

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA



INFORME FINAL DE TESIS

“FACTORES ASOCIADOS PARA LA ELECCION DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA COMO METODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS NUEVAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO – HUANUCO 2016”

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

ELABORADO POR : MALPARTIDA MOSQUERA ELSA PILAR

DOCENTE ASESOR : CECILIA SUAREZ LEÓN

HUÁNUCO – PERÚ

2016

DEDICATORIA

A la sabiduria de mis padres, por encaminarme hacia un futuro para obtener buenos exitos, con su apoyo incondicional, comprension. A mis hermanos quienes me alentaron con su ejemplo, a las personas que contribuyeron a desarrollarme como profesional.

AGRADECIMIENTO

Ante todo a Dios, por darme la vida y ser fuente de sabiduría y la fortaleza para emprender el camino de esta carrera de obstetricia, por iluminarme ante los obstaculos presentados en el camino que he superado, por la bendicion que me ha dado para seguir adelante cada vez que senti caer gracias papito lindo.

- A mis padres por ser fuente de inspiración y darme el apoyo incondicional en todo momento, por enseñarme a ser perseverante en mis metas y nunca darme por vencida.
- A la UNIVERSIDAD DE NHUANUCO, por haberme albergado durante cuatro años de estudio y otorgarme el orgullo de que no fueron vanos.
- A mi asesora: Obstetra Cecilia Suarez León, por haber confiado en mi persona, por su comprensión, paciencia y por la dedicación de este trabajo.
- Al obstetra Alfonso Castro, por su orientación y colaboración durante la realización de este trabajo de investigación.
- A la Obstetrix: Olinda Cruz Rodríguez, responsable del servicio de PLANIFICACIÓN FAMILIAR, por brindarme su colaboración y autorización para realizar mis encuestas del presente trabajo.
- A mis catedráticos por su exigencia y presión para lograr de sus estudiantes que sean de calidad humana y académica.
- A todas aquellas personas que de alguna forma contribuyeron en la realización de esta investigación y creyeron en mí. Gracias a todos.

INDICE

	PÁG
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
INDICE.....	IV
INTRODUCCION.....	VI
RESUMEN.....	VII

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	9
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	12
1.3. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.....	13
1.4. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION.....	13

CAPITULO II

2. OBJETIVOS	14
2.1. OBJETIVOS GENERALES.....	14
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	14

CAPITULO III

3. MARCO TEORICO	15
3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....	15
3.2. BASES TEORICAS.....	26
3.3. DEFINICION DE CONCEPTOS BASICOS.....	42

CAPITULO IV

4. HIPOTESIS Y VARIABLES	45
4.1. HIPOTESIS.....	45
4.2. VARIABLES.....	46
4.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.....	46
4.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE.....	46
4.3. INDICADORES.....	46

CAPITULO V

5. METODOS Y TECNICAS	51
5.1. POBLACION Y MUESTRA.....	51
5.2. TIPO DE INVESTIGACION.....	52
5.3. TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS.....	52
5.4. TECNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.....	53

CAPITULO VI

6. RESULTADOS	54
6.1. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	54
6.1.1. TECNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.....	57
6.2. DISCUSION DE RESULTADOS.....	76

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES.....	79
8. RECOMENDACIONES.....	80
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	81
10. ANEXOS.....	86

INTRODUCCION

La problemática del crecimiento incontrolable de la población mundial, que genera un sinnúmero de factores que contribuyen a la exacerbación de problemas socio-culturales, económicos, políticos, como reducción del espacio vital, disminución de las áreas de cultivo, que trae secuencias de hambre desnutrición, y muchos otros, que fueron planteados en la Conferencia Internacional Sobre la Población y el desarrollo realizada en el Cairo en el 1994.¹ La directiva emanada para la ejecución y desarrollo de los Programas de Planificación Familiar recomendadas por la ONU. Entre ellas se programaron la distribución por los Organismos de Salud del MINSA. Los diferentes métodos anticoncepción, entre ellos el acetato de medroxiprogesterona, con un nombre de marca de Depoprovera, (DMPA), estudiado entre los años 1963 y 1966 como anticonceptivo, su uso fue extendiéndose paulatinamente. Debido a los programas internacionales propuesto por las Naciones Unidas. El MINSA y otras dependencias del Salud, a través de los programas de Planificación Familiar salud los distribuye y administra a una dosis indicada.

El presente trabajo de investigación esta dirigido a determinar los factores asociados para la elección del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo en usuarias nuevas del servicio de planificación familiar del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano - Huanuco 2016.

.

.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de determinar los factores asociados para la elección del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo en usuarias nuevas del servicio de planificación familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano - Huanuco 2016. Se trabajó con una muestra representativa que constituyó a 229 mujeres. De las cuales, se utilizó el tipo de estudio descriptivo, prospectivo, transversal. Para la recolección de datos, se utilizó las encuestas y como instrumento el cuestionario estructurado con la finalidad de cumplir los objetivos del estudio. Para tal efecto, se llegaron a las siguientes conclusiones: Al término del trabajo de investigación y contando con los resultados debidamente presentados en los cuadros porcentuales se concluye que: son las usuarias nuevas de la medroxiprogesterona como método de elección anticonceptiva las adultas tempranas entre los 20 a 24 años, y que cuentan con estudios universitarios, lo mismo se demuestra que son las convivientes las que optan este método en su gran mayoría.

Palabras claves: Anticonceptivo, medroxiprogesteron, elección.

ABSTRAC

This research work was carried out with the aim of determining the factors associated to the choice of depot medroxyprogesterone acetate for contraception in new users of family planning service of the Regional Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huanuco 2016. It worked with a representative sample constituted 65 women. Of which was the descriptive, prospective and cross-sectional study. For the collection of data, and surveys was used as an instrument of the structured questionnaire with the purpose to fulfill the objectives of the study. For this purpose, the following conclusions were reached: At the end of the research work and with the results duly presented in the tables of percentages is concludes that: Are new users of the medroxyprogesterone acetate as a method of contraceptive choice early adult between 20 to 24 years, and with university studies, as it is shown that the cohabitants and the who choose this method in its great majority.

Keywords: Contraception, medroxiprogesteron, choice.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En la década del sesenta del siglo se descubren los cambios que ocurren en el moco cervical al administrar progestágenos por vía oral, siendo este efecto uno de las bondades de este descubrimiento, estas investigaciones fueron llevados con gran éxito por Pincus, iniciándose de esta manera la carrera, que posteriormente daría a la humanidad una serie de métodos hormonales, entre ellos el Acetato de Medroxiprogesterona (1991) comercializándose como Depoprovera, hasta nuestros días, en las que de acuerdo a las corporaciones farmacológicas internacionales, adoptan muchos nombres comerciales, obteniendo una gran aceptación entre los diferentes grupos sociales y demográficos en varios países. De acuerdo al cumplimiento de las directivas de la Conferencia del Cairo, nuestro país se integra como miembro activo de los lineamientos más generales de la Planificación Familiar, para todos los miembros en edad reproductiva.¹

La OMS (Organización Mundial de Salud), orienta a las personas a determinar el número de hijos que desean y el espacio de tiempo de hijo a hijo, logrando este objetivo por medio la adopción de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad; como parte de los derechos sexuales y reproductivos. Por consiguiente, la planificación familiar es una estrategia fundamental en el logro de la disminución de la mortalidad materna. En países en donde la fecundidad es baja, las tasas de mortalidad materna son igualmente bajas, y estas aumentan en la medida en que la fecundidad aumenta, por el reconocido riesgo acumulativo que ocurre durante la vida reproductiva.²

Fabiola Gil, manifiesta que: En la actualidad este anticonceptivo inyectable que sólo contienen progestágeno es un método bastante empleado por muchas mujeres en edad fértil, siendo el tercero más común en el mundo, además desempeña una función importante en la planificación familiar y en muchos programas nacionales de salud.³

Actualmente, según estudios realizados por (2008), se sabe que el anticonceptivo inyectable de depósito trimestral, acetato de medroxiprogesterona (DMPA) el método es empleado por un gran porcentaje de mujeres, en edad de procreara a nivel mundial, siendo el tercer método mas empleado, entre las mujeres casadas, solteras y o convivientes en países en vías de desarrollo, en el 1998 se calcula que existe 12'000,000 las mujeres que se administra de ampollas de progestágenos, de los cuales el más usado es el Depoprovera.³

En la toma de decisión para la elección del método anticonceptivo (MAC) se conjugan dos elementos, una involucra el aspecto sanitario, integrado por el sistema de salud ofertante, bajo una adecuada orientación, educación, sobre las bondades del método, de igual manera sus ventajas y desventajas, el otro aspecto lo integra las usuarias en potencia. Es de suma importancia la evaluación clínica gineco-obstétrica, de todas las que asumen esta responsabilidad de adoptar el MAC. Dirigida a descartar alteraciones somáticas y psicológicas de las futuras usuarias, teniendo en cuenta sus derechos sexuales y reproductivos. Que tienen los pacientes para ser correctamente asesorados en la elección de una pauta terapéutica, siendo en este caso específico un MAC.⁴

A nivel mundial, el uso es continuo hasta un 54% en 1990, y 63% el 2007. La disponibilidad de los anticonceptivos hormonales inyectables con contenido de progestágenos se da en muchos países del mundo. Desempeñan una función valorable en la planificación familiar y en muchos programas nacionales de salud, el acetato de medroxiprogesterona es el mas utilizado, llegando hasta más o menos a 14 millones de usuarias en el mundo.⁵

En el Perú según la Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) 2009 las mujeres sexualmente activas; el acetato medroxiprogesterona sigue siendo el método mas preferido (18,1%) incrementándose en un 3,3% respecto al registrado al 2000, además, de acuerdo al Ministerio de Salud 2010, 681.526 parejas están bajo de los efectos de la protección del método. La prevalencia de los métodos anticonceptivos es ascendente, entre la ENDES del año 2000 (68,9%) y la ENDES del 2012 (75,5%) en el Perú. Minsa reporta que el uso de métodos anticonceptivos se ha mantenido inalterable desde hace 12 años en un 51% del total. Informa además que en año 2010, 681.526 parejas están bajo los efectos de protección por la

inyección, representando el 55.48%¹³, convirtiéndolo en el método anticonceptivo más usado en el Perú, siendo significativo su uso en las mujeres del quinto inferior de riqueza (24,6%), con educación primaria (21,1%), del área rural (23,6%), comparado con un 15.7% del área urbana, entre las que tienen uno o dos hijos sobrevivientes (20,8%) y entre las mujeres con menor nivel educativo (19,7%).⁶

En Huánuco, según INEI 2012, los resultados disponibles muestran el uso de métodos anticoncepción fue difundido en Huánuco, registrándose un aumento de 2,8 puntos porcentuales (76,1 a 78,9 por ciento entre el período 2009 y 2012, respectivamente las mujeres que han usado alguna vez métodos anticonceptivos. Según tipo de métodos, las mujeres entrevistadas que usaban algún método moderno se incrementaron en 7,2 puntos porcentuales (66,5 a 73,7 por ciento); entre las usuarias de métodos tradicionales (43,8 a 50,6 por ciento) en el referido período. Entre las casadas o unidas, se incrementó en 1,2 puntos porcentuales el uso de métodos anticonceptivos al pasar de 96,2 a 97,4 por ciento entre el período 2009 y 2012; los métodos modernos de 84,6 a 91,9 por ciento, y los métodos tradicionales de 54,5 a 63,7 por ciento el mismo período. La inyección (81,3), la píldora (50,7 por ciento) fueron los métodos moderno mas usados alguna vez por las mujeres.⁷

En el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano el método del inyectable trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150mg.), es el método con mayor demanda por las usuarias del servicio de planificación familiar, a quienes se les brinda previa consejería y orientación, de igual en el alta hospitalaria post parto o post aborto. Por ello es necesario saber los factores asociados para la elección de este método por las usuarias, el trabajo extenderá la visión y la capacidad del obstetra en el campo de la Planificación Familiar, con una adecuada orientación, consejería y como información los antecedentes personales y obstétricos y la toma de decisión de las usuarias.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema principal (general)

¿Cuáles son los factores asociados para la elección del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo en usuarias nuevas del servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huanuco 2016?

1.2.2. Problema secundario (específicos)

¿Cuáles son los factores socio-demográficos que se asocian a la elección del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo en usuarias nuevas del servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huanuco 2016?

¿Cuáles son los factores reproductivos que se asocian a la elección del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo en usuarias nuevas del servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huanuco 2016?

¿Cuáles son los factores psicológicos que se asocian a la elección del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo en usuarias nuevas del servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huanuco 2016?

¿Cuáles son los factores de información que se asocian a la elección del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo en usuarias nuevas del servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huanuco 2016?

1.3. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

Las instituciones gubernamentales relacionadas con la regulación de natalidad, con la finalidad de disminuir los índices de la natalidad, ha dispuesto los programas de

planificación familiar a nivel nacional, ofertando diverso métodos de anticonceptivos. Entre ellos el método hormonal, inyectable de acetato de medroxiprogesterona, el método es administrado a las usuarias, que tienen que realizar una determinada elección, basada en la información, orientación y educación, que reciben de parte del personal profesional de obstetricia.⁸

El presente trabajo de investigación justifica su accionar porque trata de determinar los factores asociados para la elección de este método, toda vez que existe cierta distorsiones en cuanto a los efectos adversos como cáncer de mamas, y enfermedades cardiovasculares que no han sido totalmente esclarecida por las investigaciones científicas hasta la fecha. Teniendo en cuenta la idiosincrasia de nuestra población de mujeres en edad reproductiva, es que se hace imperativa esta investigación. En la que se tiene que tomar en cuenta, los antecedentes personales y obstétricos y la toma de decisiones, haciendo uso de sus derechos sexuales y reproductivos. Es además importante este tipo de investigación, que servirá como base u orientación para futuros trabajos de investigación.⁸

1.4. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

Las limitaciones para la presente investigación fueron:

- Recursos económicos insuficientes.
- Falta de antecedentes regionales con referencia al tema de investigación.
- Falta interés de las usuarias en participar efectivamente en la recopilación de datos.
- La poca disponibilidad de tiempo en la realización del trabajo de investigación del estudio.

CAPITULO II

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores asociados para la elección del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo en usuarias nuevas del servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huanuco 2016.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los factores socio-demográficos asociados a la elección del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo en usuarias nuevas del servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huanuco 2016.
- Identificar los factores reproductivos asociados a la elección del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo en usuarias nuevas del servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huanuco 2016.
- Identificar los factores psicológicos asociados a la elección del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo en usuarias nuevas del servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huanuco 2016.
- Identificar los factores de información asociados a la elección del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo en usuarias nuevas del servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huanuco 2016.

CAPITULO III

3. MARCO TIÓRICO

3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

3.1.1 Antecedentes internacionales.

DRAPER BH.Y COL. 2007.INGLATERRA. LONDRES. en su estudio: “Acetato de medroxiprogesterona de depósito versus enantato de noretisterona para la anticoncepción progestogénica de acción prolongada”, Conclusión: en la revisión se incluyeron 2 estudios. No se observó una diferencia significativa entre los dos grupos de tratamiento en relación a la frecuencia de la

suspensión para cualquiera de los dos anticonceptivos; no obstante, las mujeres del grupo NET EN presentaron un 4% más de probabilidad de suspender el tratamiento por razones personales que las del grupo DPMA. La suspensión debido a embarazo no deseado no difirió entre los grupos. Si bien la duración de los episodios de metrorragia y oligometrorragia o "spotting" fueron iguales en cada grupo, las mujeres del grupo DPMA mostraron un 21% más de probabilidad de sufrir amenorrea. No se observaron diferencias significativas entre los estudios en cuanto a los cambios en las medidas del peso corporal a los 12 y 24 meses, ni en la presión arterial sistólica y diastólica a los 12 meses.⁹

PIZZI R, FERNÁNDEZ M, FUENMAYOR J Y RODRÍGUEZ E.2012. VENEZUELA, en su estudio: “Impacto de la asesoría anticonceptiva en la elección del método anticonceptivo: Resultados del Proyecto PIENSA en Venezuela”, Conclusiones: La asesoría anticonceptiva estructurada influye significativamente en la elección final del método anticonceptivo hormonal combinado (píldora, parche o anillo) y está asociado con el método solicitado previamente, número de hijos y percepciones de las usuarias sobre los anticonceptivos.¹⁰

DÍAZ GUEVARA J. O, DÍAZ LARGAESPADA J. M Y MENDOZA ARANAJORGE LUIS. 2014.NICARAGUA.MANAGUA. En su estudio “Uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil. Comarca Nejapa-municipio de Managua. Enero-octubre 2014”,

Conclusión: Es un estudio de tipo descriptivo prospectivo y de corte transversal en el que se investigó el uso de los métodos anticonceptivos en esta comarca, determinando: las características socio demográficas de las mujeres, el nivel de conocimientos que tenían sobre los métodos, su uso y las razones que influyeron en el cambio o abandono de los mismos. Para definir el tamaño de la muestra se utilizó la formula estadística siguiente: $n = \frac{n}{1 + (n/N)}$ La muestra considerada fue de 330 mujeres en edad fértil a las cuales se les aplicó una encuesta previa autorización de las mismas cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión para poder pertenecer a este estudio. El conocimiento de los métodos anticonceptivos fue del 100% pero este conocimiento es general desconociendo indicaciones, contraindicaciones, tiempo de uso y efectos colaterales de los mismos y no se ve

influenciado por las características socio-demográficas con un nivel de confianza en los métodos del 82%. Las tres cuartas partes de las entrevistadas inician su vida sexual antes de los 19 años consideradas como riesgo reproductivo. Los conocimientos generales sobre los métodos anticonceptivos es a través de la difusión que hay entre los diferentes medios de comunicación y su unidad de salud. En relación al uso 79 % de las encuestadas practican actualmente algún método anticonceptivo, siendo los más usados los parenterales que representan menos de la mitad de las mujeres con 46% y los orales utilizados por la cuarta parte de las mujeres. Siendo los menos conocidos y los menos utilizados aquellos métodos que no son ofertados por las unidades de salud. Casi un cuarto de las mujeres no usan ningún método actualmente, siendo la principal razón de abandono el deseo de un embarazo y la principal razón de no uso en diferentes momentos es la misma seguida de una quinta parte que no tienen vida sexual activa .La segunda razón de abandono en un momento determinado del uso de método anticonceptivo es: falla del método con 15%. La práctica actual se ve afectada únicamente por la paridad y la edad de no riesgo reproductivo. Un poco más del cuarto de las mujeres se encontraron en edades de riesgo reproductivo, con una alta paridad con uso indiferenciado de los mismos. ¹¹

PIZARRO E, GALÁN G, LAVÍN P, BENAVIDES C Y RIVERA F.2014.CHILE. SANTIAGO, en su estudio “Estudio PIENSA: Efecto de la asesoría sobre la elección de anticonceptivos hormonales combinados en mujeres chilenas”,

Conclusión: Luego de la asesoría, de las 867 mujeres participantes un 11,6% variaron su opción de MAC elegido previamente. La píldora, originalmente el método más elegido, disminuyó en las preferencias, aunque continuó siéndolo y las otras opciones aumentaron. La píldora anticonceptiva bajó en un 13,4% desde su elección inicial, el anillo vaginal y el parche transdérmico incrementaron su elección en un 63,6 y 56,7% respectivamente. Conclusión: Las píldoras son el MAC hormona combinado preferido por las mujeres participantes. Sin embargo entregando una información estandarizada se produce un impacto en la elección anticonceptiva, favoreciendo los métodos menos tradicionales y de uso prolongado como son el anillo vaginal y parche transdérmico.⁴

BERMEO VILLA N A, Y CAZHO MOROCHO R E.2015. ECUADOR. En su estudio: “Influencia sociocultural en el acceso y uso de métodos de planificación familiar en mujeres de edad fértil de la comunidad de Huertas, Santa Isabel”,

Conclusión: El grupo etario mayoritario está formado por jóvenes 15-24 años (47%), de procedencia rural, instrucción secundaria y nivel medio de ingresos económicos, ya con 1-2 hijos; predominantemente católicas, que han recibido información sobre los métodos de planificación familiar a través del Centro de Salud, aunque el 39,3% confiesa no realizar ninguna práctica anticonceptiva pues teme la posible esterilidad. Sin embargo, el 41,7% declara la utilidad del anticonceptivo que usa, en tanto que el 11,3% señala el dolor de cabeza como complicación surgida durante su uso. El 20,2% declara no usar ningún método, aunque el 62,5% expresa que es la pareja la que asume la planificación familiar.¹²

SÁNCHEZ RETANA C, Y LEIVA GRANADOS R. 2016. COSTA RICA, en su estudio: “Factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven”,

Conclusión: se muestra que la edad de la persona y la de la pareja, la estabilidad de la relación y pertenecer a la zona urbana son factores que disminuyen la probabilidad de uso de anticonceptivos. Por otro lado, ser mujer, tener educación universitaria, haber recibido información sobre anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual (ITS), la frecuencia de las relaciones y contar con una relación familiar de apoyo son factores que incrementan la posibilidad de protección mediante el uso de métodos anticonceptivos. Conclusiones: Estos resultados pueden ayudar en el diseño de políticas para prevenir el embarazo adolescente y la transmisión de ITS. Además, se resalta la importancia de brindar educación sexual tanto a los jóvenes como a sus familias más allá de incentivar la abstinencia, de manera que se motive a tener una vida sexual responsable.⁵

3.1.2 Antecedentes Nacionales

ALVARADO RODRÍGUEZ F. ELORREAGA BAUDOUIN YG. GARCÍA MONTALVA MS. 2001.CALLAO, en su estudio: “Relación entre la consejería y los conocimientos y actitudes de las usuarias nuevas al programa de planificación familiar sobre el uso del acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – 2001. Callao”,

Conclusión: Los conocimientos adecuados y las actitudes positivas están asociados al tipo de consejería que se les brinda. No se encontró relación entre las actitudes y los conocimientos sobre el Acetato de Medroxiprogesterona.¹³

FABIOLA GIL, J. 2005. LIMA, en su estudio: “Conocimientos, actitudes y aceptación de los efectos secundarios del acetato de medroxiprogesterona en usuarias de un servicio de planificación familiar.”

