

UNIVERSIDAD NACIONAL

“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“FACTORES ASOCIADOS AL USO DEL ACETATO DE
MEDROXIPROGESTERONA EN MUJERES POST PARTO EN
EL HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA HUARAZ, 2018”**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA:

Bach. RAMOS BAUTISTA Caterin Meliza

Bach. MENDOZA PEREGRINO Shirley Mirella

ASESORA

Dr. DE LA CRUZ RAMÍREZ, Yuliana

HUARAZ – PERÚ

2018



FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS Y TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN,
PARA OPTAR GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL - UNASAM

Conforme al Reglamento del Repositorio Nacional de Trabajos de Investigación – RENATI.
Resolución del Consejo Directivo de SUNEDU N° 033-2016-SUNEDU/CD

1. Datos del Autor:

Apellidos y Nombres: RAMOS BAUTISTA CATERIN MEUZA
Código de alumno: 121.1004.181 Teléfono: 988 452 045
Correo electrónico: katerin_rb-5@hotmail.com DNI o Extranjería: 71314736

2. Modalidad de trabajo de investigación:

- () Trabajo de investigación () Trabajo académico
() Trabajo de suficiencia profesional (x) Tesis

3. Título profesional o grado académico:

- () Bachiller (x) Título () Segunda especialidad
() Licenciado () Magister () Doctor

4. Título del trabajo de investigación:

“FACTORES ASOCIADOS AL USO DEL ACETATO DE MEOROXIPROGESTERONA
EN MUJERES POST PARTO EN EL HOSPITAL VICTOR RAMOS
GUAROA HUARAZ, 2018.”

5. Facultad de: CIENCIAS MEDICAS

6. Escuela, Carrera o Programa: OBSTETRICIA

7. Asesor:

Apellidos y Nombres: DE LA CRUZ RAMIREZ YULIANA Teléfono: 943 434 022
Correo electrónico: yulianadr2@hotmail.com DNI o Extranjería: 40731520

A través de este medio autorizo a la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, publicar el trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, Repositorio Nacional Digital de Acceso Libre (ALICIA) y el Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI).

Asimismo, por la presente dejo constancia que los documentos entregados a la UNASAM, versión impresa y digital, son las versiones finales del trabajo sustentado y aprobado por el jurado y son de autoría del suscrito en estricto respeto de la legislación en materia de propiedad intelectual.


Firma: 

D.N.I.: 71314736

08 / 05 / 2019

FECHA:

MIEMBROS DEL JURADO



**DRA. CONSUELO TERESA VALENCIA VERA
PRESIDENTA**



**Q.F. WILLY EDGARDO CORDOVA CASSIA
SECRETARIO**



**MAG. ELIZABETH VELEZ SALAZAR
VOCAL**



Dra. YULIANA DE LA CRUZ RAMIREZ
ASESORA

DEDICATORIA

A Dios por regalarme el don de la vida, a mis padres Priscilo y Antonia que siempre me apoyaron moral y económicamente, a mis hermanos, a mi esposo por creer en mi capacidad por siempre brindarme su comprensión cariño y amor. A mí amado hijo Adrián por haber sido tan pequeño pero un gran luchador por ser motor y motivo de todos mis sueños y anhelos.

Caterin

A mi padre celestial que siempre me guía y da luz a mi camino. A mis padres, que siempre me apoyaron incondicionalmente, por su amor, trabajo y sacrificios. A mis hermanos, Richard que desde el cielo me acompaña, Elizabeth y Darwin. De la misma forma a mi esposo y a mi hija Dassia que me dieron el apoyo y soporte necesario por el transcurso de mi carrera universitaria.

Shirley

AGRADECIMIENTO

A mis docentes por el apoyo constante,
dedicación, paciencia y haberme
impartido sus conocimientos durante
toda la universidad.

Cáterin

A Dios, por estar siempre conmigo en todo
momento, por fortalecer nuestro corazón e
iluminar nuestra mente, por haber puesto en
nuestro camino a aquellas personas que han sido
nuestro soporte y compañía durante todo el
periodo del estudio. Y a la vez por desearnos
siempre todo lo mejor y salir adelante.

Shirley

INDICE

RESUMEN.....v

ABSTRACT.....vi

1. INTRODUCCIÓN.....7

2. HIPÓTESIS.....13

3. BASES TEÓRICAS.....18

4. MATERIALES Y MÉTODOS.....66

5. RESULTADOS.....79

6. DISCUSIÓN.....97

7. CONCLUSIONES.....100

8. RECOMENDACIONES.....101

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

RESUMEN

Se planteó el problema: ¿Cuáles son los factores asociados al uso del acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz – 2018? Objetivo General determinar los factores asociados al uso del acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto. Hipótesis: Los factores Sociodemográficos, Culturales, Gineco – Obstétricos, Sexuales y Reproductivos, están asociados significativamente al uso del acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto. Investigación prospectiva, transversal y correlacional, con una muestra de 132 puérperas. Se usó como instrumento el cuestionario, la información se procesó mediante el programa SPSS V22.0, realizándose la contrastación de la hipótesis mediante la prueba de Chi Cuadrado. Resultados: De las mujeres post parto que usan el acetato de medroxiprogesterona según los Factores sociodemográficos: el 32.6% tienen entre 18-35 años, 18.2% tienen secundaria completa, 34.1% son conviviente, 22.7% son ama de casa, 33.3% procede de zona urbana. Factores culturales: el 34.8% son católicas, según mitos y creencias el 14.2% manifiesta que “engorda”. Factores Gineco – Obstétricos: 27.3% son multíparas, 15.2% periodo intergenésico <2 años, 25.8% parto por cesárea. Factores sexuales y reproductivos: 28.8% inicio de vida sexual entre 15-17 años, 26.5% primer embarazo >18 años, 17.4 % tuvo algún aborto, el 28.0% de 2 a 4 parejas sexuales. Conclusión: Los Factores Sociodemográficos, Culturales, Gineco-Obstetricos, Sexuales y Reproductivos están asociados Significativamente al uso del acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto.

Palabras claves: Factores, sociodemográficos, culturales, Gineco-obstétricos, sexuales y reproductivos, mujeres post parto, acetato de medroxiprogesterona.

ABSTRACT

The problem was posed: What are the factors associated with the use of medroxyprogesterone acetate in post-partum women at the Víctor Ramos Guardia Huaraz Hospital - 2018? General Objective to determine the factors associated with the use of medroxyprogesterone acetate in postpartum women. Hypothesis: Sociodemographic, cultural, gynecological, obstetric, sexual and reproductive factors are significantly associated with the use of medroxyprogesterone acetate in postpartum women. Prospective, cross-sectional and correlational research, with a sample of 132 puerperal women. The questionnaire was used as an instrument, the information was processed through the SPSS V22.0 program, and the hypothesis was tested using the Chi-square test. Results: Of postpartum women using medroxyprogesterone acetate according to the sociodemographic factors: 32.6% are between 18-35 years old, 18.2% have complete high school, 34.1% are cohabitant, 22.7% are housewives, 33.3% come from urban zone. Cultural factors: 34.8% are Catholic, according to myths and beliefs, 14.2% state that "green". Gynecological - Obstetric factors: 27.3% are multiparous, 15.2% intergenic period <2 years, 25.8% cesarean delivery. Sexual and reproductive factors: 28.8% beginning of sexual life between 15-17 years, 26.5% first pregnancy > 18 years, 17.4% had some abortion, 28.0% of 2 to 4 sexual partners. Conclusion: The sociodemographic, cultural, gynecological-obstetric, sexual and reproductive factors are significantly associated with the use of medroxyprogesterone acetate in postpartum women.

Key words: Factors, sociodemographic, cultural, gynecological-obstetric, sexual and reproductive, post-partum women, medroxyprogesterone acetate

1. INTRODUCCIÓN

La salud reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura, satisfactoria y reproducirse de acuerdo a la decisión de la pareja, determinando el número de hijos que desea tener, el espacio intergenésico. ^(1,4,22)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2015, informó que el 16.9% de mujeres con unión estable, usan el inyectable (acetato de medroxiprogesterona), como método anticonceptivo de primera elección ⁽⁵⁾.

En países como Venezuela, el 39,12 % de mujeres utilizan el método anticonceptivo (MAC) inyectable trimestral acetato de medroxiprogesterona, Asimismo en Colombia el 35%, usan el acetato de medroxiprogesterona, y en Chile 28% usan el acetato de medroxiprogesterona ⁽⁶⁾.

Según el Ministerio de Salud del Perú en el año 2017, se reporta la prevalencia de este método; como primera opción representando el 19% de población usuaria a nivel nacional ⁽⁷⁾.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística e Informática, (INEI, 2015), el porcentaje de mujeres en edad reproductiva con vida sexual activa en el Perú, que usan métodos anticonceptivos el 70.5% han usado métodos modernos y 56.2% métodos tradicionales. En el sector urbano el 54.1%, usan métodos modernos y en la zona rural el 33.2% ⁽⁸⁾. Asimismo, en el 2017 el método de mayor uso a nivel nacional, fue el acetato de medroxiprogesterona con un 46.7% ⁽⁹⁾.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2017) menciona que el 75,4% de mujeres actualmente unidas (casadas y/o convivientes) estaban usando algún método anticonceptivo a la fecha de la entrevista; 54,5% usan algún método moderno y 20,9% método tradicional ⁽⁷⁾. de la misma manera en la encuesta demográfica y de planificación familiar (ENDES 2009) determinó que; en el Perú el método anticonceptivo inyectable acetato de medroxiprogesterona; ocupa preferente primer lugar siendo usado por (57,2%) de mujeres en edad reproductiva, de la misma manera el (75,0%) de usuarias tienen conocimiento sobre efectos secundarios del método, además; se determinó que en mayor porcentaje son preferidos por mujeres de educación secundaria, según paridad mayor necesidad de uso del método mujeres de 1 a 3 hijos, según ocupación prevalece las amas de casa ^(10,21). A nivel regional (Ancash) el método de mayor uso fue el acetato de medroxiprogesterona con un 28%⁽¹¹⁾.

A nivel del Hospital de Huaraz “Víctor Ramos Guardia, En el consultorio de Planificación Familiar, proveen diferentes métodos anticonceptivos, incluido el anticonceptivo inyectable trimestral acetato de medroxiprogesterona; siendo este método el de mayor uso (42%), porque consideran la protección anticonceptiva por largo tiempo, seguro y eficaz⁽¹²⁾. La planificación familiar (PF) es un componente importante de los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, que contribuye a la reducción de la morbilidad materna e infantil ^(13,22). Asimismo, al crecimiento organizado de la población, permitiendo que las parejas tengan sus ideales reproductivos ⁽¹⁴⁾.

La elección de un determinado método anticonceptivo es una opción voluntaria. Por lo tanto, es necesario dar una información adecuada sobre cada uno de los métodos anticonceptivos para que las parejas puedan elegir el método ^(13,14,15,20).

La planificación familiar posparto (PFPP) se define como la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésico cortos durante los primeros 12 meses después del parto ^(13,20).

En el Posparto, es importante brindar la consejería sobre las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos a la madre y a su pareja, para tomar la decisión en forma responsable e informada ^(11,12, 14,16,20).

La anticoncepción en el posparto adquiere una dimensión especial si se tiene en cuenta que el método seleccionado debe garantizar el mantenimiento de la lactancia y la salud del binomio madre-hijo. Además de la importancia de un adecuado espaciamiento de los embarazos ^(13,17,21).

Sin embargo, el acetato de medroxiprogesterona es el método más usado por las mujeres en edad fértil y durante el post parto en nuestro país ⁽¹⁴⁾, también es el que presenta una mayor discontinuidad en su uso, debido principalmente a sus efectos secundarios tales como son los trastornos de la menstruación, incremento de peso, cefalea, Irregularidades en el sangrado, Acné, náuseas y mareos, pérdida de densidad ósea y disminución del deseo sexual entre otros. Cabe resaltar que no todas las usuarias tienen el conocimiento adecuado sobre el mecanismo de acción, la indicación a seguir después de la aplicación del acetato de medroxiprogesterona ⁽¹⁸⁾.

Partiendo que la identificación y el impacto de los factores asociados al uso

del acetato de medroxiprogesterona en el posparto, es susceptible de variación dependiendo de las características de la población y que la mayoría de estudios sobre anticoncepción posparto, han sido efectuados en países distintos al nuestro ⁽¹⁹⁾.

A diario vemos mujeres que acuden al servicio de Ginecología del Hospital “Víctor Ramos Guardia”, pacientes púerperas que se encuentran desprovista de información sobre una buena planificación familiar, o por tabúes de la sociedad se niegan a utilizar algún método anticonceptivo; principalmente nos referiremos a las mujeres en el post parto, que en su mayoría son de zona rural, adolescentes, con embarazos de periodos intergenésico cortos y sin asesoramiento de cómo evitar un embarazo no deseado. ⁽¹²⁾

El programa de planificación familiar a nivel nacional, y a nivel del hospital “Víctor Ramos Guardia”; oferta diversos métodos anticonceptivos; Entre ellos es el método hormonal inyectable de acetato de medroxiprogesterona, el método es administrado a las usuarias; previa orientación y consejería que reciben de parte del personal profesional de obstetricia. ^(12,14).

Por las consideraciones mencionadas anteriormente, se consideró necesario realizar la presente tesis mediante la formulación del siguiente **problema:** ¿Cuáles son los factores asociados al uso del acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz – 2018? Como **objetivo general:** determinar la relación entre los factores asociados al uso del acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz – 2018. Los **Objetivos específicos:** Identificar los factores socio-demográficos

asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona; Determinar los factores culturales asociados al uso del acetato de medroxiprogesterona; Establecer los Factores Gineco-Obstétricos, asociados al uso del acetato de medroxiprogesterona; Describir los factores sexuales y reproductivos asociados al uso del acetato de medroxiprogesterona.

El presente trabajo consta de seis partes, en la primera se da a conocer la hipótesis, variables y operacionalización de las mismas. En la segunda parte, se exponen los fundamentos teóricos y antecedentes del estudio en el contexto internacional y nacional. A continuación, en la tercera parte, se describen los materiales y métodos utilizados en el proceso de recojo, procesamiento y análisis de la información. En la cuarta y quinta parte se exponen y discuten los resultados principales de la investigación, de acuerdo a los objetivos propuestos en el estudio. En la sexta parte se presentan las conclusiones del trabajo y las recomendaciones correspondientes. En el anexo se incluye el instrumento utilizado validado para la recolección de los datos, así como información relevante para la investigación.

Finalmente, es pertinente indicar que la justificación de la presente tesis se fundamenta por su relevancia social en el beneficio que tendrá toda la población, familia y primordialmente las mujeres post parto que son atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia. Los resultados que se obtengan servirán para que las autoridades de salud, donde se realizó el estudio, puedan proponer replantear estrategias de intervención oportuna tales como: difusión de los efectos secundarios del acetato de medroxiprogesterona y su tratamiento para que no abandonen el método y la promoción de otros

métodos anticonceptivos si aun así desistieran de este MAC; con la finalidad que puedan adoptar medidas necesarias para evitar los embarazos no deseados exponiendo la calidad de vida de la comunidad a altos índices de pobreza; su aporte contribuirá a disminuir la morbimortalidad materno infantil. la cual evitando va a producir un servicio eficiente, efectivo y cálido a la comunidad de igual forma implementar estrategias educativas en planificación familiar en el post parto, para que de esa manera se cuente con una referencia para la propuesta de nuevos lineamientos para la mejora de los programas orientados al cuidado de la salud sexual y reproductiva con énfasis en la prevención de embarazos no deseados promoviendo la difusión.

Esta investigación es de valor teórico, porque aporta información referente al problema en estudio que servirá como base u orientación para futuros trabajos de investigación, a la vez surgirán ideas, recomendaciones o hipótesis de los mismos. Asimismo, se harán comparaciones de los resultados con otras investigaciones llevadas a cabo en realidades diferentes, de esta manera se cuente con una referencia para la propuesta de algunas acciones, para la mejora de atención en los distintos niveles de salud y a la vez los resultados se pretenden difundir a través de medios de contenido científico disponibles a nivel de nuestra Universidad, además estarán disponibles en la biblioteca de la misma, donde estarán al alcance de los estudiantes, docentes y profesionales de la salud en general.

2. HIPOTESIS

Los factores sociodemográficos, culturales, Gineco - obstétricos, sexuales y reproductivos, están asociados significativamente al uso del acetato de medroxiprogesterona en Mujeres Post Parto, atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz durante el año 2018.

VARIABLES:

- **Variable independiente**

Factores asociados.

- **Variable dependiente**

Uso de acetato de medroxiprogesterona.

2.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE Factores Asociados	Son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos.	Factores sociodemográficos	Edad.	-Menor o igual a 17 años. -18 a 35 años. -Mayor o igual a 36 años.	Ordinal.
			Grado de instrucción.	-Sin Instrucción. -Primaria. -Secundaria. -Superior no Universitario. -Superior Universitario.	Ordinal.
			Estado civil.	-Soltera. -Casada. -Conviviente. -Separada.	Nominal.
			Ocupación.	-Estudiante. -Ama de casa. -Trabajador independiente. -Trabajador dependiente.	Nominal.
			Lugar de Procedencia.	-Rural. -Urbano.	Nominal.

		Factores Culturales.	Religión:	-católico. -Evangelista. -Ninguna.	Nominal
			Mitos y Creencias.	-Engorda. -Produce infertilidad. -Corta la sangre. -Da cáncer. -Otros/Ninguna.	Nominal.
			Medios de Información.	-Profesional de Salud. -Internet. -Radios/Programas TV. -Amistades/Familiares. -Otros.	Nominal.
		Factores Gíneco-Obstétricos.	Paridad.	-Primípara. -Multípara. -Gran multípara.	Ordinal.
			Periodo Intergenésico.	-Menor de 2 años. -Mayor o igual a 2 años. -Ninguna.	Ordinal.
			Tipo de Parto.	-Vaginal. -Cesárea.	Nominal.
		Factores Sexuales y reproductivos.	Menarquia.	-Menor o igual a 14 años. -Mayor a 14 años.	Ordinal.
			Inicio de Relaciones Sexuales.	-De 12 a 14años. -De 15 a 17 años. -Mayor o igual a 18 años.	Ordinal.

			Edad del primer embarazo.	-De 12 a 14 años. -De 15 a 17 años. -Mayor o igual a 18 años.	Ordinal.
			Antecedentes de aborto.	-Si. -No.	Nominal.
			Número de Parejas Sexuales.	-Una Pareja. -De 2 a 4 Parejas. -De 5 a más Parejas.	Ordinal.
VARIABLE DEPENDIENTE Uso del Acetato de Medroxiprogesterona.	Usuaría del programa de Planificación Familiar que utiliza el método anticonceptivo (Acetato de Medroxiprogesterona).	Uso del Acetato de Medroxiprogesterona.	Uso del Acetato de medroxiprogesterona.	Si. No.	Nominal.
			Motivo del No Uso del Acetato de Medroxiprogesterona.	-Cefalea. -Irregularidades en el sangrado. -Acné. -Náuseas y Mareos. -Pérdida de densidad Ósea. -Disminución del deseo sexual. Otros.	

3. BASES TEORICAS

a. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

CASTAÑEDA O, CASTRO L, LINDORO K. (2008). **Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una Unidad de Medicina Familiar en Sonora, México. Artículo de Revista.** Objetivo: Identificar causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal. Material y métodos: Se realizó un estudio transversal descriptivo en una unidad de medicina familiar de junio a octubre del 2004. Se incluyeron aleatoriamente a mujeres en puerperio mediato que no hubieran aceptado algún método anticonceptivo. Variables: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, gestas, partos, cesáreas, abortos, paridad satisfecha, métodos conocidos, uso de anticonceptivos, reacciones secundarias, fuente de información y causas de no aceptación. Análisis de resultados: medidas de tendencia central, dispersión y porcentajes. Resultados: Se entrevistaron 61 puérperas con edades entre los 17 y 37 años. Principales causas: los mitos y rumores (36.1%), temor a reacciones secundarias (19.7%), religión (14.8%) y falta de aprobación de la pareja (11.5%). Conclusiones: No obstante que a un gran porcentaje de puérperas se les otorga consejería anticonceptiva por el equipo de salud, se apreció un gran desconocimiento o mayor credibilidad a la información no científica; por lo que se deberían analizar las causas de no aceptación y elaborar estrategias que las disminuyan y aclaren dudas a la población ⁽²³⁾.

