use and do not use contraception Hormonal Inyectable Quarterly showed significant characteristics.

Keywords:

Medroxyprogesterone Acetate, women of childbearing age and sexual desire.



I INTRODUCCION

La Anticoncepción, representa un derecho que todas y todos son libres de elegir el número de hijos que desean tener; sin perder el disfrute que causa las relaciones coitales.

Los Métodos Anticonceptivos Hormonales, son de mayor uso en nuestro país, y a nivel mundial por su eficiente tasa de falla y sus distintas presentaciones que ofrece el Ministerio de Salud.

Si bien es cierto, es un gran logro al aumentar el porcentaje de mujeres protegidas año a año. Pero su discontinuación o cambio de método aumenta diariamente porque no se realizó la correcta consejería en efectos secundarios que ofrecía estos métodos a las usuarias; este problema se da con mayor frecuencia por los Anticonceptivos Hormonales Inyectables Trimestrales.

Adicionalmente, de evidenciar en las usuarias de inyectables trimestrales el DSH se encuentra disminuido a consecuencia del método en casi la totalidad de usuarias, por ende nuestro presente trabajo busca que la atención de la salud sexual y reproductiva de las peruanas y peruanos, incluya la información adecuada en los servicios de planificación familiar, donde no se reconozca como una intervención clave para mejorar la salud de las mujeres en edad fértil y de sus parejas, sino también como un derecho humano.

Se trata de que las mujeres y hombres tengan acceso a la información adecuada y servicios de la más amplia variedad para hacer uso de sus derechos a la planificación familiar y regular su fecundidad de acuerdo a sus ideales reproductivos, además del goce pleno de la sexualidad de la pareja.

Este trabajo busca identificar los factores socioculturales de las usuarias de Métodos Anticonceptivos Hormonales Inyectables Trimestrales, determinar cómo interviene en el deseo sexual el uso de Métodos Hormonales Inyectables Trimestrales, determinar el deseo sexual en mujeres en edad fértil que no usan el Método Anticonceptivo Hormonal Inyectable Trimestral y comparar el nivel de deseo sexual en mujeres en edad fértil que utilizan el método anticonceptivo

Hormonal Inyectable Trimestral y de las que no utilizan ningún método hormonal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola, para así poder brindar a las parejas calidad de vida y calidad de goce en la salud sexual y la reproductiva.



CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

“Deseo sexual en mujeres usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola Noviembre, Diciembre Arequipa 2015”

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

a) ÁREA DEL CONOCIMIENTO:

- ÁREA GENERAL: Ciencias de la Salud
- ÁREA ESPECÍFICA: Salud Sexual y Reproductiva
- LÍNEA: Planificación Familiar

b) ANÁLISIS Y OPERALIZACION DE LAS VARIABLES:

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIAS
VARIABLE INDEPENDIENTE USO DE ANTICONCEPTIVOS	Acetato de Medroxiprogesterona	• Usa • No usa
VARIABLE DEPENDIENTE DESEO SEXUAL	Comportamiento Sexual	• Menor de 90 (Improbable DSH) • Entre 91 – 120 (Mínima alteración del DS) • Entre 121 – 140 (Moderada alteración del DS) • Mayor de 141 (Padece DSH)
VARIABLE INTERVINIENTE	Edad	• 18 – 25 • 26 – 35 • 36 a mas
	Grado de Instrucción	• Primaria completa • Secundaria completa • Técnico universitario • Superior universitario
	Estado civil	• Soltero • Conviviente • Casado

VARIABLE INTERVINIENTE	Ocupación	• Ama de casa • Trabajadora Eventual • Trabajadora Independiente • Trabajadora Dependiente • Estudiante
	Edad de Inicio de Relaciones Sexuales	• Menor 14 años • 15 – 20 años • 21 a mas
	Número de parejas sexuales	• 1 • 2 • Mayor de 2
	Paridad	• 1 hijo vivo • 2 hijos vivos • 3 o más hijos vivos
	Tiempo de convivencia con la pareja	• 1 - 5 años • 6 – 10 años • 11- 15 años • 16 – 20 años • 21 a mas

c) INTERROGANTES BÁSICAS

1. ¿Cuáles son los factores socioculturales de las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola?
2. ¿Cómo es el deseo sexual en las mujeres que usan el Método Anticonceptivo Hormonal Inyectable Trimestral en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola?
3. ¿Cómo es el deseo sexual en mujeres en edad fértil que no usen el Método Anticonceptivo Hormonal Inyectable Trimestral en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola?
4. ¿Existe diferencia del nivel de deseo sexual en mujeres en edad fértil que utilizan el método anticonceptivo Hormonal Inyectable Trimestral y de las que no utilizan ningún método hormonal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola?

d) TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo es un estudio de campo.

e) NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio explicativo, comparativo.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El estudio de la prevalencia de la anticoncepción es de particular importancia, no solo porque es el determinante próximo primordial de la fecundación, sino por la utilización práctica de los programas de planificación familiar.

En este sentido “conocer un método” no significa necesariamente que la mujer tenga un adecuado nivel de información.

Sin embargo, año a año la tasa de discontinuidad de los métodos anticonceptivos y el cambio método aumenta considerablemente 6.1% ya sea por efectos secundarios no explicados en consejerías o por razones de salud.

Las razones que llevaron a las mujeres a suspender el uso de métodos, considerando su representativa experiencia en los últimos cinco años de su uso fue, 56.9% abandono de método hormonal inyectable por efectos secundarios como son aumento de peso, cefalea, amenorrea, tendencia al mal genio, irritabilidad, sin embargo el 46.5% indico no haber recibido consejería en que su uso provocaría pérdida del deseo sexual.

A pesar de ello, las mujeres que no usan ningún método anticonceptivo expresaron su intención de usar a futuro los Métodos Anticonceptivos Hormonales Inyectables en un 33.8%; siendo el más preferido.

Es por ello, que es necesario adquirir más información de los posibles efectos secundarios que altera a la vida sexual en pareja.

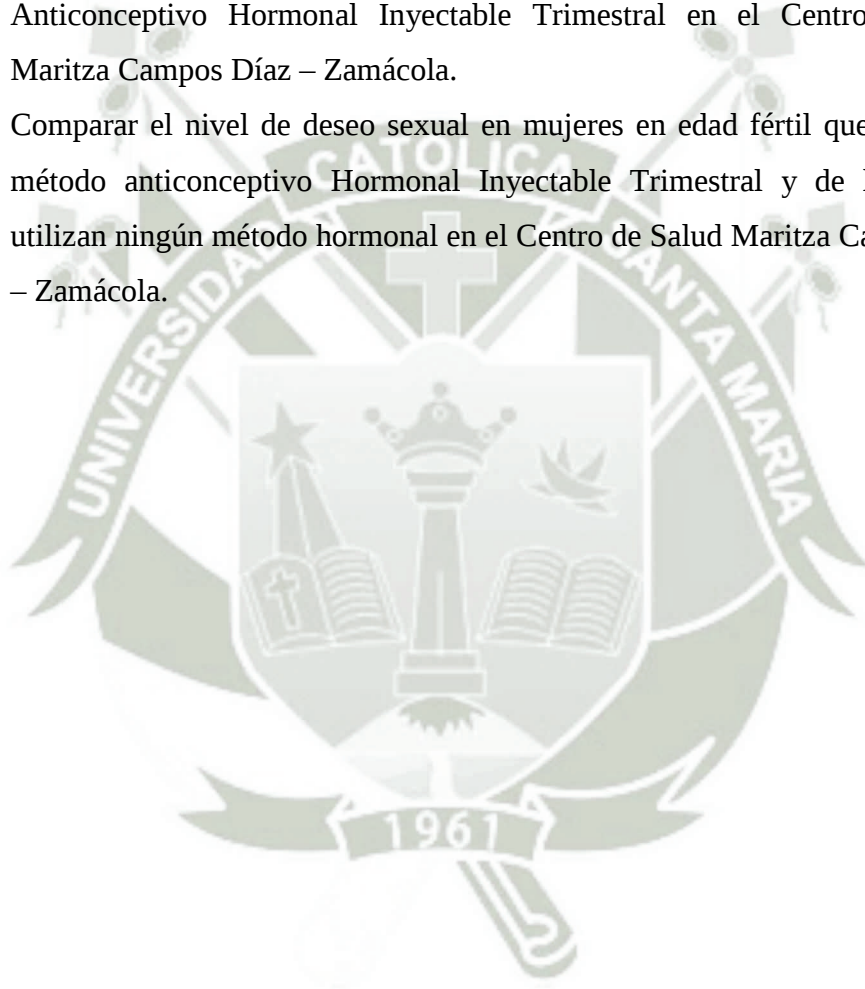
– **FACTIBILIDAD:** Es preciso mencionar que gracias al tiempo de prácticas pre profesionales que realizamos durante el internado, evidenciamos la discontinuidad y cambio de método anticonceptivo de las usuarias debido a los diversos efectos secundarios producidos gracias al uso de los Métodos Anticonceptivos Hormonales Inyectables.

– **RELEVANCIA CIENTÍFICA:** Los estrógenos influyen de manera importante en la función sexual de la mujer, esta hormona va acompañada de la testosterona la cual es encargada de la excitación sexual, sensibilidad de genitales, libido y el orgasmo, siendo su antagonista la progesterona cuyo incremento daría como resultado la disminución de ambos; causaría la pérdida y disfunción sexual relacionada a coito doloroso y dificultad de lograr el orgasmo.

– **RELEVANCIA SOCIAL:** En nuestras competencias como futuras profesionales de Obstetricia y Puericultura es velar por la salud sexual y reproductiva en mujeres en edad fértil. Por ende este trabajo brinda un soporte primordial en la satisfacción sexual de la pareja.

2. OBJETIVOS:

1. Identificar los factores socioculturales de las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola.
2. Determinar cómo es el deseo sexual en las mujeres que usan el Método Anticonceptivo Hormonal Inyectable Trimestral en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola.
3. Determinar el deseo sexual en mujeres en edad fértil que no usan el Método Anticonceptivo Hormonal Inyectable Trimestral en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola.
4. Comparar el nivel de deseo sexual en mujeres en edad fértil que utilizan el método anticonceptivo Hormonal Inyectable Trimestral y de las que no utilizan ningún método hormonal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola.



3. MARCO TEÓRICO

3.1 MARCO CONCEPTUAL

3.1.1 ANTICONCEPCIÓN

La anticoncepción es la prevención del embarazo utilizando métodos de forma transitoria y recuperando la fertilidad al dejar de usarlos. Por el contrario, la esterilización es un método definitivo para evitar el embarazo.

Hay diferentes métodos anticonceptivos y cada mujer, después de conocerlos, ha de elegir el que mejor se le adapte bajo la dirección médica. (18)

- MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

• MÉTODOS DE BARRERA

Preservativo Masculino

Preservativo Femenino

• MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA

Ritmo, Orgino-Knaus o del Calendario

Billings o Moco Cervical

Método de los días fijos o collar

• MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA O AMENORREA

• ANTICONCEPTIVOS ORALES

Anticonceptivos Orales Combinados (AOC)

Anticonceptivos orales de solo Progestágeno

• IMPLANTES

• DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

Dispositivo Intrauterino liberador de cobre

Dispositivo Intrauterino liberador de progestágenos

• ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA

Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina

-Ligadura de Trompas

Anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina

-Vasectomía

- **INYECTABLES**

Inyectables de solo progestágeno

Inyectables combinados

3.1.1.1 ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Son medicamentos compuestos por dos hormonas distintas, estrógenos y progestágenos, que lo que hacen es modificar el funcionamiento normal del ovario impidiendo la ovulación aparte de otras modificaciones del aparato reproductor femenino.

Desde su descubrimiento se han ido modificando los fármacos utilizados, disminuyendo las dosis de los mismos, las formas de presentación, las pautas y vías de administración con el propósito de disminuir los efectos colaterales perjudiciales.

A. MECANISMOS DE ACCIÓN DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.

La acción de los AH se ejerce a dos niveles:

Acción sobre el eje hipotálamo hipofisario. Se inhibe la secreción de gonadotrofinas y por tanto de la ovulación. Los estrógenos inhiben la secreción de FSH, en consecuencia impide la aparición de un folículo dominante y los progestágenos inhiben el pico de la LH. Cuando se reduce la dosis estrogénica se produce un cierto desarrollo folicular pero la ovulación no se desencadena al no producirse el pico de la LH por la acción del progestágenos.

Acción periférica. Los estrógenos cumplen 2 objetivos: proporcionar estabilidad al endometrio con el fin de reducir al mínimo la menstruación irregular y la hemorragia intermenstrual, siendo su presencia necesaria para potenciar la acción de los progestágenos (aumenta la concentración de receptores progestacionales intracelulares). Esta última acción ha permitido la reducción de la dosis de progestágeno.

El efecto del progestágeno prevalece sobre el efecto de los estrógenos, el endometrio, el moco cervical y quizá la función tubárica refleja la estimulación progestacional:

- Acción sobre el moco cervical. La cantidad y calidad se altera produciéndose un espesamiento que dificulta el ascenso de los espermatozoides.
- Acción sobre el endometrio. Se vuelve atrófico, no siendo receptivo para la implantación.
- Acción sobre las trompas. Se altera la secreción y motilidad por acción del progestágenos.

B. PRINCIPIOS ACTIVOS, FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA EN FUNCIÓN A LAS DISTINTAS VÍAS DE ADMINISTRACIÓN.

-PROGESTÁGENOS SINTÉTICOS

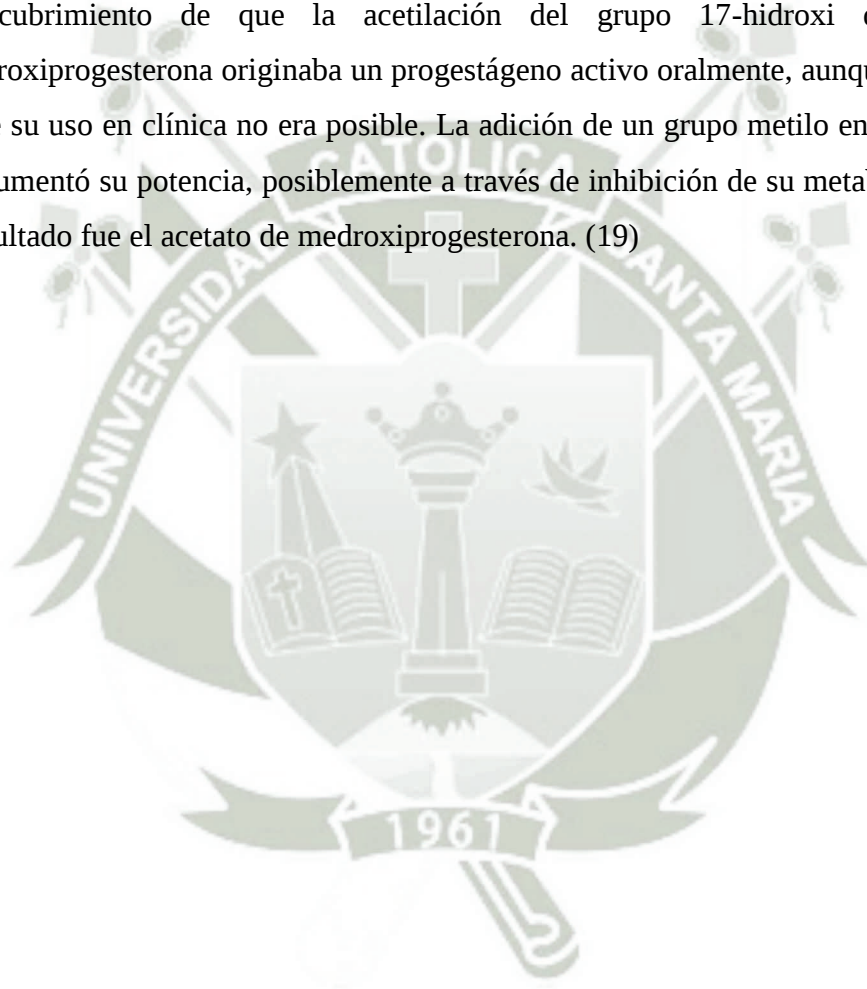
Dos grupos aparecen disponibles en la actualidad: derivados de la testosterona y de la progesterona.

Los derivados de la testosterona surgen de experiencias antiguas, donde fue evidente que la manipulación de andrógenos originaba sustancias con afinidad variable sobre los receptores de progesterona. En 1951, se sintetizó a partir de la etisterona un derivado activo por vía oral, la noretisterona, sustancia base de este grupo, también llamada noretindrona (17-alfa-etinil-19-nortestosterona).

Se trata de una sustancia originada tras la eliminación del carbono 19 de la etisterona y la adición de un grupo etinil en el carbono 17 en posición alfa. Luego apareció el norgestrel, del cual se aisló su isómero levógiro, el levonorgestrel, que es en realidad el componente activo, muy usado como progestágeno en diversos preparados de AHO.

Todos estos progestágenos mantienen cierta afinidad por los receptores androgénicos.