Conclusión: Estudio observacional transversal desarrollado en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) en enero del 2005. La población estuvo conformada por 125 usuarias de las cuales se entrevistó a 93 que cumplieron con los criterios de inclusión, las cuales acudieron a su cita o en demanda del método. Se utilizó una entrevista estructurada con preguntas de tipo cerrada. La información fue trasladada y procesada en el programa estadístico de SPSS, utilizándose estadísticos descriptivos porcentajes y tablas de frecuencias; para establecer la correlación se usó el coeficiente de correlación de rangos de Spearman. En su mayoría las usuarias tienen conocimientos adecuados sobre los efectos secundarios, signos de alarma y forma de uso, no siendo así como el mecanismo de acción. La amenorrea y el sangrado en goteo son los efectos secundarios menos aceptados por las usuarias. Se encontró correlación positiva entre las actitudes de la usuaria hacia el método y la aceptación a sus efectos secundarios, y que no existe correlación entre los conocimientos de la usuaria sobre el método y la aceptación a efectos secundarios. Las usuarias que tienen una actitud positiva al Acetato de Medroxiprogesterona como anticonceptivo tienen una mejor aceptación a sus efectos secundarios. No se encontró evidencia de asociación en este estudio entre los conocimientos y la aceptación a los efectos secundarios.³

LEÓN PALACIOS, S L.2005. LIMA, en su estudio: “Costumbres que influyen en la elección de métodos anticonceptivos en usuarias de planificación familiar del C. S. San Fernando,

Conclusiones: Las principales costumbres que ejercen mayor influencia sobre la elección de un método anticonceptivo moderno reversible son: la presencia de la menstruación, el rol pasivo de la mujer en el cuidado de su salud reproductiva y la dependencia mujer –marido que influyen en la elección del método, como también en su uso continuo. En la elección de un método anticonceptivo moderno reversible hay inequidad de género, desfavorable al sexo femenino por la sobrecarga de roles, deseando un método simple, que le brinde menos preocupaciones y no intervenga en su rutina de vida. El tiempo de protección prolongado, menos visitas al centro de salud y que necesite menor intervención médica motivan la elección tanto como el uso continuo del método anticonceptivo moderno reversible, también este uso continuo se relaciona directamente con la aprobación de uso por la pareja.¹⁴

CHÁVEZ MELGAREJO, C R. 2012. LIMA, en su estudio: “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”,

Conclusión: Se encontró que existe una baja asociación tanto entre el uso del acetato de medroxiprogesterona y el grado de conocimiento del mecanismo de acción (correlación de Spearman=0.79), como con el grado de conocimiento de los efectos secundarios correlación de Spearman=0.117.¹⁵

DEL PINO DUYMOVICH, D.2015. LIMA, en su estudio: “Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes del Centro de Salud Chorrillos I Gustavo Lanatta Luján febrero – abril”,

Conclusión: Las madres adolescentes tenían una edad promedio de 18 años, eran convivientes (53.2%), con grado de instrucción secundaria (74.5%) y primíparas (93.6%). El nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos fue “Medio” en el 43% de las madres adolescentes, “Bajo” en el 32% y “Alto” en el 25%. El 63.8% de madres adolescentes usan métodos anticonceptivos, mientras que el

36.2% no usan. La mayoría de las madres adolescentes recibió información acerca de los métodos anticonceptivos (93.6%) del Centro de Salud (53.2%) y utilizó el inyectable trimestral (31.9%). Existe relación entre el nivel de conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos ($p=0.011$). **CONCLUSIÓN:** El nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos se relaciona de manera significativa con su uso en madres adolescentes del “Centro de Salud Chorrillos I Gustavo Lanatta Lujan” durante febrero-abril del 2015 ($p= 0.011$).¹⁶

CHUFANDAMA MALMA, B E Y VÁSQUEZ VARGAS, J. 2016. LIMA, en su estudio: “Paradigmas sobre la eficacia y el uso de métodos anticonceptivos hormonales (cyclofemina y depoprovera) en mujeres en edad fértil del Hospital de San Juan de Lurigancho”,

Conclusiones: Los paradigmas cognitivos y afectivos si influyen en la eficacia del uso de Métodos Anticonceptivos Hormonales Inyectables Cyclofemina (Mensual) y Depoprovera (Trimestral) en mujeres en edad fértil. Asimismo, existen diferencias significativas en la eficacia de ambos Métodos Anticonceptivos Inyectables.¹⁷

ALLEMANT ORTIZ, I A. 2016. LIMA, en su estudio: “Perfil epidemiológico asociado al uso de Métodos anticonceptivos de pacientes Mujeres atendidas en el consultorio de Planificación familiar del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2016”,

Conclusión: La edad predominante fue de 20 años (7,09%), siendo la edad media 26,16 años. El 69,64% no cursan con estudios superiores; 55,67% son mujeres convivientes. En cuanto a la paridad 59,22% tienen de 1 a 2 hijos y el método más utilizado por ellas fue el inyectable hormonal trimestral con 59,22%. Conclusiones: Existe una alta demanda de métodos anticonceptivos por parte de la población joven, y son este grupo etario quienes prefieren el uso de inyectable hormonal trimestral como método anticonceptivo de elección.¹⁸

3.1.3 Antecedentes regionales

No se encontró datos referentes al tema.

3.2. BASES TEÓRICAS

3.2.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud". Según la misma OMS, "requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia."¹⁹

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad." Ambos organismos consideran que, para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas. En efecto, para lograrla, la OMS asegura que se requiere un "enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia."²⁰

Un estado de bienestar físico, mental y social que no consiste solamente en la ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos referentes al sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Por consiguiente la salud reproductiva implica que la gente pueda llevar una vida sexual segura y satisfactoria, teniendo la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuándo y cuán a menudo hacerlo. En esta última condición está Implícito el derecho de los varones y mujeres a mantenerse informados con respecto a los métodos anticonceptivos seguros, aceptables y al alcance de sus posibilidades, a elección suya, y a tener acceso a los mismos así como a otros métodos de planificación familiar para regular la fertilidad, que no sean contrarios a la ley, además del derecho de acceder a servicios apropiados de salud que permitirán que las mujeres tengan un embarazo y un parto seguros, proporcionando a las parejas las mejores oportunidades de tener un bebé sano.⁷

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad." Ambos organismos consideran que, para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas. En efecto, para lograrla, la OMS asegura que se requiere un "enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia."

La salud sexual y reproductiva está íntimamente ligada y son interdependientes. Con esta perspectiva la salud reproductiva se define como el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva.²¹

La Salud Reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria y para reproducirse, y la libertad para decidir cuándo y cómo y con qué frecuencia hacerlo. Este concepto implica el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir la responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual.²²

3.2.2 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Planificación familiar es decidir cuantos hijos tener, cuando tenerlos y con qué métodos anticonceptivos cuidarlos en este enfoque la planificación familiar constituye una de las tareas más importantes del programa de reproducción humana de la Organización Mundial de la Salud (OMS) puesto que el acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces permite la reducción de la mortalidad materna ya que se disminuyen los abortos en condiciones de riesgo y el impacto embarazo.²³

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a mujeres y hombres en edad fértil, dentro de las cuales se encuentra la información, educación, orientación/consejería y la prescripción y provisión de métodos anticonceptivos, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre

y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como el número y el espaciamiento entre ellos.⁷

Según la OMS, la planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad (en esta nota se aborda solo la anticoncepción).²

3.2.3 SITUACIÓN DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL PERU.

Según el MINSA (2013), la planificación familiar está asociada a la reducción de las muertes maternas ya que las mujeres, si planifican su familia usando eficazmente la anticoncepción, podrán reducir los embarazos riesgosos y postergar la concepción hasta que se encuentren en situaciones adecuadas en cuanto a su salud, economía y educación.²⁴

Según el ENDES 2010 el uso de métodos de anticoncepción fue muy difundido en nuestro país, mostrándose un incremento de 12,7% (63,2% a 75,9% entre el periodo 2000 y 2010) en las mujeres en edad fértil que han usado alguna vez métodos anticonceptivos. La inyección es el método moderno más usado por las mujeres casadas o unidas (59,8%), mientras en las mujeres no casadas o no unidas, pero sexualmente activas los métodos más usados fueron el condón masculino (77,1%) y la inyección (37%). Las usuarias del inyectable, se ubicaron mayormente en los departamentos de Huánuco (32,5), Pasco (26,4%), Ayacucho (25,1%) y Ancash (24,8%). Entre las razones que llevaron a las mujeres a suspender el uso de los métodos anticonceptivos son los efectos secundarios (25,4%), la discontinuación por este motivo ocurrió principalmente cuando la mujer estaba utilizando inyecciones (56,9%).²⁵

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013 (ENDES) da cuenta que el 9.01% de las mujeres en el país, presentaron necesidad insatisfecha de planificación familiar, siendo esta mayor en Loreto (14.2%), Madre de Dios (14.1%), Amazonas (13.03%) Ayacucho y Huancavelica (13.0%) cada uno. En promedio la necesidad de servicios de planificación familiar de las mujeres en zona rural es de 10.1 % y en la zona urbana es de 8.6 %.La tasa global de

fecundidad es de 2,6 hijos por mujer, las regiones que presentan más alta global de fecundidad son Loreto (3.8), Amazonas (3.6) Ayacucho y Madre de Dios (3.2) cada uno y Pasco (3.0) hijos por mujer. El Estado a través del Ministerio de Salud brinda a las mujeres en general la posibilidad de ejercer su derecho a la maternidad si lo desean de manera responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos y el pleno respeto de la integridad física del ser humano, en el marco de una política de reducción de la muerte materna y así cumplir sus proyectos de vida, además de salvaguardar su salud.¹⁷

Es por ello que la planificación familiar se ha convertido en una estrategia fundamental y, el MINSA ofrece los servicios de orientación y consejería así como la entrega de los métodos anticonceptivos a fin de satisfacer la demanda de la población, sobre todo de las mujeres en edad fértil en todos los establecimientos de salud a nivel nacional.¹⁷

Los peruanos y las peruanas tienen la libertad de tener acceso a una variedad de métodos anticonceptivos gratuitos, para poder realizar una elección libre y voluntaria, a servicios de calidad en salud sexual y reproductiva, a que las instituciones de salud velen porque se cumplan estos principios en todas sus fases de la atención y a ser atendidos en salud reproductiva sin ningún tipo de coacción y según las normas vigentes. Este criterio también es válido para adolescentes y jóvenes en edad fértil, quienes por desconocimiento se embarazan a temprana edad poniendo en riesgo su vida y su salud como la de su niño por nacer.²¹

Por ello, compartimos el pensamiento del MINSA, respecto a que es importante orientar todos los esfuerzos a satisfacer la demanda de la población, los cuales no deben verse afectados escasos insumos, por inaccesibilidad geográfica o por desconocimiento de los mismos, enfatizando en la importancia de planificar la familia que trae beneficios para la pareja evitando así tener demasiados hijos (malnutrición, deserción escolar, etc.) que no pueda cubrir sus necesidades básicas.

3.2.4 ORIENTACION Y CONSEJERIA EN PLANIFICACION FAMILIAR.

Proceso de comunicación interpersonal en el que se brinda la información necesaria para que las personas Individuales o parejas, tomen decisiones voluntarias, Informadas y satisfactorias, además de brindar apoyo para el análisis y búsqueda de solución a sus problemas de salud.⁷

La orientación y consejería debe brindarse a toda persona interesada en espaciar, limitar o postergar su fecundidad. En caso de que la persona opte por algún método desde la primera consulta, excepto Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV), éste podrá ser prescrito, luego de la evaluación profesional y siempre que se cuente con la/el proveedora/or capacitada/o para ello.⁷

Se debe proporcionar información, orientación/consejería y apoyo educativo a la/el usuaria/o para esclarecer las dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos, en cuanto a características de los métodos femeninos y masculinos, mecanismos de acción, eficacia anticonceptiva, beneficios, contraindicaciones, efectos colaterales y signos de alarma.¹⁹

Se debe hacer énfasis en la relación entre las características de los métodos y los deseos de la/el usuaria/o y/o de la pareja. Se debe poner especial atención en la seguridad, eficacia y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos así como de sus características: Indicaciones, beneficios y/o limitaciones, necesidades de seguimiento, signos de alarma, y buen uso.²¹

Se debe dar orientación/consejería diferenciada a los siguientes:

- Usuarialos que soliciten métodos anticonceptivos permanentes.
- Usuarialos que presenten limitaciones físicas o psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión.
- Mujeres que se encuentren en el perlado posparto o posaborto.
- Personas analfabetas, con el fin de garantizar una toma de decisión Informada.
- Personas en situación de violencia sexual.

- Personas viviendo con VIH/SIDA (PWIH/SIDA).
- Personas con antecedentes de tumores que se afectan con hormonas sexuales: Cáncer demama, endometrio y hepático.
- Personas con enfermedades sistémicas graves: hepáticas o diabetes mellitus (cualquier tipo).
- Procesos tromboembólicos activos o con antecedentes de ellos.
- Adolescentes.
- Otros que soliciten información o el servicio.⁷

Para facilitar la atención en orientación/consejería en planificación familiar se seguirá el modelo de los cinco pasos:

- Primer paso: Establecer una relación cordial
- Segundo Paso: Identificar las necesidades de la/el usuaria/o.
- Tercer Paso: Responder a las necesidades de la/el usuaria/o.
- Cuarto paso: Verificar la comprensión de la/el usuaria/o.
- Quinto paso: Mantener la relación cordial.⁷

3.2.5 METODOS ANTICONCEPTIVOS.

Procedimiento que previene o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. En lo posible, los métodos anticonceptivos deben cumplir con requisitos y características que permitan a las personas alcanzar sus metas reproductivas en forma efectiva y segura para su salud y de acuerdo a su situación de vida.⁷

Los servicios integrales de planificación familiar serán ofrecidos en todos los establecimientos de salud públicos del país de manera gratuita, incluyendo la historia clínica, orientación/consejería y la provisión de métodos anticonceptivos y Anticoncepción de emergencia.²¹

Estos pueden ser:

TEMPORALES:

- 1) Métodos de abstinencia periódica:

- a. Del ritmo o de la "Regla" o del calendario.
 - b. Billings o del moco cervical.
 - c. Método de los días fijos o método del collar.
- 2) Método de lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA).
- 3) Métodos de barrera:
- a. Preservativo o condón masculino
 - b. Preservativo o condón femenino
- 4) Hormonales:
- a. Hormonales combinados:
 - Orales Etinilestradiol + levonorgestrel 30mcg + 150mcg. TAB. 21tab + 7 TAB sulfato ferroso.
 - Inyectables mensuales Estradiol Cipionato + Medroxiprogesterona acetato 5mg + 25mg. INYó Enantalo de Noretisterona 50mg + Valerato de Estradiol 5mg ampolla x 1ml
 - b. Hormonales de sólo progestágeno:
 - Inyectables de depósito Medroxiprogesterona acetato de 150mg/ml. INY. 1ml
 - Implante Etonogestrel de 68 mg. de un cilindro.
- 5) Dispositivos intrauterinos
- TdeCu 380A

DEFINITIVOS:

- 1) Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina - Bloqueo Tubarío Bilateral (BTB).
- 2) Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Masculina -Vasectomia.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

1) Levonorgestrel 1.5 mg (equivalente a 1TAB 1.5 mg o 2 TAB 0.75 mg)

2) Combinados: Método de Yuzpe:

Etinilestradiol + levonorgestrel 30mcg + 150mcg. B TAB.⁷

3.2.6 FISIOLÓGÍA DE LAS HORMONAS SEXUALES FEMENINAS

Para comprender la acción de los anticonceptivos hormonales, es necesario recordar aspectos importantes de la fisiología sexual femenina, en especial la interrelación entre las hormonas ováricas e hipotálamo hipofisarias en la regulación del ciclo menstrual.²⁶

La fase de crecimiento folicular se inicia con el aumento de la secreción hipofisaria de las hormonas folículo estimulante (FSH) y luteinizante (LH) que estimulan el aumento progresivo de la secreción de estrógenos en esta primera etapa, luego disminuyen las tasas de secreción de las gonadotropinas debido al efecto de retroalimentación negativa de los estrógenos hasta que alrededor del día 12 del ciclo se produce un aumento brusco de la secreción de LH (pico preovulatorio de LH) y en menor medida de FSH. Este pico de secreción de LH es imprescindible para que se produzca la ovulación y el desarrollo posterior del cuerpo lúteo.²⁴

En la fase que sigue a la ovulación se secretan grandes cantidades de progesterona y estrógenos que preparan al útero para el embarazo. El aumento en los niveles de esteroides gonadales causa supresión de la secreción de FSH y LH por la adenohipofisis 15. Si no ocurre la fecundación, en los días previos a la menstruación decae la secreción de las hormonas ováricas debido a la involución del cuerpo lúteo, más tarde comienza a elevarse la secreción de FSH seguida de la LH y se inicia un nuevo ciclo hormonal.²⁶

Basado en el efecto inhibitor que el estrógeno ejerce sobre la producción de FSH y LH, que se potencia con la adición de progesterona, se plantea que la administración controlada de estas hormonas en la primera fase del ciclo sexual femenino puede evitar el pico de secreción de LH esencial para que ocurra la ovulación por lo que durante varios años se han empleado con éxito estrógenos y progestágenos, solos o combinados para la anticoncepción hormonal femenina.²⁷

Las hormonas sexuales son aquellas hormonas que dentro del sistema endocrino del ser humano, se consideran más directamente implicadas en la sexualidad humana. Estas sustancias químicas son segregadas por las glándulas endocrinas y liberadas posteriormente al torrente sanguíneo, para ser transportadas a los órganos sobre los cuales ejercen su acción, aumentando o disminuyendo su actividad.²⁸

La producción de hormonas sexuales por los testículos y los ovarios, está regulada por el hipotálamo y la hipófisis que cumplen una función reguladora de tres tipos de esteroides: testosterona, estrógenos y progesterona que tienen como precursor de su síntesis al colesterol.²⁸

El hipotálamo y la hipófisis, actúan como un termostato, detectando los niveles hormonales y estimulan o frenan la liberación de hormonas sexuales. Para ello el hipotálamo produce una sustancia, la hormona liberadora de la gonadotropina (HLG), que regula la secreción de otras dos hormonas esta vez liberadas por la hipófisis, la hormona luteinizante o luteoestimulante (LH), y el folículo estimulante (FSH).²⁹

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

El estímulo proviene de la LH segregada por la hipófisis; la testosterona circulante, a su vez, ejerce una acción negativa sobre la GnRH hipotalámica y la LH hipofisaria. Otras hormonas que influyen en menor grado en la síntesis de la testosterona, son la prolactina, el cortisol, la insulina, factor de crecimiento insulínico, el estradiol, y la inhibina.³⁰

Los estrógenos están presentes tanto en el cuerpo de los varones como en el de las mujeres, sin embargo, en la mujer se encuentra en mayores concentraciones. En la mujer los estrógenos son sintetizados principalmente en los ovarios y en menor medida en la corteza de las glándulas adrenales y en el hombre en los testículos.