ROMO Gustavo, GARCÍA Gonzalo, HUERTA Luis, (2001). **Factores que influyen en la aceptación o rechazo de los métodos anticonceptivos en el puerperio. México.** Artículo Científico. Mediante un estudio descriptivo, observacional y transversal se estudiaron 1,010 pacientes que ingresaron para la atención de su evento obstétrico. Se recabaron los datos mediante interrogatorio directo a pacientes en su puerperio inmediato y se dividieron para su análisis en 507 pacientes que sí aceptaron métodos anticonceptivos (50.20 por ciento) y el otro grupo correspondió a 503 pacientes (49.80 por ciento) que rechazaron los métodos anticonceptivos propuestos por el personal hospitalario. Las variables con significancia estadística relacionadas con la aceptación o rechazo de los métodos anticonceptivos fueron: edad de la paciente ($P < 0.05$), el estado civil ($P < 0.001$), el número de gestas ($P < 0.001$), partos previos ($P < 0.01$), número de cesáreas ($P < 0.001$) y el uso previo de algún anticonceptivo ($P < 0.001$). Los métodos anticonceptivos más utilizados en el puerperio fueron el dispositivo intrauterino (67.85 por ciento), y la salpingoclasia (28.20 por ciento). Los motivos más frecuentes para la aceptación de métodos anticonceptivos fueron: paridad satisfecha (27.02 por ciento), eficacia de métodos usados previamente (21.49 por ciento) y consejos del ginecólogo durante el control prenatal y sala de labor (18.55 por ciento). Los motivos más importantes asociados con el rechazo de anticonceptivos fueron: causas atribuibles al esposo (33.6 por ciento), y diferimiento en la utilización de anticonceptivos hasta después del puerperio (32.0 por ciento). Se concluye que, debido a la presencia de variables significativas

entre ambos grupos de pacientes, estas variables se deben tener en cuenta para promover los métodos anticonceptivos en forma individualizada por los médicos del control prenatal, el cual es un periodo propicio para remarcar las ventajas de los métodos. Asimismo, debido a las causas de rechazo de anticonceptivos que son atribuibles al esposo, es necesario incorporar de manera sistemática su participación en el control prenatal para convencerlo de las ventajas de los diferentes métodos y de esta manera incrementar la frecuencia de aceptación de anticonceptivos dentro del periodo del puerperio ⁽²⁴⁾.

ROMERO Gustavo, (2009) **Aceptación de anticonceptivos durante el puerperio en embarazos no planeados**. México. Artículo de investigación. Objetivo: determinar la cantidad de mujeres con embarazo no planeado que aceptan anticonceptivos durante el puerperio inmediato y los factores asociados con su aceptación. Pacientes y métodos: estudio transversal en el que se incluyeron mujeres durante su puerperio inmediato. Se les interrogó si su embarazo fue planeado o no; si aceptó algún anticonceptivo y razones para su aceptación o no. El análisis estadístico incluyó media aritmética, error estándar, valores porcentuales, chi al cuadrado, t de Student y análisis de regresión logística para determinar los factores asociados con la aceptación de anticonceptivos. Se asignó el valor α de 0.05. Resultados: se registraron 1,024 mujeres; 566 (55.3%) tuvieron embarazo planeado, de las cuales 457 (80.7%) aceptaron anticonceptivos. Las 458 (44.7%) restantes tuvieron un embarazo no planeado: 402 (87.8%) aceptaron anticonceptivos ($p = 0.003$). El factor con mayor significado para

la aceptación de anticonceptivos fue la multiparidad ($p = 0.034$). Conclusión: la aceptación de anticonceptivos es mayor en mujeres con embarazo no planeado, que en las que lo planearon. En ellas, la multiparidad se vincula con mayor aceptación de anticonceptivos. Se recomienda reforzar la consejería sobre anticonceptivos en este grupo de pacientes. Palabras clave: embarazo no planeado, puerperio, anticonceptivos ⁽²⁵⁾.

MARTINEZ, Enrique; MEASHAM, Antony. (2016) **Factores que influyen en la aceptación de planificación familiar en los programas post-parto. Influencia del esposo y la madre.** Colombia. Artículo de investigación. Objetivo: Determinar los factores que influyen en la aceptación de planificación familiar en los programas post-parto. Influencia del esposo y la madre. Estudio transversal donde se encuestó 550 púerperas, se comparan dos grupos de mujeres que aceptaron y las que no aceptaron planificación posparto en 3 hospitales. El análisis estadístico fue a través de Chi cuadrado. Resultados: las mujeres con más alta paridad (3-4 hijos) son más susceptibles a aceptar métodos anticonceptivos, la mayoría de aceptantes (53%) tiene alguna educación secundaria, aquellas que utilizaron antes algún método anticonceptivo son más aptas a aceptar, la mayoría aprueba la planificación familiar (89% aceptantes y 78% en no aceptantes), existe mayor probabilidad de uso cuando la pareja y la madre están de acuerdo (70%) y menos cuando el esposo no está de acuerdo (37%). Del grupo de las no aceptantes el 46% no sabía si usaría algún método en el futuro, el 36% planeaba utilizar métodos en el futuro y el 13%

dijo que no tenía ninguna intención de usarlos. Conclusión: la decisión de una mujer para adoptar un método de planificación familiar está fuertemente influida por su esposo y su madre. Los datos sugieren que el esposo posee más influencia que la madre. Ello tiene importantes implicaciones en planificación familiar, especialmente en el marco del post-parto, en donde el padre es más accesible que lo normal, ya que usualmente viene a visitas o a llevar su esposa a casa⁽²⁶⁾.

PÉREZ, Laura (2015) Métodos anticonceptivos de elección en el puerperio inmediato en pacientes adolescentes. Paraguay. Tesis Pregrado. Objetivo: investigar la planificación familiar de las adolescentes en su puerperio inmediato. Metodología: estudio retrospectivo observacional realizado en adolescentes en su puerperio inmediato que acudieron al del Hospital Materno Infantil San Pablo de enero 2014 a junio 2014. Resultados: la mayoría de las pacientes no desea ningún tipo de anticoncepción. En el caso de elegir alguno, prefieren el DIU. Las adolescentes que no deseaban método anticonceptivo en encontraban en su mayoría entre 13 y 15 a diferencia de las adolescentes mayores. Casi el 70% de las pacientes tuvieron parto vaginal y procedían del Gran Asunción y Departamento Central. Conclusiones: el 62,03% de las pacientes no desea método anticonceptivo alguno, en relación con el 37,97 que, si lo desea, siendo el DIU el de mayor predilección⁽²⁷⁾.

SEGURA Adriana. (2018). **"Nivel de conocimientos y actitudes que tienen las puérperas multíparas sobre métodos anticonceptivos en el Hospital San Juan de Lurigancho. Enero 2018"**. Perú. Tesis Pregrado.

Objetivo: determinar el nivel de conocimiento y actitudes que tiene las puérperas multíparas sobre métodos anticonceptivos en el Hospital San Juan de Lurigancho. Periodo enero 2018. Material y Métodos: Se realizó el estudio descriptivo, simple de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 164 puérperas multíparas de entre los 18 a 41 años que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para medir el nivel de conocimiento se aplicó una encuesta con respuestas mutuamente excluyentes de 10 ítems; y para medir las actitudes se utiliza un test de Likert modificado. Resultados: el 37,8% de las puérperas multíparas se ubican en el grupo etario de 30 a 35 años; el 42,7% posee secundaria completa; el 86% es conviviente; el 50% posee de 2 a 4 partos (vaginales y/o cesáreas); el 75% inicio sus relaciones sexuales entre los 16 a 18 años; el 62,8% ha tenido entre 3 a 4 parejas sexuales; el 75,6% no deseaba el embarazo cuando se presentó. Conclusiones: el 95,1% de las puérperas decidió utilizar un método anticonceptivo después del parto, del cual la medroxiprogesterona fue el método de mayor acogida con un 64,6%. Así mismo, el nivel de conocimiento de las puérperas multíparas sobre métodos anticonceptivos es medio con un 56,1%. En lo referido a las actitudes de las puérperas multíparas sobre los métodos anticonceptivos se encontró que el 57,3% posee actitudes No Precisa ⁽²⁸⁾.

ALLYON Ángela, (2017) **“Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las puérperas adolescentes en el hospital regional docente Materno Infantil “El Carmen”, febrero 2017”**. Perú. Tesis Pregrado. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo Establecer la relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las puérperas adolescentes en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, Febrero 2017. El estudio fue de tipo prospectivo, descriptivo, de corte transversal, cuya muestra estuvo conformada por 64 gestantes adolescentes Hospitalizadas en el área de Puerperio Quirúrgico y Puerperio Normal del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, para la recolección de datos se utilizó el instrumento que fue la Encuesta validada por Pino Duymovich Denisse de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima Perú (2015), que consta de 3 partes; Datos de filiación, antecedentes Obstétricos y datos sobre el uso y conocimiento. Los datos fueron procesados en la Hoja de cálculo Excel y paquete estadístico SSPS Versión 22. Los resultados encontrados de las 64 puérperas adolescentes, presentaron que el 56.3% de puérperas adolescentes tienen un nivel de conocimiento bajo; mientras que el 37.5% presentan un nivel de conocimiento medio; y solo el 6.3% nivel de conocimiento alto. Concluyendo que si existe relación significativa entre el grado de conocimiento y el uso de los métodos anticonceptivos adolescentes. Como también existe relación significativa entre el grado de instrucción y el uso de los métodos anticonceptivos en puérperas adolescentes⁽²⁹⁾.

PONCE, Rosa (2017) **Barreras percibidas por las puérperas para el uso de métodos anticonceptivos modernos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2017.** Perú. Tesis Pregrado. Objetivo: Identificar las barreras percibidas por las puérperas para el uso de métodos modernos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, marzo – abril 2017. Estudio cualitativo de carácter exploratorio que tiene como técnicas empleadas el cuestionario estructurado de preguntas cerradas y la entrevista a profundidad. El procedimiento para el muestro es no probabilístico, de selección, de juicio o intencional. El tamaño de la muestra fue definido por el criterio de saturación de la información. Los datos recogidos fueron organizados y analizados mediante el modelo de Creencias en salud. Resultados: Se encontró que las opiniones, prejuicios y opiniones acerca de los métodos modernos provienen de un bajo grado de instrucción o por ser compartida de manera errónea por el círculo social. La situación económica y laboral no limita el acceso a los métodos modernos. La influencia de la pareja al momento de decidir por un método anticonceptivo es significativa para las puérperas; de igual manera si se tiene una buena experiencia con el proveedor de salud es más probable que tengan intención de usar un método moderno. Conclusiones: El bajo grado de instrucción, la influencia de la pareja y los prejuicios son barreras para el uso de los métodos modernos ⁽³⁰⁾.

CHAVEZ Carmen, (2012). **Asociación entre el uso del acetato de medroxiprogesterona con el grado de conocimiento del mecanismo de acción y efectos secundarios en el C.S. Primavera: enero - febrero, 2012.** Perú. Tesis Posgrado. Objetivo: Determinar la asociación entre el uso del acetato de medroxiprogesterona con el grado de conocimiento del mecanismo de acción y efectos secundarios de sus usuarias que acudan al C.S Primavera. DISA IV Lima-Este. Enero- Febrero 2012. Materiales y métodos: Estudio Retrospectivo Analítico de Caso-Control, desarrollado en el CS Primavera DISA IV Lima Este. Enero – Febrero 2012. La muestra fue de 75 usuarias del acetato de medroxiprogesterona y 75 usuarias de otro método de planificación familiar, ambos grupos fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los datos se recogieron a través de una encuesta estructurada aplicada mientras la usuaria esperaba ser atendida. Los resultados se procesaron el programa Microsoft Excel 2007, y luego en el programa estadístico SPSS versión 20. Para evaluar el nivel de conocimiento se les agrupó en tres categorías: alto conocimiento, conocimiento medio y bajo conocimiento, las tres categorías fueron halladas mediante la escala de estaninos. Resultados: Tanto el grupo caso (92%), como el grupo control (81.3%) tiene un conocimiento medio del mecanismo de acción del acetato de medroxiprogesterona; y el 97.3% del grupo caso con el 81.3% del grupo control tiene también un conocimiento medio de los efectos secundarios de este método anticonceptivo. 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⁽³¹⁾.

ROJAS, Yasuri (2016). Características de las puérperas inmediatas que no aceptan el acetato de medroxiprogesterona. Hospital de Ventanilla. Setiembre 2016. Perú. Tesis Pregrado. Objetivo: Determina las características de las puérperas inmediatas que no aceptan el acetato de medroxiprogesterona en el Hospital de Ventanilla. Setiembre 2016. El método utilizado fue descriptivo, transversal y prospectivo. Donde se tuvo como muestra a 171 puérperas inmediatas que no aceptaron el acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo. Se usó el programa estadístico SPSS V22. Instrumento: encuesta. Resultados: Características Gineco-obstétricas: 57.9% multiparidad, 44.4%, con periodo intergenésico >2 años, 76.6% inició vida sexual entre 15 y 19 años. Características culturales: religión 63.2% católicas; mitos y creencias 50.9% da mucha hambre y sube de peso, 41.5% la sangre “se les sube a la cabeza”, 30.4% produce infertilidad, 19.9% produce cáncer; temor a efectos secundarios: 76.6% refirió tener temor, al incremento de peso 45% y la suspensión de regla 44.4%. Conclusiones: Las características más resaltantes de las puérperas inmediatas que no aceptan el AMP son: las características culturales asociados a mitos y/o creencias como mucha hambre y subida de peso, infertilidad; así como temor a los efectos secundarios como cambio de peso y suspensión de la menstruación⁽³²⁾.

GAMA, Nikole. (2016). **Factores que influyeron en el abandono de métodos anticonceptivos en puérperas, atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, Noviembre – Diciembre del 2015.** Perú. Tesis Posgrado. Objetivos: Determinar los factores que influyeron en el abandono de métodos anticonceptivos. Materiales y métodos: Se trata de un estudio caso – control el cual tuvo como objetivo determinar los factores que influyeron en el abandono de métodos anticonceptivos. Este estudio se realizó en el Hospital San Juan de Lurigancho, entre el periodo de noviembre - diciembre del 2015, en donde se comparó 190 pacientes puérperas que abandonaron un método anticonceptivo (casos) con 88 pacientes puérperas que no abandonaron un método (controles). Se analizó los factores potenciales asociados al abandono de métodos anticonceptivos usando la prueba de asociación Odd Ratio (OR) y pruebas de diferencias de proporciones Chi cuadrada. Resultados: El abandono de métodos anticonceptivos estuvo asociado a los factores institucionales cuyo valor de mayor influencia estuvo asociado con la actitud respetuosa y cordial recibida por parte del personal de obstetricia durante la atención, con un OR de 4,7 (IC 95% 1,6 – 13,8), seguido por los factores personales cuyo valor más influyente estuvo relacionado con los conocimientos insuficientes por parte de la puérpera, referente a los métodos anticonceptivos, con un OR=2,222 (IC 95%: 1,33 – 3,72), y finalmente con los factores socioculturales y cuyo valor más influyente estuvo asociado a la responsabilidad del embarazo no planificado por parte de la pareja con un OR de 2,32 (IC 95% 1,4 – 3,9); constituyéndose como posibles factores

para su desarrollo. Conclusiones: Los factores institucionales, factores socioculturales y factores personales constituyen factores de riesgo del abandono de método anticonceptivo en puérperas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Las mujeres que presentan alguno de estos factores poseen un riesgo incrementado para que abandonen el uso de su método anticonceptivo ⁽³³⁾.

GARCÍA Lourdes, LLACTAHUAMAN Sara. (2012). **Asociación entre el acetato de medroxiprogesterona y deseo sexual en usuarias de planificación familiar. Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre y diciembre 2012.** Perú. Tesis Pregrado. Objetivo: Determinar la asociación entre el uso de Acetato de Medroxiprogesterona y el deseo sexual en usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo noviembre-diciembre del 2012. Materiales y métodos: Se trató de un estudio de casos y controles donde se asignaron 70 participantes: 35 con disminución del deseo sexual (casos) y 35 sin alteraciones del deseo sexual (controles) a las cuales se aplicó un formulario de recolección de datos y el instrumento Test del Deseo Sexual Inhibido. Posteriormente se analizó vía estadística descriptiva e inferencial chi cuadrado y OR IC 95% para la determinación de la relación. Resultados: Se observó que el 60% de los casos y un 45.7% de los controles fueron usuarias del método anticonceptivo inyectable trimestral, y que la probabilidad de presentar problemas en el deseo sexual siendo usuaria del inyectable trimestral estudiado es 2 veces mayor que siendo usuaria de otros métodos anticonceptivos que no contienen

hormonas (OR: 1,8 IC 95%:0,7-4,6), este dato resultó ser estadísticamente significativo ($p=0,001$). Conclusiones: 6 Existe relación entre el uso de Acetato de Medroxiprogesterona y la disminución del deseo sexual ⁽³⁴⁾.

CONDORI Melida, Camacho Jorge. (2005). **Conocimiento y actitud que tienen las Puérperas sobre el acetato de medroxiprogesterona (depo provera) y su aceptación como método anticonceptivo. Instituto especializado Materno Perinatal – 2005.** Perú. Tesis pregrado. Objetivo: El presente trabajo tiene como objetivo estudiar la relación entre el conocimiento - actitud de las puérperas del IEMP con la aceptación del Acetato de Medroxiprogesterona (Depo-Provera) como método anticonceptivo. Material y Métodos: El diseño de investigación fue de tipo descriptivo prospectivo correlacional. La muestra estuvo constituida por 120 puérperas, según criterios de inclusión y exclusión que se encontraban en los servicios de hospitalización del IEMP. La recolección de datos se obtuvo a través del cuestionario para evaluar conocimiento y el Test de actitud. Para la validez y confiabilidad del instrumento, estos fueron sometidos a juicio de expertos, confiabilidad estadística por alfa de cronbach y prueba piloto. Resultados: El tipo de conocimiento sobre Depo-Provera es 19.2% bueno, 68.3% regular y 12.5% malo; el tipo de actitud sobre el uso de Depo-Provera es 21.7% positiva, 20% negativa y 58.3% indiferente. En la relación entre conocimiento y actitud se obtuvo lo siguiente, las puérperas con actitud negativa tenían conocimiento regular 62.5%, malo 12.5% y bueno 25%, las puérperas con actitud indiferente tenían conocimiento regular 68.6%, malo 12.9% y bueno 18.5%,

las puérperas con actitud positiva tenían conocimiento regular 73.1%, malo 11.5% y bueno 16.4%. Asimismo, se determinó que existe relación entre la actitud y la aceptación de la Depo-Provera como MAC, para el grupo que aceptó: el 7.8% tuvo actitud negativa, 66.7% actitud indiferente y 25.5% actitud positiva; para el grupo que no aceptó: el 56.7% tuvo actitud negativa, 33.3% actitud indiferente y 10% actitud positiva. Con respecto al conocimiento se halló que no existe relación entre el tipo de conocimiento y la aceptación la Depo-Provera como MAC, para el grupo que aceptó: el 11.1% tuvo un mal conocimiento, 71.1% regular y 17.8% bueno; para el grupo que no aceptó: el 16.7% tuvo mal conocimiento, 60% regular y 23.3% bueno. Conclusiones: No existe relación entre el conocimiento y la aceptación de la Depo-Provera como MAC, porque en el grupo que aceptan presentan un conocimiento malo 11.1%, regular 71.1% y bueno 17.8% y del grupo que no aceptan, presenta un conocimiento malo 16.7%, regular 60% y bueno 23.3%. Existe relación entre la actitud y la aceptación de la Depo-Provera como MAC, porque en el grupo que aceptan 7.8% tuvo actitud negativa, 66.7% actitud indiferente y 25.5% actitud positiva y para el grupo que no aceptó, 56.7% tuvo actitud negativa, 33.3% actitud indiferente y 10% actitud positiva. El tipo de conocimiento que tienen las puérperas sobre la Depo-provera es mínimo o regular en el 68.3%. La actitud que tienen las puérperas con respecto a la aceptación de la Depo-Provera es indiferente en el 58.3%. No existe relación entre el tipo de conocimiento y la actitud de las puérperas sobre la Depo-Provera. Existe insatisfacción con relación al uso de la Depo-Provera en las puérperas, lo

cual se refleja en la tasa de abandono identificada en la población de estudio que fue de un 25% ⁽¹⁸⁾.

PAZ Estefani. (2016). "**Factores que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos (acetato de medroxiprogesterona y/o condón) en puérperas mediatas. Hospital de Apoyo Huanta, diciembre 2015 - febrero 2016"**". Perú. Tesis Pregrado. Objetivo: Conocer los factores que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos (acetato de medroxiprogesterona y/o condón) en puérperas mediatas del Hospital de Apoyo Huanta, diciembre 2015 -febrero 2016. Marco teórico. El puerperio mediano transcurre desde después de las 24 horas post parto hasta los 10 días. La anticoncepción posparto es la estrategia que permite a la mujer en estado puerperal, posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo ya sea temporal o permanente. Es lamentable constatar que, en el Perú, las mujeres más pobres, con menos educación y de sectores rurales tienen también menor acceso a la planificación familiar, se observa que existe una diferencia entre cantidad de hijos deseados y los que realmente se tienen. Conclusión. El 75,8% (157) de puérperas mediatas en el Hospital de Apoyo Huanta no acepta usar un método anticonceptivo (acetato de medroxiprogesterona y/o condón). El 24.2% (50) acepta usar un método, de las cuales el 13,5% (28) acepta usar condón y 10,6% (22) acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo. Los factores de riesgo a la no aceptación de métodos anticonceptivos (acetato de medroxiprogesterona y/o condón) son: la no información previa sobre métodos anticonceptivos ($P < 0.05$, $RR =$

2,94); estado civil no estable ($P < 0.05$, $RR = 2,82$); no aprobación de la pareja ($P < 0.05$; $RR = 3,5$); no uso de método anticonceptivo anteriormente ($P < 0.05$; $RR = 5,74$); no haber recibido consejería sobre métodos anticonceptivos ($P < 0.05$, $RR = 2,26$)⁽³⁵⁾.