Este detalle es importante por sus potenciales. 5 cosméticos, que en realidad son despreciables a las dosis usadas, y sobre todo por los metabólicos, pues interfieren en el metabolismo lipoproteico. Aumento de colesterol total, descensos de la lipoproteína de alta densidad (HDL), y ascensos de la de baja densidad (LDL), definen el sentido del cambio instaurado. La mayoría de las virtudes de los derivados de la noretisterona provienen de su capacidad para convertirse al compuesto original, la noretisterona, una vez sometidos al metabolismo del organismo. Los derivados de la progesterona tienen su origen en el descubrimiento de que la acetilación del grupo 17-hidroxi de la 17-hidroxiprogesterona originaba un progestágeno activo oralmente, aunque tan débil que su uso en clínica no era posible. La adición de un grupo metilo en el carbono 6 aumentó su potencia, posiblemente a través de inhibición de su metabolismo. El resultado fue el acetato de medroxiprogesterona. (19)



*** TABLA N°1: GESTÁGENOS: CLASIFICACIÓN Y USO CLÍNICO.**

Origen	Precursores	Segunda Generación	Tercera Generación	Otros
Derivados de la Testosterona	- 19 - nortestosterona - Etisterona	- 13 etil gonanos - Noretindrona - Noretinodrel - Acetato Noretindrona - Linestrol		
		- 13 etil gonanos - Norgestrel - Levornogestrel	- Norsgestimat - Gestodreno - Desogestrel	
Derivados de la progesterona	17 -hidroprogesterona	- Acetato de medroxiprogeste rona - Acetato deciproterona - Acetato clormaldidona		
Similares a la espirolactona				Drospirenona
Otros				Dianogest trimesgestona

Fuente: Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital universitario Virgen de las Nieves Granada 2009. Tatiana B. Guerrero Sáez

C. CLASIFICACIÓN DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES INYECTABLES

Inyectables Trimestrales

Progestágenos (Derivados de la 19 nortestosterona).

a) Primera Generación:

- Noretisterona (noretindrona) puede administrarse por vía oral (como acetato) o por vía intramuscular (como enantato).
- Linestrenol, es una prodroga que se debe metabolizar a noretisterona, que es la forma biológicamente activa de los progestágenos derivados del estrano.

b) Segunda generación:

- Norgestrel: Es una mezcla de moléculas en rotación hacia la izquierda (levorrotación=levonorgestrel) y en espejo hacia la derecha. Solamente el levonorgestrel tiene actividad biológica. Es el progestágeno más utilizado en anticoncepción, no sólo en orales sino en dispositivos intrauterinos, implantes, etc

c) Tercera generación:

- Desogestrel: Se utiliza en combinación con etinilestradiol.
- Norgestimato : Se utiliza en combinación con etinilestradiol
- Gestodeno: Es el gonano de descubrimiento más reciente y es activo por sí mismo (no necesita metabolizarse previamente para activarse). **Tabla N°1.**

Este gestágeno, a diferencia de los otros, posee efecto antimineralocorticoide (inhibición de la aldosterona) por lo cual la incidencia de edemas y de hipertensión arterial es menor.

3.1.1.1.1 INYECTABLE TRIMESTRAL

El gestágeno se absorbe desde su punto de inyección y es metabolizado en hígado.

El 17-Acetato de medroxiprogesterona es un progestágeno sintético (estructuralmente relacionado con la hormona endógena progesterona) con acción antiestrogénica, antiandrogénica y antigonadotrópica. Inhibe las gonadotropinas hipofisarias (FSH y LH) con la consiguiente inhibición de la maduración folicular y de la ovulación. Produce disminución de los niveles de ACTH e hidrocortisona en sangre. Disminución de los niveles de testosterona circulante. Disminución de los niveles de estrógenos circulantes (como resultado tanto de una inhibición de la FSH como de una inducción enzimática de la reductasa hepática dando lugar a un mayor aclaramiento de testosterona y a una consecuente reducción de la conversión de andrógenos a estrógenos. El acetato de medroxiprogesterona es activo por vía oral y parenteral, 15 veces más potente que la progesterona.

Los progestágenos además de inhibir la ovulación, actúan también sobre el endometrio impidiendo la implantación e incrementan la viscosidad de la mucosa cervical, lo que dificulta la progresión de los espermatozoides en el útero. También transforma un endometrio proliferativo en un endometrio secretor siempre que la mujer tenga unos niveles de estrógenos endógenos adecuados.

• USO CLÍNICO

Administración por vía intramuscular:

- Se puede usar como anticonceptivo reversible de larga duración mediante una inyección depot cada 3 meses (DMPA), indicado desde los 12 años de edad (A). Debido a la baja solubilidad de los microcristales en el lugar de inyección, permite que conserve su eficacia varios meses. La OMS reconoce un “periodo de gracia” de 4 semanas que permite administrar la siguiente dosis hasta 16 semanas de la anterior, sin requerir protección adicional. Si han transcurrido más de 16 semanas se puede administrar la dosis si hay certeza razonable de que la adolescente no está embarazada, deberá usar precaución anticonceptiva durante los 7 días siguientes y si precisa, anticoncepción postcoital.

- Terapia coadyuvante del carcinoma de endometrio inoperante, recurrente y metastásico
- Carcinoma renal y Carcinoma avanzado de mama hormono dependiente.

• DOSIS Y PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN

Antes de su administración se debe realizar una historia clínica y exploración física completa incluyendo tensión arterial y peso (buena práctica) Intramuscular profunda:

- Anticoncepción: 150 mg administrar dentro de los 5 primeros días del ciclo menstrual, cada 3 meses. IM profunda en glúteo mayor o deltoides. Debe agitarse vigorosamente antes de ser utilizada
- Terapia coadyuvante del carcinoma de endometrio inoperante, recurrente y metastásico hormonodependiente o carcinoma de riñón: dosis inicial 400-1000 mg / sem. Mantenimiento: dosis < 400 mg / mes.

• CONTRAINDICACIONES

- Hipersensibilidad al fármaco, tromboflebitis y fenómenos tromboembólicos
- HTA grave.
- Insuficiencia Hepática grave.
- Hemorragia uterina anormal (metrorragias y menorragias) o del tracto urinario no diagnosticada. – Aborto diferido.
- Diabetes con enfermedad cardiovascular.
- Sospecha o evidencia de malignidad mamaria o de los órganos genitales hormono dependientes.

• PRECAUCIONES

- HTA, antecedentes de migraña o dolores graves de cabeza inusual, alteraciones visuales agudas, diabetes, antecedentes de depresión endógena. Puede provocar retención de líquidos agravando la enfermedad en pacientes con historial de epilepsia, migrañas, asma, Insuficiencia hepática o renal, alteraciones cardíacas. Realizar análisis de sangre y/o exámenes médicos cada 6 meses.

Control en casos de depresión grave y antecedente de infarto de miocardio o cerebral.

Interrumpir tratamiento si se presenta exoftalmia, diplopía, trastornos tromboembólicos. Puede producir aumento del peso, pérdida de densidad mineral ósea, aumentar el riesgo de cáncer de mama e irregularidades menstruales.

-La DMPA al reducir los niveles de estrógenos reduce la densidad mineral ósea en mujeres que han alcanzado su pico de masa ósea e impide su adquisición en menores de 18 años. No se sabe si se recupera tras suspenderla.

Por debajo de los 18 años, si no se puede usar otro método, las ventajas superan los riesgos y su mantenimiento deberá ser evaluado periódicamente. A partir de los 18 años no hay restricciones ni en el uso ni en la duración.

- Al principio de su uso, probablemente producirá menstruaciones irregulares. La cantidad de sangrado, por lo general, disminuye a medida que transcurre el tiempo. Después de 6 a 12 meses de uso, es probable que las menstruaciones sean muy escasas o desaparezcan.

Es importante advertir a la paciente de estas irregularidades (motivo de abandono) y explicar con claridad que no supone ningún problema para la salud y que, incluso, la amenorrea puede constituir una ventaja si existe sangrado menstrual muy abundante o dismenorrea.

Puede producir una supresión de la ovulación de hasta un año tras su cese (amenorrea e infertilidad).

• EFECTOS SECUNDARIOS

- Vaginitis; nerviosismo, anorgasmia o disminución de la libido, depresión, insomnio; cefalea, mareo; sofocos; dolor abdominal o malestar, náuseas; erupción cutánea, alopecia o falta de crecimiento del pelo, acné; dolor de espalda, calambres en las piernas; irregularidades menstruales (hemorragia y/o amenorrea).
- También dolor pélvico, dolor en las mamas, leucorrea; astenia, cambios en el peso, edema, hinchazón, recuento de leucocitos y plaquetas elevado.

3.1.2 HORMONAS SEXUALES FEMENINAS ESTRÓGENOS Y PROGESTERONA

El ovario produce referente a su función endocrina, estrógenos y progesterona, de forma cíclica y controlada en farmacología y terapéutica, se utilizan estas mismas hormonas naturales, sus modificaciones semisintéticas o agentes estrogénicos o pregestacionales directamente sintéticos o alguno de ellos de origen no esteroideo.

También las hormonas sexuales pueden tener indicación para el tratamiento de ciertos tipos de neoplasias, como el cáncer de mama, postmenopáusicas, el cáncer de endometrio y la supresión de lactancia y la terapia anticonceptiva. (20)

A. ESTRÓGENOS

Son hormonas sexuales esteroideas (derivadas del colesterol) de tipo femenino principalmente, producidos por los ovarios, la placenta durante el embarazo y, en menores cantidades, por las glándulas adrenales. (1)

Los estrógenos son derivados químicos del ciclo pentanoperhidrofenantreno, esteroides formados por tres anillos ciclohexanos (A, B Y C) y un anillo del ciclo pentano (D) tienen 18 átomos de C. de los estrógenos naturales, el más potente es 17 beta estradiol y a la vez el principal productor de la secreción endocrina del ovario.

- **ESTRÓGENOS NATURALES:** Estradiol, estrona, estriol, equilina. Existen además estrógenos conjugados y esterificados y estrógenos vegetales no esteroides. (21)
- **ESTRÓGENOS SINTÉTICOS:** Esteroides derivados del estradiol, etinilestradiol. Mestranol, quinestranolpoliestradiol. No esteroideos clorotrianiseno deibetilestilbestrol, hexestro. (21)

Todos los estrógenos naturales son derivados de sus precursores androgénicos (androstendiona o testosterona), mediante la aromatización de su anillo, el estradiol se oxida estrona y tanto uno como otro se pueden convertir en estriol.

El estradiol se sintetiza en el ovario y es la hormona predominante en la época fértil; en la postmenopausia el estrógeno predominante es la estrona. La estrona se sintetiza en el tejido graso a partir de la epidiandrostediona. El estradiol se sintetiza en grandes cantidades de placenta. La principal y más potente; estrógenos que sintetizan los ovarios es estradiol. Cuando se administra por vía oral tiene el inconveniente de sufrir una metabolización muy rápida en el intestino, y su biodisponibilidad final es solo del 50%. En el organismo circula de forma conjugada llegando a los órganos de forma rápida. Se elimina a través de la orina y la vía biliar en forma de sulfo o glucoronoconjugada, en sangre el etinilestradiol circula unido a la albumina (97%), y muy poco a la SHBG (globulina de unión de testosterona y estradiol).

Los derivados sintéticos se han sintetizado para aumentar la potencia después de la administración oral. Los derivados del estradiol se han utilizado como anticoncepción. (22)

- **ACCIÓN FISIOFARMACOLOGICAS DE LOS ESTRÓGENOS**

Sobre el sistema reproductor los estrógenos estimulan el desarrollo de las características sexuales secundarias en la mujer y controlan su ciclo reproductivo en la pubertad promueven el crecimiento y el desarrollo del útero.

A lo largo del ciclo fértil femenino las variaciones cíclicas del estrógeno ocasionan cambios característicos en los órganos genitales la proliferación de la mucosa uterina y vaginal, el aumento de la secreción del cuello y la atrofia y la necrosis de la mucosa uterina, que se desprende.

Todos estos efectos serán complementos por los propios de la progesterona. Gracias a la acción de los estrógenos los niveles de colesterol se mantienen bajos e inducen la producción del “colesterol bueno”

Ayuda a la distribución de la grasa corporal, formada la silueta femenina con más acumulación de la grasa en caderas y senos. Contrarrestan la acción de otras hormonas como la paratiroidea (PTH), que promueven la resorción ósea, haciendo que el hueso se haga frágil y poroso.

Actúa sobre el metabolismo del hueso impidiendo la pérdida de calcio del hueso y mantenimiento la consistencia del esqueleto, El descenso de estrógenos afecta al comportamiento emocional de la mujer provocando cambios de humor , irritabilidad, depresión, A pesar del difundido supuesto efecto de los estrógenos sobre el libido, recientes investigaciones han concluido que aun con altas dosis de esa hormona no ha sido posible influir sobre la excitación y el orgasmo, sin embargo los estrógenos presentan un claro y benéfico efecto a nivel estrictamente genital.

- **EFFECTOS METABÓLICOS**

Muchos de los efectos metabólicos de los estrógenos son estudiados u observados con dosis supra fisiológicas o con preparados sintéticos. Reducen la tolerancia a la glucosa, sobre todo si el páncreas tiene menor capacidad de segregar insulina. Aumenta los triglicéridos del plasma. Aumenta las proteínas plasmáticas que fijan los esteroides (testosterona, estrógenos y cortisol) reduce la capacidad secretora del hígado para ciertos iones orgánicos pueden incrementar la síntesis de enzimas y favorecer la retención de bilirrubina.

- **MECANISMO DE ACCIÓN**

Las acciones de los estrógenos en útero y vagina y otros tejidos blandos implican interacciones con una proteína receptora en el citoplasma de sus células.

Después, el complejo esteroide receptor se mueve hacia el núcleo donde activa parte de la información genética codificada en el ADN nuclear. Se forma nuevo RNAm y aumenta la síntesis de proteínas, es probable que casi las acciones estrogénicas se produzcan de esta manera. (23)

3.1.3 REGULACIÓN HORMONAL DE LA RESPUESTA SEXUAL

En la respuesta sexual femenina intervienen varias hormonas, de las cuales las más importantes son:

- **ESTRÓGENOS:**

Influyen de forma importante en la función sexual de la mujer.

Las concentraciones de estradiol afectan a la totalidad de células del sistema nervioso central e influyen en la transmisión nerviosa. Si los estrógenos descienden (estradiol <50 pg/ul) el epitelio de la mucosa vaginal se adelgaza, y la musculatura lisa vaginal se atrofia.

También se produce un medio menos ácido en el conducto vaginal. Estos cambios pueden incluso, provocar infecciones vaginales, y de vías urinarias, incontinencia y manifestaciones de disfunción sexual. (17)

En las mujeres postmenopausicas, la homonoterapia sustitutiva a base de estrógenos consigue que se recuperen los umbrales de la sensibilidad vibratoria y la prensión de la vagina. Los estrógenos también tienen efectos vasopresores y vasodilatadores que aumentan el riego sanguíneo en el clítoris y la vagina.

Los síntomas más frecuentes de la disfunción sexual por déficit de estrógenos son: pérdida del deseo, actividad sexual menos frecuente, coitos dolorosos, disminución de la reactividad sexual, dificultades para lograr el orgasmo y disminución de la sensibilidad genital. (17, 2)

- **ANDRÓGENOS:**

Son los precursores inmediatos en la síntesis de estrógenos, intervienen en: el deseo sexual, fantasías y pensamientos sexuales, receptividad para la actividad sexual.

En la relajación de la musculatura lisa, en la preservación de las sensaciones genitales, en la integridad de los receptores sensoriales y los receptores de los neurotransmisores en los tejidos vaginales y el clitorideo; modulan (juntamente con los estrógenos) las señales de los neurotransmisores involucrados en los acontecimientos hemodinámicos responsables de las vasocongestión, sensación de lubricación vaginal y engrosamiento genital. (2)

Apoyan en la producción de moco y la proliferación de células vaginales epiteliales.

Riley (1994 – 1997) hace una diferencia entre lo que se llama impulso sexual, que describe una fuerza biológica que busca una conducta sexual de cualquier

naturaleza, y el deseo sexual por otro lado, es una forma de focalizar el impulso sexual.

Si una persona presenta pérdida de deseo sexual no necesita ninguna forma de contacto que le impulsen sexualmente.

Las hormonas androgénicas son una clase de componente de actividad biológica que provocan una respuesta en:

- Efectos de los andrógenos en el flujo sanguíneo genital femenino.
- Efectos de los andrógenos sobre la contractibilidad de la musculatura lisa vaginal.
- Efectos de los andrógenos en la musificación vaginal.
- Receptores androgénicos en los tejidos vaginales y clitorideo.

- **TESTOSTERONA:**

Cuando los niveles de testosterona descienden (menos de 20pg/dl de testosterona total o menos de 0.9pg/dl de testosterona libre) se observa disminución de la excitación sexual, de la sensibilidad de los genitales del libido y el orgasmo.

Además estos niveles de testosterona bajos se acompañan de caída del vello púbico, adelgazamiento de la mucosa vaginal, y la disminución generalizada de la sensación de bienestar. (17)

Actualmente no hay preparados de testosterona para la mujer que estén aprobados por la Food and Drug Administration; sin embargo se ha demostrado de su administración a mujeres menopaúsicas u ooforectomizadas aumentan el deseo sexual; pero todos los andrógenos conllevan a riesgo de virilización.

- **PROGESTERONA**

La progesterona prepara al útero modificando la capa endometrial, promoviendo los cambios madurativos necesarios para la recepción y correcta implantación de un ovocito fecundado.