Esta es regulada en el sistema nervioso central mediante el eje hipotálamo-hipófisis gonadal por un mecanismo de retroalimentación negativo. El aumento de estrógenos circulantes actúa inhibiendo la liberación de las gonadotropinas, mecanismo por el cual se produce su efecto anticonceptivo. Los estrógenos actúan de forma coordinada con la progesterona, induciendo la síntesis de receptores de progesterona en hipotálamo, adenohipófisis, útero y vagina. Por su parte la progesterona disminuye la expresión de receptores de estrógenos en el aparato reproductor.²⁶

Los estrógenos producen múltiples efectos fisiológicos, siendo los más importantes el desarrollo de caracteres sexuales primarios, secundarios y la menstruación. Actúan sobre el metabolismo produciendo retención hidrosalina, inhibición de la reabsorción ósea y variaciones en las lipoproteínas plasmáticas (aumento de HDL y TG, disminución de LDL).²⁵

La progesterona se sintetiza principalmente en los ovarios (cuerpos lúteos) aunque también se produce en menor proporción en las cápsulas suprarrenales y en el hígado. Predomina en el organismo de la mujer en la segunda mitad del ciclo menstrual, durante la llamada fase lútea, y va disminuyendo hasta que se produce la menstruación. Como los estrógenos, su síntesis decae en la menopausia haciendo necesario terapia de remplazo hormonal.²⁵

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

La producción de progesterona es de 2-3 mg/día antes de la ovulación y de 20-30 mg/día durante la fase lútea. Los niveles sanguíneos de progesterona son de 1 ng/ml en mujeres en fase folicular y en varones. Dentro de los progestágenos sintéticos están los agentes similares a la progesterona donde se encuentra el

Acetato de Medroxiprogesterona, el cual según estudios tiene un posible papel antiandrogénico y según la FDA (Food and Drug Administration) también tiene un efecto antiestrogénico.⁸

La progesterona es empleada en inyección intramuscular porque no es activa por vía oral, en cambio, el Acetato de Medroxiprogesterona, Hidroxiprogesterona y Megestrol si pueden administrarse por vía oral. El tiempo de vida media varía en dependencia del preparado, es de 5 minutos para la progesterona, 12 horas para Norgestrel y 24 horas para la Medroxiprogesterona.²⁶

3.2.7 ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA

El Acetato de Medroxiprogesterona, comercializado con el nombre de Depoprovera (DMPA), se estudió por primera vez como anticonceptivo entre los años 1963 y 1966, y su uso fue extendiéndose paulatinamente. Este método se utilizó en muchos países entre los años 1990 y 1994, pues los envíos del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población casi se cuadruplicaron, pasando de 4,5 millones de dosis anuales a 16,7. En octubre de 1992, la Administración de los Estados Unidos de Alimentos y Medicamentos aprobó el Acetato de Medroxiprogesterona para su uso como anticonceptivo en ese país, lo cual permitió que la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) empezara a suministrarlo a otras regiones del mundo. Entre abril de 1994 y febrero de 1995 aproximadamente 35 000 mujeres empezaron a usarlo en Filipinas con tasas de continuidad muy elevadas; mientras que en 1994 el Acetato de Medroxiprogesterona fue introducido también en nuestro país.⁵

El Acetato de Medroxiprogesterona se encuentra suspendido en forma de microcristales en una solución acuosa. El ministerio de salud lo distribuye y se administra a una dosis de 150 mg de por vía intramuscular profunda cada 3 meses (12 ss.). El efecto anticonceptivo dura unas 14 semanas y el margen de seguridad es uno de los más altos. Se considera que no es un sistema de liberación prolongada, ya que de hecho se absorbe completamente y las concentraciones en sangre dependen de la dilución lenta de los microcristales.³¹

El primer inyectable debe administrarse durante los primeros 5 días del ciclo para que sea eficaz desde el inicio. Entre los mecanismos de acción del Acetato de Medroxiprogesterona figuran:

- **MECANISMOS PRIMARIOS**

Ovulación: Las progestinas perturban el equilibrio de las hormonas naturales bloqueando las señales del hipotálamo y la glándula pituitaria, las cuales son necesarias para la ovulación. Como consecuencia de ello, en algunos ciclos, ningún folículo se madura lo suficiente como para liberar al óvulo. Alteran centralmente los patrones de secreción; los signos de la ovulación no llegan en el momento indicado, por lo que las mujeres no ovulan normalmente; sin embargo, no siempre bloquean la ovulación ni lo hacen en todas las mujeres, ya que la suspensión de la ovulación está vinculada a la cantidad de progestina presente en el cuerpo de la mujer, por este motivo las mujeres que tienen niveles más bajos de progestina en la sangre tienen más probabilidad de ovular, y cuanto más grasa tenga la mujer, más progestina se requiere para lograr el mismo nivel de eficacia anticonceptiva.³²

Moco cervical: Esta hormona mantiene espeso el moco todo el tiempo, lo cual dificulta la penetración del espermatozoide.³²

- **MECANISMOS SECUNDARIOS**

Endometrio: Bloquean el engrosamiento de la pared uterina o endometrio, haciéndolo menos hospitalario para el óvulo fecundado. El endometrio sigue formando un revestimiento que se elimina periódicamente, causa posible del sangrado periódico o irregular asociado con los inyectables.³³

Trompas de Falopio: Se cree que retardan el desplazamiento del óvulo a lo largo de las trompas de Falopio desde el ovario hasta el útero, reduciendo el número de cilios, que son los filamentos que recubren las trompas y movilizan el óvulo; además, disminuye la fuerza muscular de las trompas, por lo cual las contracciones de estas se debilitan.³⁴

Centro termorregulador del hipotálamo: Producen un efecto termogénico aparentemente por una acción directa sobre dicho centro. Elevan la temperatura

basal de 2 a 4 grados centígrados durante la segunda fase del ciclo ovárico, fase postovulatoria.³³

Sistema endocrino: Los progestágenos inhiben la liberación de gonadotrofinas actuando a nivel fundamentalmente hipotálamohipofisario. Durante la fase folicular aumenta la amplitud y disminuye la frecuencia del pulso de LH. A nivel del ovario inhiben la maduración folicular vía intraovárica o vía hipotalámica. Tienen acción antiestrogénica ya que reducen la síntesis de estrógenos, así como también la aromatización de la androstenediona.³⁵

• **CONTRAINDICACIONES**

Enfermedad hepática activa grave (ictericia, hepatitis activa, cirrosis severa, tumor hepático). Diabetes durante más de 20 años, o lesión provocada por diabetes en arterias, visión, riñones, sistema nervioso.³⁶

Infarto de miocardio, cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial, o accidente cerebro vascular.

Sangrado vaginal inexplicado que pueda sugerir embarazo o alguna patología subyacente.

Antecedente de cáncer de mama.

Afección que pueda aumentar la posibilidad de cardiopatía (coronariopatía) como hipertensión o diabetes.⁷

• **EFFECTOS SECUNDARIOS**

En cuanto a los efectos secundarios más comunes: Es probable que la mayoría de las mujeres experimenten algún tipo de trastorno menstrual cuando usan este método anticonceptivo.³⁶

En vez del período menstrual, las mujeres pueden presentar amenorrea, a veces experimentan un sangrado prolongado que fluctúa en frecuencia y duración, y solo un porcentaje muy reducido de mujeres tienen un sangrado abundante que puede ser causa de alarma. Cuando las mujeres experimentan sangrado prolongado o irregular, por lo general es temporal. Mientras que el sangrado

intermenstrual desaparece casi por completo con el tiempo; y a medida que aumenta la duración del uso del acetato de medroxiprogesterona, también aumenta la probabilidad de amenorrea.³³

Otro posible efecto secundario es el aumento de peso, que puede llegar a afectar más al cabo de varios años de uso. La supresión del estrógeno ocasionada por el uso del método anticonceptivo puede aumentar el apetito.³²

Los dolores de cabeza también figuran entre las condiciones médicas comunes que experimentan las mujeres en edad de procrear. El uso del Acetato de Medroxiprogesterona puede llegar a aumentar la frecuencia de las cefaleas intensas. Esta consideración es importante, ya que este método no puede dejar de usarse fácilmente si surgen problemas. Entre las causas de dolores de cabeza relacionados el uso de las progestinas pudiera encontrarse la constricción de los vasos sanguíneos causada por su uso.³¹

Se han planteado también inquietudes en cuanto al uso de los métodos solo de progestinas y la densidad ósea en las mujeres. Según pruebas preliminares, hay indicios de que el uso prolongado del DMPA tal vez se relacione con una reducción de la densidad ósea. Se ha demostrado que el DMPA hace reducir las concentraciones de estrógeno, y el estrógeno se necesita para el desarrollo y el mantenimiento de huesos fuertes; por lo que puede predisponer a las mujeres si su uso se prolongara a través de los años.⁸

La demora en el retorno de la fertilidad, después del uso del DMPA es evidente. La concepción en general demora varios meses en producirse, pero no hay evidencias de un efecto adverso del uso prolongado o de esterilidad permanente en las usuarias. El tiempo promedio para el retorno de la ovulación ocurre en 5 meses 22. Y Uno de los efectos secundarios que ha recibido menos atención es la disminución del deseo sexual.³¹

• TASA DE FALLA

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

Falla de uso típico 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.⁷

3.2.8 FACTORES ASOCIADOS PARA LA ELECCION DE UN METODO ANTICONCEPTIVO

Una vez revisado todo lo relacionado al acetato de medroxiprogesterona, describiremos los factores que influyen en las usuarias para su uso como método anticonceptivo.

Los factores socio-demográficos nos indicaron las características personales como edad, el grado de instrucción, estado civil que van a intervenir en la decisión de elegir algún método anticonceptivo, en este caso el acetato de medroxiprogesterona.

Los factores reproductivos nos mostraron los siguientes aspectos: el inicio de las relaciones sexuales, edad del primer embarazo, la condición obstétrica de la usuaria, la paridad y la historia anticonceptiva de la usuaria.

Dentro de los factores psicológicos se abarco la toma de decisión y la motivación que tiene la usuaria para haber elegido este método anticonceptivo. La toma de decisión es una responsabilidad y un compromiso. Cuando se toma una decisión hay que aceptar que tendremos que renunciar a lo que no se elige, porque no se pueden elegir dos cosas que se contraponen, en este caso se tienen que conocer las características del método anticonceptivo a usar para realizar una buena elección. Por motivación se entiende la compleja integración de procesos psíquicos que efectúa la regulación inductora del comportamiento pues determina la dirección, intensidad y el sentido del comportamiento. La motivación despierta, inicia, mantiene, fortalece o debilita la actividad del comportamiento y pone fin al mismo, una vez lograda la meta que el sujeto persigue. Y por último los factores de información se abarco el medio de información, la consejería y la orientación en Planificación Familiar de este método anticonceptivo y sobre el profesional de salud que la brindó.⁴

3.3. DEFINICION DE CONCEPTOS BÁSICOS.

Acetato de medroxiprogesterona:

La medroxiprogesterona pertenece a una clase de medicamentos llamados progestinas, funciona al detener el crecimiento del recubrimiento del útero y al estimular al útero a producir ciertas hormonas.

Edad fértil:

Etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción de 15 a 49 años.

Efectos secundarios:

Cualquier respuesta nociva, indeseable, que se presenta con la dosis normalmente utilizada en el paciente, para tratamiento, profilaxis o diagnóstico de una enfermedad.

Estrógeno:

Son producidos en el ovario, placenta, corteza adrenal y en pequeñas cantidades en los testículos. Se sintetizan a partir del colesterol y sus precursores inmediatos son la androstenediona y la testosterona. Responsable de los caracteres sexuales secundarios en la mujer.

Factores asociados:

Son todos los agentes o elementos que contribuyen directamente a dar un resultado determinado.

Usaria:

Persona que utiliza un método anticonceptivo temporal o le ha sido practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.

Factores socio-demográficos:

Características personales como edad, el grado de instrucción, estado civil.

Factores reproductivos:

Abarca el inicio de las relaciones sexuales, edad del primer embarazo, la condición obstétrica de la usuaria, la paridad y la historia anticonceptiva de la usuaria.

Factores psicológicos:

La toma de decisión y la motivación que tiene la usuaria para haber elegido un método anticonceptivo.

Factores de información:

Medio de información, consejería y orientación por el profesional de salud que brindó la información.

Hormonas sexuales:

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

Método anticonceptivo:

Procedimiento que previene o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. En lo posible, los métodos anticonceptivos deben cumplir con requisitos y características que permitan a las personas alcanzar sus metas reproductivas en forma efectiva y segura para su salud y de acuerdo a su situación de vida.

Orientación y consejería:

Proceso de comunicación interpersonal en el que se brinda la información necesaria para que las personas Individuales o parejas, tomen decisiones voluntarias, Informadas y satisfactorias, además de brindar apoyo para el análisis y búsqueda de solución a sus problemas de salud.

Planificación Familiar:

Planificación familiar es decidir cuantos hijos tener, cuando tenerlos y con qué métodos anticonceptivos cuidarlos en este enfoque la planificación familiar constituye una de las tareas más importantes del programa de reproducción humana de la Organización Mundial de la Salud (OMS) puesto que el acceso a

métodos anticonceptivos seguros y eficaces permite la reducción de la mortalidad materna ya que se disminuyen los abortos en condiciones de riesgo y el impacto embarazo.

Progesterona:

Es secretada por el cuerpo lúteo en la segunda mitad del ciclo menstrual, desarrolla un endometrio secretor y la declinación abrupta de su secreción al final del ciclo menstrual provoca el inicio de la menstruación, produce modificaciones en el moco cervical, la progesterona suprime la menstruación, la contractibilidad uterina y es muy importante para mantener el embarazo.

Salud Sexual y Reproductiva:

Capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria y para reproducirse, y la libertad para decidir cuándo y cómo y con qué frecuencia hacerlo.

Testosterona:

Hormona sexual masculina producida en el epidimo, causante de los caracteres sexuales secundarios masculinos.

CAPITULO IV

4. HIPOTESIS Y VARIABLES

4.1. HIPOTESIS

H (a): Los factores socio-demográficos, reproductivos, psicológicos y de información están asociados en la elección del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo.

H (0): Los factores socio-demográficos, reproductivos, psicológicos y de información no están asociados en la elección del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo.

4.2. VARIABLES

4.2.1. Variables independientes:

Factores asociados para la elección del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo.

4.2.2. Variable dependiente:

Usuaris nuevas del servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huanuco 2016.

4.3. INDICADORES

Se muestran en el cuadro de operacionalización de variables.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	TIPO	ESCALA	UNIDADES O CATEGORIAS	INDICADOR	TECNICA E INSTRUMENTO
Factores socio-demográficos	Características personales como edad, el grado de instrucción y estado civil.	Edad	Cuantitativo	Razón	Años cumplidos	Edad	Encuesta Cuestionario estructurado
		Grado de instrucción	Cualitativa	Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Técnica superior Superior	Grado de instrucción	
		Estado civil	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Conviviente Divorciada Viuda	Estado civil	
Factores reproductivos	Características de la usuaria como inicio de las relaciones sexuales, edad del primer embarazo, paridad y	Inicio de relaciones sexuales	Cuantitativo	Razón	Años cumplidos al IRS	Edad	
		Su menstruación	Cuantitativo	Nominal	Regular Irregular	Su menstruación	
		Experiencia de aborto	Cuantitativo	Nominal	Si No	Experiencia de aborto	

	condición obstétrica.	Paridad	Cuantitativo	Razón	En números	Numero de gestaciones	
		Edad del primer embarazo	Cuantitativa	Razón	Años cumplidos en el primer embarazo	Edad	
		Tipo de parto	Cuantitativo	Nominal	Parto vaginal Cesárea parto	Tipo de parto	
Factores de información	Son los medios por los cuales se brindó información a la usuaria.	Medio de información	Cuantitativo	Nominal	Orientación escolarizada Consejería Internet Folletos y trípticos Radio Programas televisivos	Medio de información	Encuesta Cuestionario estructurado
		Información	Cuantitativo	Nominal	Sí No	Recibió información	
		Informante	Cuantitativo	Nominal	Médico Obstetra Enfermero Otros	Profesional informante	
		Grado de entendimiento de la	Cuantitativo	Nominal	Demasiado Mucho Regular	Grado de entendimiento de la información	

		información			Poco Nada		
		Ventajas de método	Cuantitativo	Nominal	Mayor efectividad Anticonceptiva Mayor tiempo de protección Anticonceptiva Menos efectos secundarios	Efectos de método	
Factores psicológicos	La toma de decisión y la motivación que tiene la usuaria.	Decisión	Cualitativo	Nominal	Sí No	Decisión	
		Motivación	Cualitativo	Nominal	Totalmente motivada Muy motivada Motivación moderada Poco motivada	Motivación	

		Beneficios del método	Cuantitativo	Nominal	Evitar embarazo Por ser mas cómodo Para ampliar tu espacio intergenésico Para evitar las complicaciones de futuros partos y del puerperio.	Decisión	
		Opinión de pareja	Cualitativo	Nominal	Sí No	Opinión de pareja	
		Opinión de familia o otros	Cualitativo	Nominal	Sí No	Opinión de pareja	

CAPITULO V

5. METODOS Y TÉCNICAS

5.1 POBLACION Y MUESTRA:

5.1.1 POBLACION.

La población está constituida 568 usuarias nuevas del servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huanuco 2016.

Criterios de inclusión:

Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) usuarias nuevas del acetato de medroxiprogesterona.

Mujeres que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

Usuaris continuadoras.

Mujeres con problemas psiquiátricos o desórdenes de la conducta.

Mujeres que no acepten participar del estudio.

5.1.2 MUESTRA

Usuaris nuevas atendidas en el servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, que cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

El tamaño de la muestra será calculado con un coeficiente de confianza al 95% y con un error del 5%. Para ello se utilizara la siguiente formula.

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo

Z = Nivel de confianza 95% -> Z= (1,96)²

e = Es el margen de error máximo que admito (5%) $(0.05)^2$

p = Probabilidad de éxito (0.95) (0.5)

Q = Probabilidad de fracaso (0.05) (0.5)

$$n = \frac{568 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.05}{(0.05)^2 (568 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.05}$$

$$n = 229$$

Tipo de muestreo probabilístico sistematizado.

5.2. TIPO DE INVESTIGACION.

El diseño es descriptivo, prospectivo de corte transversal.

5.3. TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS.

5.3.1 Para recolección de datos y organización de datos

Se aplico encuestas, cuestionario de acuerdo a las variables debidamente estructurados, agrupados en factores socio demográfico, reproductivo, psicológico y de información. Con instrucciones precisas para el acopio de la información requerida.

5.3.2 Interpretación de datos y resultados

- Revisión de los datos. Se examinó en forma analítica-crítica cada uno de las variables que conforma el universo de factores de riesgo Codificación de los datos. Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.
- Clasificación de los datos. Se ejecutó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- Presentación de datos. Se presentó los datos en cuadros estadísticos, porcentuales y gráficos en barras.

5.4 TECNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.

5.4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO:

Se utilizó la estadística descriptiva a través de las tablas de frecuencia, proporciones, gráficos para caracterizar algunas variables.

5.4.2 ANÁLISIS INFERENCIAL:

Se utilizó estadísticos como medidas de tendencia central y dispersión para analizar las variables en estudio. Y también estadística inferencial utilizando el Odds Ratio con 95% de intervalo de confianza. Para el análisis multivariado se empleará regresión logística. El análisis se realizará el programa Excel y el software estadístico SPSS versión 22.