GIL Fabiola. (2005). **Conocimientos, actitudes y aceptación de los efectos secundarios del acetato de medroxiprogesterona en usuarias de un servicio de planificación familiar de Lima, 2005. Perú. Artículo científico.** Objetivo: Métodos: Resultados: Conclusión: Determinar la asociación que existe entre los conocimientos, actitudes y la aceptación a efectos secundarios en usuarias del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo. 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 ⁽³⁶⁾.

LEÓN Cynthia, LLAMAS Geraldine. (2016). **“Deseo sexual inhibido en mujeres usuarias de acetato de medroxiprogesterona en el centro de salud Maritza campos Díaz – zamácola noviembre, diciembre Arequipa 2015”**. Perú. Tesis Pregrado. Objetivos: Identificar los factores socioculturales de las mujeres en edad fértil, determinar cómo es el deseo sexual (DS) en las mujeres que usan el Método Hormonal Inyectable Trimestral, determinar el DS en mujeres en edad fértil que no usan el Método Anticonceptivo Hormonal Inyectable Trimestral y comparar el nivel de deseo sexual inhibido (DSH) en mujeres en edad fértil que utilizan el método anticonceptivo Hormonal Inyectable Trimestral y de las que no utilizan ningún método hormonal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola. Material y métodos: Estudio explicativo prospectivo, transversal, para el estudio de 98 participantes en el centro de salud Maritza Campos Díaz –Zamácola en los meses Noviembre – Diciembre 2015, se aplicó una encuesta a las usuarias que actualmente utilizan el método anticonceptivo hormonal inyectable (Acetato de Medroxiprogesterona) y a las que no utilizan ningún método hormonal en el Centro de Salud Maritza

Campos Díaz – Zamácola. Resultados: En las mujeres en edad fértil se encuentran en un rango de edad de 26 – 35 años en un 48%, con un grado de instrucción de nivel secundario en un 66,3%, siendo casadas en 68,4%, y teniendo una ocupación de amas de casa en un 42,9%. Además, se observó que de 49 casos de las usuarias del Método Inyectable de depósito Trimestral el 38,8% de las mujeres padecen de Deseo Sexual Inhibido y de 49 controles el 14,3% de ellas, que no utilizan ningún método hormonal padecen de Deseo Sexual Inhibido. Además, se evidencia Improbable DSH de las usuarias del Método Inyectable de depósito Trimestral en un 28,6% frente al 46,9% de ellas que no utilizan ningún método hormonal, este dato resulto ser estadística significativa. ($P < 0,05$). Conclusiones: En la mayoría de mujeres se encuentran entre 26 a 35 años, tiene grado de instrucción secundaria, son casadas y son amas de casa. Se encontró que las mujeres que usan el método anticonceptivo hormonal Inyectable Trimestral padecen del DSH y en comparación a lo que se encontró en las mujeres en edad fértil que no utilizan ningún método hormonal el padecimiento de DSH fue mínimo. Según la prueba estadística se encontró que el DSH en las mujeres que usan y no usan el método anticonceptivo Hormonal Inyectable Trimestral presentó características significativas ⁽³⁷⁾.

b. MARCO TEÓRICO

A. ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA

a. Definición:

Acetato de medroxiprogesterona es un progestágeno sintético (estructuralmente relacionado con la hormona endógena progesterona) de liberación lenta con acción anti estrogénica, anti androgénica y anti gonadotrópica. Inhibe las gonadotropinas hipofisarias (FSH y LH) con la consiguiente inhibición de la maduración folicular y de la ovulación ⁽³⁸⁾.

El Ministerio de Salud distribuye el acetato de medroxiprogesterona de 150 mg. ^(6,7,39).

b. Mecanismos de acción:

Los más principales son:

- En el Moco cervical.

La densidad del moco cervical fluctúa normalmente durante todo el ciclo menstrual de la mujer, haciéndose delgado y acuoso en el nivel máximo de fecundidad; la progestina mantiene espeso el moco todo el tiempo, lo cual dificulta la penetración del espermatozoide; el efecto de la progestina en el moco parece ser el mecanismo de acción menos duradero, aunque quizás sea el más inmediato ^(8,40).

- En las trompas de Falopio.

Se cree que los inyectables 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 ^(8,41).

- **El Endometrio.**

Las progestinas 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 o amenorrea persistente ⁽⁴²⁾.

- **En la Ovulación.**

Las progestinas perturban el equilibrio de las hormonas naturales bloqueando las señales del hipotálamo y la glándula pituitaria, situada cerca del cerebro, las cuales son necesarias para la ovulación. Las hormonas son los mensajeros químicos en la sangre, y fluctúan con un patrón predecible durante el ciclo menstrual de la mujer. Se necesitan oleadas periódicas de estrógenos para que ocurra la ovulación; y los aumentos del nivel de las hormonas de la glándula pituitaria, situada en la base del cerebro, provocan la liberación del óvulo ⁽⁴³⁾.

Los anticonceptivos de progestinas controlan el flujo de los niveles hormonales para reducir los niveles máximos cíclicos que ocurren en las mujeres fértiles. Las progestinas apagan el hipotálamo y la glándula pituitaria, impidiendo así que envíe los mensajes necesarios para la ovulación, como consecuencia de ello, en algunos ciclos, ningún folículo se madura lo suficiente como para liberar al óvulo; las progestinas, por tanto, 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; lo único que actúa es confundiendo los relojes del cerebro administrando progesterona externamente ⁽⁴⁴⁾.

Sin embargo, las progestinas no siempre bloquean la ovulación ni lo hacen en todas las mujeres; la suspensión de la ovulación está vinculada a la cantidad de progestina presente en el cuerpo de la mujer; 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; típicamente, cuando todas las mujeres reciben la misma dosis, las progestinas son un poco menos eficaces en las mujeres que pesan más

(43,45)

c. Farmacodinamia:

Produce disminución de los niveles de ACTH e hidrocortisona en sangre. Disminución de los niveles de testosterona circulante. Disminución de los niveles de estrógenos circulantes (como resultado tanto de una inhibición de la FSH como de una inducción enzimática de la reductasa hepática dando lugar a un mayor aclaramiento de testosterona y a una consecuente reducción de la conversión de andrógenos estrógenos. Los progestágenos además de inhibir la ovulación, actúan también sobre el endometrio impidiendo la implantación e incrementan la viscosidad de la mucosa cervical, lo que dificulta la progresión de los espermatozoides en el útero. También transforma un endometrio proliferativo en un endometrio secretor siempre que la mujer tenga unos niveles de estrógenos endógenos adecuados ⁽⁴⁴⁾.

d. Farmacocinética:**- Absorción.**

Las máximas concentraciones se obtienen a las 3 primeras semanas después de la inyección, pueden alcanzar las concentraciones plasmáticas máximas de 1 a 7 mg/ml.

- **Distribución.**

La unión a proteínas plasmáticas de Medroxiprogesterona es en promedio de 86%, se hace principalmente con la albumina sérica. No hay unión con la globulina transportadora de las hormonas sexuales.

- **Metabolismo.**

La Medroxiprogesterona es extensamente metabolizada en el hígado por las enzimas P450. Su metabolismo es principalmente en el anillo A y/o por reducción de las cadenas laterales, la pérdida del grupo acetilo, la hidroxilación en las posiciones 2, 6 y 21, o una combinación de estas posiciones, que da como resultado más de 10 metabolitos.

- **Excreción.**

Las concentraciones del Acetato de Medroxiprogesterona disminuyen exponencialmente hasta llegar a niveles indetectables (menor a 100 pg/ml) entre 120-200 días luego de la inyección. Tienen una vida media aparente de 50 días. La mayoría de los metabolitos son excretados en la orina como conjugados glucorónicos y solamente cantidades menores como sulfatos.

e) Presentación farmacológica:

SOLUTRES, iny. 150mg/ml

DEPO - PROVERA, iny. 150 mg/ml.

DEPO-PRODASONA, iny. 500 mg/ml.

FARLUTAL, comp. 2.5, 5 y 10 mg.

PROGEVAR, comp. 2.5, 5 y 10 mg

f) Características:

- Eficaz y de efecto rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas).
- Usar con precaución durante los 2 primeros años después de la menarquia.
- El efecto a largo plazo sobre los huesos no está definido, puede disminuir la densidad mineral a lo largo del tiempo en adolescentes.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio.

- Es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (amenorrea sangrado/goteos irregulares). Puede producir aumento de peso.
- El retorno de la fecundidad puede demorar entre 6 meses a un año, en el caso de usuarias por tiempo prolongado. No se ha demostrado esterilidad luego de su uso.
- Puede mejorar la anemia.
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/SIDA ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo ⁽⁴⁶⁾.

g) Forma De Uso:

- Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoides sin realizar masaje post aplicación.
- Primera dosis: Entre el primer a quinto día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe gestación.
- En caso de iniciarse en cualquier otro momento, diferente a los cinco primeros días del ciclo debe usarse un método de respaldo durante los primeros 2 días.
- Empleo desde el post parto inmediato en todas las mujeres que escojan el método, sin haberse observado daño para la madre y el recién nacido y con la ventaja adicional de que la mujer egresa del hospital empleando un método anticonceptivo.
- En los primeros cinco días post aborto.

- Administrar cada tres meses, pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicarla con una demora de dos semanas ^(1,4,39,47).

h) Tasa de falla:

- Falla teórica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año ^(7,39,48).

Los anticonceptivos inyectables acetato de medroxiprogesterona tienen eficacia comprobada mayor de 99%, pues la tasa de falla anticonceptiva es muy baja, se debe administrar a la mujer por vía intramuscular exactamente cada 90 días. Inclusive, algunos estudios recientes indican que los acetatos de medroxiprogesterona tienen parecido efecto al método anticonceptivo implante Norplant porque proporcionan una protección eficaz más rápidamente de lo que antes se creía, después de un período de 3 días en la mayoría de las personas. Las investigaciones realizadas en Brasil sobre la efectividad anticonceptiva señalan la acción inmediata del método, pues el 90% de las usuarias en estudio presentaron puntuación indicativa del moco cervical con el que garantizaba efecto muy eficaz, con tasas de fracaso solo del 0,4% para la tasa común ^(8,39,49).

i) efectos secundarios.

Se refiere a aquel resultado producido por un fármaco que generalmente no se esperaba cuando se fijó el tratamiento. Esto puede pasar aun cuando el medicamento funcione correctamente. La obstetra debe describir todas las reacciones adversas posibles, señales de peligro y explicarle claramente lo que debe hacer si éstos ocurren durante el momento de la consulta en el servicio de planificación familiar (18,43,44,50).

Los efectos secundarios que suelen darse en el acetato de medroxiprogesterona son:

Irregularidades En El Sangrado.

Estas irregularidades menstruales pueden ser: Amenorrea, Oligomenorrea, Sangrado irregular o Dismenorrea. La mayoría de las mujeres experimentan algún tipo de trastorno menstrual cuando usan los métodos a base de progestinas. En vez del período menstrual, las mujeres pueden presentar amenorrea, y a veces experimentan un sangrado prolongado que fluctúa en frecuencia y duración ⁽⁵¹⁾. Los trastornos menstruales son la razón más común por la que las mujeres dejan de usar el método de progestina. Generalmente, consideran que el sangrado prolongado o excesivo es más desagradable que la ausencia del mismo. Hay más mujeres que dejan de usar el Acetato de Medroxiprogesterona por el sangrado excesivo que por el insuficiente. El sangrado menstrual normal es causado por la eliminación del

revestimiento uterino maduro. Si el revestimiento no está maduro, hay menos probabilidades de una buena separación entre las capas y la eliminación eficaz de todo el revestimiento. Puesto que las hormonas naturales progesterona y estrógeno producen juntas el desarrollo apropiado del revestimiento uterino, este se verá afectado por los cambios que la progestina induce en los niveles hormonales ^(32,47,51,52).

El sangrado irregular no es nocivo para la salud de la mujer, y los estudios indican que las progestinas no tienen efecto negativo en los niveles de hemoglobina o de hierro. Solo un porcentaje muy reducido de mujeres tienen un sangrado abundante que puede ser causa de alarma. Este cesa tan pronto se suspende el método, salvo que se deba a otras patologías. ^(34, 36, 51,53).

Cambios De Peso.

Incremento de peso, debido al empleo prolongado del método anticonceptivo inyectable Acetato de Medroxiprogesterona solo se justifica por una vida sedentaria y por falta de asesoría nutricional ⁽⁵²⁾.

Cefalea.

La cefalea es uno de los síntomas que se presentan principalmente al inicio del uso aumentando su frecuencia y va desapareciendo con el tiempo. La causa puede deberse por la constricción de los vasos sanguíneos. Cambios en el estado de ánimo: según un estudio clínico realizado en 3 900 mujeres se encontró que el 10.8% de ellas presento nerviosismo. El uso de Acetato de Medroxiprogesterona o Norplant

(contienen progestinas), puede aumentar la frecuencia de los dolores de cabeza intensos. Esta consideración es importante, ya que estos métodos no pueden dejar de usarse fácilmente si surgen problemas. La relación entre los dolores de cabeza y las progestinas está en duda. Uno de los efectos secundarios que ha recibido menos atención es la depresión; las recientes investigaciones revelan que esta causa probablemente es porque hay constricción de los vasos sanguíneos causada por su uso, y que puede contribuir a fuertes dolores inclusive del pecho ^(29, 36,53).

Náuseas y mareos.

El mareo es una sensación de inestabilidad y de vértigo. Las náuseas se caracterizan por un fuerte impulso de vomitar. El mareo también puede ser el resultado de la persistencia de las náuseas y los vómitos, que causan la debilidad y la deshidratación ⁽⁵⁴⁾.

Trastornos Emocionales.

Este efecto se relaciona con los gestágenos presentándose entre 5-15% de usuarias, aunque la mayoría tienen una historia previa de este tipo de alteraciones ^(27,55).

Pérdida de Densidad Mineral Ósea.

Según algunos estudios, se ha planteado que el uso continuo del inyectable trimestral, puede asociarse con una disminución de la densidad ósea, ya que baja los niveles de estrógeno, siendo ésta

hormona imprescindible para el fortalecimiento y la conservación de huesos fuertes; por lo que puede predisponer a las mujeres si su uso se extendiera por un tiempo considerable. ^(4,18,31).

Acné.

El acné es una enfermedad que afecta las glándulas sebáceas caracterizadas por brotes de comedones, quistes, abscesos infectados, y en ocasiones cicatrices ⁽⁵⁶⁾.

Disminución del deseo Sexual.

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

sensibilidad de los receptores cerebrales a las hormonas lo que da como resultado final una disminución del deseo sexual además de una disminución de la sensibilidad genital y del orgasmo ⁽⁴⁷⁾.

j. Antecedentes Históricos:

El estudio del Acetato de Medroxiprogesterona como anticonceptivo hormonal inyectable trimestral, se realizó por primera vez durante los años 1963 y 1966, desde allí su uso fue extendiéndose paulatinamente a nivel mundial por brindar seguridad alta como método anticonceptivo. Este método se utilizó en muchos países entre los años 1990 y 1994, con apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población casi se cuadruplicaron, pasando de 4,5 millones de dosis anuales a 16,700 millones de dosis distribuidos gratuitamente en los países menos desarrollados. En octubre de 1992, la Administración de los Estados Unidos de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprobó el acetato de medroxiprogesterona para su uso como anticonceptivo en ese país y a través de la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID) también colaboro en la producción y distribución gratuita a los países con altas tasas de fecundidad principalmente América del sur y África ^(2,57).

Entre abril de 1994 y febrero de 1995 aproximadamente 35,000 mujeres empezaron a usarlo en Filipinas con tasas de fecundidad muy elevadas; mientras que en 1994 el acetato de medroxiprogesterona fue introducido también en Perú, Mozambique, Nepal, Tanzania y Uganda. El mercado social para el cambio también lo comercializó en Filipinas, Jordania, Egipto

y las Repúblicas de Asia Central; actualmente más de 15 millones de mujeres en 90 países incluidos el Perú lo utilizan con éxito como método anticonceptivo confiable ^(8,58).

B. FACTORES ASOCIADOS AL USO DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA.

Son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad volviéndose los causantes de la evaluación o transformación de los hechos ⁽⁵⁹⁾.

a. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.

- **Factores Sociales.**
- Los factores sociales pueden concebirse como una serie de círculos concéntricos, desde el más alejado, el nivel macro social, al más próximo, la conducta, o el nivel de los conocimientos, actitudes y percepciones individuales.

Se pueden mencionar las pautas culturales, la estructura socioeconómica o estratificación social, la estratificación por género, por etnia, y las políticas públicas dirigidas a la salud reproductiva del adolescente.

EL contexto social abarca factores importantes más “próximos” al individuo, entre otros, el lugar de residencia, la estructura familiar y los grupos de sociabilidad integrados por docentes y grupos de padres.

Así como la existencia de servicios de prevención y atención en salud, especialmente en materia de salud sexual y reproductiva, la disponibilidad de recursos anticonceptivos⁽⁶⁰⁾.

- **Factores demográficos.**

Estudia a la población humana y se ocupa de su dimensión, estructura, evolución y caracteres generales considerados fundamentales desde un punto de vista cuantitativo^(31,33).

Permiten determinar los factores sociodemográficos:

- **Edad:** se refiere al tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el día en que se realizara el estudio, se divide en diferentes etapas, con un nivel de comportamiento diferente en cada época hacia las responsabilidades que se presenten^(28,31).
- **Sexo:** condición orgánica que distingue al varón de la mujer y puede ser femenino o masculino⁽²⁸⁾.
- **Grado de Instrucción:** Nivel máximo alcanzado, categoría o posición que ocupa una persona en una escala jerárquica.
- **Estado civil:** Estudios realizados en el Hospital Víctor Ramos Guardia, muestra que más de 80% de mujeres que dan a luz, tienen estado civil conviviente⁽¹²⁾.

- **Ocupación;** labores que realiza la puérpera. En la mayoría de los estudios realizados, ama de casa ocupa un 80% ⁽³⁷⁾.
- **Lugar de Procedencia:** varía de acuerdo al lugar de residencia, lugar de donde viene, Urbano, Urbano marginal, Rural ^(34,35).

b. FACTORES CULTURALES.

Los factores culturales facilitan no solo conocer los rasgos distintivos que hacen diferentes a grupos humanos y asentamientos poblacionales dentro de un mismo espacio geográfico y social, sino, además, comprender, a través de ellos, como se ha producido el desarrollo histórico, sus tendencias más significativas, ello posibilita explicar los nexos que se establecen entre las actuaciones de individuos, grupos y las dinámicas sociales. Los factores culturales son condiciones determinantes en tanto reportan esencialidades de los comportamientos humanos. Aspectos como la religiosidad, costumbres y tradiciones aportan un conjunto de significados que no se pueden soslayar en los estudios de las comunidades. Un estudio más profundo de los mismos, conducen a vislumbrar cuales son los factores dinámicos y cuales los factores estáticos. Tomando como criterios la estabilidad, permanencia en el tiempo y ruptura ⁽⁶⁰⁾.

- **Religión:** son un sistema complejo de ideas, enseñanzas, principios básicos, creencias, prácticas y ritos específicos, que

definen las relaciones entre el ser humano con lo sagrado y la divinidad que son de tipo existencial, moral y espiritual ⁽⁶¹⁾.

Elemento de la actividad humana que suele componer sede creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.

- **Mitos y Creencias:** estos proceden desde la historia y se ha venido difundiendo por la sociedad en la que vivimos, desde las religiones, ideologías, filosofías y políticas, se han creado para tener un control de la humanidad; son normas basadas en una creencia falsa, que se divulga como algo comprobado y real es por ello que se convierte en un mito. Mayormente se ha asociado a los métodos anticonceptivos ya que, en busca de soluciones a los problemas, todavía existe en nuestro país los mitos y creencias más comunes ⁽⁶²⁾.
- **Conocimiento sobre métodos anticonceptivos:**
Conocimiento que tienen las puérperas sobre los métodos anticonceptivos que ofrece el Programa de Planificación Familiar.
- **Medios de información:**
Son canales esenciales que permiten el establecimiento y desarrollo de todo proceso de interacción humana.

c. FACTORES GINECO-OBSTÉRICOS.

- **Paridad:** Se refiere al número de partos que una mujer ha tenido ya sea por vía vaginal o cesárea y que pesaron 500 gramos o más, o que poseen más de 22 semanas de edad gestacional. A su vez se subdivide en:
 - Nulípara: No tuvo ningún parto, Primípara: Solo tuvo 1 parto.
 - Multíparas: Mujer que ha presentado 2 o más partos.
 - Gran Multípara: Mujer con 5 partos a más ⁽⁶³⁾.

- **Periodo Intergenésico:** El intervalo intergenésico se define como el tiempo entre las fechas de dos nacimientos vivos sucesivos o consecutivos menos la edad gestacional del neonato más reciente. Se considera que el periodo intergenésico es la variable más importante relacionada con la sobrevivencia de un niño. Se ha establecido como intervalo adecuado 18 a 23 meses. Los intervalos menores a 6 meses tienen un riesgo 40% mayor de ser pre término o pequeño para la edad gestacional. Las mujeres que esperan más de diez años tienen un riesgo doble de tener un niño pequeño para la edad gestacional y un 50% de tener un niño pre término.