Este efecto se lleva a cabo mediante la secreción de glucógeno, algunas proteínas específicas y aumento de los capilares del estroma endometrial.

También actúa sobre la mama estimulando el desarrollo de los acinos mamarios, preparándose así para una posible lactancia. Si se produce la fecundación, la progesterona procedente del cuerpo lúteo mantiene el embarazo durante unas ocho semanas. Posteriormente es producida por la placenta. Si no se produce la fecundación, el descenso de los niveles de progesterona, da lugar al sangrado menstrual.

Otros efectos de la progesterona: Provoca una acción hipertérmica sobre el hipotálamo, lo que produce aumento de temperatura corporal en 0.5-1°C, que se observa en la segunda mitad del ciclo. Asimismo, se dan otros cambios como una mayor retención de líquidos lo que se traduce en un discreto incremento del peso corporal, más notorio en la segunda etapa del ciclo. Se denomina "síndrome de tensión premenstrual".

La progesterona podría tener un cierto efecto depresógeno, evidente durante esa segunda fase del ciclo previo a la menstruación.

Su fuente principal en el ovario (cuerpo lúteo) y la placenta, la progesterona también puede sintetizarse en las glándulas adrenales y en el hígado

- **EFFECTOS:**

La progesterona ejerce su acción principal a través del receptor de la progesterona intracelular, aunque se ha postulado sobre su receptor de progesterona unido a la membrana. Además, la progesterona es una antagonista muy potente del receptor mineral corticoide (el receptor de la aldosterona y otro mineral corticoides). La progesterona previene la activación de los receptores con una afinidad que supera incluso los de la aldosterona y otros corticoesteroides, como el cortisol y la corticosterona.

La progesterona tiene una serie de efectos fisiológicos que son amplificados en la presencia de estrógenos. Los estrógenos a través de los receptores de estrógenos regulan al alza la expresión génica de los receptores de progesterona.

También, niveles elevados de progesterona reducen fuertemente la actividad de la aldosterona al retener sodio, resultado en natriuresis y una reducción en el

volumen del líquido extracelular. Por otra parte, la abstinencia de progesterona es asociada al aumento temporal en la retención de sodio debido al incremento compensatorio en la producción de aldosterona, que lucha el bloqueo de los receptores de mineral corticoides por los niveles previamente elevados de progesterona. (3)

3.1.4 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LA EXCITACIÓN SEXUAL GENITAL

Los genitales externos femeninos consisten en diversas estructuras. La vagina es un órgano cilíndrico situado en la línea media que conecta el útero con los genitales externos. La pared vaginal está formada por tres capas: un epitelio escamoso estratificado interno de tipo mucoso que se apoya en una lámina propia gruesa, que experimenta cambios cíclicos relacionados con las hormonas; la muscular compuesta por fibras musculares lisas longitudinales externas y fibras circulares internas; y una capa fibrosa externa rica en colágeno y elastina que proporciona soporte estructural a la vagina. La vulva, limitada por la sínfisis del pubis, el esfínter anal y las tuberosidades isquiáticas, está compuesta por los labios, el espacio interlabial y el tejido eréctil. (3).

Las formaciones de los labios son dos estructuras cutáneas pares: los labios mayores, que son pliegues grasos cubiertos por piel revestida de vello que se fusionan por la parte anterior con el monte de Venus o prominencia anterior de la sínfisis del pubis.

Por la parte posterior con el cuerpo del periné o comisura posterior; y los labios menores, que son unos pliegues más pequeños cubiertos en su parte lateral por piel desprovista de vello y en la parte medial por mucosa vaginal, que se fusionan en la parte anterior para formar el prepucio del clítoris y en la parte posterior en la fosa navicular.

El espacio interlabial está compuesto del vestíbulo, el meato urinario y la abertura vaginal, y está limitado por el espacio medial a los labios menores, la fosa navicular y el clítoris. (4) El clítoris es un órgano en forma de “Y”, de 7 a 13 mm, compuesto del glándulo, el cuerpo y los pilares.

El cuerpo del clítoris está rodeado de la túnica albugínea y consta de dos cuerpos cavernosos pares formados por músculo liso trabecular y sinusoides lacunares. Finalmente, el bulbo vestibular está formado por estructuras pares localizadas por debajo de la piel de los labios menores y representa el homólogo del cuerpo esponjoso masculino

3.1.4.1 FASES DE LA RESPUESTA SEXUAL

La respuesta sexual fue dividida por Kaplan en cinco fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Las fases de deseo y de excitación son ambas susceptibles de alteración con el uso de anticonceptivos hormonales. (5, 6)

- **Fase del deseo**

Es el proceso mental necesario para que la mujer se interese por la actividad sexual, es decir, procede de nuestros pensamientos la estimulación o la postergación de los impulsos sexuales; estos pensamientos son inducidos por los órganos de los sentidos, en especial la visión, la cual estimula zonas de ensoñación y la fantasía en el cerebro.

A su vez, existen conexiones con centros de control hormonal, que secretan especialmente testosterona que aumenta el deseo sexual. (6)

- **Fase de la excitación**

Comprende la respuesta anatómica y fisiológica que se produce como resultado de una estimulación sexual que puede ser física o psíquica mediante pensamientos sexuales. La respuesta de excitación es un reflejo de tipo neurovascular, donde la mayoría de los cambios que se producen son el resultado de un mayor flujo de sangre a los órganos genitales y de los cambios locales de los vasos sanguíneos en estos órganos.

Además de los cambios genitales se producen cambios que afectan al organismo en su totalidad.

La duración de esta fase puede oscilar entre unos minutos, o una media hora. En la mujer, aparece lubricación vaginal, los dos tercios internos de la vagina se

expanden; se produce vasocongestión de los labios mayores y menores, aumento de tamaño del clítoris, para facilitar su estimulación.

Normalmente, los pezones de la mujer se ponen rígidos, pudiendo producirse un agrandamiento de los pechos.

- **Fase de meseta**

Es un estadio de alta tensión o excitación sexual, a lo largo del cual se suele producir una nivelación y se alcanza el grado de excitación sexual necesario para que se desencadene el orgasmo, es decir, en esta etapa, la intensidad de los signos de la fase anterior aumenta, y la duración de esta fase es muy variable. En los dos sexos, se da un aumento de la respuesta nerviosa simpática, lo que provoca la elevación de la tensión muscular, de la respiración, de la presión y del ritmo cardíaco. También se produce el rubor sexual, un enrojecimiento sobre todo del pecho y la cara, se debe a un aumento de la circulación de la sangre bajo la piel.

La intensa vasocongestión prepara la plataforma orgásmica, que estrecha en un 30% o más la abertura de la vagina; el útero se eleva y el clítoris se retrae contra el hueso púbico. Los labios menores se agrandan ostensiblemente; la areola mamaria se agranda y como se ha dicho aparece el rubor sexual. (6)

- **Fase de resolución**

Es cuando los cambios fisiológicos y anatómicos que aparecieron en las tres fases anteriores vuelven a su estado normal previo a la excitación, pero, además, esto se acompaña de una sensación de relajación y de bienestar. La rapidez de esta fase varía según la naturaleza del resto del ciclo de respuesta sexual y de otros factores como la edad, velocidad del ciclo de respuesta sexual, etc. (29)

3.1.4.2 HORMONAS Y NEUROTRANSMISORES EN LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA.

Kaplan (1974) efectúa un resumen interesante sobre la acción de las hormonas sexuales masculinas y femeninas en la conducta en general y la respuesta sexual en particular.

Los estudios en cuanto a los determinantes endocrinos del comportamiento sexual femenino han estado marcados por el hecho que se ha tomado como referencia el comportamiento masculino y se han deducido algunos aspectos del comportamiento sexual femenino; en 1975, Beach a partir de un estudio realizado en roedores sugirió que el conocimiento desde el punto de vista endocrino estaría facilitado considerablemente al separarlos en tres componentes relacionados con la eficacia de la mujer como estímulo sexual, con la intensidad con que la hembra busca al macho y provoca el comportamiento sexual, y el deseo de recibir al macho en apareamiento. La mayoría de las observaciones o estudios realizados en el género humano, no han podido diferenciar estos componentes. (3)

En consecuencia puede ser equivocado evaluar esta perspectiva de comparar y por tanto confundir el comportamiento femenino con el masculino. Los estudios de sexualidad de manera frecuente omiten la realización de pruebas endocrinas, y los niveles de las hormonas involucradas en la RSF muchas veces son inferidos o deducidos. En la actualidad existen datos relativamente escasos para evaluar los influjos hormonales en el comportamiento sexual femenino, de modo especial en aquellas que tienen buen estado de salud. La testosterona en hombres y mujeres, incrementa el deseo sexual, favorece la vasocongestión con más altos niveles de excitación y brinda el entorno químico que se requiere para el funcionamiento y estructuración del orgasmo: producción de semen, erección y eyaculación. Aumenta el nivel energético, el metabolismo. (5)

Los andrógenos son sintetizados en el testículo del varón, y los ovarios y las glándulas suprarrenales de la mujer; por estímulo de la hormona folículo estimulante y la hormona luteinizante (FSH y LH) de la hipófisis, que a su vez son liberadas por estímulo de un decapeptido descubierto en 1971: la hormona liberadora de la gonadotropina (Gn-RH) producida en el hipotálamo, considerada como una neurohormona. El avance en la comprensión de las secreciones hormonales a nivel del hipotálamo, es clave para la comprensión del mecanismo por el cual las emociones y los estímulos psíquicos favorecen la liberación de las hormonas sexuales.

Kaplan insiste que los andrógenos, por su importancia para condicionar la conducta sexual, actúan poco en comparación con las influencias psíquicas, que son soberanas en su poder de presidir la conducta sexual. Los bajos niveles de testosterona se asocian a disminución del deseo sexual, así como a disminución de la sensibilidad genital, y afectación del orgasmo. La fisiología sexual de la mujer incluye una cantidad crítica de testosterona no solo para el desarrollo de todos los tejidos sino para experimentar energía vital y libido. La mujer tiene del 1 al 3 % de testosterona libre para efectos tisulares y actúa a través de receptores hormonales. En mujeres en edad reproductiva, el ovario es la fuente más importante de estrógenos y andrógenos.

Los andrógenos complementan la contribución de los precursores adrenales que en órganos periféricos, pueden ser transformados en andrógenos bioactivos y estrógenos.

Se estima que los ovarios contribuyen en un 34 50 % a los niveles de testosterona, mientras que la corteza adrenal aporta el 50 % restante, a partir de la conversión periférica. La testosterona y androstenediona son precursores para la formación de estrona y estradiol, respectivamente, por acción de la enzima aromatasa. Este proceso se produce en el ovario y los tejidos periféricos, el cerebro, hueso, vasos sanguíneos, y otros órganos periféricos, como tejido adiposo, músculo e hígado.

Sin embargo, la mayor parte de testosterona intracelular no alcanza el torrente circulatorio. Los niveles de estradiol tienen relación con la vagina a través del SNC y periférico y en la transmisión nerviosa. Modelos de experimentación han permitido deducir que los estrógenos afectan los umbrales de sensibilidad, se relacionan con la sensibilidad vibratoria y los umbrales de sensibilidad a la presión.

Los estrógenos de manera indirecta influyen en el deseo sexual al contribuir en la retroalimentación positiva de la respuesta sexual en la fase de excitación, tienen función facilitadora de la vasodilatación, protegen la circulación clitoridiana, uretral y vaginal; que se describe como efecto preventivo de la aterosclerosis en los territorios pélvicos.

Regulan la síntesis del óxido nítrico, enzima involucrada en la síntesis del óxido nítrico. Favorecen el trofismo de las paredes vaginales, así como la lubricación vaginal, efecto más evidente en las mujeres posmenopáusicas cuando declinan los niveles de ellos. Prolactina. Hormona producida por las células lactotropas de la adenohipófisis.

En las mujeres el número de células aumenta durante el embarazo y puerperio. Es una hormona de alto recambio, no se almacena, actúa por mecanismo de acción mediado por receptores que no son específicos para la prolactina y pueden ser estimulados por otras hormonas, que se les denominan lactogénicas. La respuesta del receptor a la hormona depende del tejido donde se encuentre. Es una hormona de estrés que aumenta con determinadas condiciones fisiológicas: ejercicio, embarazo, coito, el orgasmo femenino, hipoglucemia, amamantamiento y por acción de medicamentos. Sufre variaciones con el ciclo menstrual por influencia de los estrógenos.

Es la única hormona que se modifica durante el acto sexual y aumenta cuando hay orgasmo y solo en mujeres.

Acción gonadal. Actúa tanto en las gónadas femeninas como masculinas.

- **EN EL OVARIO:** interviene en la ovulación y no en el desarrollo folicular. La hiperprolactinemia produce: galactorrea, infertilidad por anovulación, trastornos menstruales del tipo de la amenorrea secundaria.

Actúa sobre la esteroidogénesis ovárica, aumenta la captación de ésteres de colesterol estimula el complejo 20-22 desmolasa, inhibe la 17-20 desmolasa y disminuye la formación de esteroides sexuales. Además bloquea la esteroidogénesis en las células de la granulosa.

Actúa sobre las células granulosas (sistema enzimático, producto de estrógenos ováricos que tienen receptores de FSH). (7)

- Desarrollan las células de la granulosa.
- Induce la aparición de receptores para la LH.

- Induce la luteinización de la granulosa.
- Estimula la secreción de progesterona de células de la granulosa. Disminuye la velocidad de recambio del receptor LH (Down Regulation).

Sin embargo la hiperprolactinemia produce en la mujer disminución del deseo sexual por aumento de la SHBG que disminuye los niveles de testosterona libre, infertilidad por anovulación y disminución de la FSH y LH.

- **OXITOCINA.** Es una hormona peptídica, segregada a nivel hipotalámico, se almacena y se libera en la neurohipófisis. Es un nonapéptido con peso molecular de 1100 Daltons con un puente disulfuro en la posición 1-6. Síntesis.

El estímulo de la succión causa excitación de las fibras colinérgicas que provoca acción sináptica de la acetilcolina. Estimula la formación de gránulos secretorios. Así la hormona sintetizada se une al gránulo neurosecretor y se une a una proteína (neurofisina). Es transportada a lo largo de los axones hasta almacenarse en neurohipófisis en neurovesículas. Liberación. Otros estímulos, pueden inhibir la liberación de oxitocina como el estrés emocional y es estimulada por la excitación sexual y el orgasmo, otro ejemplo es el trabajo de parto para mantener las contracciones uterinas.

Los reflejos originados en el útero contraído provocan liberación de oxitocina. Durante la succión hay aumento de la contractilidad del útero posparto que indica relación entre la succión, oxitocina y contracción biométrica. Relacionada con la involución uterina posparto y la función neuroreguladora. .

El estímulo de succión crea potenciales de acción de membrana inducido por la acetilcolina que recorren axones del H-H (la acetilcolina produce despolarización de membrana plasmática y entrada a las células de Na^+ y Ca^{++} . Todo esto produce disociación de oxitocina del complejo neurofisina-oxitocina potencializado por el calcio y se libera la oxitocina de las neurovesículas, pasa a los capilares por: exocitosis, pinocitosis y secreción porosa.

También puede pasar a la red de neurotúbulos de los cuerpos de Herring antes de llegar al capilar, sirviendo los neurotúbulos de almacén temporal. (8)

Neurotransmisores: Los neurotransmisores deben cumplir determinadas condiciones: ser liberados por neuronas presinápticas y degradados o reabsorbidos por neuronas postsinápticas, tener acción local en la sinapsis con efectos pasajeros, de corta duración. Su efecto debe corresponder al estímulo que lo provocó. Se liberan a la llegada de un potencial de acción por activación del complemento.

Ejemplo: acetilcolina, dopamina, noradrenalina, adrenalina, serotonina, histamina y GABA. En la respuesta sexual humana está involucrada la actividad neuroendocrina a través de neurohormonas y neurotransmisores estos son sustancias producidas por las neuronas neuroaminérgicas.

Conocidas como primeros mensajeros. Formados por un núcleo de catecol (un anillo de benceno y 2 grupos hidroxilos) y una cadena lateral de etilamina.

El aminoácido precursor es la tirosina. En el caso de la dopamina se plantea que facilita la respuesta sexual, se ha observado en animales de experimentación sobre todo en el macho, su aumento incrementa la actividad sexual, sin embargo en hembras la respuesta a la estimulación con dopamina es variable.

Se considera a la dopamina como el factor inhibitorio de la liberación de prolactina por excelencia. (8)

Un incremento de dopamina traería consigo disminución de los niveles de prolactina; en valores de hiperprolactinemia afecta la función sexual, el deseo.

- **SEROTONINA.** Su acción relacionada con la RSH no está aún muy clara pero se ha descrito que un incremento en las vías nerviosas serotoninérgicas produce disminución de la actividad y excitación sexual e incluso retardan el orgasmo. Estas acciones inhibitorias son causadas por alteraciones de los receptores 5HT₂. Estos efectos coinciden con algunos de los efectos encontrados en la clínica con el uso de los inhibidores de la recaptación de serotonina. Se plantea que el ácido gammaminobutírico (GABA) es un inhibidor de la actividad sexual. Lo cual se ha hecho evidente en la clínica con empleo de algunos psicofármacos como es el caso de s benzodiacepinas.