CAPITULO VI

6. RESULTADOS

6.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

1.- La información se recogió en una base de datos y los instrumentos de recolección como cuestionario y encuestas los que se procesaron y analizaron mediante métodos estadísticos y porcentuales, en los que se aplico programas informáticos que constituyen el statistical package for sciencess spss en su versión 12.0 para el sistema operativo Windows xp.

2.- De acuerdo a las edades de las usuarias que optaron en la elección del Acetato de Medroxiprogesterona, se estudió como resultado que: el 38,80% (89) que corresponde a las edades entre 20 a 24 años, el 20,90% (48) que corresponde a las edades entre 16 a 19 años, el 16,50% (38) que corresponde a las edades entre 25 a 29 años, el 12,20%(28) que corresponde a las edades entre 30 a 34 años, el 11,30% (26) que corresponde a las edades entre 35 a mas años.

3.- En lo concerniente al grado de instrucción de las optantes el resultado determina que: el 43,20% (99) corresponde a nivel superior, el 34,00% (78), a secundaria, el 10,90 % (25) a técnica superior, el 7,40 % (17) a primaria, el 4,30% (10) a analfabeta.

4.- Según el estudio y de acuerdo al estado civil de las que eligieron el método arrojó que: el 48,00% (110) son conviviente las que prefieren el método, el 31,00% (71) soltera, el 20,90% (48) son casadas.

5.- El resultado porcentual de muestra que las usuaria del método en cuanto a su iniciación sexual: el 41,90% (96) que corresponde a las edades entre 17 a 19 años, el 20,90% (48) que corresponde a las edades entre 14 a 16 años, el 13,90% (32) que corresponde a las edades entre 20 a 22 años, el 13,10% (30) que corresponde a las edades entre 23 a 25 años, el 10,00% (23) que corresponde a las edades entre 28 a mas años.

6.- El trabajo de investigación de muestra que de acuerdo a la regularidad de la menstruación o no que: el 65,90 % (151) que corresponden a menstruaciones irregulares, el 34,00% (78) que corresponde a regulares.

7.- La investigación estipula de acuerdo a la experiencia sufrida por las usuarias que: el 72,90% (167) de usuarias del método anticonceptivo no han tenido experiencia de aborto, el 27,00% (62) que corresponde a si han tenido experiencia de aborto.

8.- El cuadro concluye que: el 65,50% (150) las usuaria que optaron por el método hormonal tiene entre 1 a 2 hijos, el 23,50% (54) tiene de 3 a 4 hijos, el 10,90% (25) tiene de 5 a 6 hijos.

9.- El trabajo de estudio de las usuarias que optaron por la elección del método anticonceptivo mediante edad de su primer embarazo determinó que: el 53,70% (123) que corresponde a las edades entre 16 a 20 años, el 21,80% (50) que corresponde a las edades entre 21 a 25 años, el 13,10% (30) que corresponde a las edades menos de 15 años, el 11,30% (26) que corresponde a las edades entre 26 a 30 años.

10.- De acuerdo al tipo de parto las usuarias nuevas que optaron por la elección del método arrojan los siguientes porcentajes: el 79,40% (182) de usuaria que optaron por el método anticonceptivo, tuvieron parto vaginal, el 20,50% (47) tuvieron sus partos por cesárea.

11.- De acuerdo a la toma de decisión: el 64,10% (147) de las usuarias nuevas del método trimestral tenían una decisión previa a la elección, el 35,80% (82) no tenían decidido la elección del método trimestral.

12.- En relación al grado de motivación se encontró que: el 53,20% (122) que las usuarias tenían una motivación moderada por usar el método trimestral, el 22,20% (51) estuvieron muy motivadas, el 13,50% (31) tuvieron poca motivación, el 10,90% (25) estuvieron totalmente motivadas.

13.- Las usuarias nuevas de acuerdo al beneficio del método muestra que: el 52,80% (121) que las usuarias nuevas decidieron usar el método trimestral para evitar embarazo, el 18,70% (43) para ampliar el espacio intergenesico, el 15,70% (36) por ser mas cómodo, el 12,60% (29) para evitar las complicaciones de futuros partos y del puerperio.

14.- En relación a la decisión con la pareja se determinó que: el 62,00% (142) del uso del método fue decidido solamente por la usuaria, el 37,90% (87) la pareja estuvieron de acuerdo con la decisión en el uso del método.

15.- El cuadro concluye que: el 70,70% (162) no intervinieron nadie en la decisión en el uso del método, 29,20% (67) si intervinieron en la decisión en el uso del método.

16.- En cuanto a la información previa del método, el 65,00% (149) se informaron mediante consejería en planificación familiar, el 13,10% (30) que corresponde a procesos educativos y de orientación escolarizada, el 10,40% (24) mediante folletos y trípticos, el 6,90% (16) por internet, el 4,30% (10) por difusión radial.

17.- Se determinó que el 82,50% (189) que las usuarias nuevas del método trimestral si recibieron información durante la consulta y aplicación, el 17,40% (40) no recibieron información del método trimestral.

18.- La intervención consultora y su aplicación en el Servicio de Planificación Familiar demuestra que: el 100,00% (229) es la obstetra la que proporcionó información y aplicación del método.

19.- El grado de entendimiento de las usuarias nuevas sobre la información recibida demuestra que: el 41,00% (94) de las usuarias entendieron regularmente el mensaje que le brindo el proveedor, el 35,80% (82), mucho entendimiento, el 13,50% (31) demasiado entendimiento, y solamente el 9,60% (22) entendieron poco la información proporcionada por la proveedora.

20.- Las usuarias nuevas del método escogieron según el mayor tiempo de protección el porcentaje siguiente el 64,10% (147) por mayor efectividad anticonceptiva el 21,30% (49), el 14,40% (33) opto por menos efectos secundarios.

6.1.1. TECNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:

1. FACTORES ASOCIADOS PARA LA ELECCION DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA DE ACUERDO A LA EDAD, COMO

METODO ANTICONCEPTIVA EN USUARIAS NUEVAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO- HUANUCO 2016.

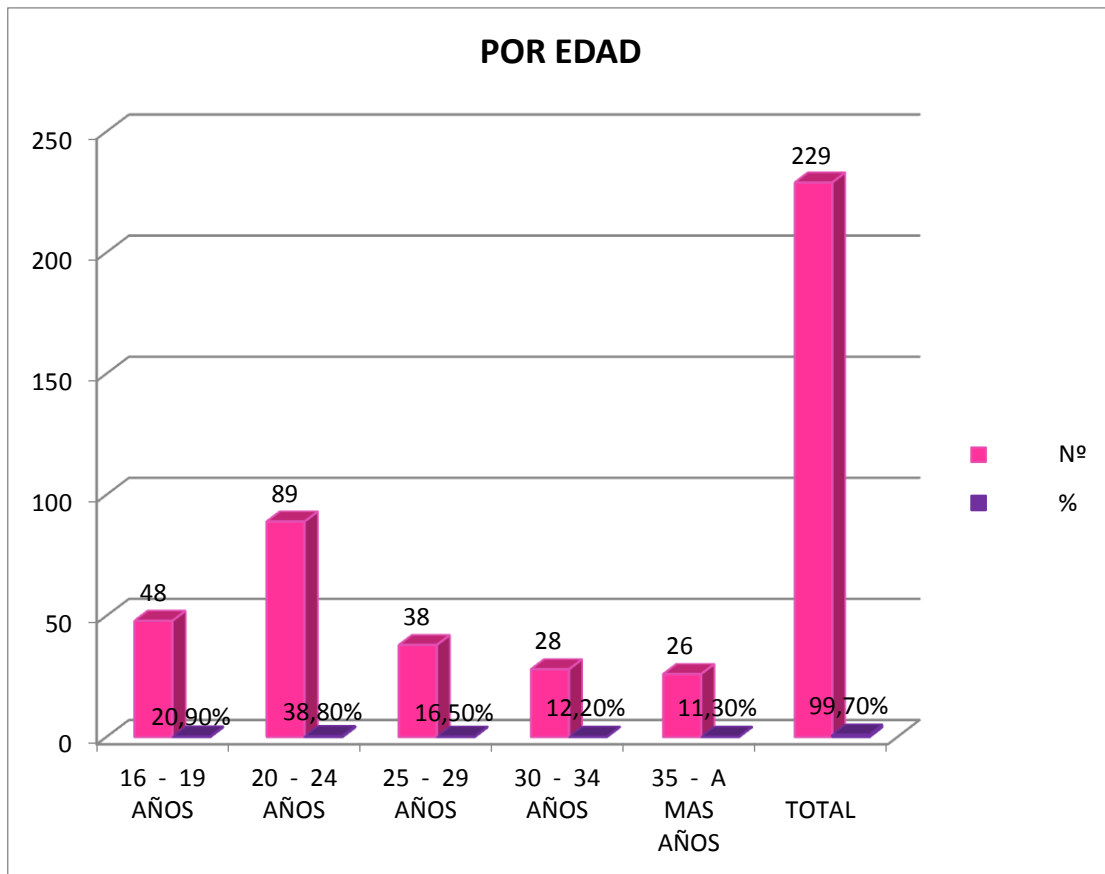
TABLA N° 1.

EDAD	N°	%
16 - 19 AÑOS	48	20,90%
20 - 24 AÑOS	89	38,80%
25 - 29 AÑOS	38	16,50%
30 - 34 AÑOS	28	12,20%
35 - A MAS AÑOS	26	11,30%
TOTAL	229	99,70%

Fuente: autora.

El cuadro porcentual demuestra que: el 38,80% (89) que corresponde a las edades entre 20 a 24 años optaron por la elección del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo, el 20,90% (48) de 16 a 19 años, el 16,50% (38) 25 a 29 años, el 12,20%(28), corresponde a las edades entre 30 a 34 años, el 11,30% (26) corresponde a las edades entre 35 a mas años.

GRAFICO N° 1.



2. FACTORES ASOCIADOS PARA LA ELECCIÓN DEL ACETATO MEDROXIPROGESTERONA DE ACUERDO AL GRADO DE INSTRUCCIÓN, COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS NUEVAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO - HUANUCO 2016.

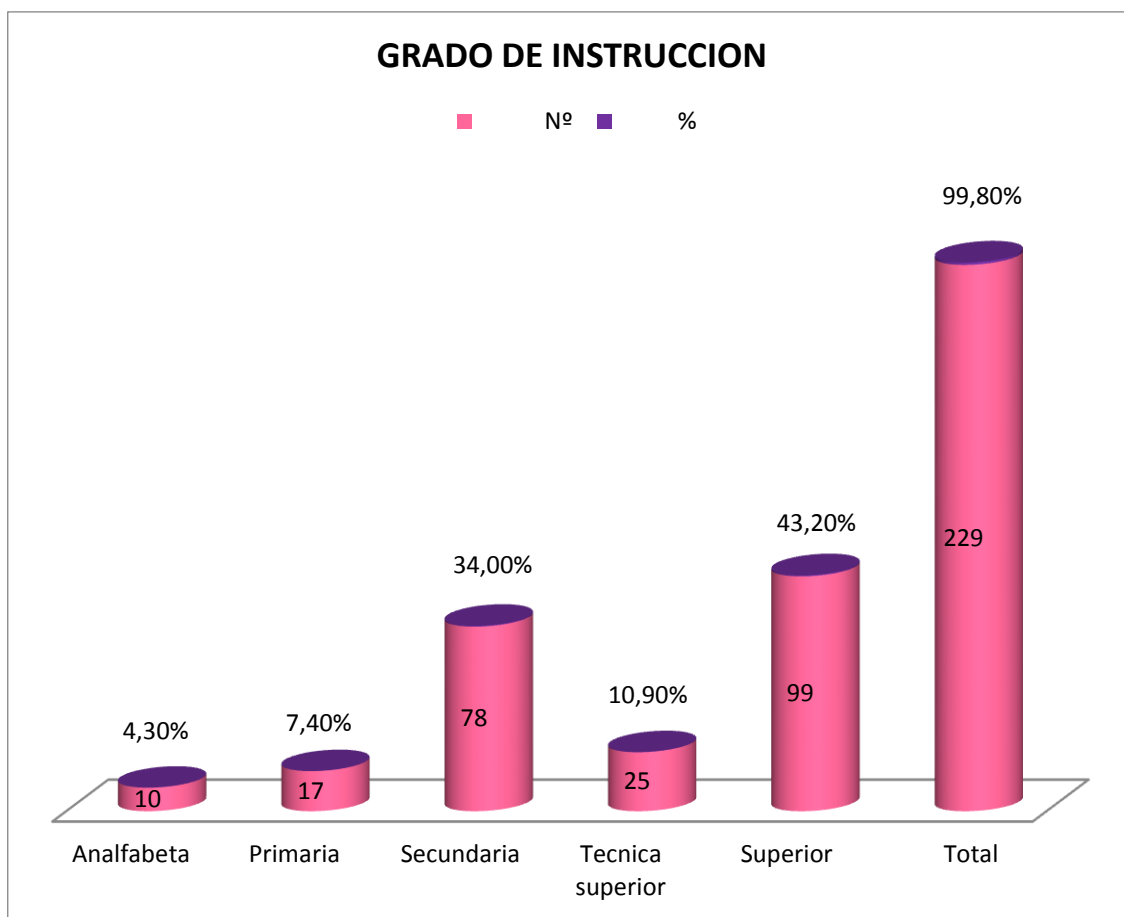
TABLA N° 2.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Analfabeta	10	4,30%
Primaria	17	7,40%
Secundaria	78	34,00%
Técnica superior	25	10,90%
Superior	99	43,20%
TOTAL	229	99,80%

Fuente: autora.

El cuadro muestra que: el 43,20% (99) que optan la elección corresponde a nivel superior, el 34,00% (78) a secundaria, el 10,90% (25) a técnica superior el 7,40% (17) a primaria, el 4,30 (10) a analfabeta.

GRAFICO N° 2.



3. FACTORES ASOCIADOS PARA LA ELECCION DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL, COMO METODO ANTICONCEPTIVA EN USUARIAS NUEVAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO - HUANUCO 2016.

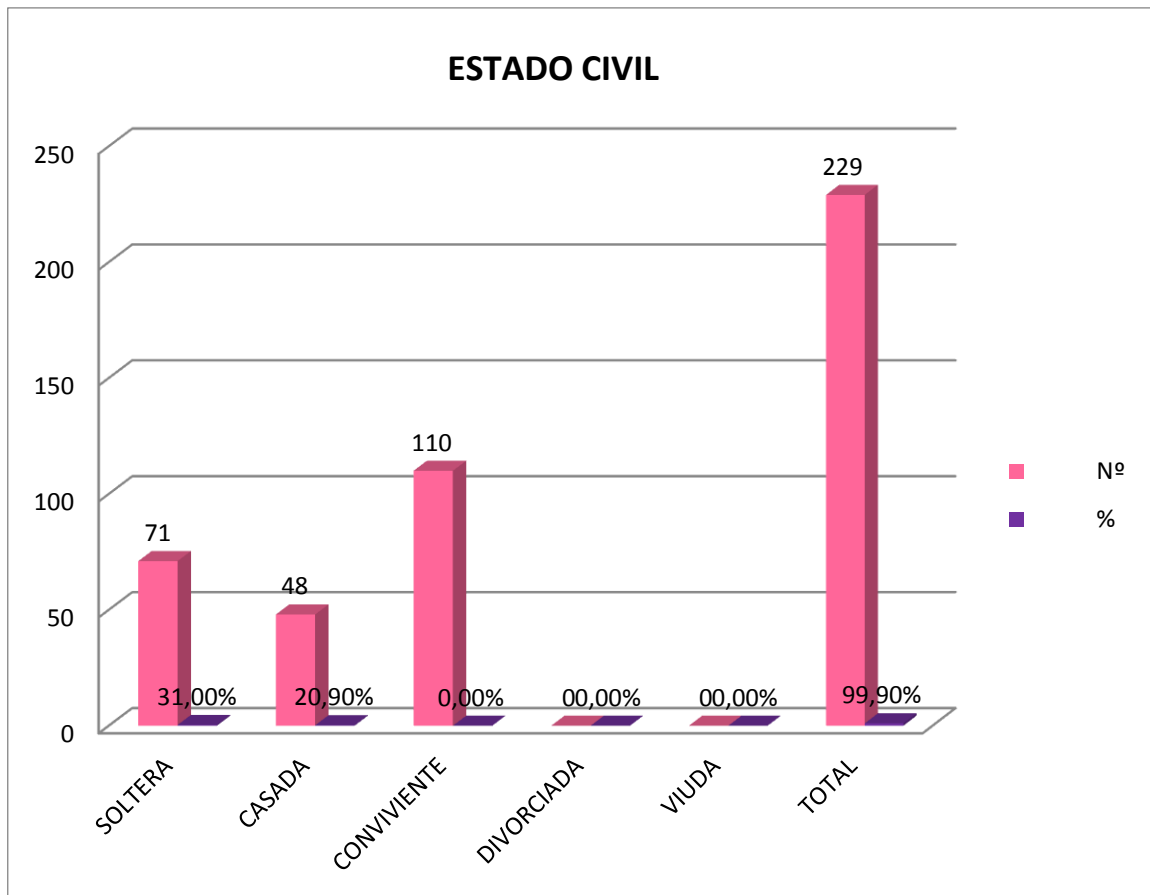
TABLA N° 3.

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltera	71	31,00%
Casada	48	20,90%
Conviviente	110	48,00%
Divorciada	00	0,00%
Viuda	00	0,00%
TOTAL	229	99,90%

Fuente: autora.

El cuadro demuestra que: el 48,00% (110) que deciden por el método hormonal son conviviente, el 31,00% (71) soltera, el 20,90% (48) son casadas.

GRAFICO N° 3.



II. FACTORES REPRODUCTIVOS

4. FACTORES ASOCIADOS PARA LA ELECCIÓN DEL ACETATO MEDROXIPROGESTERONA DE ACUERDO A LA EDAD DE INICIO DE SUS RELACIONES SEXUALES, COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN

**USUARIAS NUEVAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO -
HUANUCO 2016.**

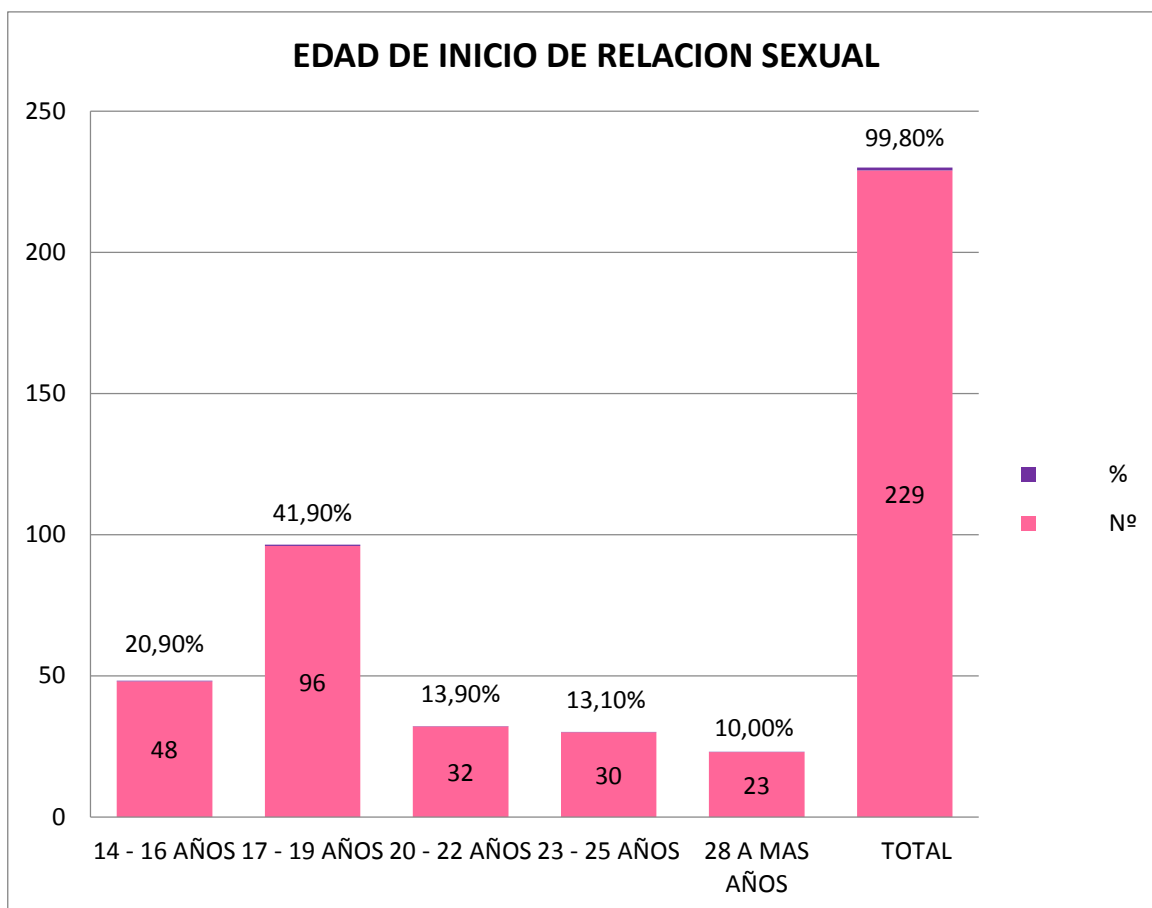
TABLA N° 4.