El periodo intergenésico promedio entre el nacimiento de un niño vivo y la concepción de uno nuevo en las mujeres de los países menos desarrollados es de aproximadamente 3 años. Este

intervalo es más corto en poblaciones con mejor nutrición, aun cuando den de lactar y tengan una costumbre sexual similar al de las mujeres de las áreas menos desarrolladas. Los nacimientos muy seguidos le dejan menos oportunidades a la madre para recuperarse del desgaste del embarazo y la lactancia antes de repetir el proceso. Las condiciones empeoran si la madre continúa amamantando mientras esta nuevamente embarazada, ya que el intervalo para poder recuperarse es nulo.

La implementación del LAM (método de amenorrea por lactancia) no parece haber producido un adecuado intervalo intergenésico con respecto a la estrategia de iniciar la contracepción precozmente en el periodo postparto y, a menos que se implemente en forma perfecta, los resultados de LAM pueden ser peores a 23 meses. Los intervalos menores a 6 meses tienen un riesgo 40% mayor de ser pre término o pequeño para la edad gestacional. Las mujeres que esperan más de diez años tienen un riesgo doble de tener un niño pequeño para la edad gestacional y un 50% de tener un pre término. El intervalo promedio entre el nacimiento de un niño vivo y la concepción del siguiente en las mujeres de los países menos desarrollados es de aproximadamente tres años. Este intervalo es más corto en poblaciones con mejor nutrición, aun cuando amamanten y tengan un comportamiento sexual similar al de las mujeres de las áreas menos desarrolladas⁽⁵¹⁾.

- **Tipo de parto:**

- **Vaginal:** es la salida del producto puesto a la exposición al microbioma normal del canal vaginal y perineal ^(5,13,51).
- **Cesárea:** es un tipo de intervención quirúrgica el cual se realiza una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés. La OMS suele recomendar su uso cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas.

d. FACTORES SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

Se define la salud reproductiva como los derechos sexuales y reproductivos que expresan el derecho que tienen los adolescentes a disfrutar de una sexualidad procreativa, plena, segura, y libres del temor de un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad, con resultados positivos en términos de supervivencia y bienestar para los padres y sus hijos ^(64,65).

- **Menarquia:** Es la fecha de la primera menstruación de una mujer. en ese momento se inicia la etapa fértil por lo que es posible que ocurran los embarazos, suele presentarse entre los 11 y 12 años de edad, sin embargo, esto es variable y se relaciona con factores tanto genéticos como nutricionales. Un ciclo menstrual normal puede ser tan corto como de 21 días o tan largo como de 35 días. Algunos meses no tendrán un periodo, especialmente durante el primer o segundo año ⁽⁵⁶⁾.

- **Relaciones sexuales:** Es el conjunto de comportamiento que realizan al menos dos personas y el contacto físico entre personas con el objetivo de dar y/o recibir placer o con fines reproductivos. las relaciones sexuales pueden incluir muchas prácticas como, el sexo oral o el coito y penetración.
- **Inicio de relaciones sexuales:** Es el primer contacto físico entre dos personas con el objetivo de dar y/o recibir placer sexual y/o con fines reproductivos.
- **Número de parejas sexuales:** Es un hecho que los adolescentes cambian de compañero sexual con mayor frecuencia que los adultos. La relevancia de este dato radica en que, a mayor número de parejas, aumenta la probabilidad de contraer una ITS. Se da además la circunstancia de que los jóvenes con más parejas y mayor número de contactos sexuales son quienes emplean menos el preservativo. En nuestro país, los adolescentes entre 15 y 17 años sexualmente activos han tenido entre uno y dos compañeros sexuales como promedio. Existe diferencia de género en cuanto a la promiscuidad sexual: los chicos suelen tener mayor variedad de parejas que las chicas, llegando en ocasiones a ser el doble ⁽⁶⁶⁾.
- **Edad de las primeras relaciones sexuales.**
Como promedio, el primer contacto sexual suele darse entre los 13 y 16 años. Aunque las chicas alcanzan antes la madurez

sexual, suelen ser los chicos quienes se inician primero. Otros estudios, encuentran promedios muy similares en mujeres y varones, siendo en las primeras la edad media 17,3 años y 17,7 en los varones. Esto puede variar según las regiones ⁽⁶⁷⁾.

- **Edad del primer embarazo:** edad en donde tuvo su primer embarazo incluidas aborto y perdidas ⁽⁵¹⁾.
- **Aborto:** Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr. ⁽⁵²⁾.

C. POST PARTO

a. Puerperio:

El puerperio es el período de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente 6 semanas posteriores al parto, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno ⁽⁶⁸⁾.

Clínicamente, el puerperio puede dividirse en tres períodos sucesivos:

- **Puerperio inmediato:** las primeras 24 horas postparto, se constituye en un período crítico e importante, con un alto riesgo de complicaciones que pueden tener consecuencias

fatales para la mujer puérpera y su hijo o hija. El puerperio inmediato es un esfuerzo orgánico para lograr la hemostasia uterina a través de la retracilidad que es un acortamiento definitivo de la fibra muscular uterina y la contractilidad, que es un fenómeno intermitente y activo, que consiste en el acortamiento temporáneo de la fibra muscular uterina con lo que se provoca la oclusión y compresión vascular propia de esta fase. El cuidado del puerperio inmediato es una práctica necesaria y trascendental destinada a vigilar la involución uterina, detectar tempranamente y tratar las complicaciones que puedan aparecer en este período (hemorragia, shock, preeclampsia) y propiciar un adecuado control de la salud de la mujer y del recién nacido, realizando un mínimo de tres controles en las primeras dos horas después del parto ⁽⁶³⁾.

- **Puerperio temprano:** incluye la primera semana postparto.
- **Puerperio tardío:** abarca el tiempo necesario para la involución completa de los órganos genitales y el retorno de la mujer a su condición pre gestacional que es hasta los 42 días.

b. Anticoncepción Posparto:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la planificación familiar posparto como la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésico cortos durante los primeros 12 meses después del parto ⁽⁶⁹⁾.

Estrategia que permite a la mujer en estado puerperal, posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo ya sea temporal o permanente. Existe consenso en que los aspectos más importantes a tener en cuenta son: la práctica de la lactancia, el contenido hormonal del método, el momento de su introducción y la intención de planificación familiar: espaciar o limitar los nacimientos. Se concluyó que la asesoría en materia de anticoncepción durante el posparto es esencial y siempre que sea posible se debe mantener el uso de métodos no hormonales, principalmente los de barrera. Esta cumple una función importante en las estrategias para disminuir las necesidades de Planificación Familiar insatisfechas. Las puérperas tienen la mayor cantidad de estas necesidades insatisfechas. No obstante, en general no reciben los servicios que necesitan para lograr intervalos intergenésicos más prolongados o para disminuir los embarazos no planificados y sus consecuencias ^(13,17,70).

c. 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. 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) ^(7,14,39).

d. Orientación y Consejería en Planificación 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. 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 ^(4, 7,39).

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. 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. Se debe dar orientación/consejería diferenciada a los siguientes:

- Usuaría/los que soliciten métodos anticonceptivos permanentes.
- Usuarías/os que presenten limitaciones físicas o psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión.
- Mujeres que se encuentren en el período 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 de mama, 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:

1. Primer paso: Establecer una relación cordial
2. Segundo Paso: Identificar las necesidades de la/el usuaria/o.
3. Tercer Paso: Responder a las necesidades de la/el usuaria/o.
4. Cuarto paso: Verificar la comprensión de la/el usuaria/o.
5. Quinto paso: Mantener la relación cordial.

c. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**a) 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 ^(71,72).

b) 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 ⁽⁷³⁾.

c) Edad fértil:

Etapas 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 ⁽⁷⁾.

d) 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 ⁽⁵¹⁾.

e) Anticoncepción:

Conjunto de métodos o dispositivos empleados para evitar la fecundación y por consiguiente el embarazo ⁽⁷⁴⁾.

f) Salud sexual y reproductiva:

El Fondo de Población de Naciones Unidas lo define como: un enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción. Desglosando sus dos componentes podemos definir la Salud Reproductiva como un “Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos ⁽⁷⁵⁾.

g) Planificación familiar:

Derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, obtener la información específica al respecto y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas ⁽⁷⁾.

h) Derechos sexuales y reproductivos:

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos que tenemos todas las personas se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos, el intervalo entre éstos, a disponer de la información y de los medios para ello. Se fundamentan en los derechos humanos reconocidos en tratados internacionales de derechos humanos,

normas regionales, constituciones nacionales y otros documentos de consenso internacional ^(58,64,65).

i) Factores asociados:

Son todos los agentes o elementos que contribuye directamente a dar un resultado determinado ⁽³¹⁾.

j) Factores socio-demográficos:

Características personales como edad, el grado de instrucción, estado civil ⁽²³⁾.

k) 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 ⁽⁷⁶⁾.

l) Factores de información:

Medio de información, consejería y orientación por el profesional de salud que brindó la información ⁽⁸⁾.

m) Periodo Intergenésico:

Es el tiempo que transcurrido desde el nacimiento del último hijo hasta el embarazo siguiente ⁽⁷⁷⁾.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

a. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio fue de tipo PROSPECTIVO, debido a que se recopiló información sobre los factores asociados al uso del acetato de medroxiprogesterona en mujeres pos parto en Hospital Víctor Ramos Guardia - 2018, debido a que se diseña y comienza a realizarse en el presente, pero los datos se analizan transcurrido un determinado tiempo ⁽⁷⁸⁾. Permitted describir los hechos tal y como se encuentran en la realidad en un determinado tiempo y espacio. Así mismo, el estudio se realizó, de CORTE TRANSVERSAL, porque se analizó el fenómeno en un periodo de tiempo corto (Obtención de los datos de un solo momento) ⁽⁷⁹⁾.

b. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño seleccionado en el presente estudio fue de TIPO CORRELACIONAL, debido a que se estudió los factores asociados al uso del acetato de medroxiprogesterona, y el diseño de investigación que se empleo es el NO EXPERIMENTAL, DE CORTE TRANSVERSAL.

c. POBLACIÓN O UNIVERSO

El estudio se realizó en el hospital Víctor Ramos Guardia. La población objetivo estuvo conformada por las mujeres post parto que fueron atendidas en el servicio de hospitalización del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Víctor Ramos

Guardia, durante el periodo de noviembre a diciembre del 2018, de la provincia de Huaraz y departamento de Ancash.

La población objetivo estuvo conformada por un total de 132 puérperas, donde se presentó el número de puérperas (60) con el uso del acetato de medroxiprogesterona, y (72), para el no uso de los métodos anticonceptivos.

Para la elección de los elementos muestrales (unidad de análisis), se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

a) Criterios de inclusión:

- Puérperas de parto Vaginal y cesárea del Hospital Víctor Ramos Guardia.
- Puérperas que se encuentren en el periodo de (puerperio temprano).
- Edades de \leq a 17 años hasta \geq 35 años.
- Puérperas que hayan decidido el método del acetato de Medroxiprogesterona.
- Puérperas que no hayan aceptado ningún método anticonceptivo.
- Puérperas que gocen de todas sus facultades mentales.
- Puérperas que firmen el consentimiento informado.

b) Criterios de exclusión:

- Puérperas que hayan aceptado algún método anticonceptivo como: condón masculino, Implanón, ligadura de trompas de Falopio, T de cobre, etc.
- Puérperas del periodo (puerperio Tardío).
- Puérperas de diagnóstico reservado que se encuentre en UCI.
- Puérperas que firmen retiro voluntario.
- Puérperas con algún trastorno mental.
- Puérperas que no sepan leer ni escribir.
- Puérperas que no deseen participar en el estudio.

d. UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA**i. UNIDAD DE ANÁLISIS**

Mujeres post parto con parto Vaginal o cesárea que cumplan criterios de inclusión y exclusión que se hayan atendido en el Hospital Víctor Ramos Guardia.

ii. MUESTRA

El tamaño de la muestra se calculó, con un coeficiente de confianza al 95%, y con un error del 5%. En concordancia con el tipo de investigación, los objetivos y el alcance de las contribuciones se usó el estudio de muestreo Probabilístico Simple. Para ello se utilizó la siguiente formula:

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

Dónde:

n = Mujeres post parto necesarios para el estudio.

N = Tamaño de la Población.

Z_{σ}^2 = Nivel de confianza.

p= proporción esperada.

q = Probabilidad de no ocurrencia.

d= Nivel de Precisión.

$$n = \frac{420 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(420 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

➤ **Sabiendo que:**

- ✓ N = 420.
- ✓ $Z_{\sigma}^2 = 1.960$.
- ✓ p = 5% ó 0.05.
- ✓ q = 0.05.
- ✓ d = 5% ó 0.05.

n= 201.

N= 420.

Aplicando la información a la formula, se obtuvo lo siguiente:

$$n = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}}$$

$$n = \frac{201}{1 + \frac{201-1}{420}}$$

$$n = \frac{201}{1 + \frac{200}{420}} = 132.16 \quad n = 132 \dots \text{(MUESTRA)}$$

e. INSTRUMENTO DE RECOPIACIÓN DE DATOS

i. Técnica de recopilación de datos.

La investigación consistió en la aplicación de un cuestionario auto administrado, mediante la técnica de la Encuesta, dirigida a todas las mujeres post parto que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, (Ver anexo N°1).

ii. Instrumento de recopilación de datos.

El instrumento de recopilación de datos se realizó con el cuestionario con preguntas cerradas y con respuestas múltiples, está compuesto por cinco partes, redactada de acuerdo al problema y los objetivos de la investigación según se detalla a continuación:

Factores sociodemográficas : 05 ítems.

Factores culturales : 03 ítems.

Factores Gineco – obstétricos : 03 ítems.

Factores sexuales y reproductivos : 05 ítems.

Uso del Acetato de Medroxiprogesterona : 02 ítems.

iii. Validez.

El instrumento de recolección de datos fue sometido a la prueba de Juicio de expertos para su validación que contara de dos Obstetras de Hospitalización, dos Gineco- Obstetras y un Estadístico, asimismo para la validación del cuestionario, luego se procederá al cálculo de la confiabilidad mediante el Coeficiente de Alfa de Cronbach.

Al realizarse la prueba para ver si el cuestionario es consistente se obtuvo un total de 37 respuestas (8 ítem x 5 jueces) de las cuales 37 respuestas están de acuerdo (son '1'). Aplicamos la tasa de concordancia entre jueces, mediante siguiente fórmula:

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} = \frac{28}{28 + 4} = \frac{28}{32} = 0.925 = 92.5\%$$

Donde:

b = Grado de concordancia entre jueces;

T_a = n° total de acuerdos (1)

T_d = n° total de desacuerdos (0)

Criterio de concordancia: si $b > 80\%$, entonces el instrumento tiene concordancia entre todos los jueces.

El resultado de la tasa de concordancia $b=92.5\%$, indica que más del 80 % de las respuestas a los ítems, son concordantes entre los jueces, lo cual valida el instrumento aplicado.

iv. Confiabilidad.

Luego de la aplicación de una muestra de 20 casos de la población total, se procedió al cálculo de la confiabilidad del instrumento mediante el Coeficiente alfa de Cronbach (ANEXO N° 06), siendo importante aclarar que las mujeres post parto que formaron parte de la prueba piloto, no integraron la muestra final.

El Coeficiente alfa de Cronbach $\alpha= 0.789$ obtenido en una muestra piloto de 20 casos nos indicó que el instrumento producirá resultados consistentes y coherentes en el 79% aproximadamente de las veces que se aplique, esto es el cuestionario es confiabilidad para la aplicación y/o recopilación de información mediante el instrumento diseñado.

f. ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se planeó ejecutar la valoración y el análisis estadístico descriptivo e inferencial de los datos, y se interpretó la información obtenida extrayendo las conclusiones necesarias del estudio.

a) Análisis descriptivo:

La información obtenida, se realizó haciendo uso del programa estadístico SPSS versión 22.0, para lo cual se confeccionaron la base de datos, procediendo a realizar el análisis descriptivo de las variables mediante tablas unidimensionales y bidimensionales.

b) Análisis inferencial:

Se realizó el análisis inferencial para determinar la relación entre los factores asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona, donde utilizamos la prueba estadística no paramétrica de X^2 (chi cuadrado) con un nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). Para ello se utilizó las tablas cruzadas para determinar la relación entre variables.

g. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.

Toda la investigación que implica a seres humanos debería ser llevada a cabo de acuerdo con los principios éticos, que son universalmente reconocidos:

- Autonomía
- Beneficencia y no- maleficencia.
- Justicia.

Estos principios se recogen en las recomendaciones sobre ética biomédica de varias fuentes y en documentos legalmente vinculantes para la protección de los participantes en investigación biomédica, como el Convenio De Derechos Humanos Y Biomedicina y sus protocolos adicionales del consejo de Europa de

acuerdo con este principio, los intereses y el bienestar del ser humano que participa en la investigación, siempre deben prevalecer sobre el mero interés de la ciencia y la sociedad. Siempre debe dar prioridad al ser humano y ello debe prevalecer sobre el interés de la ciencia y la sociedad en caso de que dicho interés entre en conflicto.

A. Autonomía.

El respeto a la autonomía reconoce la capacidad de una persona de tomar decisiones personales. En la investigación biomédica, el principio de autonomía es ejercido en particular por el proceso de consentimiento libre e informado, el cual puede ser retirado sin perjuicio en cualquier momento. Mientras que la práctica médica se orienta a la búsqueda del beneficio de la salud del paciente, la propia naturaleza en investigación biomédica implica incertidumbre acerca de si un individuo se podrá o no beneficiar de su participación en la misma, dado que proporcionar algún tipo de beneficio al participante no constituye el objetivo principal de la investigación. El posible participante debe disponer de información apropiada, precisa y comprensible sobre el proyecto de investigación antes de solicitarle su decisión de participar o no en el mismo. Par que una persona pueda tomar una decisión informada, la información debe incluir una descripción comprensible de los procedimientos de investigación previstos, su objetivo, y los riesgos y beneficios previsibles.

El consentimiento libre e informado también implica que los posibles participantes de la investigación no deben ser obligados o indebidamente influenciados mediante incentivos o amenazas. Es muy difícil conseguir

una ausencia completa de influencia, pero sería considerada como coacción cualquier presión que llevara a los individuos a aceptar un nivel más alto de riesgo de lo que sería, por otra parte, aceptable para ellos. La influencia inadecuada puede ser de naturaleza económica, pero también incluiría, por ejemplo, el intento de influir en parientes cercanos, o las amenazas veladas de negación del acceso a servicios a los cuales los individuos tendrían por otro parte derecho.

Se debe prestar una especial atención a las personas dependientes y vulnerables. En general, los posibles participantes de una investigación deben ser lo menos vulnerables posibles para conseguir los objetivos de la investigación. Para garantizar adecuada protección, por medio de autorización legal, para las personas que, según la ley, no sean capaces de dar un consentimiento válido debido a su edad “menor”, discapacidad mental, enfermedad u otros motivos.

B. Beneficencia y no-maleficencia.

Los principios de beneficencia y no- maleficencia se unen en la obligación moral de maximizar los beneficios posibles y minimizar los potenciales perjuicios.

El principio de beneficencia tiene implicaciones adicionales, en particular que el diseño del proyecto de investigación sea sólido y cumpla con los criterios aceptados de calidad científica.

Esto también implica que los investigadores sean competentes para realizar la investigación de acuerdo con sus obligaciones y estándares profesionales relevantes y que se asegure la protección apropiada de los participantes en

la investigación. Sin embargo, el riesgo, incluido algún riesgo de daño a los participantes es inherente al proceso de investigación. Por ello, la investigación en seres humanos únicamente puede llevarse a cabo en ausencia de método alternativo alguno que pudiera proporcionar resultados comparables.

La investigación también puede conllevar algunos riesgos y beneficios para los familiares de los participantes y la sociedad en general, pero cualquier riesgo de daños, así como las cargas (tales como limitaciones o incomodidades) recaerán principalmente sobre los participantes. Además, y dependiendo de la naturaleza de la investigación, los beneficios directos para los participantes de la investigación puede ser limitados o estar ausentes por completo.

El equilibrio entre daños y beneficios es, por lo tanto, crítico para ética en la investigación biomédica. Un proyecto de investigación solo debería ser llevado a cabo si los riesgos previsibles y cargas no son desproporcionados frente a los beneficios potenciales. En la práctica, eso significa que todos los proyectos de investigación deben someterse a una cuidadosa ponderación del balance riesgo/beneficio.

La naturaleza del riesgo puede ser no solo física sino también, por ejemplo, psicológica. El riesgo para la vida privada ha de ser también considerado. La investigación también puede implicar riesgos sociales o económicos. Aunque los beneficios totales esperados del proyecto de investigación deberían ser claramente superiores a los riesgos potenciales, la investigación no puede considerarse justificada si hay un riesgo

particularmente alto de producir un grave daño; se llega a un punto en el que la naturaleza y el nivel del riesgo serán inaceptables, aunque la persona otorgue el consentimiento para participar en la investigación.

Los riesgos siempre deben ser minimizados. Es más, en investigación que implica a personas incapaces de consentir, en particular si la investigación no presenta algún beneficio directo potencial para ello, se aplica el principio adicional de riesgo y carga mínimos, es decir, la investigación, no puede implicar más allá que un riesgo y una molestia mínima para tales participantes.