Progesterona La progesterona es la hormona natural y se sintetiza principalmente en los ovarios aunque también se produce en menor proporción en las cápsulas suprarrenales y en el hígado.

Predomina en el organismo de la mujer en la segunda mitad del ciclo menstrual, durante la llamada fase lútea, y va disminuyendo hasta que se produce la menstruación. Como los estrógenos, su síntesis decae en la menopausia haciendo necesario su reemplazo con THS. Efectos de la progesterona: La progesterona también actúa sobre el hipotálamo (aunque en menor efecto) frenando la liberación de las gonadotropinas. Se une a receptores intracelulares denominados RP-A y RP-B.

Cada una de estas formas está asociada con una respuesta distinta, son inducidos por los estrógenos a nivel de transcripción e inhibidos por los progestágenos tanto a nivel de transcripción como de traducción. (9)

3.1.5 DESEO SEXUAL INHIBIDO (DSH)

Desde una perspectiva biopsicosocial, Levine (2003) al referirse al deseo sexual habla de tres componentes: componente biológico, mediado por el sistema neuroendocrino, componente social y componente individual/interpersonal. Así, el deseo sexual se definiría como un estado de sentimientos subjetivos que se desencadena por una serie de estímulos externos e internos, manifestándose a nivel conductual; es esencial un adecuado funcionamiento neuroendocrino para que se experimente este estado y una suficiente estimulación sexual provocada por dos fuentes diferentes (una individual y otra ambiental), estando determinado por procesos sexuales intrapsíquicos e interpersonales (Leiblum y Rosen, 1988).

El deseo sexual, o libido se refiere al interés en la actividad sexual, que conduce al individuo a buscar actividad sexual o ser receptivo de manera placentera hacia tal actividad (Kaplan, 1995).

La respuesta fisiológica básica del organismo humano a la estimulación sexual es doble: una reacción primaria, consistente en una extensa vasocongestión, y una secundaria, que reside en el aumento generalizado de la tensión muscular. La

refleja, la contracción de músculos voluntarios e involuntarios. Las reacciones más intensas se encuentran en las fases de meseta y orgasmo.(13)

CARACTERÍSTICAS:

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

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

Las personas con TSH evitan las situaciones que evocarán sentimientos sexuales, a pesar de sus esfuerzos se encuentran en situación excitante experimental una rápida inhibición. La inhibición puede ser tan intensa que informan sentimientos negativos y desagradables; incluso pueden informar anestesia sexual; es decir ninguna sensación de responder a un orgasmo. (12)

Existen circunstancias que son perfectamente normal que en algunas personas el deseo sexual este inhibido, no puede esperarse que cada pareja potencial provoque excitación.

También, es cierto que el problema no se encuentra en el nivel absoluto del deseo sexual del individuo sino en la discrepancia de los miembros de la pareja (Zibergeld y Ellson, 1980). Problema denominado discrepancia del deseo sexual.

En general, las mujeres informan TSH al inicio de su tercera década de vida. Existen varias razones posibles, puede ser simplemente que las mujeres estén dispuestas a informar este problema antes, también hay mayores posibilidades que tengan DSH no satisfagan la calidad de relaciones sexuales con su pareja, las expresiones de amor y afecto son particularmente importante para las mujeres.

Puede ser que cuando la pareja no satisface necesidades emocionales de la mujer provoque un DSH emocional. (12)

3.1.5.1 TRASTORNOS QUE GENERAN UN DSH EN LA MUJER

- **TRASTORNO DE AVERSIÓN AL SEXO**

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

- **TRASTORNO DE EXCITACIÓN SEXUAL EN LA MUJER**

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

- **TRASTORNO ORGÁSMICO FEMENINO**

Incapacidad de tener un orgasmo incluyendo disfunción orgásmica, anorgasmia y orgasmo femenino inhibido. Los legos lo llaman frigidez.

“Frigidez” puede referirse a una variedad de padecimientos que abarcan falta total de excitación sexual hasta la excitación sin orgasmo.

- **TRASTORNO ORGÁSMICO PERMANENTE**

Mujer que nunca ha experimentado un orgasmo en su vida.

- **TRASTORNO ORGÁNICO SITUACIONAL**

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

- **TRASTORNOS ASOCIADOS AL DOLOR**

DISPAREUNIA

Se refiere al dolor genital experimentado durante el coito; puede convertirse en una abstinencia de la actividad sexual por la falta del disfrute. (9)

VAGINISMO

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

TRASTORNOS PÉLVICOS

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

3.1.6 AUTOVALORACIÓN DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO" DE MASTERS, JOHNSON Y KOLODNY (1996)

Considera los siguientes factores biosicosociales: disposición positiva para las relaciones sexuales, iniciativa de la mujer, autoestima, percepción de pasión por parte de la mujer, diferencias de impulso sexual, fantasías sexuales, desacuerdos en la frecuencia de las relaciones. (10)

Para Masters y Johnson, la respuesta fisiológica y psicológica responde a la estimulación sexual y a la conducta sexual individual. Las variantes fisiológicas implicaron mucho en su análisis, por lo cual dividieron el ciclo de la respuesta sexual en cuatro fases anteriormente mencionadas. Hay que destacar que este ciclo es la simplificación de todo lo observado, a pesar de ello hubo gran variedad de respuestas sexuales femeninas, donde debe considerarse la intensidad como la duración de la respuesta. (11)

La respuesta fisiológica de la mujer a la estimulación sexual no está confinada a las vísceras del aparato genital.

La tensión sexual incluye muchas áreas además de los órganos reproductores primarios y secundarios; como reacciones extragenitales.

La vasocongestion superficial, como el enrojecimiento y la vasocongestion profunda, en órganos “gatillo” donde existe vasodilatación superficial y profunda. Cada órgano “gatillo” manifiesta ciclos en su respuesta sexual. (25)

3.1.7 FACTORES INTERVINIENTES

LA EDAD Y SEXO

La sexualidad no designa solamente las actividades sexuales y el placer dependientes del aparato genital, sino toda una serie de excitaciones y actividades existentes desde la infancia, que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica fundamental y que se encuentra también a título de componentes en la forma llamada normal del amor sexual.

Actualmente se empieza a hablar de la sexualidad en la vejez, especialmente a nivel profesional, con mayor naturalidad y soltura.

El envejecimiento determina cambios en los ancianos y la imagen corporal sufre transformaciones difíciles de asimilar, esto determina que en muchas ocasiones la sexualidad sea rechazada o negada. (Geriátrika, 1989).

La realidad es que la gente de edad avanzada tiene actividad sexual. Diferentes estudios llevados a cabo en épocas distintas, y con diversas metodología, lo confirman (Kinsey, Pfeiffer, Master y Johnson, etc.) (12)

ESTADO CIVIL

Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

El conocimiento del Estado Civil o Conyugal de la población tiene importancia porque constituye uno de los factores condicionantes de la fecundidad. (27)

TIPOS:

– **SOLTERA:** Es el estado civil en el que se encuentran aquellas personas que aún no contraen un vínculo matrimonial. En este sentido es lo opuesto al matrimonio.

Aquellas personas que están en esta situación se les denominan soltero o soltera.

– **CONVIVIENTE:** Se asigna este código a aquellas personas que hacen vida marital sin estar casados legalmente.

– **CASADA:** Se asigna este código sólo a aquellas personas casadas legalmente y que viven con pareja.(13)

GRADO DE INSTRUCCIÓN

El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.(26)

Se distinguen los siguientes niveles:

- **ANALFABETOS:** Personas que no saben leer ni escribir

- **PRIMARIA:** Personas que saben leer y escribir pero no han terminado ningún tipo de estudios.
- **SECUNDARIOS:** Personas que han culminado satisfactoriamente los estudios secundarios. Terminación de los años de colegio.
- **MEDIOS-SUPERIORES:** Estudios de Ingenieros Técnicos y Peritos, Magisterio, Enfermería y otros del mismo nivel.
- **SUPERIORES:** Estudios de Licenciatura, Ingenieros Superiores y similares, así como de doctorado y especialización.

OCUPACIÓN

Es un término que proviene del latín “occupatio” y que está vinculado al verbo ocupar (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien). El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer.

EDAD INICIO DE RELACIONES SEXUALES

La sexualidad humana tiene relación con los aspectos psicológicos, la personalidad y el marco social y cultural en el que los seres humanos se desarrollan y se expresan, es una actitud que se construye a lo largo de toda la vida y alrededor de ella se aprenden valores, roles, creencias y costumbres, es cambiante, creciente, dinámica y compromete lo psicológico, lo social y lo biológico.

La sexualidad es un tema sobre el que se discute mucho pero se actúa poco varias publicaciones nacionales coinciden en señalar que nuestros jóvenes poseen escasos conocimientos sobre reproducción y sexualidad.

PARIDAD

Número de embarazos de una mujer, ha dado a luz un producto mayor de 20 semanas, con un peso mayor de 500 grs, mayor de 25 cm de talla, vivo o muerto, independientemente de la salida de la placenta y anexos fetales.(14)

- PRIMIPARA: Mujer que ha parido por primera vez.
- SEGUNDIPARA: Mujer que ha parido por segunda vez.
- MULTIPARA: Mujer que ha parido 3 veces a más.

- GRAN MULTIPARA: Mujer que ha parido 6 veces o más.

3.1.8 FACTORES CULTURALES

APRENDIZAJE NEGATIVO

Actitudes básicas importantes acerca de la sexualidad durante la niñez (Barone y Wiederman, 1998). Mientras crecemos observamos y e integramos modelos de relaciones humanas de nuestra familia.

Por ejemplo, un investigador encontró, que mujeres con bajo deseo sexual percibían actitudes de sus padres hacia el sexo y su interacción afectiva significativa, más negativa que mujeres con deseo sexual normal. Por la religión ortodoxa el sexo equipara el pecado. (18)

EL DOBLE ESTÁNDAR SEXUAL

Las mujeres aprenden a ser sexualmente restringidas para evitar adquirir la reputación de “putas”, mientras que los hombres aprenden que una conquista es una medida de “virilidad” (Greaves, 2001).

Las restricciones de las expectativas del papel del género llevan a la ansiedad, frustración y resentimiento en ambos, hombres y mujeres.

DEFINICIÓN ESTRECHA DE LA SEXUALIDAD

La noción de que sexo es igual a coito pene – vagina, contribuye a una estimulación inadecuada para mujeres y a expectativas gravosas y provocadores de ansiedad en el coito.

ANSIEDAD AL DESEMPEÑO

Puede bloquear la excitación y liberación sexual natural disminuyendo las sensaciones placenteras que se producirían. Es un problema sexual transitorio, por la incapacidad de alcanzar un orgasmo por la fatiga o simplemente “no tener ganas”. Puede ser resultado de una presión extrema en el desempeño o incapacidad de ser egoísta. (28)

3.1.9 FACTORES DE LA RELACIÓN

Influyen fuertemente en la satisfacción y calidad de una interacción sexual (Real, 2002). Varían a menudo de acuerdo con la pareja y sus circunstancias particulares. Los resentimientos no resueltos, falta de confianza o respeto y disgusto pueden llevar fácilmente a desinterés sexual a problemas con la excitación y el orgasmo, puede incluso usar su desinterés sexual, consciente o inconscientemente para herir o castigar al otro.

Si la pareja es frecuentemente presionada a tener relaciones sexuales o se siente culpable al decir que no puede sentir nada, y menos deseo; experimenta falta de control en la relación suele perder deseo y capacidad de respuesta sexual. (Marzucco, 2005; Piccolo, 2000).

3.1.10 FACTORES PSICOLÓGICOS

CAUSAS INMEDIATAS

Son diversas cosas que suceden en el acto mismo de hacer el amor y que inhiben la respuesta sexual. (Ansiedad, temor al fracaso, interferencia cognitiva, incapacidad de comunicación, incapacidad de afecto y estímulo sexual).

- **INTERFERENCIA COGNITIVA:** Pensamientos que distraen a la persona de enfocarse en la experiencia erótica. “rol del espectador”.
- **APRENDIZAJE PREVIO:** La enseñanza que el sexo es sucio y pecaminoso; el sexo no es placentero ya que su único fin es la procreación. Las mujeres cuya respuesta sexual es inhibida en la adultez es frecuentemente que, cuando niñas, se les haya enseñado que una dama no se interesa en el sexo o lo disfruta. (9)
- **ESTILOS DE VIDA:** Tabaquismo, alcohol y obesidad se asocian a trastornos sexuales.

3.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A) NIVEL LOCAL

INFLUENCIA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES EN EL DESEO SEXUAL DE MUJERES DE 20 A 30 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, MAYO-AGOSTO AREQUIPA 2004.

▪ AUTORES: Cornejo Blas Faviola, Corzo Calatayud Maria del Carmen

▪ CONCLUSIONES

En la reciente investigación se manejó 222 unidades de estudio como muestra de universo de mujeres de 20 a 30 años, divididos en 2 grupos de 111 mujeres que utilicen métodos anticonceptivos orales combinados y métodos hormonales de progestágenos en el deseo sexual de mujeres de 20 a 30 años en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Describir cómo influyen los métodos anticonceptivos hormonales orales combinados en el deseo sexual de estas mujeres. Evaluar cuál de los dos métodos anticonceptivos influye más en el deseo sexual en mujeres de 20 a 30 años en el hospital Honorio Delgado. Con cuyos resultados se obtuvieron en el uso de métodos anticonceptivos solo de progestágenos (depoprovera), el 51.35% de las unidades de estudio presento el deseo sexual disminuido, el 44.15% deseo sexual sin alteración y el 4.5% deseo sexual aumentado.

En el caso de anticonceptivos hormonales combinados (lo femenal) el 60.4% de las mujeres de 20 a 30 años presentaron un deseo sexual sin alteración, el 20.7% deseo sexual disminuido y el 1.8% deseo sexual aumentado, independientemente de los efectos colaterales. Concluyendo que al realizar los análisis estadísticos de las frecuencias y de la relación entre fármacos anticonceptivos observamos que hay diferencia significativa en las manifestaciones observadas entre ambos tipos de anticonceptivos, por lo tanto se puede decir que el anticonceptivo con mayores efectos negativos en el deseo sexual de las pacientes de 20 a 30 años del Hospital Regional Honorio Delgado, es el anticonceptivo de solo progestágenos.

B) NIVEL NACIONAL:

ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA CON EL GRADO DE CONOCIMIENTO DEL MECANISMO DE ACCIÓN Y EFECTOS SECUNDARIOS EN EL C.S. PRIMAVERA: ENERO - FEBRERO, 2012, UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS: (LIMA).

- AUTOR: Chávez Melgarejo Carmen Rosa
- TESIS: para optar Título Profesional de Licenciada en Obstetricia
- CONCLUSIONES:

Se puede concluir que, existe una baja asociación entre el uso del acetato de medroxiprogesterona y el conocimiento del mecanismo de acción ($\rho=0.79$).

Existe una baja asociación entre el uso del acetato de medroxiprogesterona y el conocimiento de los efectos secundarios ($\rho=0.117$).

Las usuarias tanto del acetato de medroxiprogesterona como de cualquier otro método anticonceptivo brindado en el centro de salud, tienen un conocimiento medio tanto del mecanismo de acción (92% y 81.3%, respectivamente), como de los efectos secundarios (97.3% y 81.3%, respectivamente).

C) NIVEL INTERNACIONAL:

PREVALENCIA DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL Y FACTORES RELACIONADOS, LA CONCEPCION – CHILE 2003

- AUTORES: Charnay Rebolledo Mónica, Henríquez Fierro Elena
- TESIS: para optar Título Profesional de Licenciadas en Enfermería
- CONCLUSIONES:

Estudio descriptivo correlacional cuyo objetivo fue conocer la magnitud del deseo sexual inhibido y factores que lo influyen, en mujeres en edad fértil usuarias del Sistema Municipalizado de Salud de la comuna de Concepción. La muestra

estudiada correspondió a 367 mujeres. Se aplicó un cuestionario elaborado por la autora que mide las variables biosociodemográficas y factores que influyen en la presencia de deseo sexual inhibido y un instrumento de Master, Johnson y Kolodny, "Autovaloración del Deseo Sexual Inhibido", modificado y adaptado por la autora. Los resultados nos indican que un 34,9% de las mujeres presenta deseo sexual inhibido, que existe relación estadísticamente significativa entre la variable, nivel educacional de la mujer y de la pareja, situación laboral de la pareja, satisfacción de las necesidades básicas, satisfacción sexual, satisfacción con la relación de pareja y la variable dependiente deseo sexual inhibido. Para la asociación estadística, se utilizó chi cuadrado de Pearson.

4. HIPÓTESIS:

Dado que según las estrategias de Planificación Familiar ha demostrado que el Acetato de Medroxiprogesterona es el método hormonal inyectable con mayor predominio por las Mujeres en edad fértil en el Perú y terceros en el mundo, las altas concentraciones hormonales dan como resultado incremento o disminución de los niveles séricos de la respuesta sexual femenina,

Es probable que el uso del Método Inyectable Hormonal de Acetato de Medroxiprogesterona intervenga en la pérdida de deseo sexual.

CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS, PARAMETROS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 TÉCNICAS

La técnica que se empleo fue la observación de campo seguida de una ficha de evaluación aplicada a todas las usuarias donde evaluaremos el deseo el sexual mediante el Test de Deseo Sexual Inhibido (Masters et al, 1994)

1.2 INSTRUMENTO

- Formulario (anexo 2): elaborado por las investigadoras que consta de “12” ítems, que se realizó tomando en cuenta las variables de este estudio.
- Test del deseo inhibido (anexo 2) instrumento elaborado y aprobado por Masters, Johnson y Kolodny, publicado en el mundo Eros los mundo de la sexualidad en 1996 denominado, “autovaloración del deseo sexual inhibido”.

1.3 PARAMETROS:

- Una puntuación por debajo de 90 indica que es improbable que sufra una inhibición del deseo sexual.
- Una persona que se encuentra entre 91 y 120 aumenta la posibilidad de que tal inhibición este presente, pero no puede determinarse con claridad a partir de sus reacciones.
- Una puntuación total entre 121 y 140 sugiere que está sufriendo una inhibición del deseo sexual, pero esto no constituye un diagnóstico.
- Las cifras que superen 141 indican que padece tal inhibición.

1.4 MATERIALES

- Útiles generales de escritorio.
- Historias clínicas
- Ficha de evaluación

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

La investigación se realizó en el ámbito de general del departamento de Arequipa, provincia de Arequipa, en el ámbito específico del Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola.

La ubicación del Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola según se puede apreciar en el mapa de ubicación incluido en el anexo.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

Cronología:

La investigación corresponde de Noviembre - Diciembre del 2015, donde esta investigación será constatada al final de la evaluación.

Visión temporal:

Prospectivo

Corte temporal:

Transversal

2.3. UNIDAD DE ESTUDIO

2.3.1. UNIVERSO

Usuaris que actualmente utilizan el método anticonceptivo hormonal inyectable trimestral y a las que no utilizan ningún método hormonal en los meses de Noviembre - Diciembre en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamacola.

Para el estudio se tomó la opción de dos grupos, considerando como un mínimo de 98 participantes en cada grupo.

- Grupo de casos: 49
- Grupo control: 49

POBLACION DE ESTUDIO:

Usuaris que actualmente sean usuarias de métodos anticonceptivos hormonales inyectables trimestrales asimismo las mujeres en edad fértil que no utilizan ningún método hormonal en el presente; que cumplan ciertos criterios como:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres en edad fértil de 18 a más.
- Mujeres en edad fértil sexualmente activas.
- Para el grupo casos: Usuaris de más de un año de uso del Método Hormonal Trimestral.
- Para el grupo control: Mujeres que utilicen métodos de barrera (condón masculino/femenino) o métodos naturales por más de un año.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que se nieguen a participar en el estudio de investigación.
- Usuaris de otros métodos de planificación familiar, ya sea hormonales orales combinados, implantes subdérmicos o inyectables combinados.
- Problemas psicológicos y mentales.
- Mujeres que no hablen ni entiendan el idioma castellano

2.4. DESARROLLO DE LA MUESTRA

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

- Frecuencia de exposición entre casos 0.23
 - Frecuencia de exposición entre controles 0.50
 - Odds ratio a detectar 2.00
 - Nivel de seguridad 0.95
 - Potencia 0.80
 - Número de controles por caso 1
-
- p1 0.23
 - p2 0.50
 - OR 2.00

TAMAÑO MUESTRAL MÍNIMO:

- Casos 49
- Controles 49

2.5.TIPO DE MUESTREO

Se aplicó la técnica del “Muestreo Aleatorio Simple” adicionalmente se aplicó una encuesta a las usuarias que actualmente utilizan el método anticonceptivo hormonal inyectable (Acetato de Medroxiprogesterona) y a las que no utilizan ningún método hormonal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 ORGANIZACIÓN:

Una vez aprobado el presente plan de tesis, se procedió a solicitar el permiso correspondiente a la jefatura del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola, e identificar a las unidades de estudio dentro de las instalaciones del Servicio de Planificación Familiar. Luego se les solicito su participación a las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales inyectables trimestrales y las mujeres en edad fértil que no utilizan ningún método hormonal en el presente estudio de manera voluntaria y anónima brindándoles confianza necesaria para obtener información fidedigna, orientada al logro de nuestros objetivos.

3.2 RECURSOS

3.2.1. RECURSOS HUMANOS

Las investigadoras:

- Bachiller: Cynthia Edith León Meza
- Bachiller: Geraldine Annie Llamas Rozas,

Se aplicó una ficha de evaluación, apoyaran a la toma de muestra y recolectaran datos de historias clínicas.

Asesor del presente trabajo de investigación:

Mgter. Marcos Everth Herrera Cárdenas

3.2.2. RECURSOS FÍSICOS

Ambientes: servicio de Planificación Familiar del Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola.

3.2.3. RECURSOS ECONÓMICOS:

Autofinanciado.

3.2.4. RECURSOS INSTITUCIONALES

Se utilizaron las instalaciones del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola, Arequipa.

3.3 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Considerando el tamaño de muestra, 49 usuarias de Métodos Anticonceptivos Hormonales Inyectables y 49 mujeres en edad fértil que no utilizan ningún método hormonal en los meses Noviembre- Diciembre 2015, aplicamos pruebas piloto elaborado por las autores y que consta de “12” ítems y el test al 5% del total de usuarias; obteniendo 4 encuestas resueltas sin ninguna duda.

Aplicando conjuntamente el test del deseo sexual inhibido, instrumento elaborado y aprobado por Masters, Johnson y Kolodny, publicado en el libro Eros los mundos de la sexualidad en 1996, denominado “Autovaloración del deseo sexual inhibido”, instrumento compuesto por 15 afirmaciones tipo diferencial semántico con puntuación de 1 a 9 en cada ítems.

PARÁMETROS:

- Una puntuación por debajo de 90 indica que es improbable que sufra una inhibición del deseo sexual.
- Una persona que se encuentra entre 91 y 120 aumenta la posibilidad de que tal inhibición este presente, pero no puede determinarse con claridad a partir de sus reacciones.
- Una puntuación total entre 121 y 140 sugiere que está sufriendo una inhibición del deseo sexual, pero esto no constituye un diagnóstico.

Las cifras que superen 141 indican que padece tal inhibición.

3.4 ESTRATEGIA DE MANEJO DE RESULTADOS

Toda la información fue tabulada en base de datos Microsoft Excel. Se procedió a aplicar estadística descriptiva, en las variables cualitativas; se aplicó la distribución de frecuencias y proporciones.

Para la inferencia estadística se aplicara el chi cuadrado, con un margen de error del 5%.



CAPITULO III: RESULTADOS

TABLA N°. 1

**CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES EN MUJERES DE EDAD
FÉRTIL ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS
DÍAZ - ZAMÁCOLA**

FACTORES SOCIOCULTURALES	N°.	%
EDAD		
18 – 25 años	29	29,6
26 – 35 años	47	48,0
36 años a mas	22	22,4
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Primaria	9	9,2
Secundaria	65	66,3
Superior Técnico	20	20,4
Superior Universitario	4	4,1
ESTADO CIVIL		
Soltera	12	12,2
Casada	67	68,4
Conviviente	19	19,4
OCUPACIÓN		
Ama de casa	42	42,9
Trabajadora eventual	14	14,3
Trabajadora Independiente	23	23,5
Trabajadora Dependiente	16	16,3
Estudiante	3	3,1
TOTAL	98	100

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla N° 1 de Factores Socioculturales muestra que el 48,0% de las mujeres en edad fértil tienen entre 26 a 35 años, el 66,3% estudiaron hasta el nivel secundario, el 68,4% son casadas y el 42,9% de ellas son amas de casa.

TABLA N°. 2

**CARACTERÍSTICAS SEXUALES EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ -
ZAMÁCOLA**

FACTORES SEXUALES	N°.	%
INICIO DE RELACIONES SEXUALES		
Menor de 14 años	3	3,1
15 – 20 años	77	78,6
Mayor de 20 años	18	18,4
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES		
1	46	46,9
2	33	33,7
Mayor de 3	19	19,4
PARIDAD		
0	6	6,1
1	33	33,7
2	35	35,7
Mayor de 3	24	24,5
AÑOS DE CONVIVENCIA		
1 – 5 años	49	50,0
6 – 10 años	24	24,5
11 – 15 años	11	11,2
16 – 20 años	9	9,2
Mayor de 20 años	5	5,1
TOTAL	98	100

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla N° 2 de Factores Sexuales muestra que el 78,6% de las mujeres en edad fértil iniciaron sus relaciones sexuales entre 15 a 20 años, el 46,9% tuvieron una sola pareja sexual, el 35,7% tiene como mínimo dos hijos y de ellas el 50% tienen de 1 a 5 años de convivencia.

TABLA N°. 3

**DESEO SEXUAL INHIBIDO EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ –
ZAMÁCOLA**

TEST DE DESEO SEXUAL INHIBIDO	N°	%
Improbable	37	37,8
Mínima alteración	22	22,4
Moderada alteración	13	13,3
Padece	26	26,5
TOTAL	98	100

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla N° 3 del Test del deseo inhibido muestra que el 37,8% presentan un Improbable alteración del deseo sexual y el 13,3% de ellas presentan moderada alteración del deseo sexual.

GRÁFICO N°. 1

DESEO SEXUAL INHIBIDO EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA

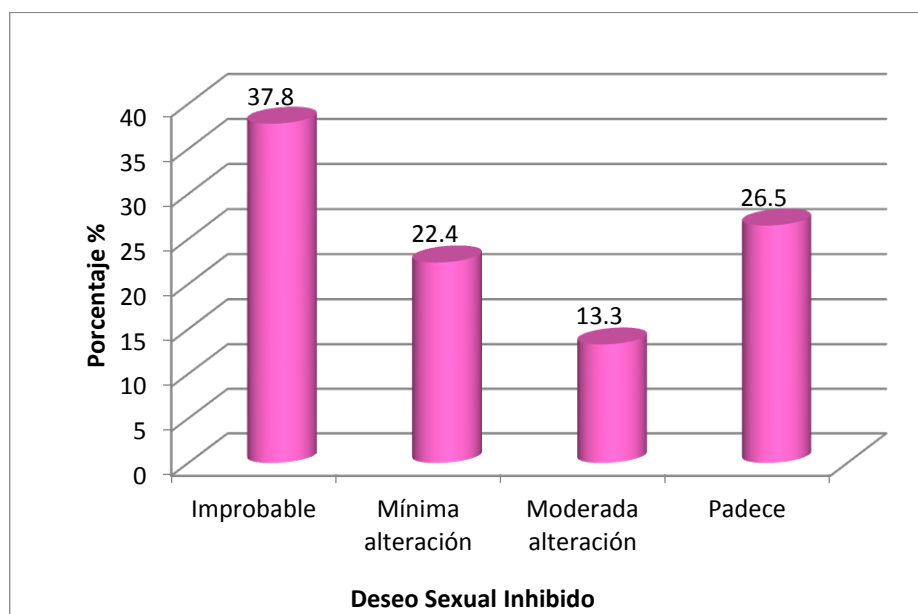


TABLA N°. 4

**EDAD DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON Y SIN USO DEL
ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA**

EDAD	SI USA		NO USA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
18-25	13	26,5	16	32,7	29	29,6
26-35	24	49,0	23	46,9	47	48,0
36 a mas	12	24,5	10	20,4	22	22,4
TOTAL	49	100,0	49	100,0	98	100,0

Fuente: Elaboración Propia.

$$\chi^2=0,51$$

$$P > 0,05$$

La tabla N° 4 según la prueba del Chi cuadrado ($\chi^2=0,51$) se muestra que la edad en las mujeres en edad fértil con y sin uso del acetato de Medroxiprogesterona no presento diferencia estadística significativa ($P > 0,05$).

Así mismo se muestra que el 49,0% de las mujeres que usan el Inyectable Hormonal de depósito Trimestral tienen de 26 a 35 años frente a 46,9% de las mujeres con esta misma edad que no utilizan ningún método hormonal.

GRÁFICO N°. 2

**EDAD DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON Y SIN USO DEL
ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA**

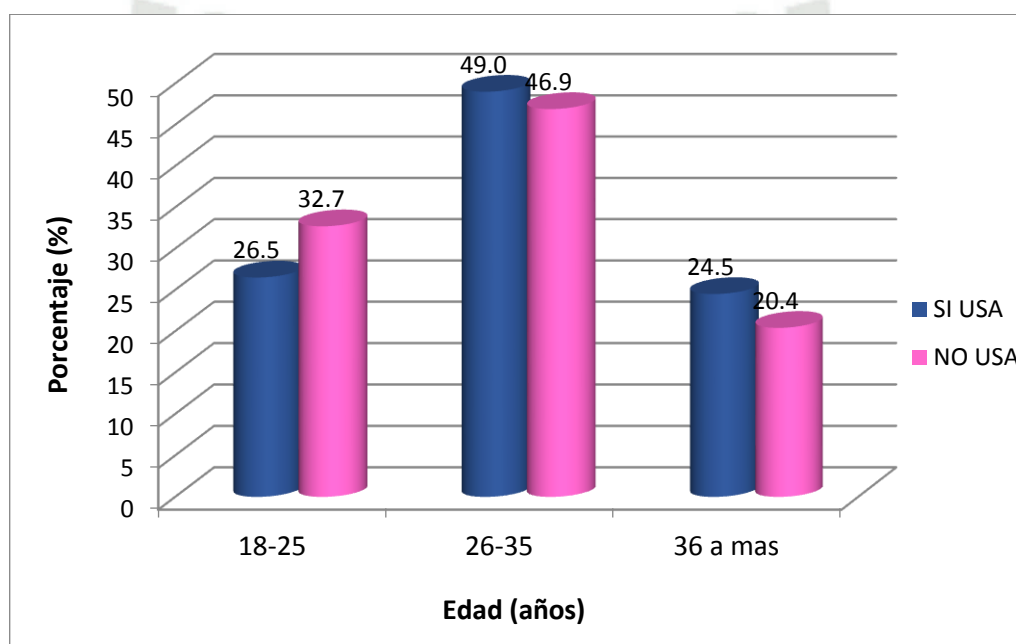


TABLA N°. 5

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON
Y SIN USO DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS
DÍAZ – ZAMÁCOLA**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	SI USA		NO USA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	7	14,3	2	4,1	9	9,2
Secundaria	29	59,2	36	73,5	65	66,3
Superior Técnico	11	22,4	9	18,4	20	20,4
Superior Universitario	2	4,1	2	4,1	4	4,1
TOTAL	49	100,0	49	100,0	98	100,0

Fuente: Elaboración Propia

$$\chi^2=3,73 \quad P > 0,05$$

La tabla N° 5 según la prueba del Chi cuadrado ($\chi^2=3,73$) se muestra que el Grado de Instrucción en las mujeres en edad fértil con y sin uso del acetato de Medroxiprogesterona no presento diferencia estadística significativa ($P > 0,05$).

Así mismo se muestra que el 59,2% de las mujeres de las que usan el Inyectable Hormonal de depósito Trimestral tienen nivel secundario frente a 73,5% de las mujeres con este mismo nivel académico que no utilizan ningún método hormonal.

GRÁFICO N°. 3

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON
Y SIN USO DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA**

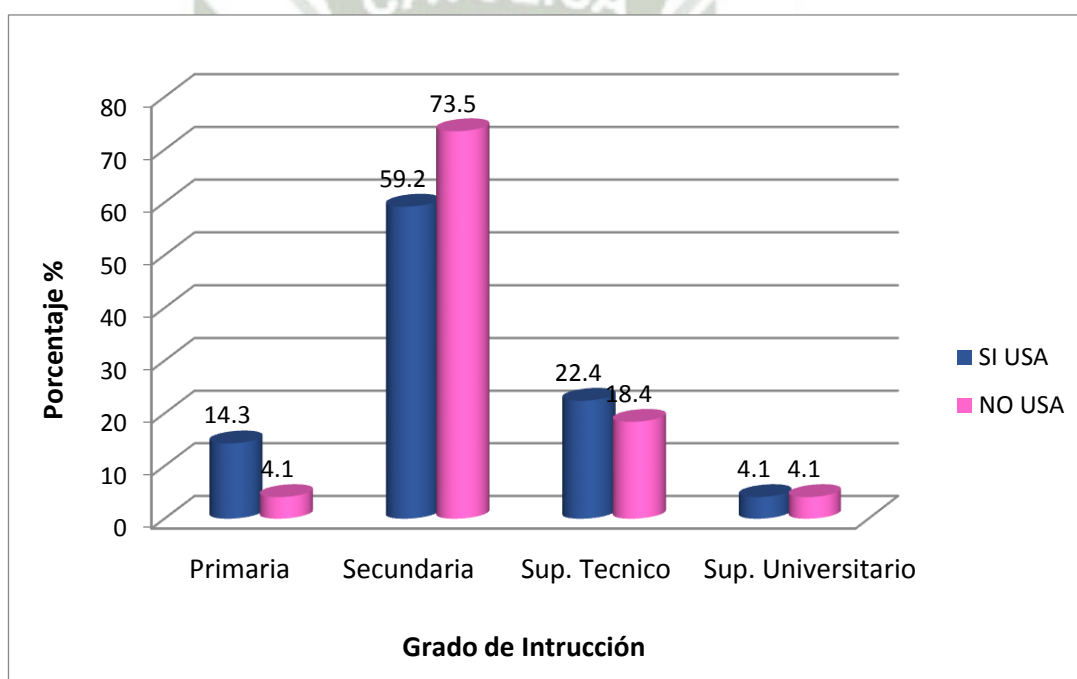


TABLA N°. 6

**ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON Y SIN USO
DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA**

ESTADO CIVIL	SI USA		NO USA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	6	12,2	6	12,2	12	12,2
Casada	31	63,3	36	73,5	67	68,4
Conviviente	12	24,5	7	14,3	19	19,4
TOTAL	49	100,0	49	100,0	98	100,0

Fuente: Elaboración Propia

$$X^2=1,68 \quad P > 0,05$$

La tabla N° 6 según la prueba del Chi cuadrado ($X^2=1,68$) se muestra que el Estado civil en las mujeres en edad fértil con y sin uso del acetato de Medroxiprogesterona no presento diferencia estadística significativa ($P > 0,05$).