EDAD DE INICIO DE RELACIÓN SEXUAL	N°	%
14 - 16 AÑOS	48	20,90%
17 - 19 AÑOS	96	41,90%
20 - 22 AÑOS	32	13,90%
23 - 25 AÑOS	30	13,10%
28 A MAS AÑOS	23	10,00%
TOTAL	229	99,80%

Fuente: autora.

El cuadro porcentual demuestra que las usuarias del método en cuanto a su iniciación sexual: el 41,90% (96) que corresponde a las edades entre 17 a 19 años, el 20,90% (48) que corresponde a las edades entre 14 a 16 años, el 13,90% (32) que corresponde a las edades entre 20 a 22 años, el 13,10% (30) que corresponde a las edades entre 23 a 25 años, el 10,00% (23) que corresponde a las edades entre 28 a mas años.

GRAFICO N° 4.



5. FACTORES ASOCIADOS PARA LA ELECCIÓN DEL ACETATO MEDROXIPROGESTERONA DE ACUERDO A SU MENSTRUACION, COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS NUEVAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO - HUANUCO 2016.

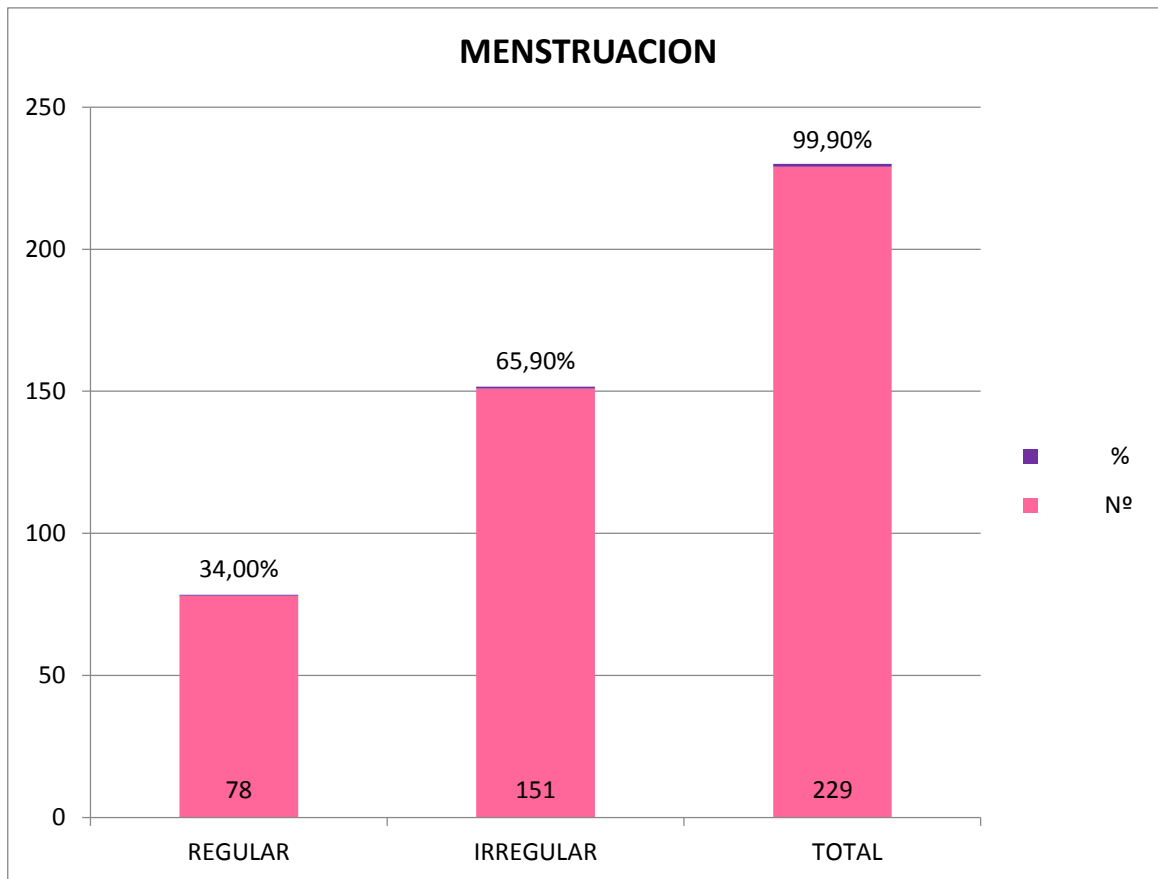
TABLA N° 5.

SU MENSTRUACIONES	N°	%
Regular	78	34,00%
Irregular	151	65,90%
TOTAL	229	99,90%

Fuente: autora.

El cuadro indica que de acuerdo a la menstruación: el 65,90% (151) que corresponden a menstruaciones irregulares, el 34,00% (78) que corresponde a regulares.

GRAFICO N° 5.



6. FACTORES ASOCIADOS PARA LA ELECCIÓN DEL ACETATO MEDROXIPROGESTERONA DE ACUERDO A LA EXPERIENCIA DE ABORTOS, COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS NUEVAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO - HUANUCO 2016.

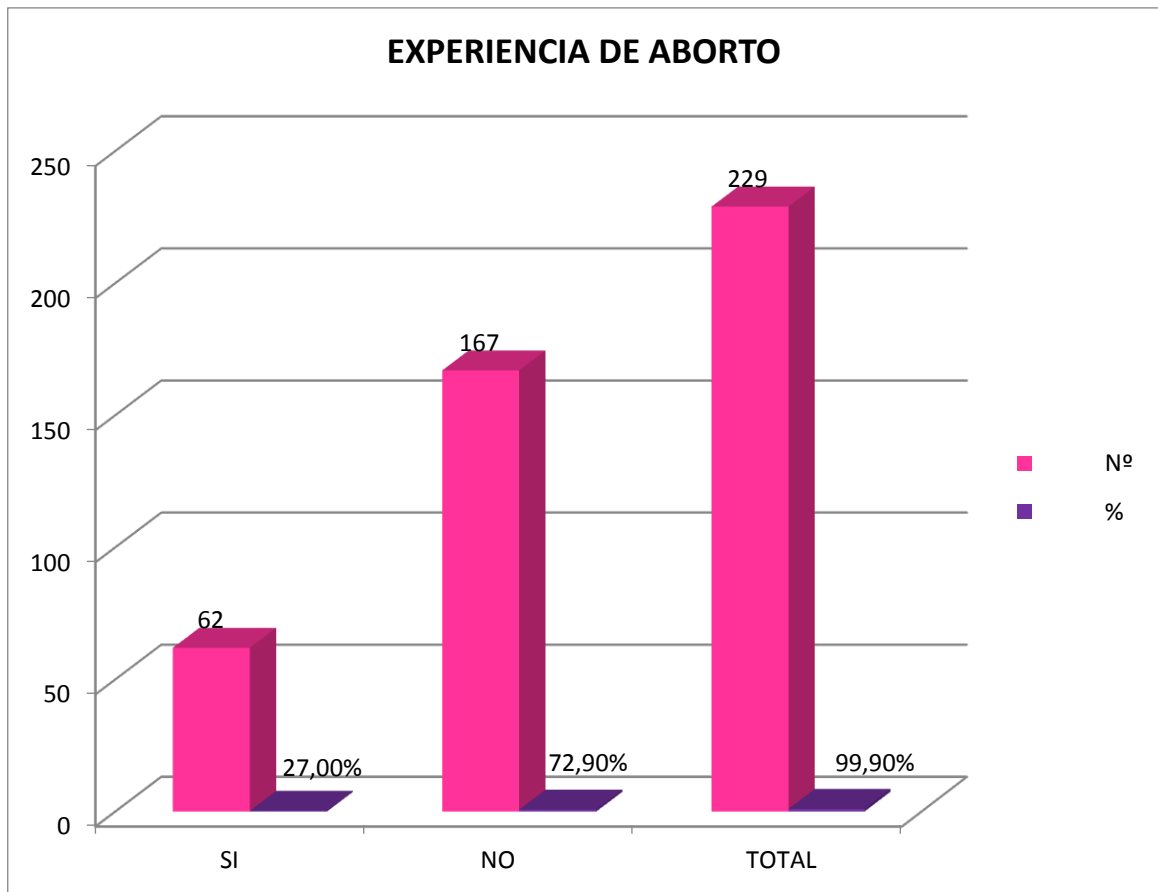
TABLA N° 6.

EXPERIENCIA DE ABORTO	N°	%
Si	62	27,00%
No	167	72,90%
TOTAL	229	99,90%

Fuente: autora.

El cuadro concluye que: el 72,90% (167) de usuarias del método anticonceptivo no han tenido experiencia de aborto, el 27,00% (62) que corresponde a si han tenido experiencia de aborto.

GRAFICO N° 6.



7. FACTORES ASOCIADOS PARA LA ELECCIÓN DEL ACETATO MEDROXIPROGESTERONA DE ACUERDO AL NUMERO DE GESTACIONES, COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS NUEVAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL

**HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO - HUANUCO
2016.**

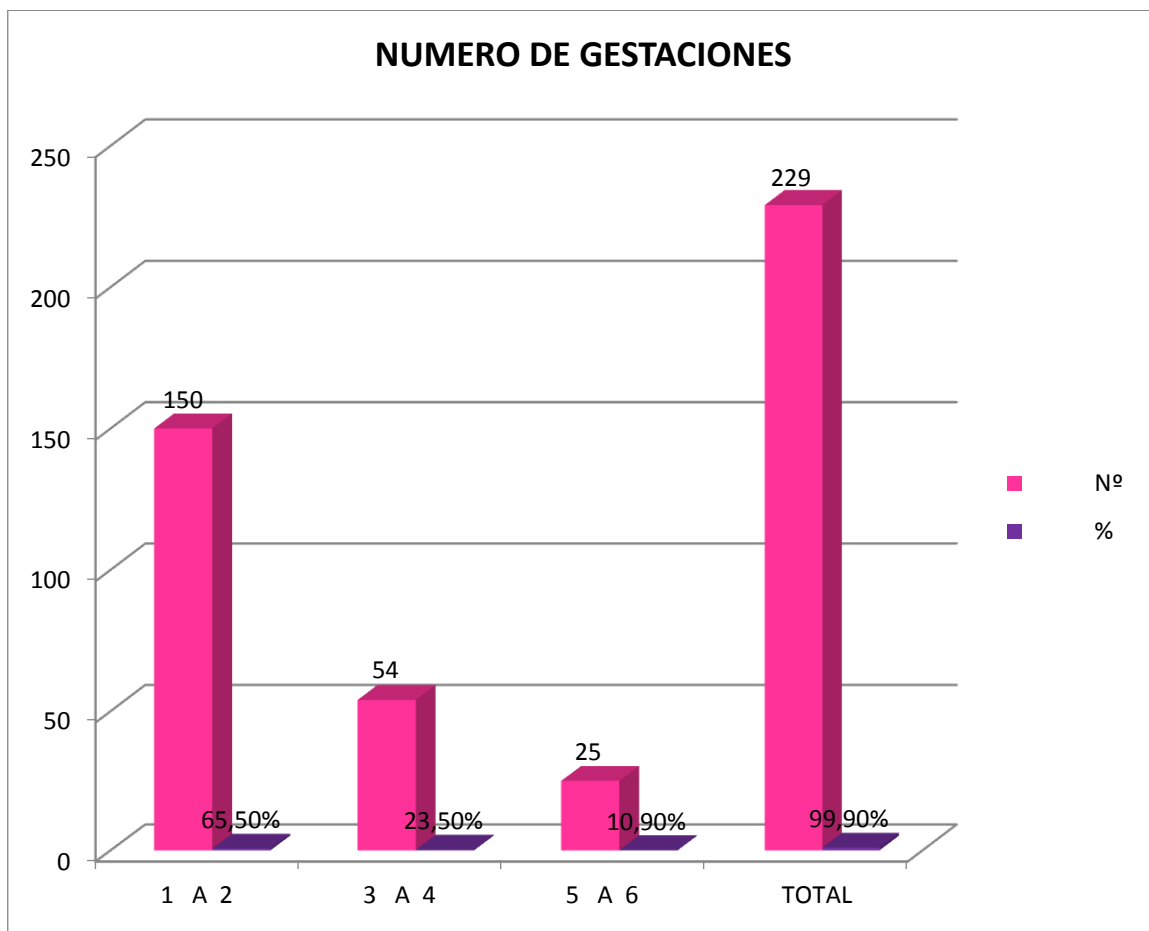
TABLA N° 7.

NUMERO DE GESTACIONES	N°	%
1 - 2	150	65,50%
3 - 4	54	23,50%
5 - 6	25	10,90%
TOTAL	229	99,90%

Fuente: autora.

El cuadro concluye que: el 65,50% (150) las usuaria que optan por el método hormonal tiene entre 1 a 2 hijos, el 23,50% (54) tiene de 3 a 4 hijos, el 10,90% (25) tiene de 5 a 6 hijos.

GRAFICO N° 7.



8. FACTORES ASOCIADOS PARA LA ELECCIÓN DEL ACETATO MEDROXIPROGESTERONA DE ACUERDO A LA EDAD DE SU PRIMER EMBARAZO, COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS

NUEVAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO - HUANUCO 2016.

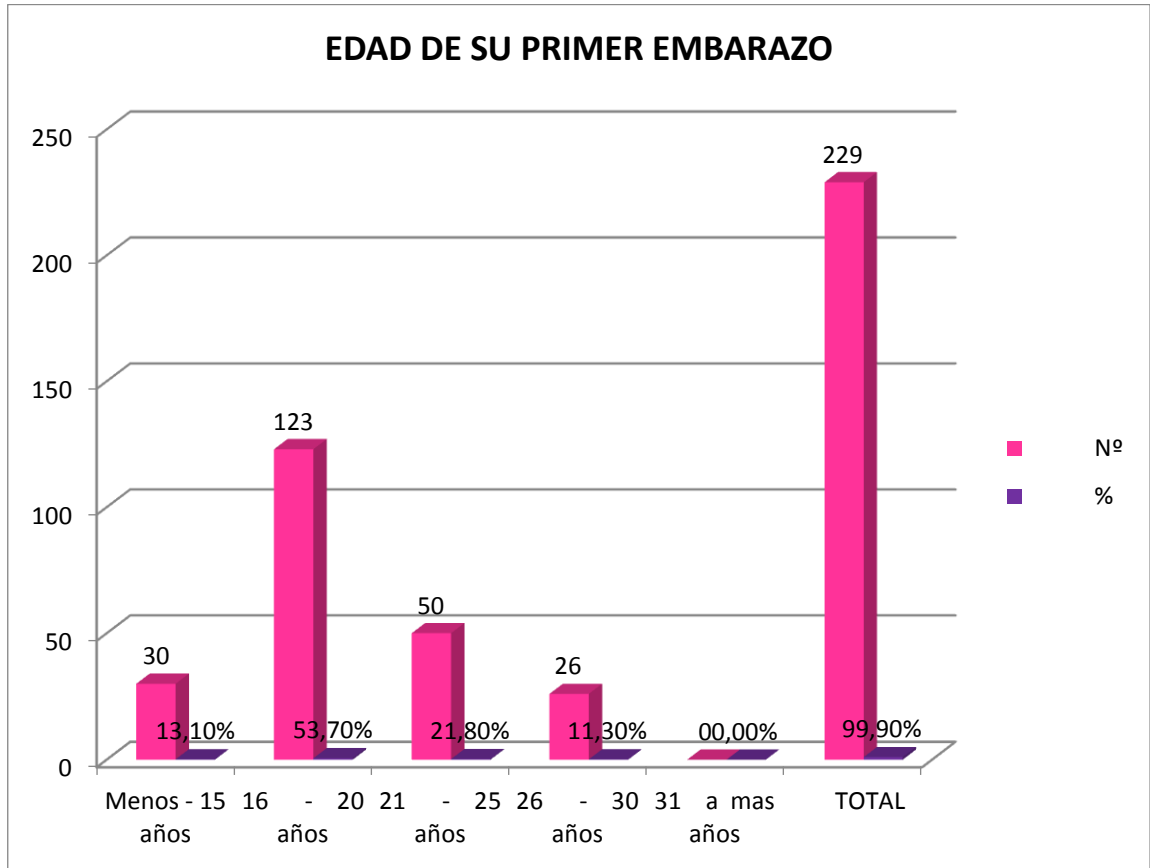
TABLA N° 8.

EDAD DEL PRIMER EMBARAZO	N°	%
MENOS - 15 AÑOS	30	13,10%
16 - 20 AÑOS	123	53,70%
21 - 25 AÑOS	50	21,80%
26 - 30 AÑOS	26	11,30%
31 A MAS AÑOS	00	0,00%
TOTAL	229	99,90%

Fuente: autora.

El cuadro porcentual demuestra que: el 53,70% (123) tuvieron su primer embarazo a las edades entre 16 a 20 años, el 21,80% (50) entre las edades de 21 a 25 años, el 13,10% (30) entre las edades entre menos a 15 años, el 11,30% (26) las edades entre 26 a 30 años.

GRAFICO N° 8.



9. FACTORES ASOCIADOS PARA LA ELECCIÓN DEL ACETATO MEDROXIPROGESTERONA DE ACUERDO A SUS PARTOS, COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS NUEVAS DEL SERVICIO

**DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO
VALDIZAN MEDRANO - HUANUCO 2016.**

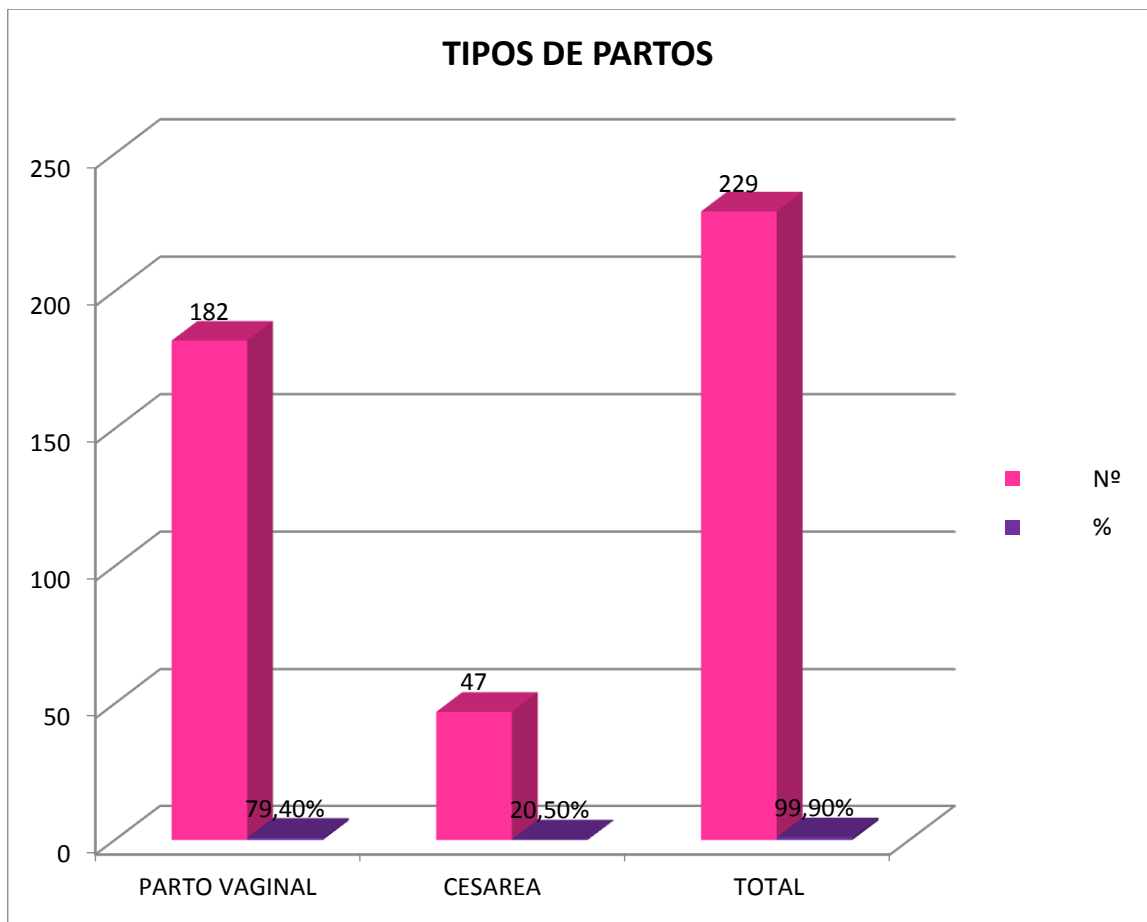
TABLA N° 9.