C. Justicia.

El principio de justicia engloba la imparcialidad y la equidad. Este principio ha sido generalmente definido con relación a la biomedicina, pero también tiene importancia particular para investigación.

La cuestión clave es quien debería beneficiarse de la investigación y soportar los riesgos y cargas que conlleva. En la investigación biomédica con seres humanos, esto significa que la distribución de riesgos y cargas, por una parte, y el beneficio por otro, se justifica un principio conocido como justicia distributiva.

La justicia distributiva tiene complicaciones sobre todo en la selección de los participantes de la investigación. Los criterios de la selección deberían ser acordes en el objetivo de la investigación y no simplemente basados, por ejemplo, en la facilidad con la cual pudiera obtenerse el consentimiento. A la inversa, este principio también requiere que los

grupos de individuos que probablemente pudieran beneficiarse de la investigación no sean habitualmente excluidos.

La justicia distributiva presenta especial relevancia práctica en el caso de la investigación realizada en países con recursos muy limitados. Así como la investigación que implica poblaciones vulnerables, personas incapaces de consentir y en investigación en situaciones específicas. Tal investigación debería ser sensible a las necesidades de salud relevantes para los países/poblaciones involucrados de modo que tengan la posibilidad de beneficiarse de los resultados y de las posibles aplicaciones de la investigación.

Los principios éticos establecidos en la normativa y recomendaciones relativas a la investigación biomédica, pretenden proteger la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes de la investigación. La evaluación independiente de la calidad científica de un proyecto de investigación y la revisión de su adecuación ética es crítica para garantizar el respeto de estos principios.

3. RESULTADOS

5.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL USO DE ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA EN MUJERES POST PARTO.

Tabla 01: Edad y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Edad	Uso del Acetato de Medroxiprogesterona				TOTAL	
	SI	%	NO	%		
≤ 17 años	2	1.5%	20	15.2%	22	16.7%
18 - 35 años	43	32.6%	46	34.8%	89	67.4%
≥ 36 años	15	11.4%	6	4.5%	21	15.9%
TOTAL	60	45.5%	72	54.5%	132	100%

Prueba Chi – cuadrado: $x^2 = 17,741$ $gl = 2$ $p - valor = 0.000$

El 67.4% (89) de las mujeres post parto tiene edades entre 18-35 años, de las cuales el 32.6% usan el Acetato de Medroxiprogesterona. Al realizar la prueba Chi-cuadrado para determinar la asociación entre la variable edad y el uso del Acetato de Medroxiprogesterona, se obtuvo el valor de $x^2 = 17.741$ con un p-valor=0,000, siendo esta probabilidad menor que 0,05 ($p < 0,05$), se concluye que la edad está asociada significativamente con el uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres post parto del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Tabla 02: Grado de instrucción y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Grado de Instrucción	Uso del Acetato de Medroxiprogesterona				TOTAL	
	SI	%	NO	%		
Sin estudios	7	5.3%	20	15.2%	27	20.5%
Primaria	9	6.8%	18	13.6%	27	20.5%
Secundaria	24	18.2%	22	16.7%	46	34.8%
Superior no universitaria	13	9.8%	7	5.3%	20	15.2%
Superior universitaria	7	5.3%	5	3.8%	12	9.1%
TOTAL	60	45.5%	72	54.5%	132	100%

Prueba Chi – cuadrado: $\chi^2 = 10,475$ $gl = 4$ $p - valor = 0.033$

El 34.8% (46) de las mujeres post parto tiene como grado de instrucción secundaria, de las cuales el 18.2% usan el Acetato de Medroxiprogesterona. Al realizar la prueba Chi-cuadrado para determinar la asociación entre la variable edad y el uso del Acetato de Medroxiprogesterona, se obtuvo el valor de $\chi^2 = 10.475$ con un p -valor=0,033, siendo esta probabilidad menor que 0,05 ($p < 0,05$), se concluye que el grado de instrucción, está asociada significativamente con el uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres post parto del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Tabla 03: Estado civil y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Estado civil	Uso del Acetato de Medroxiprogesterona				TOTAL	
	SI	%	NO	%		
Soltera	3	2.3%	16	12.1%	19	14.4%
Casada	9	6.8%	6	4.5%	15	11.4%
Conviviente	45	34.1%	40	30.3%	85	64.4%
Separada	3	2.3%	10	7.6%	13	9.8%
TOTAL	60	45.5%	72	54.5%	132	100%

Prueba Chi – cuadrado: $\chi^2 = 12,571$ $gl = 3$ $p - valor = 0.006$

El 64.4% (85) de las mujeres post parto, su estado civil fue conviviente, de las cuales el 34.1% usan el acetato de medroxiprogesterona. Al realizar la prueba Chi-cuadrado para determinar la asociación entre la variable estado civil y el uso del Acetato de Medroxiprogesterona, se obtuvo el valor de $\chi^2 = 12.571$ con un p-valor=0,006, siendo esta probabilidad menor que 0,05 ($p < 0,05$), se concluye que el estado civil está asociado significativamente con el uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres post parto del hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Tabla 04: Ocupación y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Ocupación	Uso del Acetato de Medroxiprogesterona				TOTAL	
	SI	%	NO	%		
Estudiante	15	11.4%	7	5.3%	22	16.7%
Ama de casa	30	22.7%	53	40.2%	83	62.9%
Trabajadora independiente	9	6.8%	7	5.3%	16	12.1%
Trabajadora dependiente	6	4.5%	5	3.8%	11	8.3%
TOTAL	60	45.5%	72	54.5%	132	100%

Prueba Chi – cuadrado: $x^2 = 8,604$ $gl = 3$ $p - valor = 0.035$

El 62.9% (83) de las mujeres post parto, su ocupación fue ama de casa, de las cuales el 22.7% usa el Acetato de Medroxiprogesterona. Al realizar la prueba Chi-cuadrado para determinar la asociación entre la variable estado civil y el uso del Acetato de Medroxiprogesterona, se obtuvo el valor de $x^2 = 8,604$ con un p -valor=0,035, siendo esta probabilidad menor que 0,05 ($p < 0,05$), se concluye que la ocupación está asociado significativamente con el uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres post parto del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Tabla 05: Procedencia y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Procedencia	Uso del Acetato de Medroxiprogesterona				TOTAL	
	SI	%	NO	%		
Urbano	44	33.3%	33	25.0%	77	58.3%
Rural	16	12.1%	39	29.5%	55	41.7%
TOTAL	60	45.5%	72	54.5%	132	100%

Prueba Chi – cuadrado: $x^2 = 10,183$ $gl = 1$ $p - valor = 0.001$

El 58.3% (77) de las mujeres post parto, procedieron de la zona urbana, de las cuales el 33.3% usa el acetato de medroxiprogesterona. Al realizar la prueba Chi-cuadrado para determinar la asociación entre la variable Procedencia y el uso del Acetato de Medroxiprogesterona, se obtuvo el valor de $x^2 = 10,183$ con un p-valor=0,001, siendo esta probabilidad menor que 0,05 ($p < 0,05$), se concluye que la procedencia está asociado significativamente con el uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres post parto del hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

5.2. FACTORES CULTURALES ASOCIADOS AL USO DE ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA EN MUJERES POST PARTO.

Tabla 06: Religión que profesa y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Religión que profesa	Uso del Acetato de Medroxiprogesterona					
	SI	%	NO	%	TOTAL	
Católica	46	34.8%	41	31.1%	87	65.9%
Evangelista	11	8.3%	28	21.2%	39	29.5%
Ninguna	3	2.3%	3	2.3%	6	4.5%
TOTAL	60	45.5%	72	54.5%	132	100%

Prueba Chi – cuadrado: $x^2 = 6,662$ $gl = 2$ $p - valor = 0.036$

El 65.9% (87) de las mujeres post parto, profesan la religión católica de las cuales el 34.8% usan el acetato de medroxiprogesterona. Al realizar la prueba Chi-cuadrado para determinar la asociación entre la religión que profesa y el uso del Acetato de Medroxiprogesterona, se obtuvo el valor de $x^2 = 6,662$ con un p-valor=0,036, siendo esta probabilidad menor que 0,05 ($p < 0,05$), se concluye que la religión está asociado significativamente con el uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres post parto del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Figura 07: Mitos y Creencias y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Mitos y creencias	Uso del Acetato de Medroxiprogesterona					
	SI	%	NO	%	TOTAL	
Engorda	32	14.2%	21	9.3%	53	23.5%
Cortan la sangre	18	8.0%	29	12.8%	47	20.8%
Produce infertilidad	12	5.3%	32	14.2%	44	19.5%
Da cáncer	15	6.6%	30	13.3%	45	19.9%
Otros / Ninguna	26	11.5%	11	4.9%	37	16.4%
TOTAL RESPUESTAS	103	45.6%	123	54.4%	226	100%
TOTAL CASOS	60	45.5%	72	54.5%	132	

Prueba Chi – cuadrado: $x^2 = 23,443$ $gl = 4$ $p - valor = 0.000$

El 23.5% (53) y 20.8% (47) de las respuestas a los mitos y creencias, refieren que engorda y cortan la sangre respectivamente. De las cuales el 14.2% de las mujeres post parto que usan el método refirieron que engordan, mientras que el 8.0% refirió que corta la sangre. Al realizar la prueba estadística Chi-cuadrado para determinar la asociación entre la variable mitos y creencias y el Uso del Acetato de Medroxiprogesterona, se obtuvo el valor de $x^2 = 23,443$ con un p-valor=0,000, siendo esta probabilidad menor que 0,05 ($p < 0,05$), donde se concluye que los mitos y creencias, se encuentran asociados significativamente con el uso del Acetato de Medroxiprogesterona en las mujeres postparto del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Tabla 08: Medios de información y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Medios de Información	Uso del Acetato de Medroxiprogesterona					
	SI	%	NO	%	TOTAL	
Profesional de Salud	25	18.9%	28	21.2%	53	40.2%
Internet	5	3.8%	3	2.3%	8	6.1%
Radio / Programas de TV	1	0.8%	2	1.5%	3	2.3%
Amistades / Familiares	27	20.5%	34	25.8%	61	46.2%
Otros	2	1.5%	5	3.8%	7	5.3%
Total	60	45.5%	72	54.5%	132	100%

Prueba Chi – cuadrado: $x^2 = 2.018$ $gl = 4$ $p - valor = 0.732$

referente a los medios de información y el uso del Acetato de Medroxiprogesterona, se observa que del 46.2% (61) de las que se informaron mediante amistades/familiares, el 20.5% usan el acetato de medroxiprogesterona. Al realizar la prueba estadística Chi-cuadrado para determinar la asociación entre los medios de información y el Uso del Acetato de Medroxiprogesterona, se obtuvo el valor de $x^2 = 2.018$ con un p-valor=0,732, siendo esta probabilidad mayor que 0,05 ($p > 0,05$), se concluye que los medios de información no se asocian significativamente con el uso del Acetato de Medroxiprogesterona en las mujeres postparto del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

5.3. FACTORES GINECO-OBSTETRICOS ASOCIADOS AL USO DE ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA EN MUJERES POST PARTO.

Tabla 09: Paridad y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Paridad	Uso del Acetato de Medroxiprogesterona					
	SI	%	NO	%	TOTAL	
Primípara	15	11.4%	43	32.6%	58	43.9%
Múltipara	36	27.3%	27	20.5%	63	47.7%
Gran múltipara	9	6.8%	2	1.5%	11	8.3%
TOTAL	60	45.5%	72	54.5%	132	100%

Prueba Chi – cuadrado: $x^2 = 18,318$ gl = 2 p – valor = 0.000

El 47.7% de las mujeres post parto son múltiparas, de las cuales el 27.3% usan el acetato de medroxiprogesterona; así como también las primíparas el 11.4% usan dicho método. Al realizar la prueba estadística Chi-cuadrado para determinar la asociación entre la variable Paridad y el Uso del Acetato de Medroxiprogesterona, se obtuvo el valor de $x^2 = 18,318$ con un p valor=0,000, siendo esta probabilidad menor que 0,05 ($p < 0,05$), se concluye que la paridad, se encuentra asociado significativamente con el uso del Acetato de Medroxiprogesterona en las mujeres postparto del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Tabla 10: Periodo intergenésico y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Periodo intergenésico	Uso del Acetato de Medroxiprogesterona					
	SI	%	NO	%	TOTAL	
Menor de 2 años	20	15.2%	11	8.3%	31	23.5%
Mayor o igual a 2 años	18	13.6%	23	17.4%	41	31.1%
No aplica (primer parto)	22	16.7%	38	28.8%	60	45.5%
TOTAL	60	45.5%	72	54.5%	132	100%

Prueba Chi – cuadrado: $\chi^2 = 6,452$ $gl = 2$ $p - valor = 0.040$

El 15.2% de las mujeres post parto, con periodo intergenésico menor de 2 años usa el acetato de medroxiprogesterona, mientras que un 13.6% que usa dicho método corresponde al periodo intergenésico mayor o igual a dos años , Al realizar la prueba estadística Chi-cuadrado para determinar la asociación entre la variable Periodo intergenésico y el Uso del Acetato de Medroxiprogesterona, se obtuvo el valor de $\chi^2= 6.452$ con un p-valor=0,040, siendo esta probabilidad menor que 0,05 ($p<0,05$), se concluye que el periodo intergenésico, se encuentra asociado significativamente con el uso del Acetato de Medroxiprogesterona en las mujeres postparto del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Tabla 11: Tipo de parto y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Tipo de parto	Uso del Acetato de Medroxiprogesterona				TOTAL	
	SI	%	NO	%		
Vaginal	26	19.7%	47	35.6%	73	55.3%
Cesárea	34	25.8%	25	18.9%	59	44.7%
TOTAL	60	45.5%	72	54.5%	132	100%

Prueba Chi – cuadrado: $\chi^2 = 6,376$ $gl = 1$ $p - valor = 0.012$

El 55.3% (73) de las mujeres post parto tuvieron como tipo de parto vaginal, de las cuales el 19.7% usa el acetato de medroxiprogesterona. Al realizar la prueba estadística Chi-cuadrado para determinar la asociación entre el tipo de parto y el Uso del Acetato de Medroxiprogesterona, se obtuvo el valor de $\chi^2 = 6.376$ con un p-valor=0,012, siendo esta probabilidad mayor que 0,05 ($p < 0,05$), se concluye que el tipo de parto, se encuentra asociado significativamente con el uso del Acetato de Medroxiprogesterona en las mujeres postparto del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

**5.4. FACTORES SEXUALES Y REPRODUCTIVOS ASOCIADOS AL
USO DE ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA EN MUJERES
POST PARTO.**

Tabla12: Edad de la primera menstruación y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Edad en la primera menstruación	Uso del Acetato de Medroxiprogesterona				TOTAL	
	SI	%	NO	%		
Menor o igual a 14 años	53	40.2%	64	48.5%	117	88.6%
Mayor a 14 años	7	5.3%	8	6.1%	15	11.4%
TOTAL	60	45.5%	72	54.5%	132	100%

Prueba Chi – cuadrado: $x^2 = 0,010$ $gl = 1$ $p - valor = 0,920$

Se aprecia que el 88,6% (117) de las mujeres post parto, tuvieron su primera menstruación a la edad de 14 o menos años, de las cuales el 40.2% usa el acetato de medroxiprogesterona. Al realizar la prueba estadística Chi-cuadrado para determinar la asociación entre la edad de su primera menstruación y el uso del Acetato de Medroxiprogesterona, se obtuvo el valor de $x^2 = 0.010$ con un p -valor=0,920, siendo esta probabilidad mayor que 0,05 ($p > 0,05$), se concluye que la edad de su primera menstruación, no está asociado significativamente con el uso del Acetato de Medroxiprogesterona en las mujeres postparto del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Tabla 13: Edad de inicio de la Relación sexual y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Edad de inicio de la relación sexual	Uso del Acetato de Medroxiprogesterona				TOTAL	
	SI	%	NO	%		
De 12 a 14 años	13	9.8%	4	3.0%	17	12.9%
De 15 a 17 años	38	28.8%	37	28.0%	75	56.8%
Mayor o igual a 18 años	9	6.8%	31	23.5%	40	30.3%
TOTAL	60	45%	72	55%	132	100%

Prueba Chi – cuadrado: $\chi^2 = 15.919$ $gl = 2$ $p - valor = 0.002$

El 56.8% (75) de las mujeres post parto, tuvieron su primera relación sexual cuando tenían la edad de 15 a 17 años, de las cuales el 28.8 % usa el acetato de medroxiprogesterona. Al realizar la prueba estadística Chi-cuadrado para determinar la asociación entre la edad en su primera relación sexual y el Uso del Acetato de Medroxiprogesterona, se obtuvo el valor de $\chi^2 = 15.919$ con un p-valor=0,002, siendo esta probabilidad menor que 0,05 ($p < 0,05$), se concluye que la edad de inicio de su primera relación sexual, está asociado significativamente con el uso del Acetato de Medroxiprogesterona en las mujeres postparto del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Tabla 14: Edad del primer embarazo y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Edad del primer embarazo	Uso del Acetato de Medroxiprogesterona					
	SI	%	NO	%	TOTAL	
De 12 a 14 años	7	5.3%	2	1.5%	9	6.8%
De 15 a 17 años	18	13.6%	12	9.1%	30	22.7%
Mayor o igual a 18 años	35	26.5%	58	43.9%	93	70.5%
TOTAL	60	45.5%	72	54.5%	132	100%

Prueba Chi – cuadrado: $x^2 = 8,646$ $gl = 2$ $p - valor = 0.013$

El 70.5% (93) de las mujeres post parto, tuvieron su primer embarazo a la edad de 18 o más. De las cuales el 26.5% usan el acetato de medroxiprogesterona. Al realizar la prueba estadística Chi-cuadrado para determinar la asociación entre la edad en su primer embarazo y el Uso del Acetato de Medroxiprogesterona, se obtuvo el valor de $x^2 = 8.646$ con un p-valor=0,013, siendo esta probabilidad menor que 0,05 ($p < 0,05$), se concluye que la edad del embarazo, está asociado significativamente con el uso del Acetato de Medroxiprogesterona en las mujeres postparto del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Tabla 15: Antecedente de aborto y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Uso del Acetato de Medroxiprogesterona						
Antecedente de aborto	SI	%	NO	%	TOTAL	
Si	23	17.4%	8	6.1%	31	23.5%
No	37	28.0%	64	48.5%	101	76.5%
TOTAL	60	45.5%	72	54.5%	132	100%

Prueba Chi – cuadrado: $x^2 = 13,497$ $gl = 1$ $p - valor = 0.000$

El 76.5% (101) de las mujeres post parto, tuvieron un aborto. De las cuales el 28.0% usa el acetato de medroxiprogesterona. Al realizar la prueba estadística Chi-cuadrado para determinar la asociación entre el aborto y el Uso del Acetato de Medroxiprogesterona, se obtuvo el valor de $x^2 = 13.497$ con un p-valor=0,000, siendo esta probabilidad menor que 0,05 ($p < 0,05$), se concluye que el aborto, está asociado significativamente con el uso del acetato de medroxiprogesterona en las mujeres post parto del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Tabla 16: Número de parejas y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Número de parejas	Uso del Acetato de Medroxiprogesterona					
	SI	%	NO	%	TOTAL	
Una pareja	11	8.3%	39	29.5%	50	37.9%
De 2 a 4 parejas	37	28.0%	31	23.5%	68	51.5%
De 5 a más parejas	12	9.1%	2	1.5%	14	10.6%
TOTAL	60	45.5%	72	54.5%	132	100%

Prueba Chi – cuadrado: $\chi^2 = 22,447$ $gl = 2$ $p - valor = 0.000$

El 51.5% (68) de las mujeres post parto, tuvieron de 2 a 4 parejas sexuales, de las cuales el 28% usa el acetato de medroxiprogesterona. Al realizar la prueba estadística Chi-cuadrado para determinar la asociación entre el número de parejas y el uso del acetato de medroxiprogesterona, se obtuvo el valor de $\chi^2 = 22.447$ con un p-valor=0,000, siendo esta probabilidad menor que 0,05 ($p < 0,05$), se concluye que el número de parejas está asociado significativamente con el uso del acetato de medroxiprogesterona en las mujeres postparto del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

5.5. USO DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA EN MUJERES POST PARTO.

Tabla 17: Motivos de no uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

Motivo de no uso del acetato de Medroxiprogesterona	Respuestas	Porcentaje	Porcentaje
	N	de respuestas múltiples	de casos
Dolor de cabeza	39	28.9%	54.2%
Problemas menstruales	31	23.0%	43.1%
Acné	18	13.3%	25.0%
Náuseas y vómitos	10	7.4%	13.9%
Pérdida de densidad ósea	10	7.4%	13.9%
Disminución del deseo sexual	5	3.7%	6.9%
Otros Motivos	22	16.3%	30.6%
Total Respuestas Múltiples	135	100.0%	187.5%
Total Casos	72	54.5%	

Podemos observar que los tres principales motivos por el que las mujeres post parto del Hospital Víctor Ramos Guardia no usan el Acetato de Medroxiprogesterona como método anticonceptivo son Dolor de cabeza, problemas menstruales y el Acné: en el 28.9%, 23.0% y 13.3% representa el total de respuestas múltiples. Asimismo, estos tres principales motivos (dolor de cabeza, problemas menstruales y el Acné) representaron el 54.2%, 43.1% y 25.0% respecto del total de casos (72 mujeres post parto que no usaron el método en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018).