Así mismo se muestra que el 63,3% de las mujeres de las que usan el Inyectable Hormonal de depósito Trimestral son casadas frente a 73,5% de las mujeres con este mismo estado civil que no utilizan ningún método hormonal.

GRÁFICO N°. 4

**ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON Y SIN USO
DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ - ZAMÁCOLA**

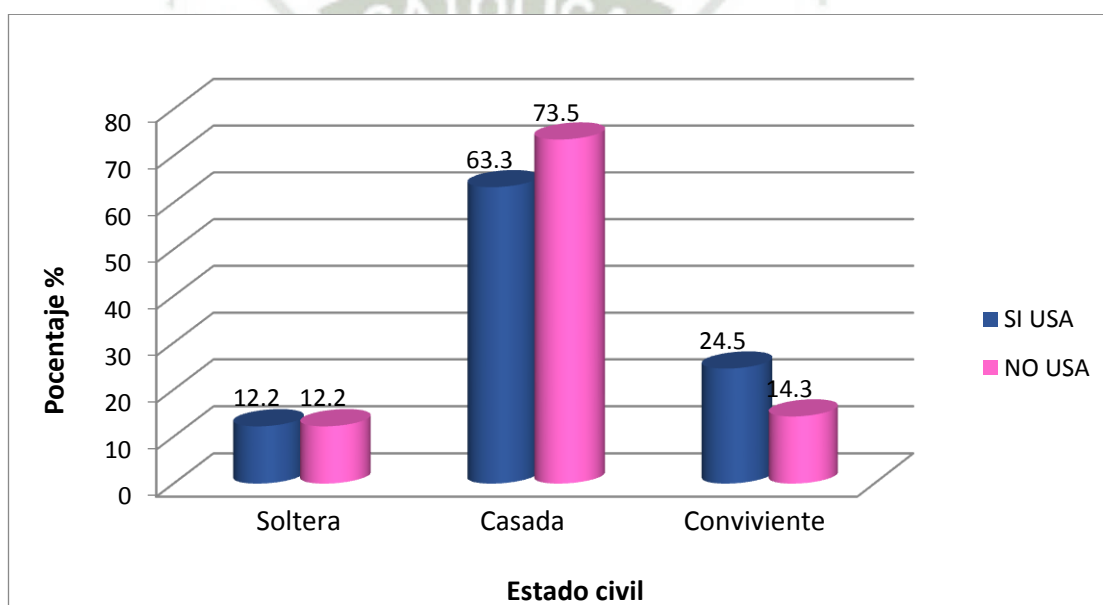


TABLA N°. 7

**OCUPACIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON Y SIN USO
DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA**

OCUPACIÓN	SI USA		NO USA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ama de casa	19	38,8	23	46,9	42	42,9
Trabajadora eventual	8	16,3	6	12,2	14	14,3
Trabajadora Independiente	12	24,5	11	22,4	23	23,5
Trabajadora dependiente	9	18,4	7	14,3	16	16,3
Estudiante	1	2,0	2	4,1	3	3,1
TOTAL	49	100,0	49	100,0	98	100,0

Fuente: Elaboración Propia

$$X^2=1,29 \quad P > 0,05$$

La tabla N° 7 según la prueba del Chi cuadrado ($X^2=1,29$) se muestra que la Ocupación en las mujeres en edad fértil con y sin uso del acetato de Medroxiprogesterona no presento diferencia estadística significativa ($P > 0,05$).

Así mismo se muestra que el 38,8% de las mujeres de las que usan el Inyectable Hormonal de depósito Trimestral son amas de casa frente a 46,9% de las mujeres con esta misma ocupación que no utilizan ningún método hormonal.

GRÁFICO N°5

**OCUPACIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON Y SIN USO
DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA**

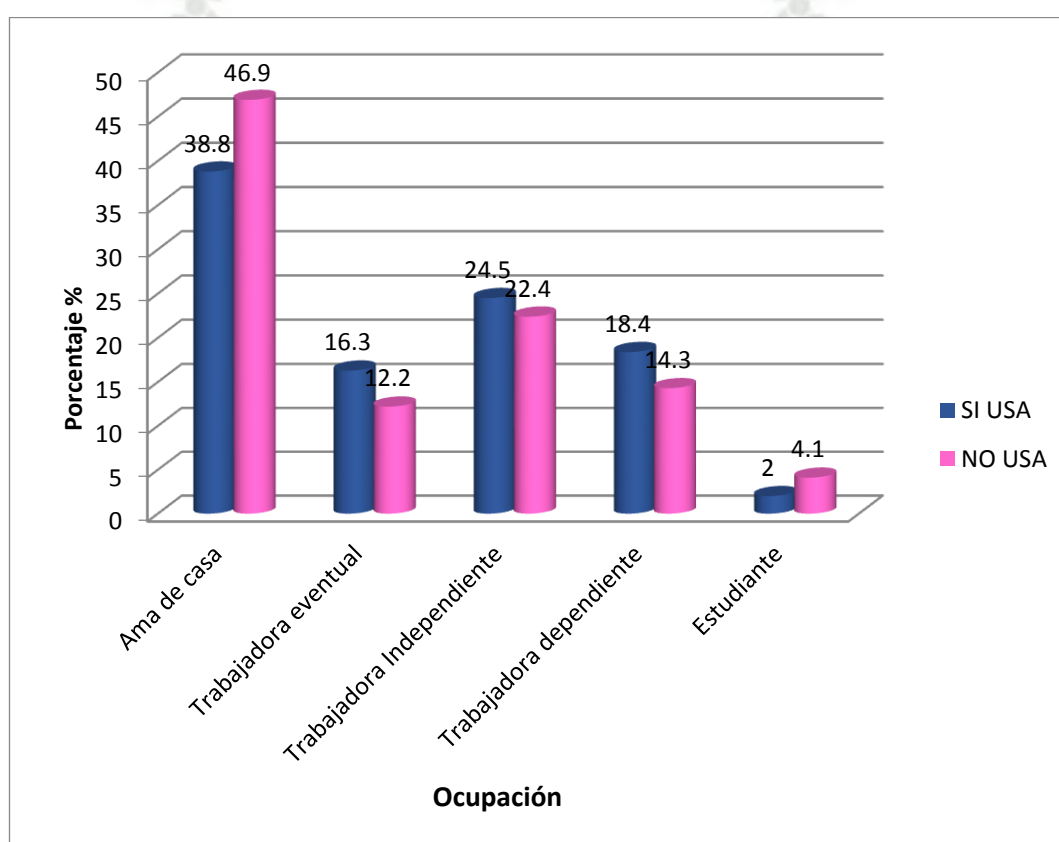


TABLA N°. 8

**INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES DE LAS MUJERES EN
EDAD FÉRTIL CON Y SIN USO DEL ACETATO DE
MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA**

INICIO DE RELACIONES SEXUALES	SI USA		NO USA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Menor de 14	1	2,0	2	4,1	3	3,1
15 - 20	38	77,6	39	79,6	77	78,6
Mayor de 20	10	20,4	8	16,3	18	18,4
TOTAL	49	100,0	49	100,0	98	100,0

Fuente: Elaboración Propia

$$X^2=0,56 \quad P > 0,05$$

La tabla N° 8 según la prueba del Chi cuadrado ($X^2=0.56$) se muestra que la Edad Inicio de Relaciones Sexuales en las mujeres en edad fértil con y sin uso del acetato de Medroxiprogesterona no presento diferencia estadística significativa ($P > 0,05$).

Así mismo se muestra que el 77,6% de las mujeres de las que usan el Inyectable Hormonal de depósito Trimestral iniciaron las relaciones sexuales frente a 79,6% de las mujeres con este mismo rango de edad que no utilizan ningún método hormonal.

GRÁFICO N°. 6

**INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES DE LAS MUJERES EN
EDAD FÉRTIL CON Y SIN USO DEL ACETATO DE
MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA**

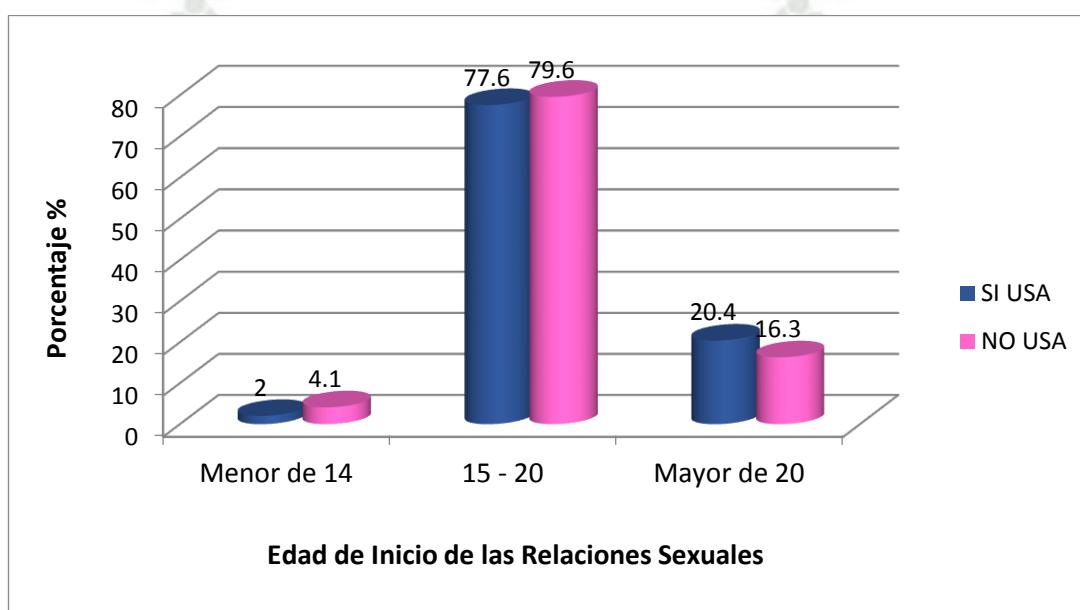


TABLA N°. 9

**NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS MUJERES EN EDAD
FÉRTIL CON Y SIN USO DEL ACETATO DE
MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA**

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	SI USA		NO USA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
1	24	49	22	44,9	46	46,9
2	16	32,7	17	34,7	33	33,7
Mayor de 3	9	18,4	10	20,4	19	19,4
TOTAL	49	100,0	49	100,0	98	100,0

Fuente: Elaboración Propia

$$\chi^2=0,17 \quad P > 0,05$$

La tabla N° 9 según la prueba del Chi cuadrado ($\chi^2=0.17$) se muestra que el número de parejas sexuales en las mujeres en edad fértil con y sin uso del acetato de Medroxiprogesterona no presento diferencia estadística significativa ($P > 0,05$).

Así mismo se muestra que el 32,7% de las mujeres de las que usan el Inyectable Hormonal de depósito Trimestral tuvieron dos parejas sexuales frente a 44,9% de las mujeres solo tuvieron una pareja sexual que no utilizan ningún método hormonal.

GRAFICO N°7

**NUMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS MUJERES EN EDAD
FÉRTIL CON Y SIN USO DEL ACETATO DE
MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA**

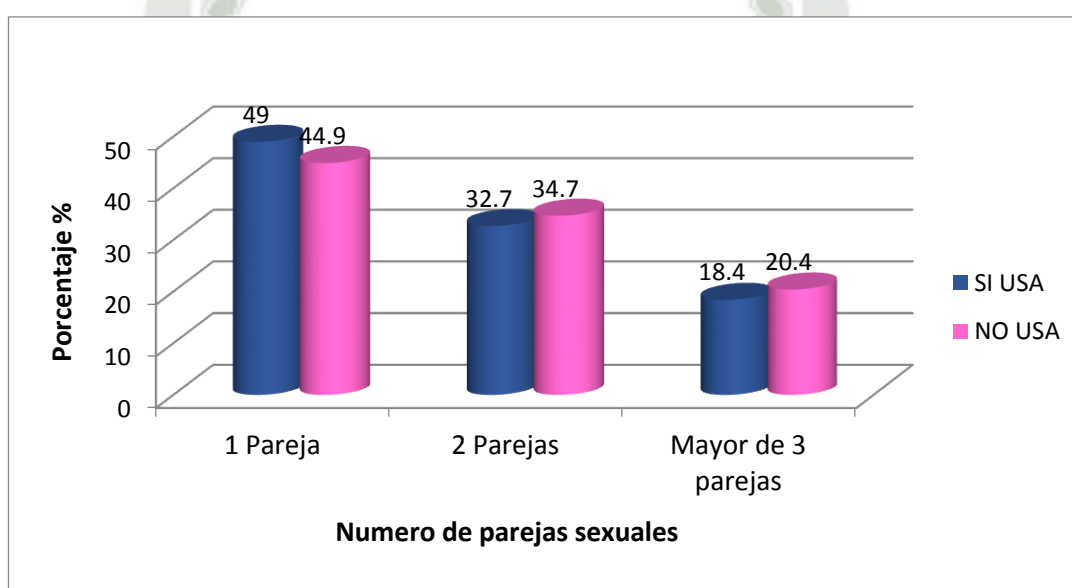


TABLA N°. 10

**PARIDAD DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON Y SIN USO DEL
ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA**

PARIDAD	SI USA		NO USA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
0	2	4,1	4	8,2	6	6,1
1	15	30,6	18	36,7	33	33,7
2	21	42,9	14	28,6	35	35,7
Mayor de 3	11	22,4	13	26,5	24	24,5
TOTAL	49	100,0	49	100,0	98	100,0

Fuente: Elaboración Propia

$$X^2=2,50 \quad P > 0,05$$

La tabla N° 10 según la prueba del Chi cuadrado ($X^2=2,50$) se muestra que la en las mujeres en edad fértil con y sin uso del acetato de Medroxiprogesterona no presento diferencia estadística significativa ($P > 0,05$).

Así mismo se muestra que el 42.9% de las mujeres de las que usan el Inyectable Hormonal de depósito Trimestral tuvieron dos hijos frente a 36,7% de las mujeres solo tuvieron un único hijo que no utilizan ningún método hormonal.

GRAFICO N°. 8

**PARIDAD DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON Y SIN USO DEL
ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA**

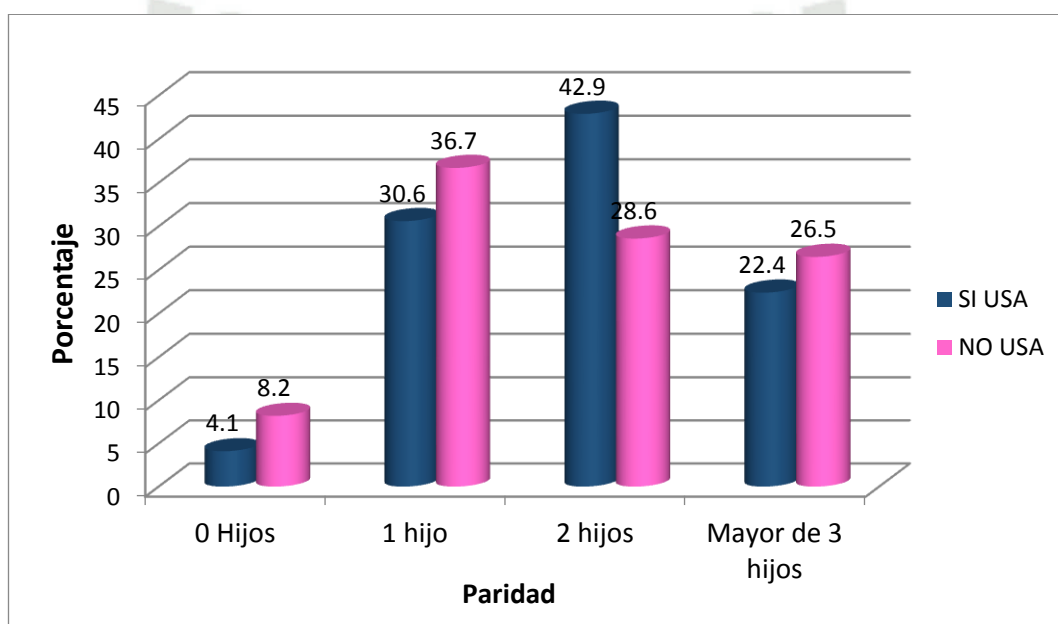


TABLA N°. 11

**AÑOS DE CONVIVENCIA DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON
Y SIN USO DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS
DÍAZ – ZAMÁCOLA**

AÑOS DE CONVIVENCIA	SI USA		NO USA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
1 – 5	22	44,9	27	55,1	49	50
6 - 10	10	20,4	14	28,6	24	24,5
11 - 15	8	16,3	3	6,1	11	11,2
16 – 20	6	12,2	3	6,1	9	9,2
Mayor de 20	3	6,1	2	4,1	5	5,1
TOTAL	49	100,0	49	100,0	98	100,0

Fuente: Elaboración Propia

$$\chi^2=4,65 \quad P > 0,05$$

La tabla N° 11 según la prueba del Chi cuadrado ($\chi^2=4,65$) se muestra que la en las mujeres en edad fértil con y sin uso del acetato de Medroxiprogesterona no presento diferencia estadística significativa ($P > 0,05$).