TIPOS DE PARTOS	N°	%
Parto vaginal	182	79,40%
Cesárea	47	20,50%
TOTAL	229	99,90%

Fuente: autora.

El cuadro demuestra que: el 79,40% (182) de usuaria que optaron por el método anticonceptivo tuvieron parto vaginal, el 20,50% (47) tuvieron sus partos por cesárea.

GRAFICO N° 9.



III. FACTORES PSICOLOGICOS

10. FACTORES ASOCIADOS PARA LA ELECCIÓN DEL ACETATO MEDROXIPROGESTERONA DE ACUERDO A DECISIÓN PREVIA A LA ELECCIÓN DEL INYECTABLE TRIMESTRAL, COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS NUEVAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO - HUANUCO 2016.

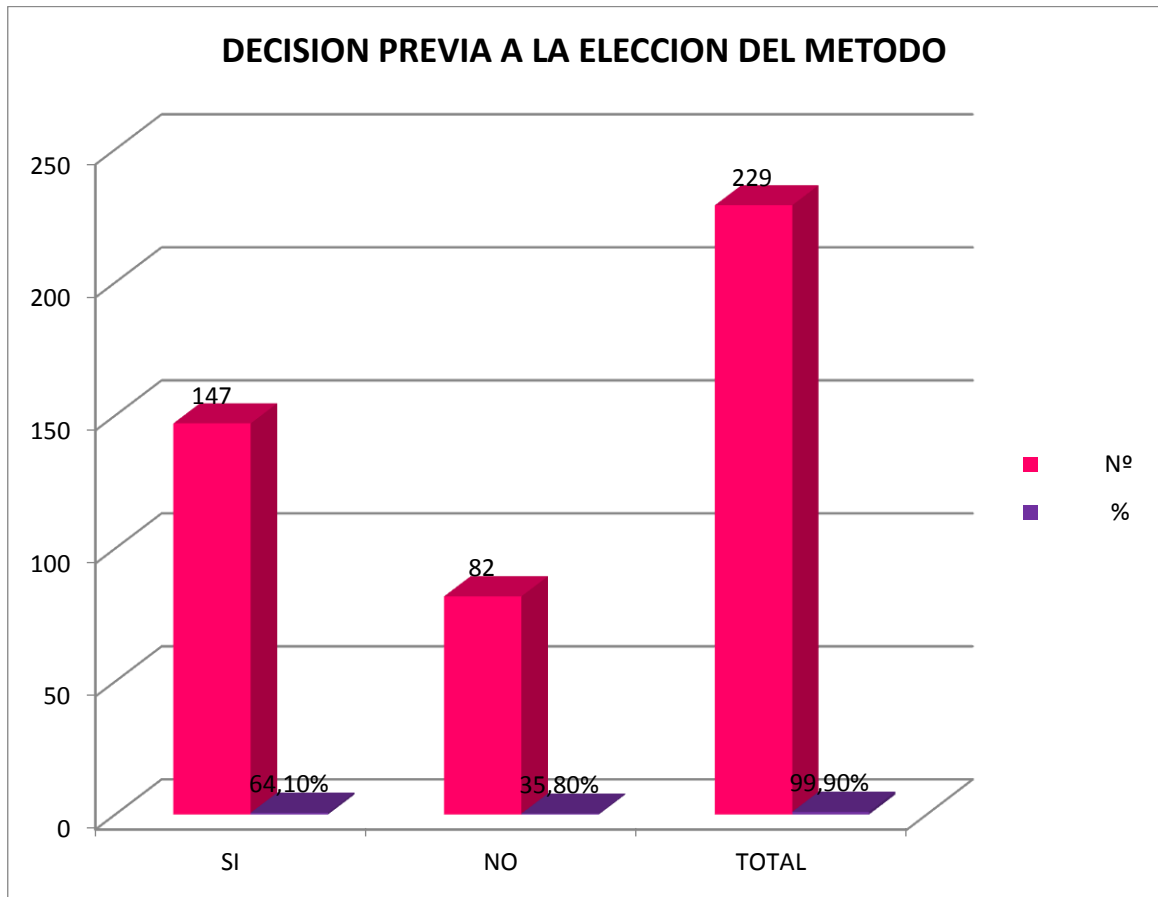
TABLA N° 10.

DECISIÓN PREVIA A LA ELECCION DEL METODO	N°	%
Si	147	64,10%
No	82	35,80%
TOTAL	229	99,90%

Fuente: autora.

El cuadro demuestra que: el 64,10% (147) de las usuarias nuevas del método trimestral tenían una decisión previa a la elección, el 35,80% (82) no tenían decidido a la elección del método trimestral.

GRAFICO N° 10.



11. FACTORES ASOCIADOS PARA LA ELECCIÓN DEL ACETATO MEDROXIPROGESTERONA DE ACUERDO A LA MOTIVACION QUE

TENIA POR USAR EL INYECTABLE TRIMESTRAL, COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS NUEVAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO - HUANUCO 2016.

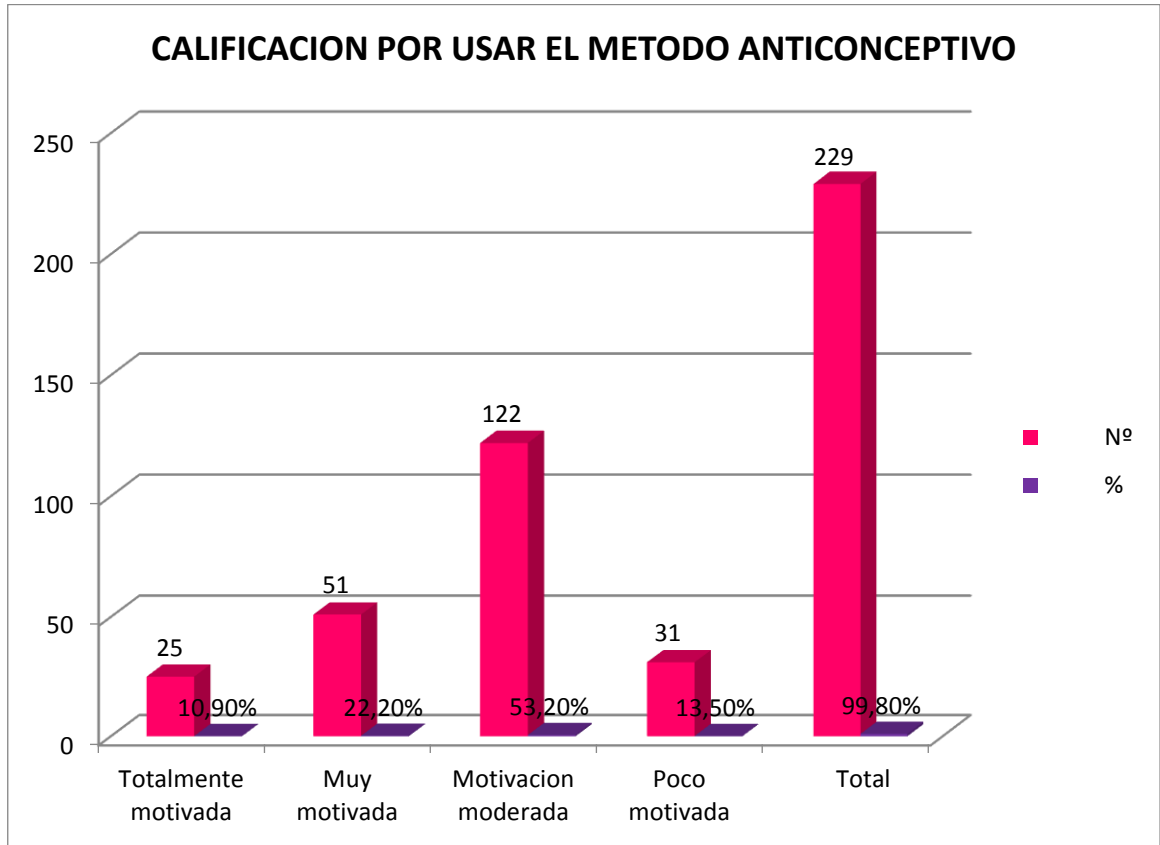
TABLA N° 11.

LA MOTIVACIÓN QUE TENÍA USTED POR USAR EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO	N°	%
Totalmente motivada	25	10,90%
Muy motivada	51	22,20%
Motivación moderada	122	53,20%
Poco motivada	31	13,50%
TOTAL	229	99,80%

Fuente: autora.

El cuadro porcentual indica que: el 53,20% (122) que las usuarias tenían una motivación moderada por usar el método trimestral, el 22,20% (51) estuvieron muy motivadas, el 13,50% (31) tuvieron poca motivación, el 10,90% (25) estuvieron totalmente motivadas.

GRAFICO N° 11.



12. FACTORES ASOCIADOS PARA LA ELECCIÓN DEL ACETATO MEDROXIPROGESTERONA DE ACUERDO A LOS BENEFICIOS , COMO

MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS NUEVAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO - HUANUCO 2016.

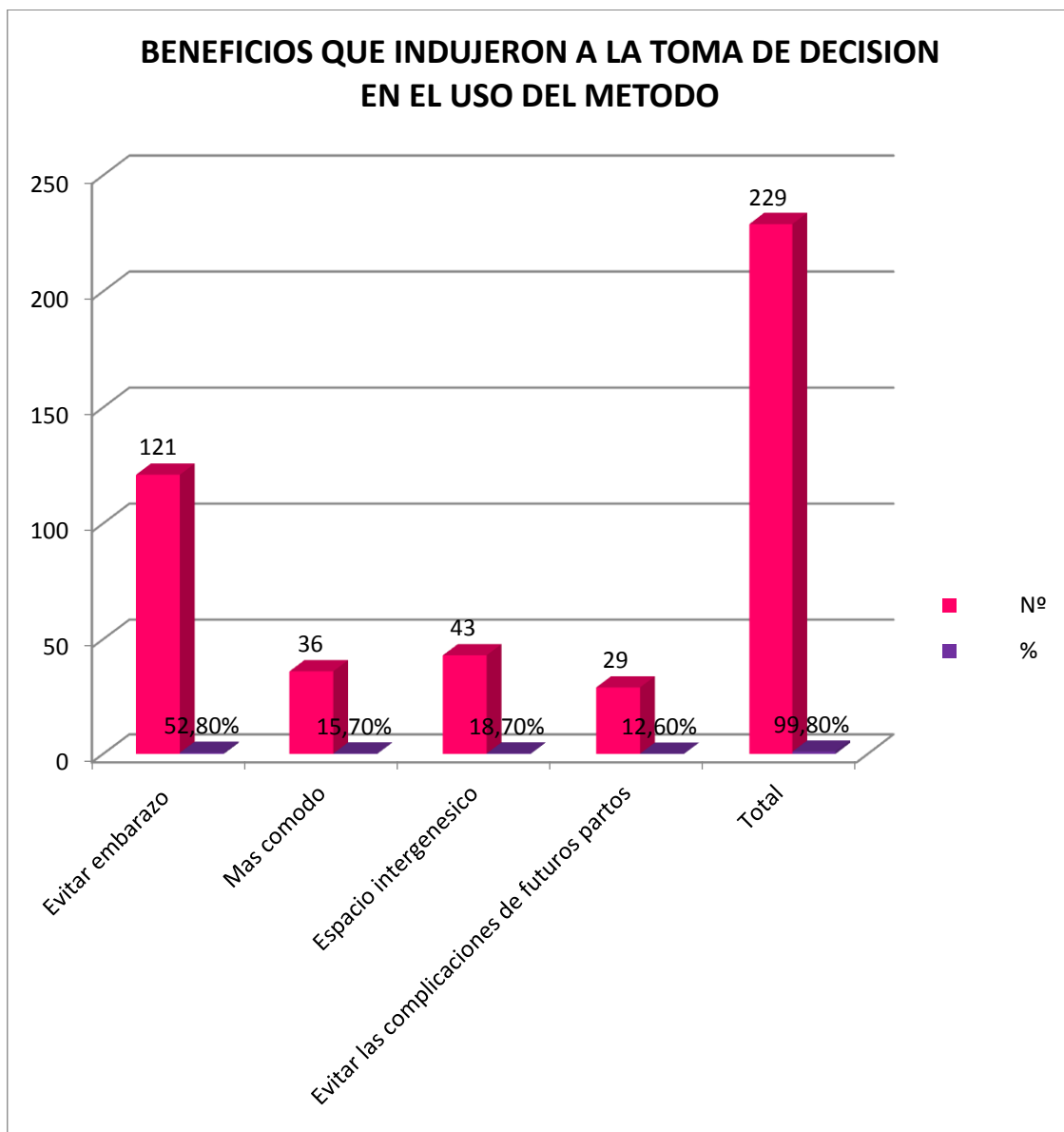
TABLA N° 12.

BENEFICIOS INDUJERON A LA TOMA DE DECISIÓN EN EL USO DEL ANTICONCEPTIVO TRIMESTRAL	N°	%
Evitar embarazo	121	52,80%
Por comodidad	36	15,70%
Para ampliar el espacio intergenésico	43	18,70%
Para evitar las complicaciones de partos y del puerperio.	29	12,60%
TOTAL	229	99,80%

Fuente: autora.

El cuadro muestra que: el 52,80% (121) que las usuarias nuevas decidieron usar el método trimestral para evitar embarazo, el 18,70% (43) para ampliar el espacio intergenesico, el 15,70% (36) por ser mas cómodo, el 12,60% (29) para evitar las complicaciones de futuros partos y del puerperio.

GRAFICO N° 12.



13. FACTORES ASOCIADOS PARA LA ELECCIÓN DEL ACETATO MEDROXIPROGESTERONA DE ACUERDO A LA DECISIÓN CON LA PAREJA EN EL USO , COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS NUEVAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

**DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO -
HUANUCO 2016.**

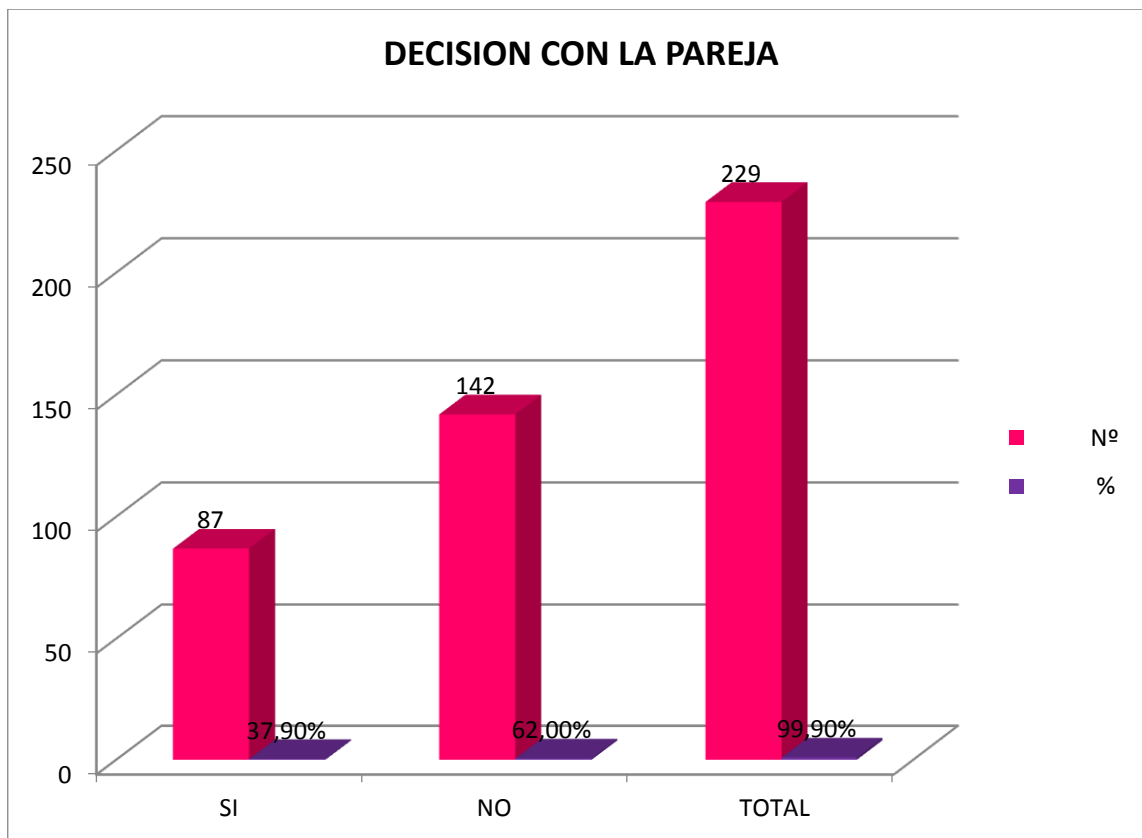
TABLA N° 13.

DECISIÓN CON LA PAREJA	N°	%
Si	87	37,90%
No	142	62,00%
TOTAL	229	99,90%

Fuente: autora.

El cuadro porcentual demuestra que: el 62,00% (142) del uso del método fue decidido solamente por la usuaria, el 37,90% (87) la pareja estuvieron de acuerdo con la decisión en el uso del método.

GRAFICO N° 13.