5.6. CONTRASTACIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL USO DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA

Figura 18: Contrastación de los factores asociados con el uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

FACTORE	Presente	Uso del Acetato de Medroxiprogesterona					Chi	
		SI	%	NO	%	TOTAL	Cuadrado	P-valor
SOCIO- DEMOGRAFICOS	Si	48	36.4%	34	25.8%	82	62.1%	$x^2 = 14.943, p = 0.000$
	No	12	9.1%	38	28.8%	50	37.9%	
CULTURALES	Si	42	31.8%	29	22.0%	71	53.8%	$x^2 = 11.631, p = 0.001$
	No	18	13.6%	43	32.6%	61	46.2%	
GINECO- OBSTÉTRICOS	Si	42	31.8%	26	19.7%	68	51.5%	$x^2 = 15.048, p = 0.000$
	No	18	13.6%	46	34.8%	64	48.5%	
SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Si	41	31.1%	32	24.2%	73	55.3%	$x^2 = 7.556, p = 0.006$
	No	19	14.4%	40	30.3%	59	44.7%	
TOTAL		60	45.5%	72	54.5%	132	100%	

Como resultado del contraste de los factores asociados con el uso del acetato de medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018, mediante la prueba de Chi-cuadrado para determinar cuales estaban relacionados se llegó a la siguiente conclusión:

Que los factores Sociodemográficos, Culturales, Gineco-obstétricos y Sexuales y reproductivos se encuentran significativamente asociados con el uso del acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

4. DISCUSIÓN

Los resultados de la presente tesis con respecto al primer objetivo específico estuvo orientado a identificar los factores sociodemográficos asociados al uso del acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto (la edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación y procedencia); fueron presentados en las tablas 1, 2, 3, 4, 5, respectivamente de las cuales se encontró una asociación al uso del acetato de medroxiprogesterona, el 32,6% de las mujeres post parto, tuvieron de 18 a 35 años de edad, el 18,2% tiene grado de instrucción Secundaria; 34,1% pertenece al estado civil conviviente, el 22,7% pertenece a ama de casa, el 33,3 % pertenece a la procedencia Urbano, Similares resultados encontrados según León y Llamas, se halló que en las mujeres en edad fértil que usan el método anticonceptivo se encuentran en un rango de edad de 26 – 35 años⁽³⁷⁾. Al mismo tiempo Martínez Y Measham, mencionaron que el 53% de las que aceptan el uso del acetato de medroxiprogesterona tienen educación secundaria⁽²⁶⁾. León y Llamas, donde la ocupación de amas de casa con un 42,9%, el 45,2% son de procedencia Urbano con respecto a la relación al uso del acetato de medroxiprogesterona.⁽³⁷⁾.

Con respecto al segundo objetivo específico que fue determinar los factores culturales (religión, mitos y creencias, medios de información); fueron presentados en las tablas 6,7 y 8, de las cuales los factores asociados al uso del acetato de medroxiprogesterona fueron, 34,8 % pertenece a la religión católica, el 14,2 % refieren que engordan respecto a los mitos y creencias, el 20,5 % refieren que conocieron el método anticonceptivo por

amistades o familiares donde no se relaciona y tampoco encontramos trabajos de investigación similares a los indicadores. El estudio realizado por Rojas características de las puérperas inmediatas que no aceptan el acetato de medroxiprogesterona; menciona que en un 63.2% de mujeres son de religión católica de las que no usan el acetato de medroxiprogesterona ⁽³²⁾. Castañeda, Castro y Lindoro, menciona en forma general que los mitos y rumores representa un 36.1% y está relacionada con el uso del Acetato de medroxiprogesterona ⁽²³⁾. Asimismo, Rojas menciona que los mitos y creencias representa un 50.9%, da mucha hambre y sube de peso, 41.5% la sangre “se le sube a la cabeza”, 30.4% produce infertilidad, 19.9% produce cáncer; temor a efectos secundarios: 76.6% refirió tener temor, al incremento de peso 45% y la suspensión de regla 44.4% ⁽³²⁾.

El tercer objetivo específico que fue establecer los factores Gineco - Obstétrico asociados al uso del acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto (paridad, periodo intergenésico, tipo de parto); fueron presentados en las tablas 9,10,11, de las cuales se encontró que el 27,3 % pertenece a las mujeres multípara , el 15,2 % pertenece al periodo menor a 2 años donde está relacionada al uso del acetato de medroxiprogesterona, el 25,8 % refieren que tuvieron parto por cesárea resultados similares hechos por Martínez y Measham, un estudio realizado en Colombia en el 2016, mencionaron que las mujeres con más alta paridad (3-4 hijos) son más susceptibles a aceptar métodos anticonceptivos en el post parto ⁽²⁶⁾. Por otra parte, según Rojas no hay relación alguna por que menciona en

su estudio sobre las características de las puérperas inmediatas que no aceptan el acetato de medroxiprogesterona, se halló que el 57.9% de puérperas son multíparas ⁽³²⁾. Rojas, menciona que el 44.4%, pertenece al periodo intergenésico >2 años que está relacionada al no uso del Acetato de medroxiprogesterona ⁽³²⁾. Observando de esta manera que existe una relación significativa respecto al periodo intergenésico. Ponce, donde reportó que el parto por cesárea está relacionada al uso del acetato de medroxiprogesterona ⁽³⁰⁾.

Y en cuanto al cuarto objetivo específico que fu describir los factores sexuales y reproductivos asociados al uso del acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto (menarquia, inicio de relaciones sexuales, edad de primer embarazo, aborto, número de parejas sexuales), que fueron presentadas en las tablas ,12,13,14,15 y 16 respectivamente. De los cuales el 40,2 % fueron mujeres menores o iguales a 14 años el inicio de la menarquia , el 28,8 % refieren que tuvieron relaciones entre las edades de 15 y 17 años ,el 26,5 % refieren que tuvieron su primer embarazo a la edad de mayor o igual a 18 años, el 28,0 % no presentaron ningún aborto, 28.0 % refieren que tuvieron de 2 a 4 parejas sexuales, Segura, mencionó que el 75% de las mujeres inició sus relaciones sexuales entre las edades de 16 a 18 años , el 62,8% ha tenido entre 3 a 4 parejas sexuales ⁽³⁷⁾.

CONCLUSIONES

1. Los factores Sociodemográficos, Culturales, Gineco – Obstétricos, Sexuales y Reproductivos, están asociados significativamente al uso del acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz – 2018.
2. Los factores Sociodemográficos como la edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación y el lugar de procedencia, están asociados significativamente al uso de acetato de medroxiprogesterona en usuarias del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz -2018.
3. Los factores Culturales como la religión y los mitos y creencias están asociados significativamente al uso de acetato de medroxiprogesterona en usuarias del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz -2018.
4. Los factores Gineco-Obstétricos como la paridad, el periodo intergenésico y el tipo de parto están asociados significativamente al uso de acetato de medroxiprogesterona en usuarias del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz -2018.
5. Los factores Sexuales y Reproductivos como el número de parejas sexuales, inicio de relaciones sexuales, el aborto y la edad del primer embarazo están asociado significativamente al uso de acetato de medroxiprogesterona en usuarias del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz -2018.

5. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los profesionales de la salud (Obstetras) tomar en cuenta a las mujeres post parto de un grado de instrucción bajo y los que proceden de zona rural; para su mayor sensibilización de promoción y prevención de igual la orientación y consejería sobre los métodos anticonceptivos.
2. Se recomienda a los profesionales de la salud (Obstetra), enfatizar más en orientación y consejería, durante los controles prenatales, ya que es fundamental que desde ahí, estén muy bien informadas y orientadas para que no tengan problemas en elegir un método anticonceptivo durante el puerperio.
3. Se sugiere a las autoridades de la salud, realizar charlas, promociones y consejería sobre el tema de mitos y creencias que tenemos en nuestra zona en las diferentes instituciones; es importante que cada mujer post parto este orientada sobre el tema.
4. Se recomienda a los jefes Gineco-Obstetricia, que implementen programas por medios audiovisuales sobre temas de planificación familiar para aprovechar el tiempo y lugar de puerperio mediato, donde las Obstetras que estén de turno dean a conocer mediante este medio la planificación Familiar.
5. Se sugiere a los profesionales de la salud dedicados en el área de Gineco-Obstetricia, que continúen con el desarrollo de investigaciones con respecto al tema con la siguiente tesis, a fin de encontrar razones

por las cuales seguimos evidenciando el no uso del Acetato de Medroxiprogesterona.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guzmán A. Análisis de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos. Lima: Congreso Internacional de Obstetricia; 2012.
2. Ministerio de salud del Perú. Situación actual de Salud reproductiva. Lima: Dirección de atención a las personas. [sitio web] 2010 [citado el 21 de enero del 2018]. Disponible en: <http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet>
3. Guzmán S. Preferencias por los atributos de los anticonceptivos: Voces de las mujeres en ciudad Juárez, México. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar. [sitio web] 2007 [citado el 21 de enero del 2018]. Disponible en: http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/_Spanish/course/sesion4/preferencias.html.
4. Távara, L. Análisis de la oferta de anticonceptivos en el Perú. Rev. Peruana de Ginecología y obstetricia. [serial online] 2010 junio; 56. [citado 10 de abril del 2018]. Disponible en URL: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol56_n2/pdf/a07v56n2.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. Estrategias para la programación de la planificación posparto. Catalogación por la Biblioteca de la OMS. [sitio de internet] 2009. [Acceso el 14 de mayo del 2018]. Disponible en

URL:http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112766/9789243506494_spa.pdf;

6. Ministerio de Salud del Perú. Prevalencia de Métodos Anticonceptivos: Oficina de Estadística. Perú: MINSA; 2010.
7. Ministerio de Salud del Perú. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud sexual y Reproductiva. Lima: Norma Técnica de Planificación Familiar.2017.
8. Encuesta Nacional Demográfica de Salud Familiar. Planificación Familiar: Metodología anticonceptiva. Lima: ENDES; 2014. [Serial Online] 2015. [Accedido el 14 de Junio del 2018] Disponible en URL: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
9. INEI. Encuesta Demográfica y salud Familiar – ENDES 2013. Perú. [Serial Online] 2014. [Accedido el 16 de Junio del 2018] Disponible en URL: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/pdf/Libro.pdf
10. Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES. Planificación Familiar. [Serial Online] 2009 [Citado el 24 de octubre del 2018]. Disponible en URL: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html

11. Dirección Regional de Ancash. Situación actual en Salud reproductiva. Salud Sexual y Reproductiva. Ancash: DIRESA, 2015.
12. Marcelo O. Uso de métodos anticonceptivos en el Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, [Serial online] 2016. [citada el 10 Octubre]. Disponible en URL: [URL:http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/2282/T033_07285410_TI_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/2282/T033_07285410_TI_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
13. Organización Mundial de la Salud. Estrategias para la programación de la planificación posparto. Catalogación por la Biblioteca de la OMS. [sitio de internet] 2009. [Acceso el 14 de mayo del 2018]. Disponible en URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112766/9789243506494_spa.pdf;jsessionid=7745CB71C31663A3EF8534E7A35A0D9B?sequence=1
14. Ministerio de Salud. Norma técnica de Planificación Familiar. Ministerio de Salud. 2016; NTS N°124-DGSP-01.PER.
15. Navarro J, Trillo C, Barea A, Llamazares J. Anticoncepción y salud Sexual en atención Primaria. Revista de Ginecológica de Madrid. [Serial online] 2014 Abril 30(84). [citada el 15 de abril del 2018]. Disponible en URL: file:///C:/Users/Windows%208.1/Downloads/6.-Navarro-J-Trillo-C-Barea-A-Llamazares-J.-Anticoncepci%C3%B3n-y-salud-Sexual-en-atenci%C3%B3n-Primaria.-Revista-de-Ginecologica-de-Madrid.pdf

16. Carmona G, Aspilcueta J, Cárdenas U, Flores S, Álvarez E, y Solary L. Intervenciones para optimizar la oferta a métodos modernos de planificación familiar en la Región de Loreto. Perú. Revista Gerencia Política de Salud de Bogotá-Colombia. [Serial online] 2016 Enero - Junio; 15(30). [citado 15 de abril del 2018]. Disponible en URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v15n30/v15n30a11.pdf>
17. Ovies G, Santana F, Padrón R. Anticoncepción Posparto. Revista Cubana Endocrinología. [Serial online] 1999; 10(1). [Accedida el 15 de abril del 2018]. Disponible en URL: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol10_1_99/end09199.htm
18. Condori M, Camacho J. Conocimiento y actitud que tienen las Puérperas sobre el acetato de medroxiprogesterona (depo-provera) y su aceptación como método anticonceptivo. Instituto especializado Materno Perinatal – 2005. Perú. Tesis pregrado. 2005. [Accedido el 06 de octubre del 2018]. Disponible en URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2984/Condori_tm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Capella D, Schilling A, Villaroel C. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS. Revista Chilena de obstetricia y ginecología. [Serial online] 2017 abril; 82(2). [citada el 10 de junio del 2018]. Disponible en URL: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v82n2/art12.pdf>

20. Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Organización Mundial de la Salud (OMS). [serial online] 2014. [citada el 30 de Agosto del 2018]. Disponible en URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112766/9789243506494_spa.pdf;jsessionid=D292169E1ED2FA022EAA7612AADF13AC?sequence=
21. Anticoncepción en el puerperio y la lactancia. Revista Docplayer. Cap 5. [serial Online] 2010. [Accedido el 14 de agosto del 2018] Disponible en URL: <https://docplayer.es/68372248-Anticoncepcion-en-el-puerperio-y-lactancia.html>
22. Protocolo de vigilancia en la Salud Publica. Morbilidad Materna Extrema: Vigilancia y Análisis del Riesgo En Salud Pública. Colombia: INS. [Serial online] 2014 Jun; 59(02). [Citada el 10 de mayo del 2018]. Disponible en URL: <http://cruevalle.org/files/PRO-Morbilidad-Materna-Extrema.pdf>
23. Castañeda o, Castro l, Lindoro k. Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una Unidad de Medicina Familiar en Sonora, México. Artículo de Investigación. [Serial online] 2008; 10 (3)37-41 [Citada el 12 de setiembre 2018]. Disponible en URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2008/amf082c.pdf>

24. Romo G, García G, Huerta L. Factores que influyen en la aceptación o rechazo de los métodos anticonceptivos en el puerperio. México. Revista de investigación. Biblioteca Virtual en Salud. [Serial online] 2001. [Citada el 12 de setiembre 2018]. Disponible en URL: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/es/lil-310811?lang=es>
25. Romero G. Aceptación de anticonceptivos durante el puerperio en embarazos no planeados. Artículo de ginecología y obstetricia. [serial online]. 2009;77(11):499-503. [citado el 20 de mayo del 2018]. Disponible en URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2009/gom0911b.pdf>
26. Martínez E, Measham A. Factores que influyen en la aceptación de planificación familiar en los programas post-parto. Influencia del esposo-madre. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [Serial online] 2016; 24(3). [Citada el 16 de mayo del 2018]. Disponible en URL: <file:///C:/Users/Windows%208.1/Downloads/15.-Martinez-E-Measham-A.-Factores-que-influyen-en-la-aceptaci%C3%B3n-de-planificaci%C3%B3n-familiar-en-los-programas-post-parto.pdf>
27. Pérez L. Métodos anticonceptivos de elección en el puerperio inmediato en pacientes adolescentes. Revista nacional (itagua). [serial online]. 2015; 7(2): 24-34: [citado el 18 de mayo del 2018]. Disponible en URL:

<http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v7n2/v7n2a05.pdf>

28. Segura A. "Nivel de conocimientos y actitudes que tienen las puérperas multíparas sobre métodos anticonceptivos en el Hospital San Juan de Lurigancho. enero 2018". Tesis Licenciatura. Universidad Nacional Federico Villareal. Escuela de Obstetricia. [Serial online] 2018. [Citado el 12 de setiembre 2018]. Disponible en URL: http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/1920/Segura_Roman_Adriana_Leyla_Titulo_Profesional_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Allyon A. "Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las puérperas adolescentes en el hospital regional docente Materno Infantil "El Carmen", febrero 2017". [Tesis]. Perú D.F.: Universidad Peruana del Centro, Facultad de Obstetricia; 2017. [Citado el 05 de setiembre del 2018]. Disponible en URL: <http://ri.uaq.mx/xmlui/bitstream/handle/123456789/2177/RI001530.pdf?sequence>http://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/UPECEN/116/1/T102_70019889_T.pdf
30. Ponce R. Barreras percibidas por las puérperas para el uso de métodos anticonceptivos modernos en el Instituto Nacional materno Perinatal. [Tesis pregrado]. Lima-Perú: Universidad nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Obstetricia; 2017. [Accedido el 15 de junio del 2018]. Disponible en

URL:file:///C:/Users/Windows%208.1/Downloads/20.-Ponce-R.-
Barreras-percibidas-por-las-puerperas-para-el-uso-dem%C3%A9todos-
anticonceptivos-modernos- en-el-Instituto-Nacional-materno-
Perinatal.pdf

31. Chávez C. Asociación entre el uso del acetato de medroxiprogesterona con el grado de conocimiento del mecanismo de acción y efectos secundarios en el C.S. Primavera: enero - febrero, 2012. [Tesis de grado]. Perú. Universidad Nacional de San Marcos, Escuela de Obstetricia; 2012. [Citado el 19 de mayo del 2018]. Disponible en URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3002/Ch%C3%A1vez_mc.pdf?sequence=1&isAllowed=y
32. Rojas S. Características de las puérperas inmediatas que no aceptan el acetato de medroxiprogesterona. Hospital de Ventanilla. Setiembre. [Tesis pregrado]. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina; 2016. [Citada el 15 de junio del 2018]. Disponible en URL: file:///C:/Users/Windows%208.1/Downloads/21.-Rojas-Y.-
Caracter%C3%ADsticas-de-las-pu%C3%A9rperas-inmediatas-que-no-
aceptan- el-acetato-de-medroxiprogesterona.-Hospital-de-
Ventanilla.pdf
33. Gama N. Factores que influyeron en el abandono de métodos anticonceptivos en puérperas, atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, noviembre-diciembre del 2015. [Tesis para optar el Grado

de Maestría en Salud Pública]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [serial Online] 2016. [Citado el 15 de agosto del 2018]. Disponible en URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4733/Gama_cn.pdf?sequence=1

34. García L, LLactahuaman S. Asociación entre el acetato de medroxiprogesterona y deseo sexual en usuarias de planificación familiar. Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre y diciembre 2012. [Tesis Pregrado]. Perú: Universidad Nacional Mayor de san Marcos. Facultad de Obstetricia; 2012. [Citado el 09 de octubre del 2018]. Disponible en URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2986/Garcia_bl.pdf?sequence=1&isAllowed=y

35. PAZ E. "Factores que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos (acetato de medroxiprogesterona y/o condón) en puérperas mediatas. Hospital de Apoyo Huanta, diciembre 2015 - febrero 2016". Tesis Pregrado. Universidad Nacional San Cristóbal De Huamanga. Escuela Profesional de Obstetricia. 2016. [Citado el 06 de octubre del 2018]. Disponible en URL: file:///C:/Users/PC5/Downloads/Tesis%200768_Paz.pdf

36. Gil F. Conocimientos, actitudes y aceptación de los efectos secundarios del acetato de medroxiprogesterona en usuarias de un servicio de

- planificación familiar de Lima, 2005. Artículo científico. Perú. [Citado el 06 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203119676008.pdf>
37. León C, LLamas G. “Deseo sexual inhibido en mujeres usuarias de acetato de medroxiprogesterona en el centro de salud Maritza campos Díaz – zamácola noviembre, diciembre arequipa 2015”. Tesis Pregrado. Perú: Universidad Católica De Santa María. Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura. (2016). [Citado el 08 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/54222776.pdf>.
38. Cara Williams, Sarah M. Creighton. Menstrual Disorders in PO Medroxyprogesterone acetate: Review of Current Practice Horn postpartum Res in 2012; 78:135-143.
39. Ministerio de Salud. Norma técnica de Planificación Familiar. Ministerio de Salud.; NTS N°124-DGSP-01.PER. [serial online]. 2017 [citado el 18 de agosto del 2018]. Disponible en URL: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>
40. Leí G. Efectos secundarios caso discontinuación del método acetatomedroxiprogesterona. (Depo-Medroxyprogesterone en mujeres de Sudamericanos) Publicación OPS/OMS; 2009.
41. Rivera R., Angle M. Inyectable trimestral anticonceptivo nueva opción anticonceptiva; 2010.