Así mismo se muestra que el 44,9% de las mujeres de las que usan el Inyectable Hormonal de depósito Trimestral tienen de 1 – 5 años de convivencia frente a 55,1% de las mujeres con este mismo número de años de convivencia que no utilizan ningún método hormonal.

GRÁFICO N°. 9

**AÑOS DE CONVIVENCIA DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON
Y SIN USO DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA**

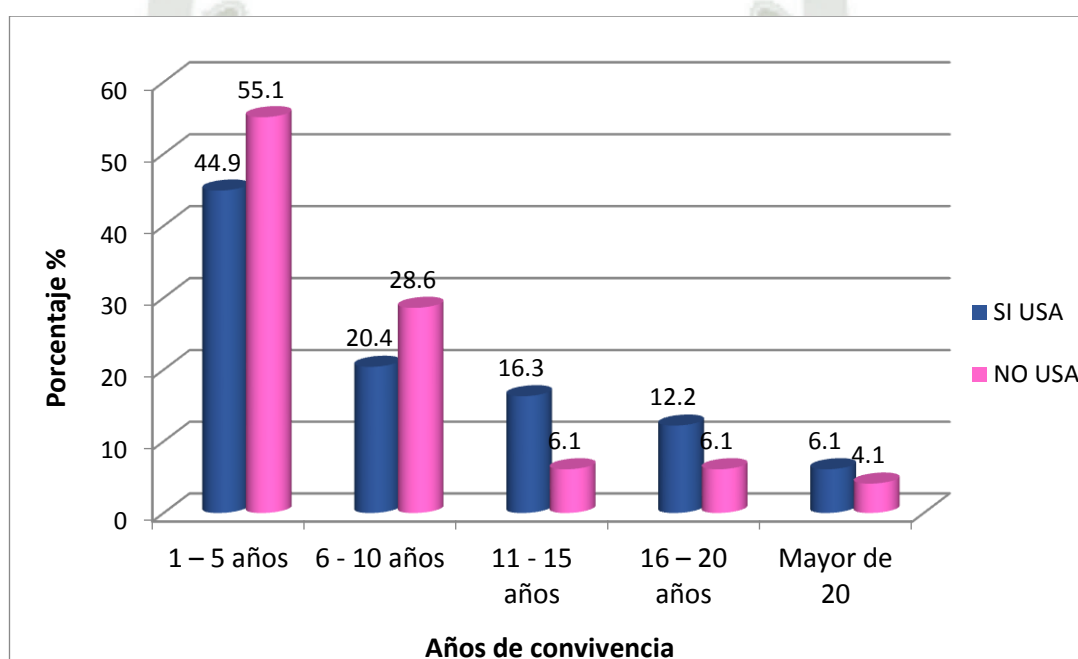


TABLA N° 12

**DESEO SEXUAL INHIBIDO DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON
Y SIN USO DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS
DÍAZ – ZAMÁCOLA**

TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO	SI USA		NO USA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Improbable DSH	14	28,6	23	46,9	37	37,8
Mínima alteración del DS	11	22,4	11	22,4	22	22,4
Moderada alteración del DS	5	10,2	8	16,3	13	13,3
Padece DSH	19	38,8	7	14,3	26	26,6
TOTAL	49	100,0	49	100,0	98	100,0

Fuente: Elaboración Propia

$$\chi^2=8,42 \quad P < 0,05$$

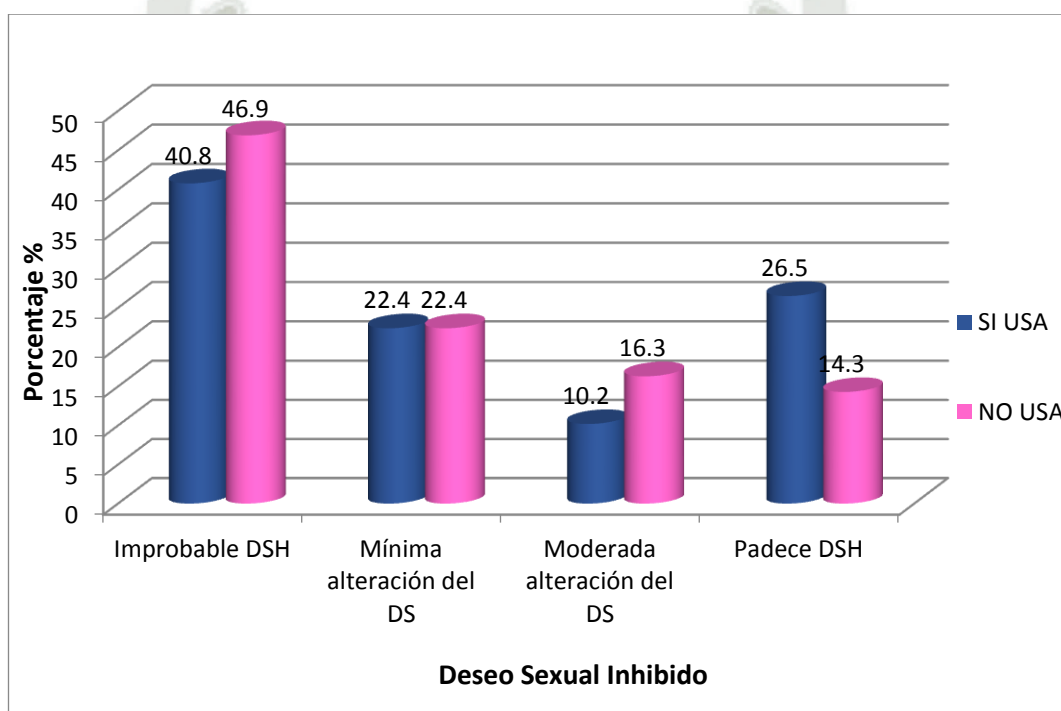
La tabla N° 12 según la prueba del Chi cuadrado ($\chi^2=8,42$) se muestra que las mujeres en edad fértil con y sin uso del acetato de Medroxiprogesterona presento diferencia estadística significativa ($P < 0,05$).

Asimismo se observa que de las usuarias del Método Inyectable de depósito Trimestral el 38,8% de las mujeres padecen de Deseo Sexual Inhibido frente al 14,3% de ellas que no utilizan ningún método hormonal.

Además se evidencia Improbable DSH de las usuarias del Método Inyectable de depósito Trimestral en un 28,6% frente al 46,9% de ellas que no utilizan ningún método hormonal.

GRAFICO N°. 10

**DESEO SEXUAL INHIBIDO DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON
Y SIN USO DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS
DÍAZ – ZAMÁCOLA**



DISCUSIÓN

En la presente investigación, se busca determinar si el Acetato de Medroxipogestrona interviene o no en la pérdida del deseo sexual.

Para su realización, era importante tener en cuenta las características de la población que frecuenta el Centro de Salud Maritza Campos Diaz, a su vez las características de las mujeres en edad fértil que asisten al servicio de Planificación Familiar, que tiene gran acogida por esta población atendiendo anualmente 2902 mujeres continuadoras de este método trimestral (Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014).

Se encontró que la mayoría de usuarias encuentran en un rango de edades entre 26 y 35 años (49%), con grado de instrucción de nivel secundario (59,2%), con estado civil de casadas (63,3%), con ocupación de amas de casa (38.8%). En cuanto a los factores sexuales podemos decir que la mayoría inicio su vida sexual entre los 15 y 20 años (77,6%), tuvieron una sola pareja sexual (49%), así mismo con paridad de dos hijos vivos (42,9%) y con un tiempo de convivencia con su última pareja de 1 a 5 años (44,9%).

En cuanto al Test del Deseo Sexual Inhibido, podemos decir que del total de mujeres encuestadas que usaron el método por más de un año, padecen de Deseo Sexual Inhibido (38,8%).

Si bien es cierto, durante las consejerías de planificación familiar que se brinda a las parejas que desean cuidarse, no se les explica gran parte de efectos secundarios, como sería la disminución de la libido sexual en la mujer. Para la realización de esta investigación se revisó distintos trabajos, cuyas conclusiones eran variadas y las asemejaban a otros factores. Pero para los creadores de dicho test, Masters y Jhonson 1967 (13) en sus investigaciones científicas de la respuesta sexual humana, concluían que en un 10% de las mujeres que utilizaban anticonceptivos hormonales, presentaban un declive sexual, lo cual se asemeja a los resultados de este estudio.

Este trabajo fue de casos y controles, es decir 49 usuarias de Inyectable de depósito trimestral y 49 mujeres en edad fértil que no utilicen ningún método hormonal, lo cual se muestra significativamente que a las usuarias de dicho método les afecta la libido sexual (38,8%) y a las que utilizan otros métodos no hormonales no padecen de dicha inhibición (49,9%).

Esto podría deberse, al efecto inhibidor que causa la progesterona frente a las hormonas relacionadas directamente con el deseo sexual, como son los estrógenos y la testosterona en la mujer.

Estableciendo una comparación con la tesis de autores: Cornejo B. Faviola, Corzo C. María del Carmen, 2004 (17) cuyo título es “Influencia de métodos anticonceptivos hormonales en el deseo sexual de mujeres de 20 a 30 años en el hospital regional Honorio Delgado Espinoza”, extraída de nuestros análisis de antecedentes investigativos a nivel local se evidencio que el 51.35% de las unidades de estudio presento el deseo sexual disminuido, el 44.15% deseo sexual sin alteración y el 4.5% deseo sexual aumentado, cuyos resultados se obtuvieron en el uso de métodos anticonceptivos solo de progestágenos (depoprovera), manejandose 222 unidades de estudio como muestra de universo de mujeres de 20 a 30 años. Concluyendo que al realizar los análisis estadísticos de las frecuencias y de la relación se puede decir que el anticonceptivo con mayores efectos negativos en el deseo sexual de las pacientes de 20 a 30 años del Hospital Regional Honorio Delgado, es el anticonceptivo de solo progestágenos.

Del mismo modo analizando y comparando los resultados de: Charnay R. Mónica, Henriquez F. Elena, 2003 (32), cuyo título es “Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados, la concepción, se encontró que un 34,9% de las mujeres presenta deseo sexual inhibido, que existe relación estadísticamente significativa entre la variable, nivel educacional de la mujer y de la pareja, situación laboral de la pareja, satisfacción de las necesidades básicas, satisfacción sexual, satisfacción con la relación de pareja y la variable dependiente deseo sexual inhibido.

Como resultado final de los dos trabajos de investigación analizados y comparados con el presente trabajo de investigación, se ve reflejado que coinciden en que el uso del Método Anticonceptivo Hormonal Inyectables Trimestrales influyen de manera significativa inhibiendo el deseo sexual en la mujer, esto podría deberse, al efecto inhibidor que causa la progesterona frente a las hormonas relacionadas directamente con el deseo sexual, como son los estrógenos y la testosterona en la mujer.



CONCLUSIONES

Primera

En la mayoría de mujeres que utilizan el método anticonceptivo trimestral, que fueron objeto de estudio se encuentran entre 26 – 35 años (49,0%), con niveles de estudio secundaria completa (59.2%), siendo casadas (63.3%).

Segunda

En las mujeres en edad fértil que utilizan el método anticonceptivo hormonal inyectable Trimestral padecen del deseo sexual inhibido en un 38,8%.

Tercera

Se encontró que las mujeres en edad fértil que no utilizan ningún método hormonal presentan una Improbable pérdida del deseo sexual en un 46,9%.

Cuarta

El nivel de deseo sexual en las usuarias del método anticonceptivo Hormonal Inyectable Trimestral fue de improbable deseo sexual en un 28,6%, mínima alteración del deseo sexual es un 22,4%, y moderada alteración del deseo sexual en un 10,2% y padecen deseo sexual inhibido en un 38,8%.

El nivel del deseo sexual en mujeres en edad fértil que no utilicen ningún método hormonal fue improbable deseo sexual en un 46,9%, mínima alteración del deseo sexual es un 22,4%, y moderada alteración del deseo sexual en un 16,3% y padecen deseo sexual inhibido en un 14,3%

RECOMENDACIONES

- 1) Para determinar con mayor exactitud el efecto del inyectable hormonal trimestral se deberían de realizar estudios de investigación similares a este teniendo en cuenta características poblacionales y un mayor número de muestra.
- 2) Dar un mayor enfoque a los efectos secundarios que causa el método hormonal inyectable de depósito trimestral en las consejerías de salud sexual y reproductiva en el servicio de planificación en los distintos establecimientos.
- 3) Se recomendaría que en los establecimientos de salud se deba incluir consejerías exclusivamente sobre la sexualidad humana en pareja respetando la diversidad sexual con enfoque de género respetando los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Spaccavento D, Rosso D, Farmacología de los esteroides sexuales y drogas. Relacionadas 2008; pág. 26-35.
2. Armando J, Flores J. Hormonas sexuales: estrógenos, gestagenos, andrógenos y anticonceptivos hormonales. Farmacología humana, 5ta Edición. España; 2008.
3. Martin L. Pernoll. Diagnóstico y Tratamiento Gineco obstétricos, 6ta edición. México; Manual Moderno; 2000.
4. Mas M, Fisiología sexual. En J A F. (Ed) Fisiología humana (2da edición). Madrid MacGraw Hill- Interamericana 1999 p. 1148 – 1158.
5. Guyton A. Hall J. Fisiología femenina antes del embarazo: hormonas femeninas. Cap 81. En 9na ed. Tratado de Fisiología Medica Endocrinológica y Reproducción Sexual. Elsevier- España. Unidad XIV.
6. Mas M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: Actualización, España .RevIntAndrol; 5(1):11-21; 2007.
7. Latarjet, M.; Ruiz Liard, A. Órganos genitales femeninos. Cap XXV. En: Anatomía Humana. 3ªed Vol II. Madrid: editorial Médica Panamericana; 1995.p. 1729-66.
8. Mas M, Fisiología sexual. En J A F. (Ed) Fisiología humana (2da edición). Madrid MacGraw Hill- Interamericana 1999 p. 1148 – 1158.
9. Robert M, Rose S, Edwuard S. Psicoendocrinología. En: Tratado de endocrinología 5 ed. Barcelona: Salvat; 1984: 693-723.
10. Palacios S, Tobar AC, Menéndez C. Sexuality in the climacteric years; 43(Suppl 1): 69-77. Maturitas; 2002.
11. Hung L, Lamos S. Prolactina y Reproducción. En: Endocrinología en Ginecología TomoI. Cuba. Ed Ciencias Médicas; 2006: 100-64
12. Shibley Janet, De la Mater. Sexualidad Humana. 9na edición. Mexico; McGraw-Hill / Interamericana de México; 2006.
13. Masters William, Johnson Virginia, Respuesta Sexual Humana. 6ta edición. Buenos Aires, Argentina, editorial: Intermedica; 1967. Pág.: 001-469.
14. Schwarcz Leopoldo, Fesina Ricardo, Duverges Carlos. Obstetricia. 6ta edición. Buenos Aires: El Ateneo; 2005; pág. 459-471.

15. Crooks Robert, Baur Karla. Nuestra Sexualidad. 10ma edición. Colombia: International Thomson, 2000; pág. 426- 446.
16. Diez E, Romeu A, Parrilla J. Gestágenos inyectables I y II parte. Vols. vpñ- XIV 3. págs. 29-71. s.l.: Rev Iberoam Fértil; 1997.
17. Cornejo B., Faviola, Corzo C., María del Carmen. Influencia de métodos anticonceptivos hormonales en el deseo sexual de mujeres de 20 a 30 años [tesis]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María. Facultad de Obstetricia; 2004.

HEMEROGRAFIA

18. White P. Bradley C., Feriter M., Hatzipetrou., Tratamiento para personas con trastornos del deseo sexual y para personas que cometieron delitos sexuales (Revista Ccochrane Traducida) En la biblioteca Cochrane plus; 2008 Numero 4.

WEBGRAFIA

19. Ortega Torres Rocio Margot: ANTICONCEPTIVOS HORMONALES: ¿Son todos iguales? beneficios y riesgo de su uso. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada [revista en internet] 2011 [consultado 18 de Agosto 2015]. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_anticoncepcion_hormonal.pdf.
20. Schwarcz R., Castro R., Galimberti D., Martínez I., García O., Lomuto C., Etcheverry M., Queiruga M.: Guía para el uso de Métodos Anticonceptivos [revista en internet] 2002 [consultado 18 de Agosto 2015]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guia_de_metodos_anticonceptivos.pdf.