14. FACTORES ASOCIADOS PARA LA ELECCIÓN DEL ACETATO MEDROXIPROGESTERONA DE ACUERDO A LA INTERVENCIÓN FAMILIAR Y/O DE OTROS EN LA DECISIÓN DEL USO DEL METODO COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS NUEVAS DEL

**SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL REGIONAL
HERMILIO VALDIZAN MEDRANO - HUANUCO 2016.**

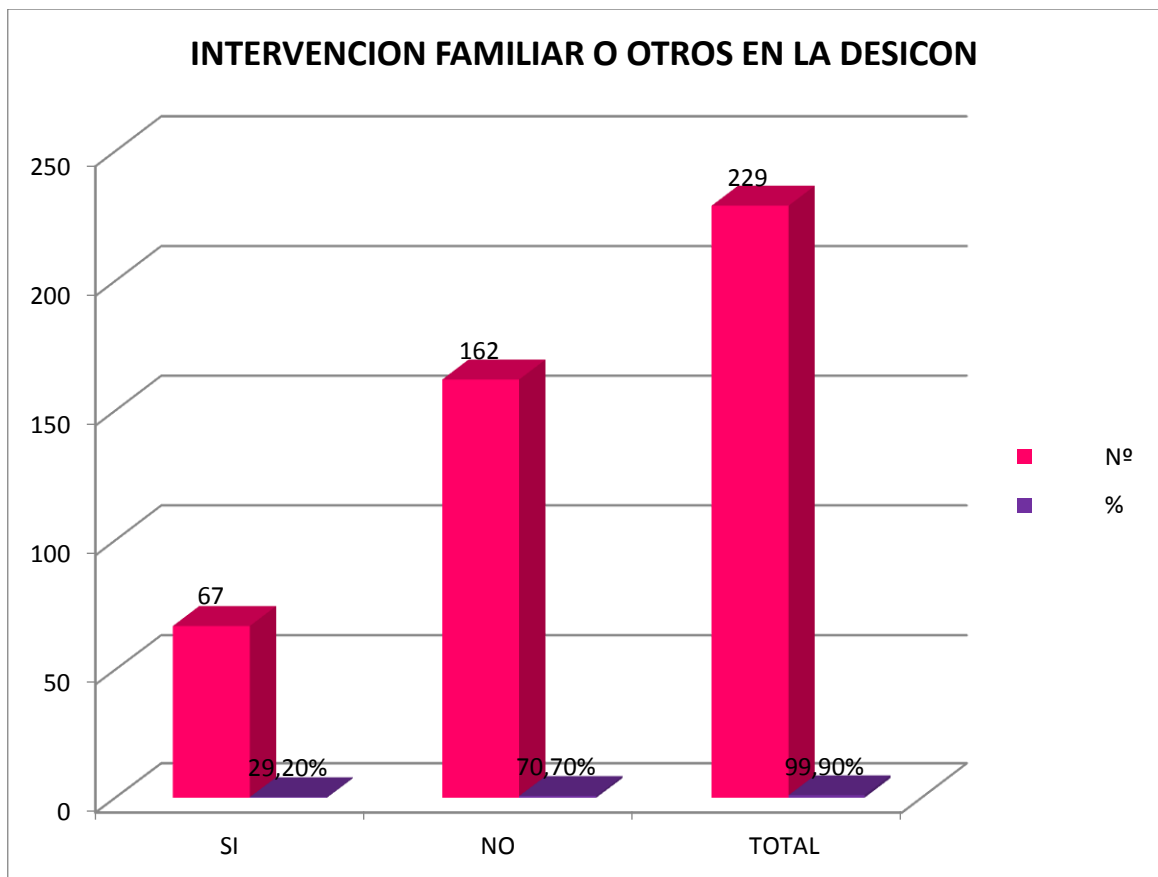
TABLA N° 14.

INTERVENCION FAMILIAR Y/O OTROS EN LA DECISIÓN	N°	%
Si	67	29,20%
No	162	70,70%
TOTAL	229	99,90%

Fuente: autora.

El cuadro concluye que: el 70,70% (162) no intervinieron ninguna tercera persona en la decisión en el uso del método, 29,20% (67) si intervinieron en la decisión en el uso del método.

GRAFICO N° 14.



IV. FACTORES INFORMATIVOS

15. FACTORES ASOCIADOS PARA LA ELECCIÓN DEL ACETATO MEDROXIPROGESTERONA DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN QUE

OBTUVO DEL METODO TRIMESTRAL, COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS NUEVAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO - HUANUCO 2016.

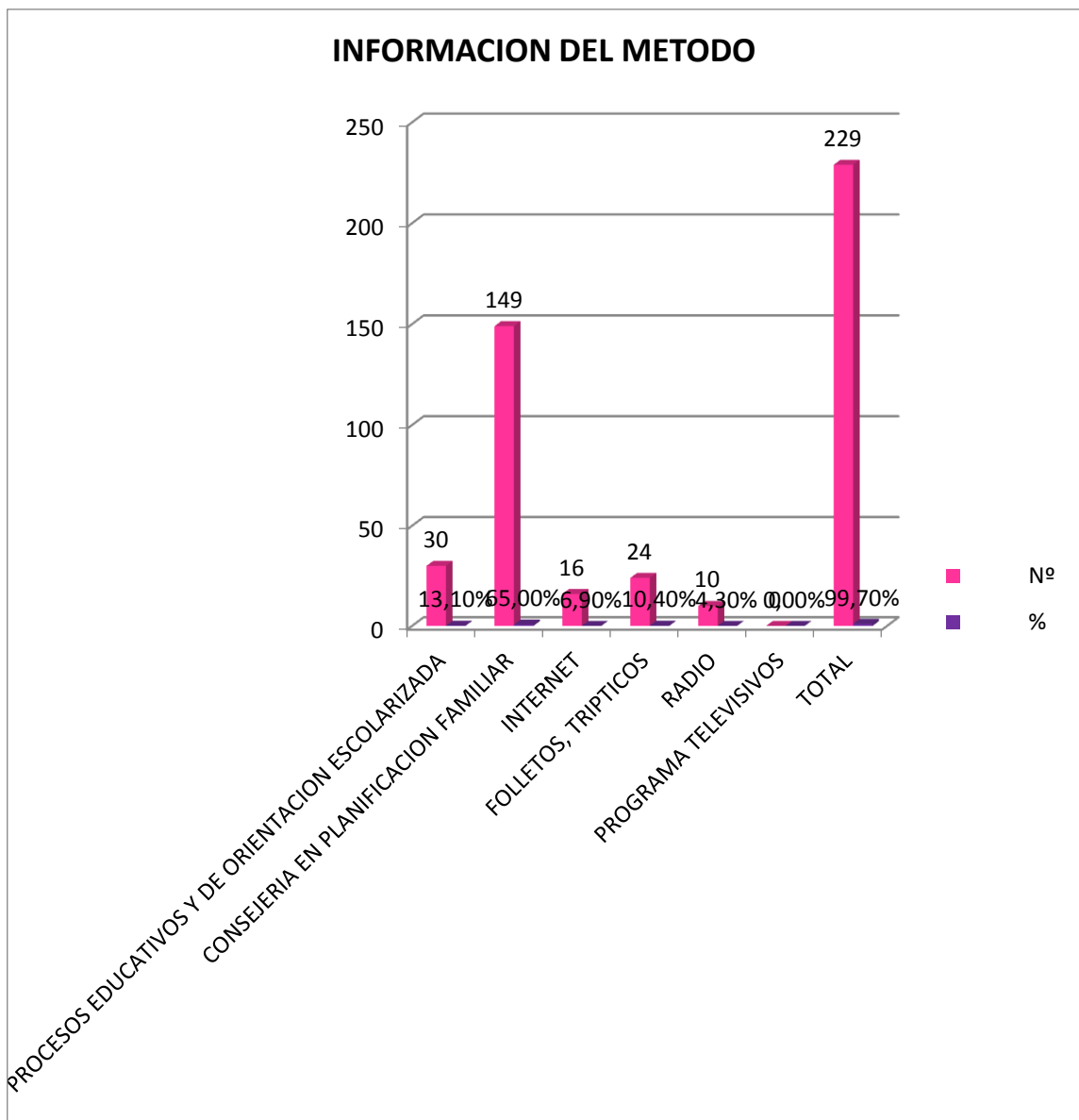
TABLA N° 15.

INFORMACIÓN DEL METODO	N°	%
Procesos educativos y de orientación escolarizada	30	13,10%
Consejería en planificación familiar	149	65,00%
Internet	16	6,90%
Folletos, trípticos	24	10,40%
Radio	10	4,30%
Programas televisivos	00	0,00%
TOTAL	229	99,70%

Fuente: autora.

El cuadro demuestra que: el 65,00% (149) se informaron mediante consejería en planificación familiar, el 13,10% (30) que corresponde a procesos educativos y de orientación escolarizada, el 10,40% (24) mediante folletos y trípticos, el 6,90% (16) por internet, el 4,30% (10) por difusión radial.

GRAFICO N° 15.



16. FACTORES ASOCIADOS PARA LA ELECCIÓN DEL ACETATO MEDROXIPROGESTERONA DE ACUERDO A LA CONSULTA Y APLICACIÓN SOBRE EL INYECTABLE TRIMESTRAL, COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS NUEVAS DEL SERVICIO

**DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO
VALDIZAN MEDRANO - HUANUCO 2016.**

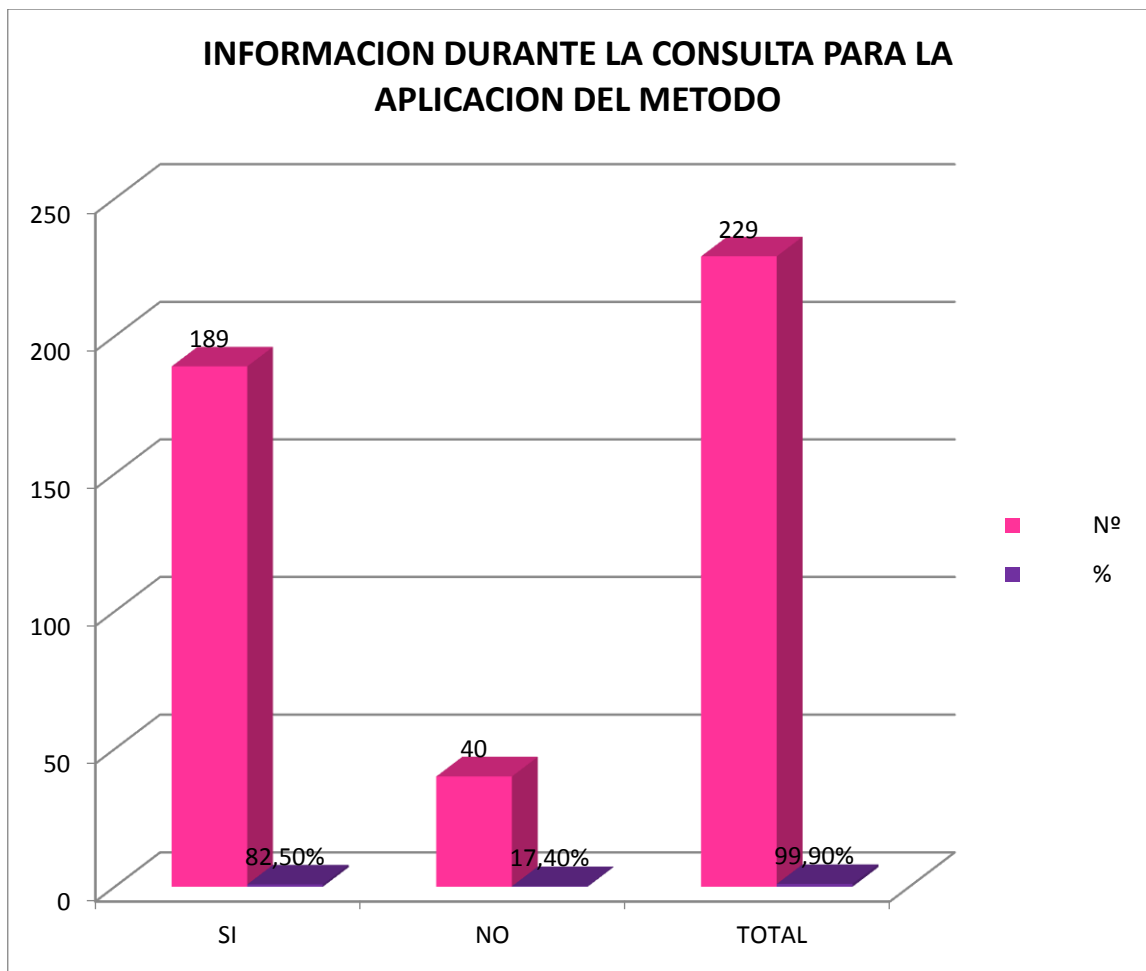
TABLA N° 16.

INFORMACIÓN DURANTE LA CONSULTA PARA LA APLICACIÓN DEL MÉTODO	N°	%
Si	189	82,50%
No	40	17,40%
TOTAL	229	99,90%

Fuente: autora.

El presente cuadro concluye que: el 82,50% (189) que las usuarias nuevas del método trimestral si recibieron información durante la consulta y aplicación, el 17,40% (40) no recibieron información del método trimestral.

GRAFICO N° 16.



17. FACTORES ASOCIADOS PARA LA ELECCIÓN DEL ACETATO MEDROXIPROGESTERONA DE ACUERDO AL PROFESIONAL QUE INFORMO Y APLICÓ, COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS NUEVAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

**DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO -
HUANUCO 2016.**

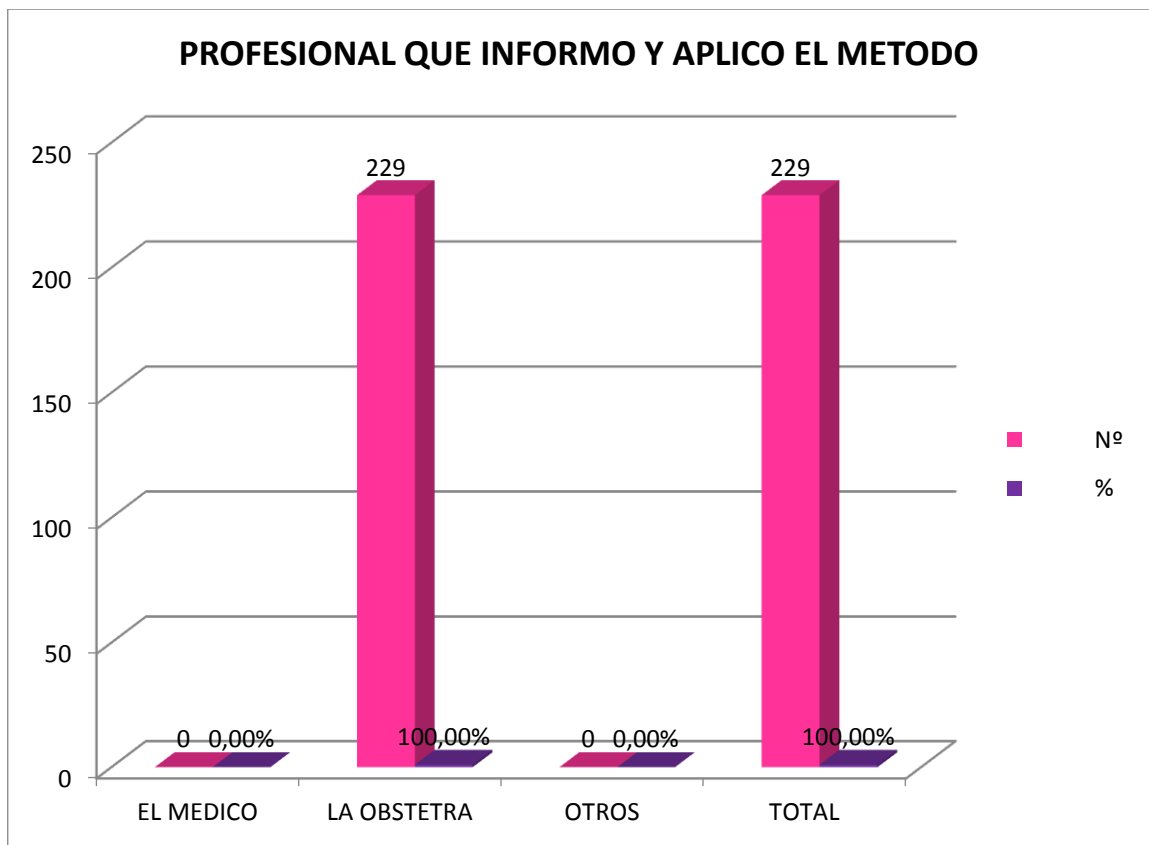
TABLA N° 17.

PROFESIONAL QUE INFORMÓ Y APLICÓ EL MÉTODO	N°	%
El medico	00	0,00%
La obstetra	229	100,00%
Otros	00	0,00%
TOTAL	229	100,00%

Fuente: autora.

El cuadro porcentual demuestra que: el 100,00% (229) es la obstetra la que proporcionó información y aplicación del método.

GRAFICO N° 17.



18. FACTORES ASOCIADOS PARA LA ELECCIÓN DEL ACETATO MEDROXIPROGESTERONA DE ACUERDO AL GRADO DE ENTENDIMIENTO DE LA INFORMACION QUE LE BRINDO EL PROVEEDOR, COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS

NUEVAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO - HUANUCO 2016.

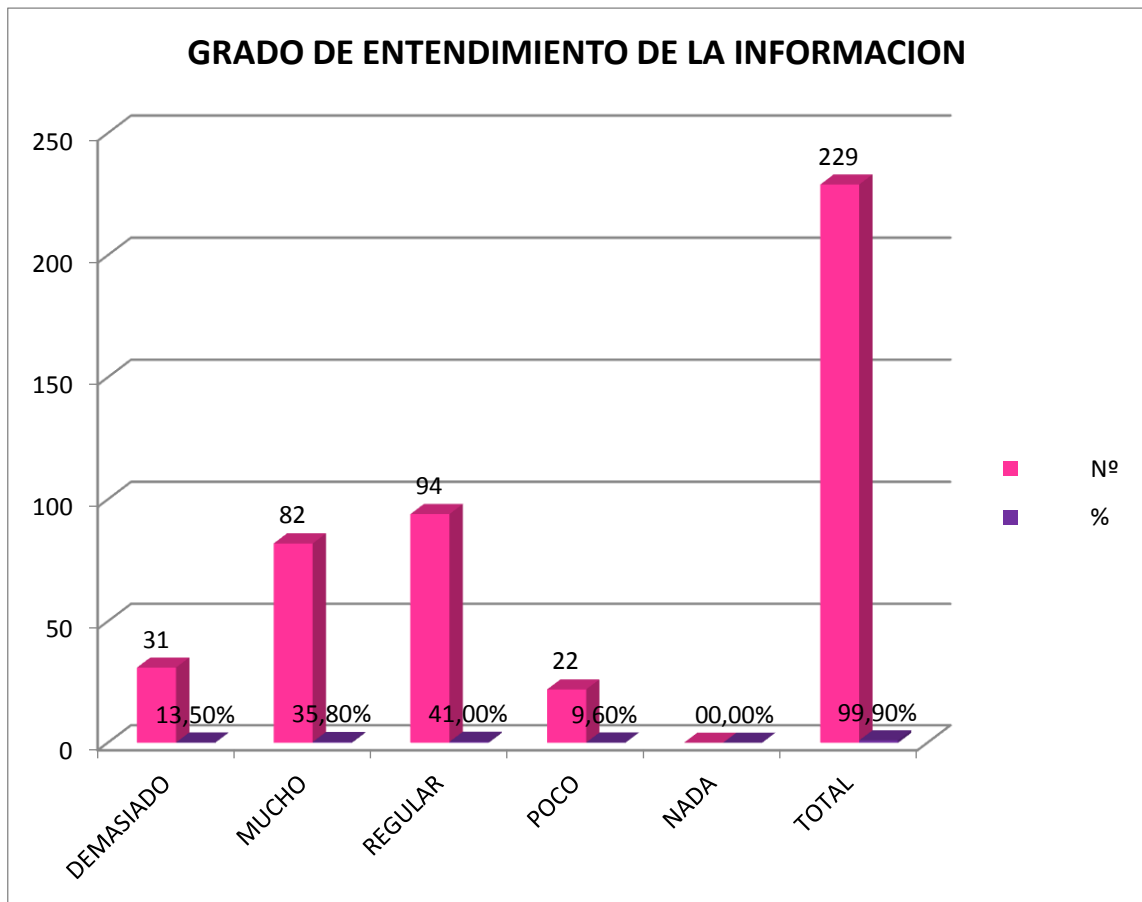
TABLA N° 18.

GRADO DE ENTENDIMIENTO DE LA INFORMACION	N°	%
Demasiado	31	13,50%
Mucho	82	35,80%
Regular	94	41,00%
Poco	22	9,60%
Nada	00	0,00%
TOTAL	229	99,90%

Fuente: autora.

El cuadro porcentual demuestra que: el 41,00% (94) de las usuarias entendieron regularmente la información que le brindo el proveedor, el 35,80% (82) mucho entendimiento, el 13,50% (31) demasiado entendimiento, y solamente el 9,60% (22) entendieron poco la información proporcionada por la proveedora.

GRAFICA N° 18.



19. FACTORES ASOCIADOS PARA LA ELECCIÓN DEL ACETATO MEDROXIPROGESTERONA DE ACUERDO A LA VENTAJA PERCIBIDA DEL INYECTABLE TRIMESTRAL, COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS NUEVAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO - HUANUCO 2016.