21. MINSA Perú, Informe Técnico N°13-2012 [Homepage en internet][consultado 17 de Agosto 2015]; vol. 13. Disponible en: http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad%5CUpLoaded%5CPDF/13-12_NORETISTERONA ESTRADIOL.pdf
22. Unfpa PERU, Portal Web INPPARES; principales métodos anticonceptivos [revista en internet] 2011 [consultado 17 de Agosto 2015]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2012/Noviembre2012/Swop2012/Documentos/MetodosAnticonceptivos.html>
23. Instituto Mexicano del Seguro Social: Anticoncepción Hormonal Inyectable. Salud en Línea [Homepage internet] año 2015 [consultado 17 de Agosto 2015]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/hormonal-inyectable>.
24. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamécum. Acetato de medroxiprogesterona. [revista en internet] Edición 2015 [consultado 17 de Agosto 2015]; Disponible en: http://pediamecum.es/wpcontent/farmacos/Acetato_de_medroxiprogesterona.pdf.
25. Doval José, Blanco Susana: Libido. . Las hormonas del deseo sexual [Presentación Power Point], [consultado 8 de Junio 2015]. Disponible en: http://sec.es/descargas/2004_Congreso_SEC/pdf/Libido.%20Las%20hormonas%20del%20deseo%20sexual.pdf.
26. Sierra Juan Carlos: Estudio psicométrico preliminar del Test del Deseo Sexual Inhibido en una muestra española no clínica. RIPCS/IJCHP, Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ ISSN 1576-7329 International Journal of Clinical and Health Psychology; 2003, [revista en internet] [consultado 8 de Agosto 2015]; Vol. 3, N° 3, pp. 489-50. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulo_pdf/ijchp-84.pdf.
27. Lematrie Raul Muñoz (asesor), Alarcon E., Berasain G., Boid J., Conejeros Simone, Garate K., Rojas M, Tobar P. : Tipo, frecuencia y calidad de las relaciones sexuales en la tercera edad. Nombre de la revista [revista en internet], [consultado 18 de Agosto 2015]; vol. 8 N° 8.

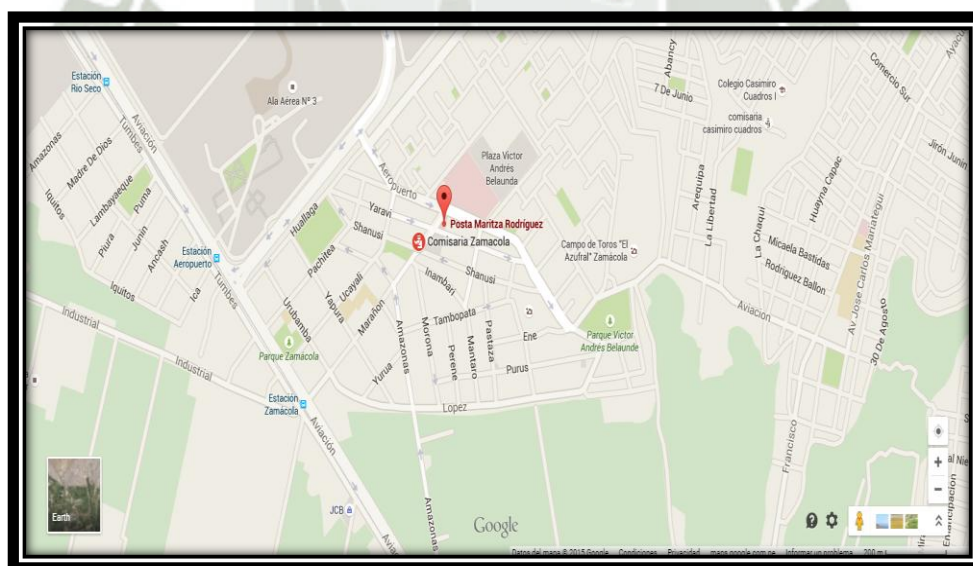
Disponible en:

<http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0007/cap0206.htm>.

28. Robles Juan: Estado civil: Soltero. Concepto Jurídico, Apuntes de derecho [Homepage en internet] 2011 [consultado 19 de Junio 2015]. Disponible en: <http://definicionlegal.blogspot.com/2011/06/estado-civil-soltero.html>.
29. Instituto Vasco de Estadística; Eustat [Homepage internet] 2004 [consultado 19 de Junio 2015]. Disponible en: http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_303/elem_2376/definición.html#axzz3j0gal3J
30. García Lourdes, Llactahuaman Sara: Asociación entre el Acetato de Medroxiprogesterona y deseo sexual en usuarias de planificación familiar. [tesis] Lima, Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2012 [consultado 8 de Junio 2015]; Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2986/1/garcia_bl.pdf.
31. Alsasua Angela: Hormonas sexuales y anticonceptivos. Comisión de Farmacoterapéutica [revista en internet]; 2011 [consultado 18 de Agosto 2015]; volumen 9 n° 1. Disponible en: <http://www.socesfar.com/attachments/article/98/Hormonas%20sexuales%20y%20anticonceptivos.pdf>.
32. Charnay Mónica, Henríquez Elena. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados, la concepción. [tesis] Chile, Universidad de Concepción. Facultad de Enfermería; 2003. [consultado 25 de Junio 2015]; Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000100007&script=sci_arttext.

ANEXOS

Anexo 01: Ubicación Espacial



Anexo 02: Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

INVESTIGADORAS: Cynthia Edith Leon Meza

Geraldine Annie Llamas Rozas

LUGAR: Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamacola

Al firmar este documento doy mi consentimiento para participar de forma voluntaria donde en todo momento se buscara mi privacidad y comodidad.

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

Si usted cancela esta autorización, las investigadoras se verán obligadas a no usar ni divulgar la información incluida en este estudio.

También se me informa que si participó o no, mi negativa a responder no afectara a los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia pueden recibir de los proveedores de salud.

Una vez leído este documento, paso autorizar mediante mi firma, mi nombre completo, mi participación.

YO.....

Nº DNI..... FIRMA.....

Confirmando que la información de este consentimiento fue claro, explicado y entendido.

El paciente acepto ser parte de esta investigación.

Anexo 03: Ficha de Evaluación

FICHA DE EVALUACIÓN

Registro: -----

Marque con una (X) las siguientes preguntas. Si tiene alguna duda consulte con el investigador:

- N° de HC: _____
- Fecha actual: _____
- Dirección: _____
- Distrito: _____ Provincia: _____ Región: _____

FACTORES SOCIOCULTURALES

1. Edad..... años

2. Grado de instrucción:

- ☐ Sin estudios
- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria
- ☐ Superior Técnico
- ☐ Superior Universitaria

3. Estado civil:

- ☐ Soltera
- ☐ Conviviente
- ☐ Casada

4. Ocupación:

- ☐ Ama de casa
- ☐ Trabajadora eventual
- ☐ Trabajadora independiente
- ☐ Trabajadora dependiente
- ☐ Estudiante

FACTORES SEXUALES

1. Edad de Inicio de Relaciones Sexuales.....
2. Número de parejas sexuales en toda su vida: () 1 () 2 () 3 a más.
3. Paridad: (Número de hijos): () 1 () 2 () 3 a más.
4. Convivencia con pareja actual: () 3 meses () 6 meses () 12 meses
() 1 año a más.
5. Método anticonceptivo que utiliza:
☐ Inyectable Trimestral
6. Tiempo que utiliza el método:.....



Test de deseo sexual inhibido

(Masters et al. 1994)

Usted puede encerrar en un círculo o “X” del 1 al 9 donde (1 totalmente falso) (9 totalmente verdadero) los numero intermedios de la escala significan posiciones intermedias entre falso y verdadero.

1) No pienso en el sexo muy a menudo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

2) El sexo por lo general no me resulta muy satisfactorio

1 2 3 4 5 6 7 8 9

3) Nunca inicio las relaciones sexuales

1 2 3 4 5 6 7 8 9

4) Con frecuencia rechazo las aproximaciones de mi pareja para hacer el amor.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

5) Incluso cuando mi pareja se muestra romántico/a me resulta difícil estar de humor para el sexo

1 2 3 4 5 6 7 8 9

6) En general, me siento carente de atractivo y no deseable

1 2 3 4 5 6 7 8 9

7) Nunca me masturbo

1 2 3 4 5 6 7 8 9

8) Cuando estoy haciendo el amor, habitualmente me siento distraído/a y distante

1 2 3 4 5 6 7 8 9

9) No soy una persona muy apasionada

1 2 3 4 5 6 7 8 9

10) El impulso sexual de mi pareja es muchísimo más fuerte que el mío

1 2 3 4 5 6 7 8 9

11) Estaría perfectamente contento/a con dejar el sexo fuera de nuestra relación si ello no fuera a causar problemas

1 2 3 4 5 6 7 8 9

12) Nunca tengo fantasías sexuales

1 2 3 4 5 6 7 8 9

13) Los desacuerdos por la frecuencia de las relaciones sexuales son corrientes en nuestra relación y a menudo llevan a discusiones o sentimientos heridos

1 2 3 4 5 6 7 8 9

14) No es infrecuente que yo invente excusas para evitar tener relaciones sexuales

1 2 3 4 5 6 7 8 9

15) A veces, durante la noche, finjo dormir para que mi pareja no intente hacerme el amor.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Anexo 04: Base de datos Excel

ID	USO	EDAD	G. Instrucción	E. Civil	Ocupación	Edad IRC	N. Parejas	Paridad	Años Convivencia	TEST	Parámetros
1	si	35	2	2	4	19	1	3	14 años	151	Padece DSH
2	si	30	3	3	1	17	1	2	21 años	173	Padece DSH
3	si	34	3	3	1	14	1	3	20 años	177	Padece DSH
4	si	25	3	2	1	20	2	1	5 años	97	Mín. alter. del DS
5	si	19	3	2	1	16	1	1	3 años	70	Improbab. DSH
6	si	29	5	1	4	23	3	0	2 años	125	Mod. alter. del DS
7	si	23	2	2	2	21	1	1	3 años	120	Mín. alter. del DS
8	si	28	3	2	3	18	3	2	6 años	127	Mod. alter. del DS
9	si	23	3	2	1	17	1	2	6 años	144	Padece DSH
10	si	30	4	3	1	21	1	4	10 años	127	Mod. alter. del DS
11	si	31	3	3	1	27	1	2	4 años	141	Padece DSH
12	si	38	3	2	3	16	3	3	4 años	96	Mín. alter. del DS
13	si	43	2	1	3	15	2	2	20 años	150	Padece DSH
14	si	42	4	2	3	18	2	2	23 años	125	Mod. alter. del DS
15	si	21	5	2	5	17	1	1	4 años	115	Mín. alter. del DS
16	si	28	3	2	1	20	2	1	8 años	154	Padece DSH

17	si	43	3	3	1	18	1	1	18 años	152	Padece DSH
18	si	32	3	3	1	20	3	2	5 años	91	Mín. alter. del DS
19	si	28	3	3	3	23	2	1	5 años	94	Mín. alter. del DS
20	si	28	4	2	4	19	1	2	9 años	141	Padece DSH
21	si	35	2	3	2	20	1	3	15 años	155	Padece DSH
22	si	40	3	3	2	17	1	2	20 años	142	Padece DSH
23	si	22	3	2	1	16	2	1	5 años	76	Improbab. DSH
24	si	37	3	1	3	15	2	1	1 año	90	Improbab. DSH
25	si	29	3	2	1	22	1	2	6 años	144	Padece DSH
26	si	25	4	2	2	19	1	2	4 años	105	Mín. alter. del DS
27	si	36	4	2	3	19	2	3	13 años	75	Improbab. DSH
28	si	38	2	1	1	22	2	2	14 años	148	Padece DSH
29	si	21	3	2	4	17	2	1	4 años	91	Mín. alter. del DS
30	si	25	4	2	3	20	1	1	5 años	68	Improbab. DSH
31	si	22	4	2	3	18	1	1	5 años	78	Improbab. DSH
32	si	33	3	2	4	16	1	4	15 años	92	Mín. alter. del DS
33	si	45	3	2	1	23	1	4	20 años	166	Padece DSH
34	si	31	3	2	1	18	1	2	12 años	80	Improbab. DSH

35	si	30	4	1	3	18	3	2	1 año	48	Improbab. DSH
36	si	28	4	3	3	20	2	1	2 años	117	Mín. alter. del DS
37	si	26	3	1	2	17	2	2	5 años	88	Improbab. DSH
38	si	19	3	2	1	16	1	1	3 años	137	Mod. alter. del DS
39	si	25	4	2	4	16	3	2	8 años	62	Improbab. DSH
40	si	37	3	2	3	18	2	2	17 años	54	Improbab. DSH
41	si	28	3	2	4	19	4	2	6 años	78	Improbab. DSH
42	si	35	3	2	1	22	1	2	10 años	153	Padece DSH
43	si	22	3	2	1	17	3	1	5 años	89	Improbab. DSH
44	si	33	3	2	2	16	2	2	10 años	154	Padece DSH
45	si	34	3	2	2	21	2	2	13 años	118	Mín. alter. del DS
46	si	42	2	3	2	17	1	3	22 años	147	Padece DSH
47	si	29	3	3	4	17	1	3	11 años	59	Improbab. DSH
48	si	44	2	2	1	15	3	7	5 años	148	Padece DSH
49	si	26	4	2	4	15	2	0	3 años	155	Padece DSH
1	no	20	3	2	1	18	1	1	3 años	72	Improbab. DSH
2	no	32	4	2	1	17	3	3	1 año	56	Improbab. DSH
3	no	23	3	2	2	18	1	1	5 años	120	Mín. alter. del DS

4	no	18	3	2	1	14	2	1	2 años y medio	90	Improbab. DSH
5	no	22	3	1	1	16	2	1	1 año	114	Mín. alter. del DS
6	no	21	3	1	4	18	1	1	3 años	130	Mod. alter. del DS
7	no	40	3	3	1	15	1	3	23 años	123	Mod. alter. del DS
8	no	23	3	2	3	15	1	2	3 años	157	Padece DSH
9	no	37	3	2	4	16	5	3	4 años	173	Padece DSH
10	no	27	3	2	1	16	3	2	6 años	123	Mod. alter. del DS
11	no	31	3	3	1	19	1	4	12 años	78	Improbab. DSH
12	no	39	3	2	3	16	1	2	2 años	159	Padece DSH
13	no	26	3	3	3	22	1	1	4 años	58	Improbab. DSH
14	no	35	3	2	1	27	1	3	8 años	120	Mín. alter. del DS
15	no	43	2	2	1	17	1	2	2 años	168	Padece DSH
16	no	41	2	2	2	16	2	3	18 años	168	Padece DSH
17	no	24	3	2	4	16	2	2	8 años	106	Mín. alter. del DS
18	no	45	3	2	1	14	1	3	2 años y 5 meses	130	Mod. alter. del DS
19	no	32	3	2	4	21	2	2	6 años	122	Mod. alter. del DS
20	no	27	3	2	3	19	1	1	9 años	136	Mod. alter. del DS
21	no	31	4	2	3	28	1	2	4 años	144	Padece DSH

22	no	28	3	2	4	15	3	2	9 años	90	Improbab. DSH
23	no	26	5	1	5	19	2	0	4 años	77	Improbab. DSH
24	no	26	3	3	1	19	1	2	8 años	66	Improbab. DSH
25	no	19	3	2	1	16	1	1	3 años	112	Mín. alter. del DS
26	no	23	4	2	4	19	3	1	3 años	62	Improbab. DSH
27	no	30	3	3	3	20	1	1	10 años	43	Improbab. DSH
28	no	20	3	2	1	15	2	2	3 años	70	Improbab. DSH
29	no	37	4	2	3	17	1	4	20 años	79	Improbab. DSH
30	no	29	3	2	2	23	1	1	5 años	37	Improbab. DSH
31	no	31	3	2	2	16	5	4	10 años	95	Mín. alter. del DS
32	no	32	3	3	1	19	2	2	10 años	56	Improbab. DSH
33	no	21	3	2	1	18	3	0	1 año	131	Mod. alter. del DS
34	no	20	4	2	5	17	2	0	2 años	56	Improbab. DSH
35	no	21	3	2	1	18	1	1	2 años	125	Mod. alter. del DS
36	no	26	3	2	1	15	3	3	10 años	68	Improbab. DSH
37	no	28	4	1	1	18	2	1	1 año	90	Improbab. DSH
38	no	28	5	3	1	19	1	1	8 años	119	Mín. alter. del DS
39	no	26	4	2	1	18	2	1	4 años	83	Improbab. DSH

40	no	27	3	2	2	17	1	4	12 años	80	Improbab. DSH
41	no	43	3	2	1	23	2	3	7 años	82	Improbab. DSH
42	no	21	3	2	2	19	2	1	1 año y 6 meses	92	Mín. alter. del DS
43	no	42	3	2	3	24	2	2	10 años	85	Improbab. DSH
44	no	27	3	1	1	16	5	2	1 año	112	Mín. alter. del DS
45	no	39	3	2	3	16	2	3	20 años	171	Padece DSH
46	no	24	4	2	3	17	2	1	3 años	72	Improbab. DSH
47	no	34	4	2	3	16	2	2	12 años	100	Mod. alter. del DS
48	no	32	3	1	1	17	3	1	2 años	85	Improbab. DSH
49	no	23	3	2	4	22	1	0	2 años	94	Mod. alter. del DS

Fuente: Elaboración Propia