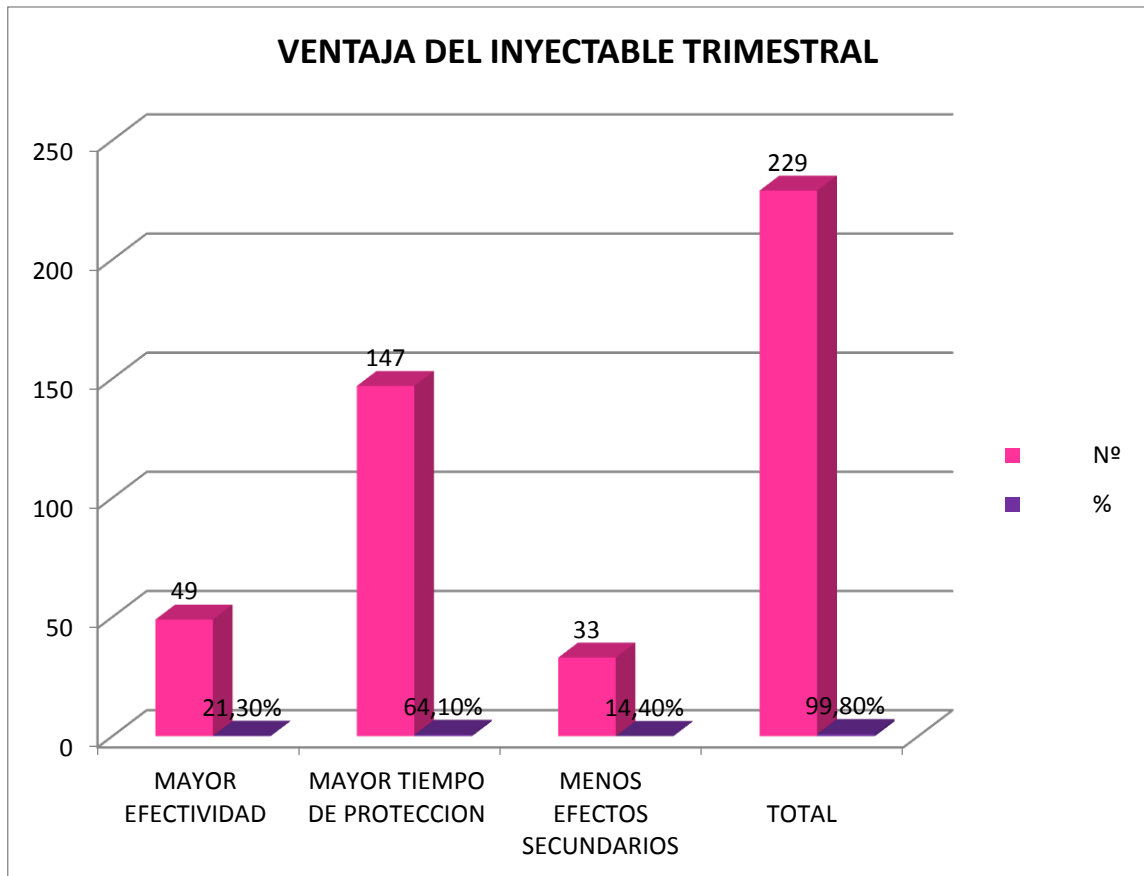
TABLA N° 19.

VENTAJA DEL INYECTABLE TRIMESTRAL	N°	%
Mayor efectividad anticonceptiva	49	21,30%
Mayor tiempo de protección anticonceptiva	147	64,10%
Menos efectos secundarios	33	14,40%
TOTAL	229	99,80%

Fuente: autora.

El cuadro porcentual demuestra que: el 64,10% (147) de las usuarias nuevas del método trimestral opto por ser de mayor tiempo de protección anticonceptiva, el 21,30% (49) opto por mayor efectividad anticonceptiva, el 14,40% (33) opto por menos efectos secundarios.

GRAFICA N° 19.



6.2. DISCUSION DE RESULTADOS

El desarrollo demográfico, en los seres humanos ha sufrido diferentes fracturas en las etapas que marcaron su disminución o aumento exagerado de esta población. En todas las culturas estuvo presente cierta preocupación sobre este crecimiento poblacional, por lo que tomaron muchas medidas para frenarlos o entretenerlos. Fue que a partir del siglo XX, después de la constitución de la ONU. Una de sus (OMS) secretaría delineó para sus países miembros la ejecución de la Planificación Familiar, esta se hace más evidente a partir de la Conferencia del Cairo. A mediados del siglo XX se descubrió los efectos y beneficios de los progestágenos (Pincus) base de los anticonceptivos hormonales. El presente trabajo de investigación, ejecutado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano - Huánuco 2016 , cuyo objetivo es determinar los factores asociados para la elección del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo en usuaria nuevas del servicio de planificación Familiar, da respuesta a la hipótesis, confirmando que si existe factores que inducen a las nuevas usuarias a la toma de decisión en la elección del método, y según los resultados hallados. La mayor población de usuarias nuevas corresponde al grupo etéreo 38,80% entre 20 a 24 años, BERMEO 2015, en su resultado determina que “el grupo etario mayoritario está formado por jóvenes 15-24 años (47%)”.¹² lo que puede inferirse que existe una coincidencia. El nivel educativo de las usuarias que optaron el método tuvo una influencia significativa mostrando 43,20% de toda la población en estudio. SÁNCHEZ. Manifiesta “Por otro lado, ser mujer, tener educación universitaria, haber recibido información sobre anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual (ITS)” Además se resalta la importancia de brindar Educación Sexual tanto a jóvenes como a sus familias más allá de incentivar la abstinencia, de manera que se motive a tener una vida sexual responsable.⁴ Las usuarias nuevas convivientes son las que presentan mayor porcentaje en el momento de la elección 48,00% frente a las casadas 20,90% que es poco significativo.

Las eleccionantes del método en cuanto a la iniciación sexual el 41,90% manifestaron su inicio de las relaciones sexuales a las edades entre 17 a 19 años, los otros grupos no son de significancia. DÍAZ. 2014 concluye que “Las tres cuartas partes de las entrevistadas inician su vida sexual antes de los 19 años consideradas

como riesgo reproductivo”.¹¹ El tipo de menstruación que experimentaban las usuarias nuevas, el estudio reporta que el 65,90% presentaban menstruaciones irregulares, frente al 34,00% menstruaciones regulares. Los antecedentes de base no reportan esta variable en ninguna de las investigaciones. Lo mismo reportaron en relación a experiencia de abortos el 72,90% no haber tenido esta experiencia, frente a 27,00% que si experimentaron. Las usuarias nuevas que optan el método anticonceptivo hormonal de medroxiprogesterona el 65,50% tiene entre uno a dos hijos, este porcentaje alto demuestra a que las mujeres de este estudio están dispuestas a planificar el número de descendientes. Nuestro resultado puede equipararse con ALLEMANT 2016. Que reporta que “En cuanto a la paridad 59,22% tienen de 1 a 2 hijos y el método más utilizado por ellas fue el inyectable hormonal trimestral con 59,22%.”¹⁸ significándonos estos resultados que son factores muy determinantes para la elección del anticonceptivo de su preferencia. Ídem la edad de su primer embarazo que es el 53,70% que oscilan entre los 16 a 20 años, supuestamente edades en las que las mujeres están en pleno desarrollo de sus proyectos de vida. Las variables de tipo de parto de las usuaria nuevas reportó que el 79,40% su parto fue vaginal, para la extrapolación no contamos con estudios de este factor, lo que se desprende que nuestro estudio dio importancia a este factor, toda vez que el parto deja experiencias traumáticas psicofísicas en las mujeres.

El planteamiento esencial de la tesis se relaciona íntimamente con la elección del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo y el trabajo reporta que el 64,10% de las usuaria nuevas del método que es una gran mayoría cuenta con una decisión previa a la elección, lo que demuestra que ellas tiene un conocimiento antelado de las facultades del método en cuanto a su ventajas y que ídem 62,00% la pareja estuvo de acuerdo con la decisión, factor que determina que existe una toma de decisiones compartidas, dejando como un porcentaje muy por debajo a la influencia de familiares y/o otros con un 29,20%.

La motivación que indujo a las nuevas usuaria para el uso del método, encontramos porcentajes por debajo de la media así: 53,20% estuvieron moderadamente motivadas, frente a 10,90% estuvieron totalmente motivadas, esto nos dice que se

debe reforzar a las usuarias para que estén altamente motivadas en un gran porcentaje, reforzamiento dirigida al esclarecimiento de muchos mitos urbanos que se teje a cerca de los anticonceptivos hormonales. LEÓN 2005 refiere que “ Lo que motiva el uso es principalmente las características inherentes del método (método simple, económico, independiente del coito, que requiera una intervención médica mínima y menor responsabilidad por parte de quien lo usa). La aceptabilidad inicial se valora principalmente las características que motivo el uso, como también la aceptación de la pareja para el uso continuo del método”.¹⁴ coincidiendo con las motivaciones encontradas en este estudio. La motivación nos esclarece que las nuevas usuaria buscan beneficios como evitar embarazos 52,80%; ampliar el espacio intergenésico 18,70%; por ser de mejor comodidad 15,70%; para evitar las complicaciones de futuros partos y del puerperio 12,60%.

Las usuarias nuevas del método anticonceptivo inyectable. De Medroxiprogesterona, el trabajo reporta que la información y aplicación del método es en un 65,00% las que conocieron mediante consejería en el servicio de Planificación Familiar, y que fue dada y administrada el 100,00% por Obstetra del servicio. Así también se puede determinar que el 41,00% de las usuarias optaron regularmente la información. BERMEO 2015 reporta que “ el grupo etario mayoritaria esta formado por jóvenes. 47,00% que ha recibido información sobre los métodos de planificación familiar a través del Centro de Salud concordando”.¹² nuestros resultados que las usuaria nuevas recibieron la información en los sistemas de salud.

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES

- Al término del trabajo de investigación y contando con los resultados debidamente presentados en los cuadros porcentuales se concluye que: son las nuevas usuarias de la medroxiprogesterona como método de elección anticonceptiva las adultas tempranas entre los 20 a 24 años, y que cuentan con estudios universitarios, lo mismo se demuestra que son las convivientes las que optan este método en su gran mayoría.

- Se determino que las nuevas usuaria contaban con 1 a 2 hijos antes de la elección, y que su primer embarazo lo tuvieron entre la edades de 16 a 20 años.

- Que según la toma de decisiones el grupo abordado manifestaron que lo hicieron de acuerdo a las informaciones previas, que recibieron durante la consejería, orientación y aplicación en el programa de Planificación Familiar, dada enteramente por las obstetras del servicio

- Se determinó que la decisión que tomó la usuaria, también tuvo importante participación la pareja, y no tuvieron mayor inferencia los familiares ni otros.

- Basándonos en las ventajas: las nuevas usuarias optaron por el método por ser de mayor tiempo de protección y efectividad anticonceptiva.

- Se concluye que: las usuarias nuevas tomaron la decisión de elegir el método de acuerdo a su beneficio para evitar embarazo durante la relación con su pareja.

8. RECOMENDACIONES

- 1.- La entidad universitaria, se debe integrar en la orientación de las ventajas del uso de la Medroxiprogesterona, con la participación de sus Programas Académico Profesionales, dentro de su actividad principal como Proyección Social.
- 2.- Comprometer a las instituciones tutelares a que se fortifique, mediante el uso de los diferentes medio de comunicación las ventajas y beneficios del uso de los diferentes métodos de anticoncepción.
- 3.- Persistir en la participación activa y efectiva, con empatía y responsabilidad de los profesionales Obstetras, para ampliar las coberturas de las usuarias.
- 4.- Elaboración de trípticos, cuñas radiales y stop televisivos preventivos promocionales con temas relacionados con la importancia del anticonceptivo hormonal la medroxiprogesterona.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. La situación demográfica en el mundo, 2014 Informe conciso
www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/.
2. Organización Mundial de la Salud. Portal Web site de la OMS. [Online].; 2015 [cited 2016 Septiembre 16. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>.
3. Fabiola Gil J. Conocimientos, actitudes y aceptación de los efectos secundarios del Acetato de Medroxiprogesterona en usuarias de un servicio de Planificación Familiar. Perú Epidemiología. 2010 Mayo; 14(3): p. 8.
4. Pizarro E, Galan G, Lavín P, Benavides C, Rivera F. Estudio PIENSA: efecto de la asesoría sobre la elección de anticonceptivos hormonales combinados en mujeres chilenas. Revista chilena de Obstetricia y ginecología. 2014 Julio; 79(5): p. 361-367.
5. Sánchez Retama C, Leiva Granados R. Factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica. Población y Salud en Mesoamérica. 2016 Diciembre; 14(1).
6. Davila Seminario SC, Mamani Chullunquia SC. Acetato de medroxiprogesterona y su relación con la obesidad en usuarias continuadoras. Hospital Regional docente de Trujillo. Enero-Diciembre 2012. Tesis. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Ciencias de la Salud; 2012.
7. INEI. Peru Encuesta demográfica y de Salud Familiar 2012. Departamento de Huánuco. Informe Estadístico. Huánuco: INEI; 2012.
8. Carbajal Antonio JA, Cárdenas Blanco E, Pastrana Huanaco D. Eficacia y efectos adversos de anticonceptivos hormonales. Med Inst Mex SeguroSoc.2008 Enero; 46(1).
9. Draper BH MCHMSJBMHJML. Acetato de medroxiprogesterona de depósito versus enantato de noretisterona. The cochrane collaboration. 2007 Agosto; 4(45).

10. Pizzi R, Fernández M, Fuenmayor J, Rodríguez E. Impacto de la asesoría anticonceptiva en la elección del método anticonceptivo: Resultados del proyecto PIENSA en Venezuela. *Obstetricia y ginecología de Venezuela*. 2016 Agosto; 76(1): p. 11-12.
11. Díaz Guevara OJ, Díaz Largaespada M, Mendoza Arana JL. Uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil. Comarca Nejapa-municipio de Managua enero-octubre 2014. TESIS. Nejapa: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua recinto Universitario Ruben Dario, Departamento de investigación ; 2014.
12. Bermeo Villa NA, Cazho Morocho RE. Influencia sociocultural en e acceso y uso de métodos de planificación familiar en mujeres de edad fértil de la comunidad de Huertas, Santa Isabel 2015. TESIS. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2016.
13. Alvarado Rodríguez F, Elorreaga Baudouin YG, Garcia Montalva MS. Relación entre la consejería y los conocimientos y actitudes de las usuarias nuevas al programa de planificación familiar sobre el uso del acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao, 2001. Tesis de pregrado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Departamento de Ciencias Médicas; 2001.
14. León Palacios S. Costumbres que influyen en la elección de métodos anticonceptivos en usuarias de planificación familiar del C.S San Fernando, Lima-2005. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2006.
15. Chávez Melgarejo CR. 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. TESIS. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2012.
16. Del Pino Duymovich D. Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes del "Centro de. Tesis. Lima: Universidad Nacional mayor de

- San Marcos, Facultad de medicina; 2016.
17. Chufandama Malma E, Vásquez Vargas J. Paradigmas sobre la eficacia y el uso de métodos anticonceptivos hormonales (cyclofemina y depoprovera) en mujeres en edad fértil del hospital de San Juan de Lurigancho Lima-Perú. 2014. TESIS. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener, Departamento de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
 18. Allemant Ortiz IA. Perfil epidemiológico asociado al uso de métodos anticonceptivos de pacientes mujeres atendidas en el consultorio de planificación familiar del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2015. Tesis. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2016.
 19. MINSA. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. 1st ed. Lima: Grafica Ñañez S.A.; 2004.
 20. Pérez DGregorio R. Sección de Salud Sexual y Reproductiva. Revista de Obstetricia y ginecología de Venezuela. 2009 Junio; 69(2).
 21. MINSA. Portal Web MINSA. [Online].; 2012 [cited 2016 Septiembre 12. Available from:
http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=10.
 22. Dorland. Diccionario Dorland Enciclopédico Ilustrado de Medicina. 30th ed. Madrid: Elsevier; 2010.
 23. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Salud pública de México. 2016 Enero; 58(1).
 24. Rodríguez R, Gómez L, Conde M. Caracterización de las progestinas inyectables y sus beneficios en la Planificación Familiar. Cubana Med Gen Integr 2003. 2003 Julio; II(19).
 25. Garcia Briceño LJJ, Llactahuaman Cuchuñaua S. Asociación entre el acetato de medroxiprogesterona y deseo sexual en usuarias de planificación familiar. Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre y diciembre 2012. Tesis. Lima: Universidad

- Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2012.
26. Guyton A, Hall J. Hormonas Femeninas. In Fisiología Humana. Novena ed. Madrid: MacGraw Hill-Interamericana; 2008. p. 1115-1120.
 27. Pacheco Romero j. Ginecología y Obstetricia. In. Lima: MAD corp S.A.; 2010. p. 30-32.
 28. Pellicer , Hidalgo Mora JJ, Perales Marín A, Díaz García C. Obstetricia y Ginecología. 1st ed. México D.F.: Médica Panamericana S.A.; 2014.
 29. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong Y. Williams Obstetricia. 23rd ed. México D.F.: Mc Graw Hill interamericana editores S.A; 2011.
 30. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mércé LT. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). 2nd ed. Madrid: Gráficas Marte S.L.; 2013.
 31. Floréz J. Farmacología Humana. 6th ed. Madrid: Elsevier Masson S.A; 2013.
 32. Katzung BG, Masters B, Trevor AJ. Farmacología básica y clínica. 12th ed. México D.F: McGraw-Hill Internamericana Editores S.A; 2012.
 33. Rodríguez Martínez JC, Gómez M. Vademécum Farmacológico Peruano. 1st ed. Lima: Nelara Ediciones Internacionales S.A.C; 2011.
 34. Goodman , Gilman. Las bases Farmacológicas de la Terapéutica. 12th ed. Mexico DF: Mc Graw-Hill; 2008.
 35. Morón Rodríguez FJ. Farmacología Clínica. Segunda ed. La Habana: Editoriasl Ciencias Medicas; 2009.
 36. Brunton L, Chabner B, Knoliman B. Goodman & Gilman Las bases farmacológicas de la Terapéutica. 12th ed. México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana editores S.A; 2012.

10. ANEXOS
ANEXO 01
ESCALA DE CALIFICACION PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE
INVESTIGACION

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio			
3. La estructura del instrumento es adecuado.			
4. Las preguntas del instrumento responde a la operacionalización de la variable.			
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6. Las preguntas son claras y entendibles.			

7. El número de preguntas es adecuado para su aplicación.			
---	--	--	--

SUGERENCIAS:

.....

FIRMA DEL EXPERTO:

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo. En forma confidente y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro haber sido adecuadamente informada sobre los fines de los datos requeridos que de mi persona recabe, la Srta. Tesista. A fin de que sea utilizada en el trabajo de investigación “Factores asociados para la elección del Acetato de medroxiprogesterona, como método anticonceptivo en usuarias nuevas del servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano - Huanuco” 2016.

La investigadora me informó lo siguiente:

- 1.- Responder a la entrevista con preguntas previamente elaboradas, por lo que me solicita mi participación y contribuir con veracidad al momento de responder el cuestionario.
- 2.- Toda información que ofrezco será CONFIDENCIAL y será utilizada con fines de la investigación y sólo tendrá acceso la investigadora.

En conocimiento y en plena función de mis facultades físicas, mentales y civiles.

Fecha: _____

ANEXO 03
UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
CUESTIONARIO ESTRUCTURADO

TITULO: “FACTORES ASOCIADOS PARA LA ELECCIÓN DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA COMO METODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS NUEVAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO – HUANUCO 2016.”

PRESENTACIÓN:

La Tesista MALPARTIDA MOSQUERA, Elsa Pilar de la UNIVERSIDAD DE HUANUCO, de la escuela académica profesional de obstetricia en CIENCIAS DE LA SALUD, está llevando a cabo una Ficha de Recolección de Datos, dirigido a Recolectar información necesaria para el desarrollo de una tesis con la cual dicha alumna ostentara el Título Profesional.

INTRODUCCIÓN:

Los datos que se requieren en la presente Ficha deben completarse con los datos verídicos de las usuarias de Planificación Familiar atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.

DATOS GENERALES:

Ficha: N°.....

Fecha...../...../.....

I.- FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad: _____.

2. Grado de instrucción

a) Analfabeta

d) Técnica Superior

b) Primaria

f) Superior

c) Secundaria

3. Estado civil

a) Soltera

d) Divorciada

b) Casada

e) Viuda

c) Conviviente

II. FACTORES REPRODUCTIVOS

b) Mayor tiempo de protección anticonceptiva

c) Menos Efectos secundarios