42. Organización Mundial de la Salud. Improv ins access to quality care infamily planning criteria in select methods of contraception. Ginebra: OMS;2009.
43. Murillo A. La aceptabilidad del acetato de Medroxiprogesterona. Bolivia:Fundación San Gabriel; 2011
44. Fichas técnicas del Centro de Información online de Medicamentos de laAEMPS– CIMA [Serial Online] 2011 [citado el 09 de Abril del2018]. Disponible en URL :<https://sinaem4.agemed.es/consaem/fichasTecnicas.do?metodo=detalle> Form.
45. Hatcher R. Criterios médicos de elegibilidad de la OMS para indicar el uso de métodos anticonceptivos. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Centro para Programas de Comunicación. Estados Unidos: Universidad de Johns Hopkins. Facultad de Salud Pública; 2009.
46. Organización Mundial de la Salud. Improvins access to quality care infamily planning criteria in select methods of contraception. Ginebra: OMS;2009.
47. Tejada L Salud y bienestar. [sitio web] 2016 [citado el 10 de abril del2017]. Disponible en: <https://lasaludi.info/mareos-y-nauseas.html>
48. Rodríguez R. Caracterización de las progestinas inyectables y sus beneficios en la planificación familiar. Revista Cubana de medicina

- general integral. 2003; 19(2).
49. Ministerio de Salud del Perú. Situación actual de salud reproductiva y uso de métodos anticonceptivos modernos. Perú: MINSA; 2009.
 50. Ministerio de Salud del Perú. Situación actual de salud reproductiva: Dirección de atención a las personas. Lima: ENSSR; 2009.
 51. Marnet J. CCM Salud. [Serial Online] 2017 [citado el 26 de Junio del 2018]. Disponible en URL: <http://salud.ccm.net/faq/8527-efecto-secundario-definicion>.
 52. Chuarcz-Sala-Duverges. Obstetricia. Editorial: El Ateneo; 2006.
 53. Garcia F. Guo Wis, Variability in pharmacokinetics of long-acting injectable contraceptives. New York: Population and delivery systems; 2009.
 54. Gimes D. Los métodos hormonales pueden influir en los dolores de cabeza. Anticoncepción y condiciones crónicas. Network; 2009.
 55. Grupo Internacional para el Asesoramiento Médico de IPPF (IMAP). Declaración del IMAP sobre los Métodos Anticonceptivos Hormonales. [Serial Online] 2009 [citado el 11 de octubre 2018]. Disponible en URL: <http://www.ippf.org/medical/bulletin/pdf/Vol36no5Oct2002es.pdf>.
 56. Diccionario Mosby Pocket. Elsevier Mosby. 6ta ED. 2011.
 57. Hatcher A. Organización Mundial de la Salud. Population

- Reports. Programa de Información en Población de Johns Hopkins. Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva. Manual para personal Clínico. Junio; 2010.
58. World Health Organization. A multicentered phase III comparative trial of Depot Medroxyprogesterone acetate given three monthly at doses of 100mg on 150 mg. Contraceptive efficacy and side effects. Contraception. Ginevra: WHO; 2013.
59. EUSTAD. Núcleo Familiar. [Serial Online]. 2016. [Citado el 12 de abril del 2018]. Disponible en URL: http://www.eustad.eus/documentos/opt_0/tema_165/element_1468/definicion.html.
60. Reyes R. Factores Culturales y Desarrollo Cultural Comunitario. Reflexiones desde la Práctica. Libro Virtual [serial Online] 2018. [Accedido el 15 de agosto del 2018]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2011c/985/factores%20culturales%20y%20desarrollo%20cultural.html>
61. Díez de Velasco F. Conceptos generales y glosario sobre Religión y Religiones. Revista Online en URL: <https://fradive.webs.ull.es/introhis/materialreligiones.pdf>
62. UNFPA. Centro de Promoción y defensa de los derechos sexuales y

- reproductivos (Promsex). Mitos y Métodos Anticonceptivos. [serial Online] 2011. [Accedido el 17 de agosto del 2018]. Disponible en UR: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/PROMSEX-Mitos-Metodos-Anticonceptivos.pdf>
63. Peralta O. Salud Reproductiva en el periodo Post-parto: Manual para el entrenamiento del personal de los servicios de salud. Aspectos Clínicos del Puerperio. ICMER. Chile. [Serial online] 1996; 17 (38). [Citada el 19 de mayo del 2018]. Disponible en URL:https://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf
64. MINSA. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. 1st ed. Lima: Grafica Ñañez S.A.; 2004.
65. Unicef. Derechos sexuales y Reproductivos. Colombia. [Citada el 19 de mayo del 2018]. Disponible en URL:https://www.unicef.org/colombia/pdf/co_resources_ID7_capt_seis.pdf
66. Banda O. Adolescentes. Enfermería Universitaria [Serial Online]. 2009, Dic. [citado 15 Mar. 2018]; 9 (3): pp.20-40. Disponible en URL: <http://Search.ebsrohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9hAN=4331180>.
67. Gonzales G. Conducta sexual de los adolescentes. [Tesis]. St. Louis

(MO). México: Universidad Iberoamericana; 2013.

68. Díaz S. Anticoncepción posparto ICMER. Revista del Instituto Chileno de medicina reproductiva. [Serial online] 2017; 25(30). [Citado el 20 de mayo del 2018]. Disponible en URL: https://www.icmer.org/documentos/lactancia/ANTICONCEPCION_PO SPARTO_2017.%20ppt.pdf
69. Díaz S. Anticoncepción posparto ICMER. Revista del Instituto Chileno de medicina reproductiva. [Serial online] 2017; 25(30). [Citado el 20 de mayo del 2018]. Disponible en URL: https://www.icmer.org/documentos/lactancia/ANTICONCEPCION_PO SPARTO_2017.%20ppt.pdf
70. Estrategias para la programación de la Planificación familiar Post Parto. Justificación para la planificación. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. [Serial online] 2014. [Citado el 27 de mayo del 2018]. Disponible en URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112766/9789243506494_spa.pdf;jsessionid=CF82779428EAE225B7BE1084C0AC5D18?sequence=1
71. Floréz J. Farmacología Humana. 6th ed. Madrid: Elsevier Masson S.A; 2013. Organización Mundial de la Salud. Salud Sexual y Reproductiva. Promover la Planificación Familiar. [serial online]. 2018 [citado el 1 de setiembre del 2018]. Disponible en URL:

http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/es/

72. Diccionario médico. 2 ed. Salvat; 2009.
73. Arias M. Complicaciones en el embarazo. Mosby Doyma. Panamá: Guía Práctica para el embarazo de alto riesgo; 2008.
74. MINSA. Norma técnica de Planificación Familiar, editor. Peru: Minsa 2004.
75. Programa de Planificación Familiar. México: UNFPA; 2012.
76. Organización Mundial de la Salud: Biblioteca salud sexual y reproductiva. [Serial online] MS. 2014. [Citado el 25 de mayo del 2018]. Disponible en URL: <https://extranet.who.int/rhl/es>
77. Norma técnica de Emergencias Obstétricas. [Serial online] MS. 2010. [Citado el 25 de agosto del 2018]. Disponible en URL: <https://extranet.who.int/rhl/esNorma/emergencias>
78. Fernández P. Metodología de la investigación. 3ra. ed. México: McGraw Hill; 2003.
79. Hernández S. Metodología de la investigación. 5ta. Ed. México. McGraw Hill; 2013.

ANEXOS

ANEXO 01

CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL " SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO "

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

INDICACIONES: a continuación, le presentamos un cuestionario de preguntas del proyecto de investigación "factores asociados al uso del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo en mujeres post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2018". Lo cual deberá resolverlo en 20 minutos aproximadamente, cualquier duda acerca de alguna pregunta planteada será esclarecida. Las respuestas serán confidenciales y anónimas. Agradecemos su participación.

Datos: **FECHA:** / /

I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.

1. Edad:

- a) Menor o igual a 17 años.
- b) De 18 a 35 años.
- c) Mayor o igual a 36 años.

2. Grado de Instrucción:

- a) Sin instrucción.
- b) Primaria.
- c) Superior no Universitario.
- d) Secundaria.
- e) Superior Universitario.

3. Estado Civil:

- a) Soltera.
- b) Conviviente.
- c) Casada.
- d) Separada.

4. Ocupación:

- a) Estudiante.
- b) Ama de casa.
- c) Trabajadora independiente.
- d) Trabajadora dependiente.

5. Lugar de procedencia:

- a) Rural.
- b) Urbano.

II. FACTORES CULTURALES:

6. ¿Qué religión profesa?

- a) Católico.
- b) Evangelista.
- c) Ninguno.

7. Marque según usted cree sobre los mitos y creencias respecto al inyectable trimestral:

- a) Engorda.
- b) Corta la sangre.
- c) Producen infertilidad.
- d) Da cáncer.
- e) Otros/Ninguna.

8. ¿Mediante qué medios conoció usted el método del inyectable trimestral?

- a) Profesional de Salud.
- b) Internet.
- c) Radio/Programas de TV.

d) Amistades/familiares.

e) Otros.

III. FACTORES GINECO-OBSTETRICOS:

9. Número de hijos según paridad:

a) Primípara (un hijo).

b) Multípara (de 2 a 5 hijos)

c) Gran multípara (6 a más hijos)

10. Periodo intergenésico ¿(después de cuánto tiempo se volvió a embarazar)?

a) menor de 2 años.

c) No aplica (primer parto).

b) mayor o igual a 2 años.

11. Tipo de parto que tuvo:

a) Vaginal.

b) Cesárea.

IV.FACTORES SEXUALES Y REPRODUCTIVOS:

12. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación?

a) Menor o igual a 14 años.

b) Mayor a 14 años.

13. A qué edad inicio su relación Sexual:

a) De 12 a 14 años.

c) Mayor o igual a 18 años.

b) De 15 a 17 años.

14. ¿Qué edad tuvo en su primer embarazo?

a) De 12 a 14 años.

c) Mayor o igual a 18 años.

b) De 15 a 17 años.

15. ¿ha tenido usted algún Aborto?

a) Si.

b) No.

16. Cuantas parejas sexuales diferentes ha tenido?

a) 1 (una pareja).

c) De 5 a más parejas.

b) De 2 a 4 parejas.

V. USO DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA:

17. Usted se ha colocado como método anticonceptivo la ampolla de 3 meses?

a) Si.

b) No

18. Si la respuesta es NO puede marcar 1 o más respuestas. ¿Cuál es el motivo para que no haya aceptado el uso de la ampolla de 3 meses?

a) Cefalea.

e) Pérdida de densidad Ósea.

b) Irregularidades en el Sangrado.

f) Disminución del Deseo Sexual.

c) Acné.

g) Otros.

d) Nauseas y Mareos.

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL "SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO"

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Estimada Señora. Somos las bachilleres de obstetricia: Ramos Bautista Cáterin Meliza y Mendoza Peregrino Shirley Mirella, De la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, en el presente periodo me encuentro realizando un trabajo de investigación en coordinación con el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz con la finalidad Identificar la opinión de la pareja en pacientes puérperas atendidas en este hospital durante año 2018, por lo cual es de suma importancia y ayuda su participación con el presente cuestionario.

La presente investigación es no experimental, por lo que no corre con ningún riesgo que pueda afectarla a usted. La información que usted brinde es totalmente confidencial, por participar en esta investigación no recibirá ninguna retribución económica y que en el momento que usted considere puede negarse a participar.

Si accede de manera voluntaria, se le solicita que responda con sinceridad las preguntas que a continuación se presentan.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento. Se le agradece de antemano su colaboración.

HUARAZ..... de.....del 2018.

FIRMA

ANEXO N° 03

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS

A continuación, le presentamos ocho aspectos relacionados al proyecto de investigación, a los cuales se calificará con la puntuación 1 o 0 de acuerdo a su criterio.

1. El instrumento persigue los fines del objetivo general (...)
2. El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos (...)
3. La hipótesis es atingente al problema y a los objetivos planteados (...)
4. El número de los ítems que cubre a cada dimensión es correcta (...)
5. Los ítems están redactados correctamente (...)
6. Los ítems despiertan ambigüedades en el encuestado (...)
7. El instrumento a aplicarse llega a la comprobación de la hipótesis (...)
8. La hipótesis está formulada correctamente (...)

LEYENDA

PUNTUACIÓN

DA: De acuerdo

1

ED: En desacuerdo

0

RESULTADOS

	Item_1	Item_2	Item_3	Item_4	Item_5	Item_6	Item_7	Item_8	Total Juez
Juez_1	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Juez_2	1	1	1	1	1	0	1	1	7
Juez_3	1	1	1	1	1	0	1	1	7
Juez_4	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Juez_5	1	1	1	1	1	0	1	1	7
Total ítem	5	5	5	5	5	2	5	5	37

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} = \frac{28}{28 + 4} = \frac{28}{32} = 0.925 = 92.5\%$$

Donde:

b = Grado de concordancia entre jueces;

T_a = n° total de acuerdos (1)

T_d = n° total de desacuerdos (0)

Criterio de concordancia: si b > 80%, entonces el instrumento tiene concordancia entre todos los jueces

ANEXO N° 4



HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA – HUARAZ

CARGO FUT

SOLICITA:

.....

INTERESADO:.....con

DNI

N°.....

TEXTO

SIMPLIFICADO:.....

.....
.....
.....
.....
.....

ANEXO N° 5

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL USO DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA.

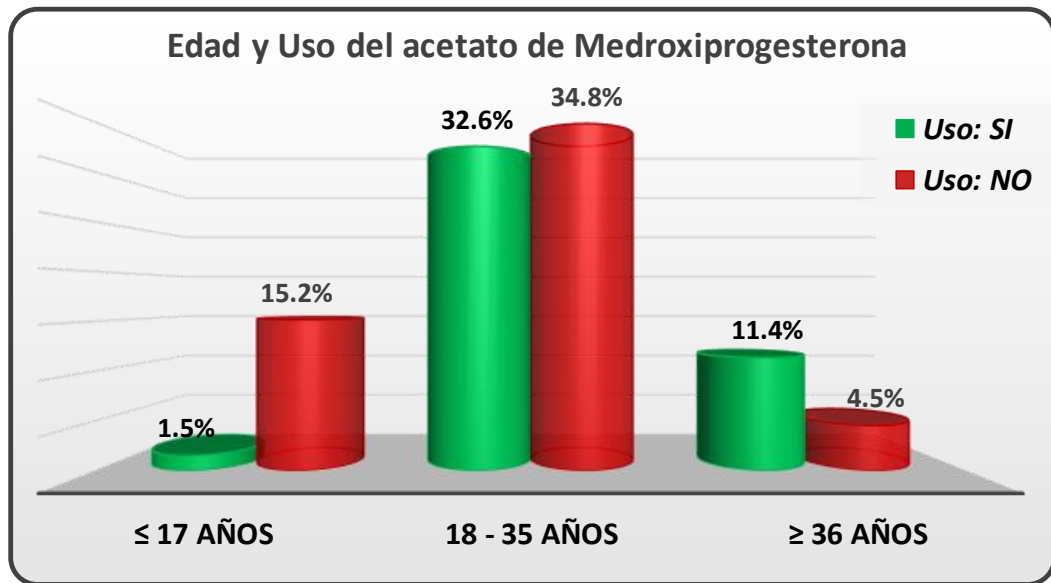


Figura 01:

Edad y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

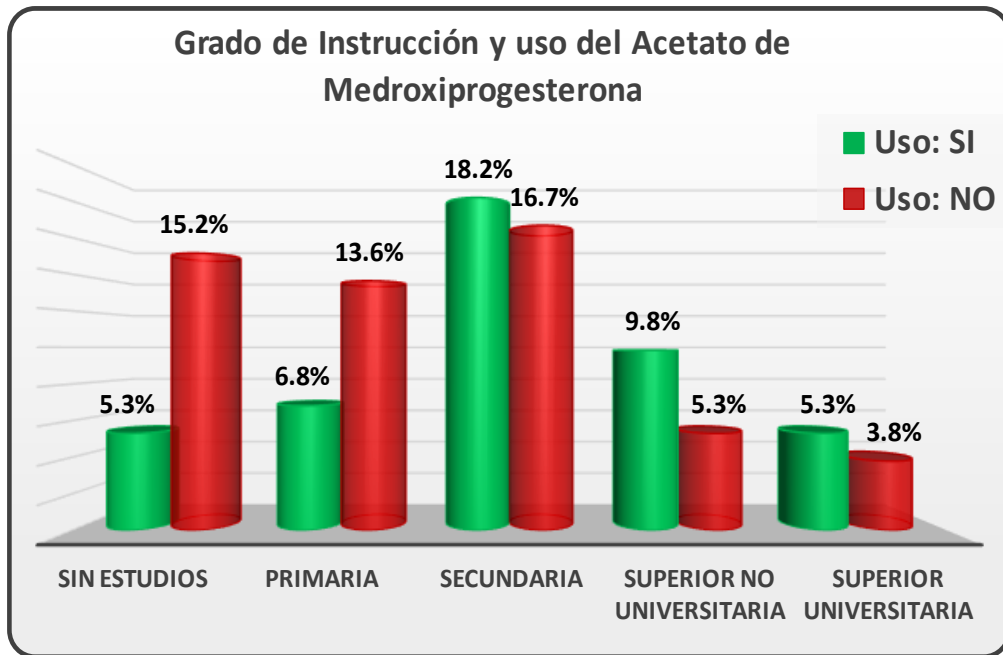


Figura 02:

Grado de instrucción y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

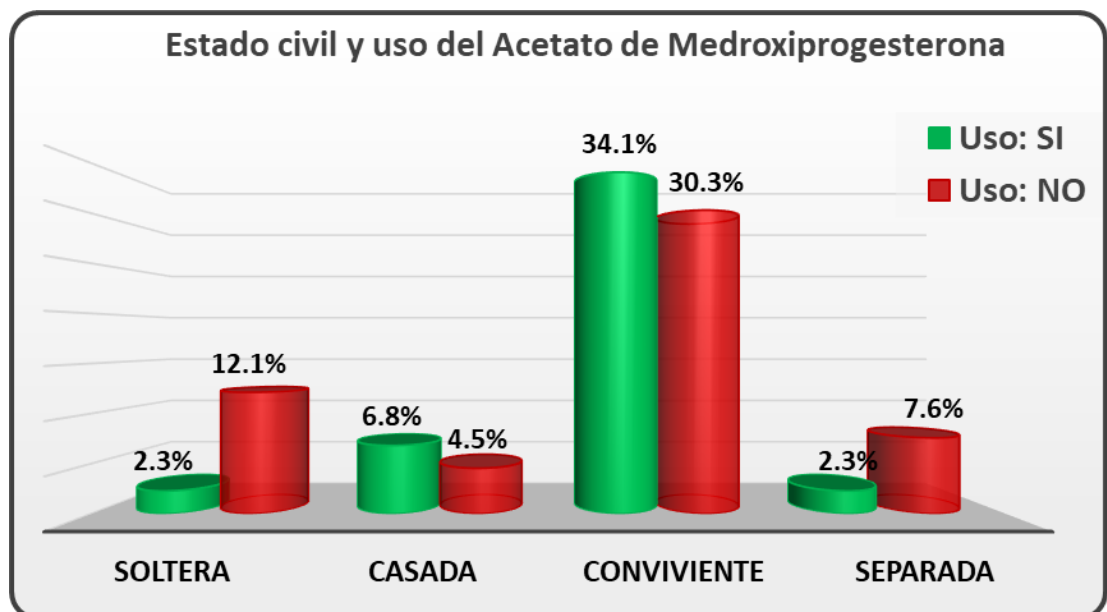


Figura 03:

Estado civil y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

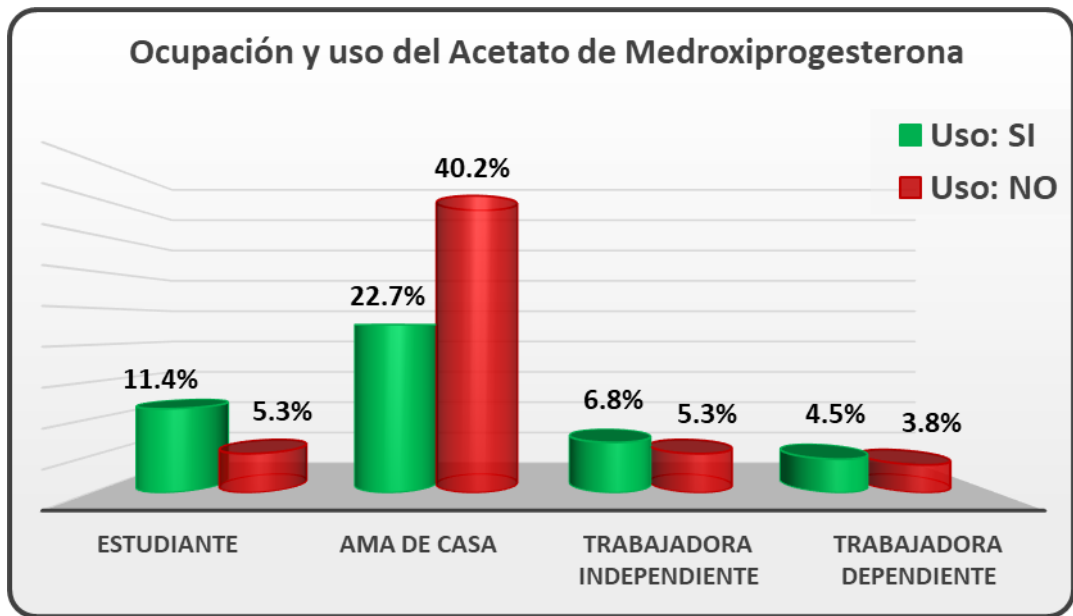


Figura 04:

Ocupación y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

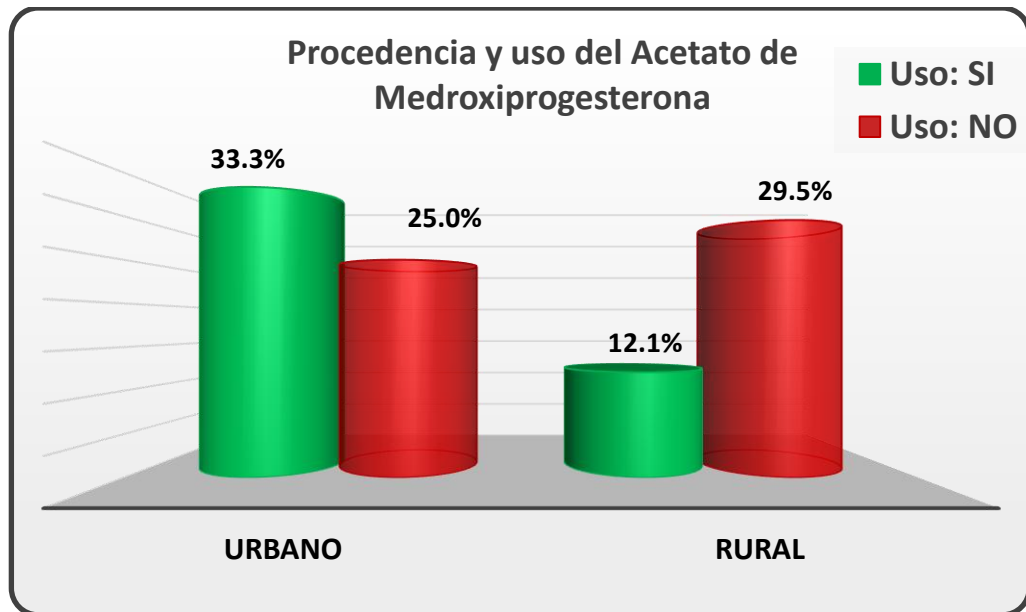


Figura 05:

Procedencia y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

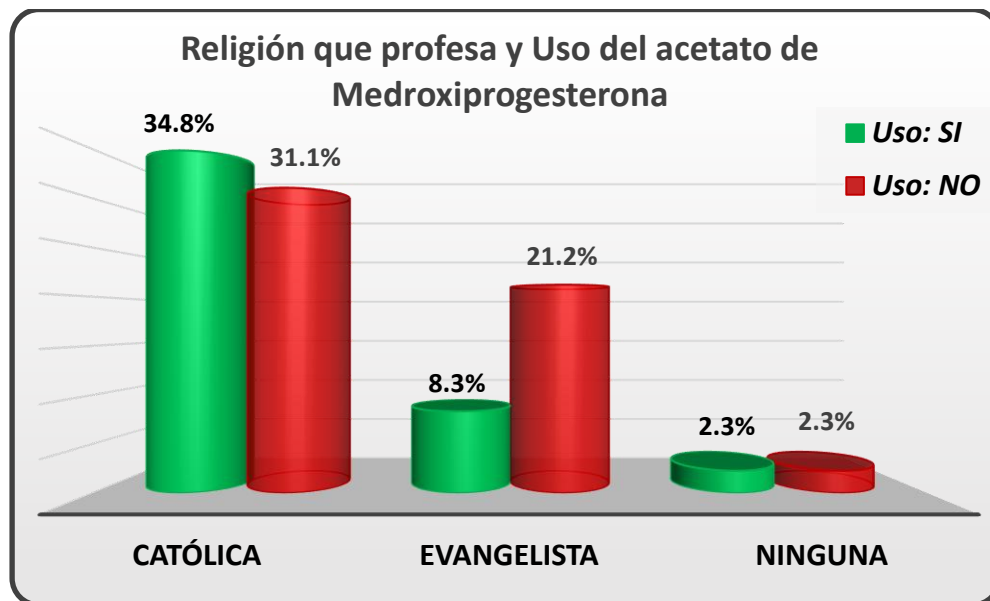


Figura 06:

Religión que profesa y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

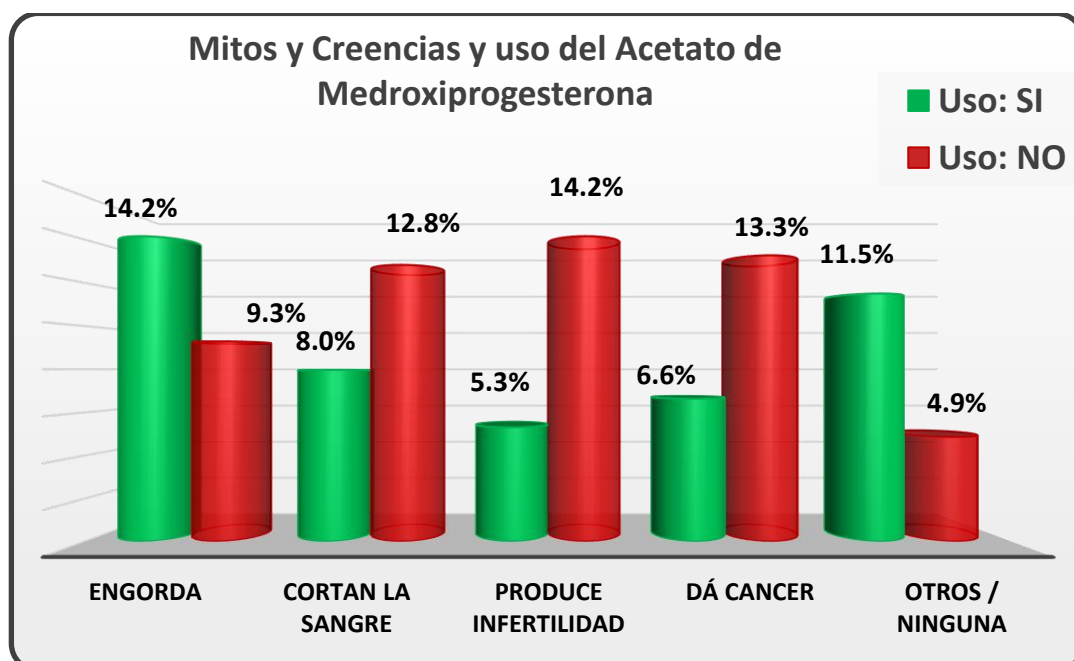


Figura 07:

Mitos y Creencias y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

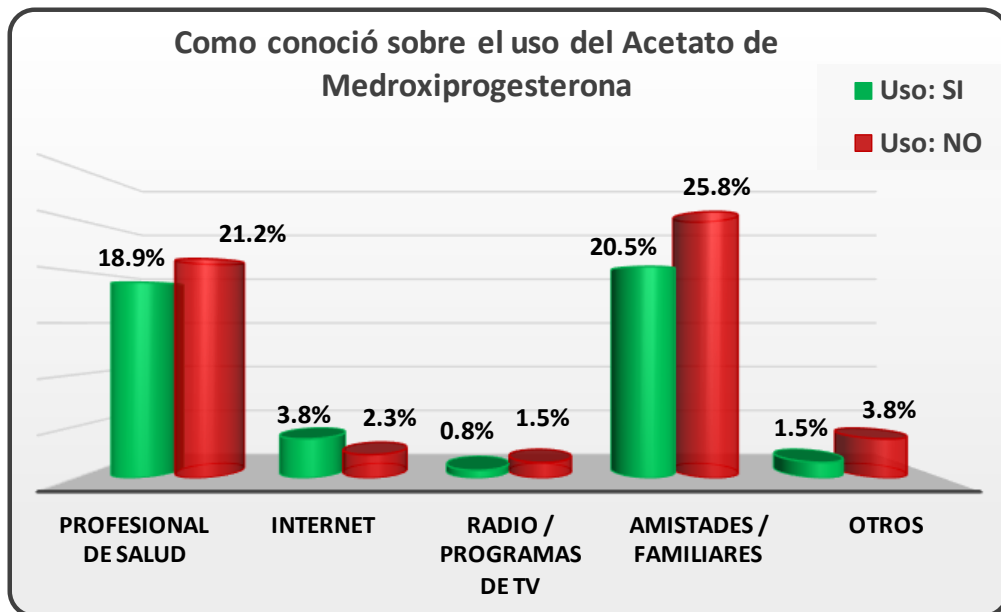


Figura 08:

Como conoció del método y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

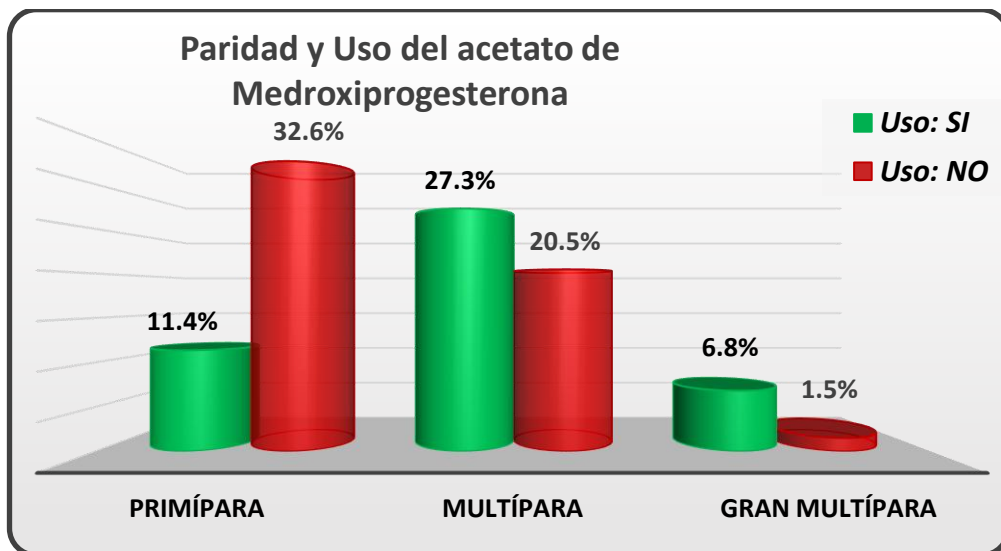


Figura 09:

Paridad y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

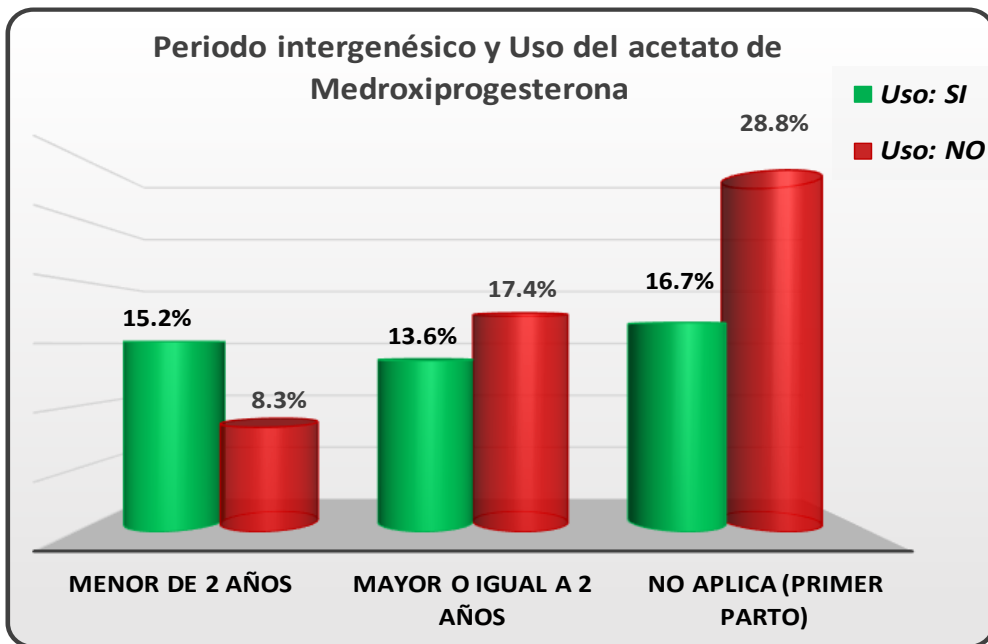


Figura 10:

Periodo intergenésico y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

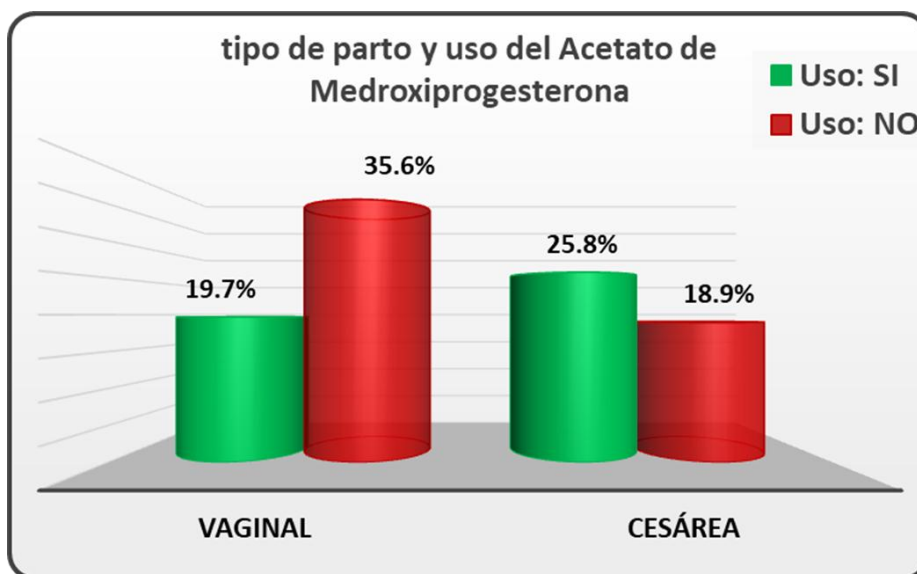


Figura 11:

Tipo de parto y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

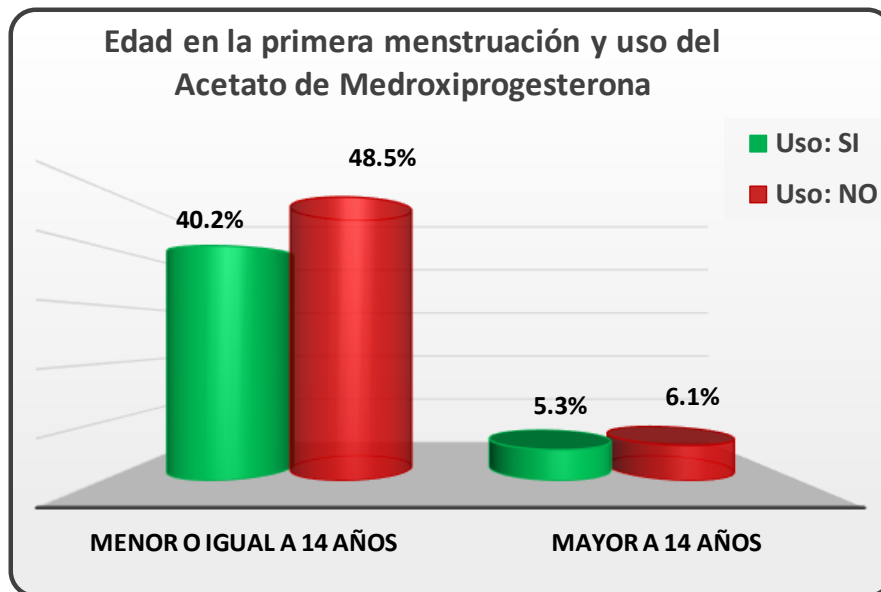


Figura 12:

Edad en la primera menstruación y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

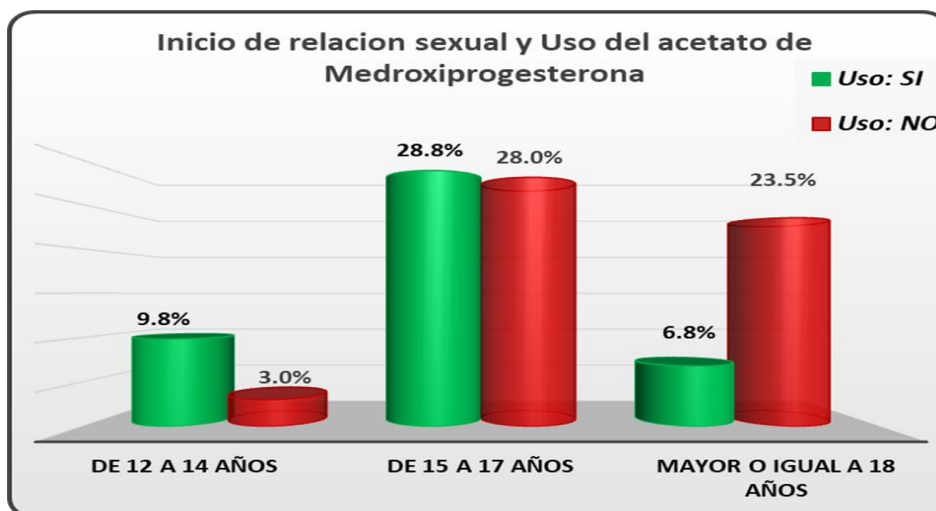


Figura 13:

Edad de inicio de Relación sexual y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

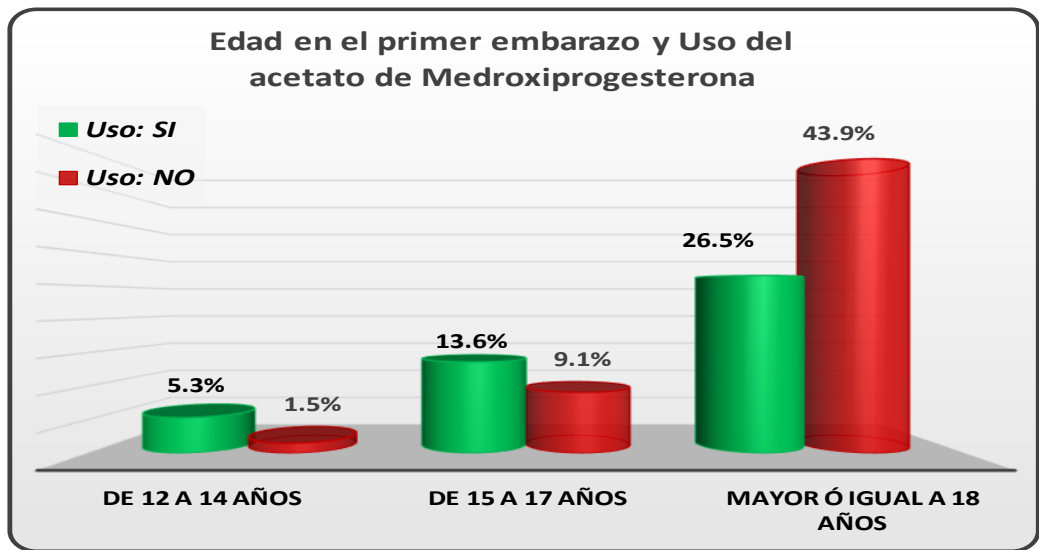


Figura 14:

Edad del primer embarazo y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

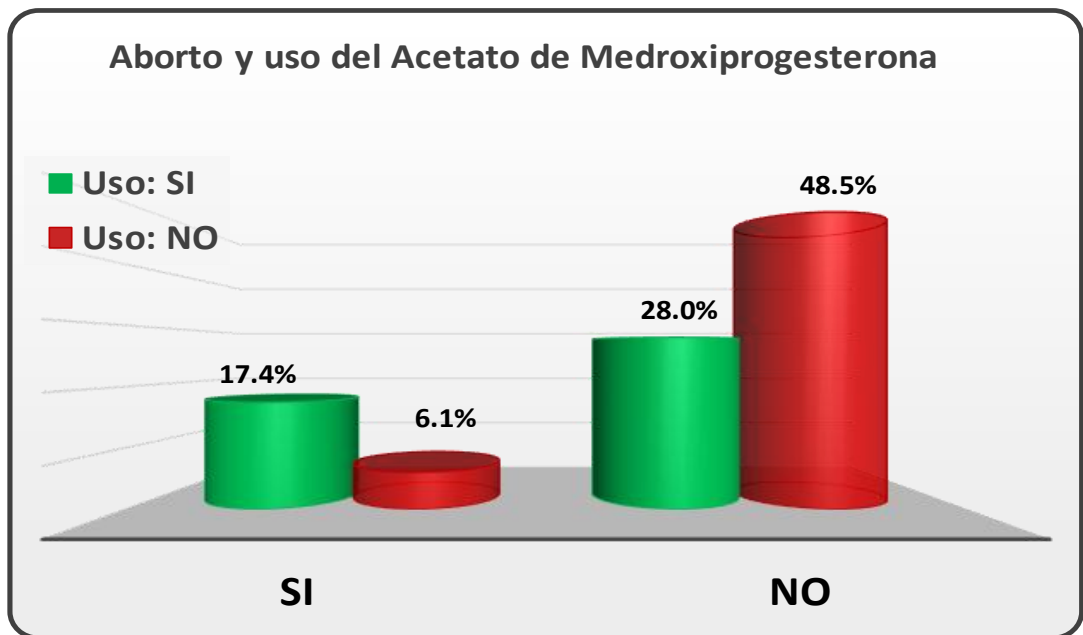


Figura 15:

Aborto y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.

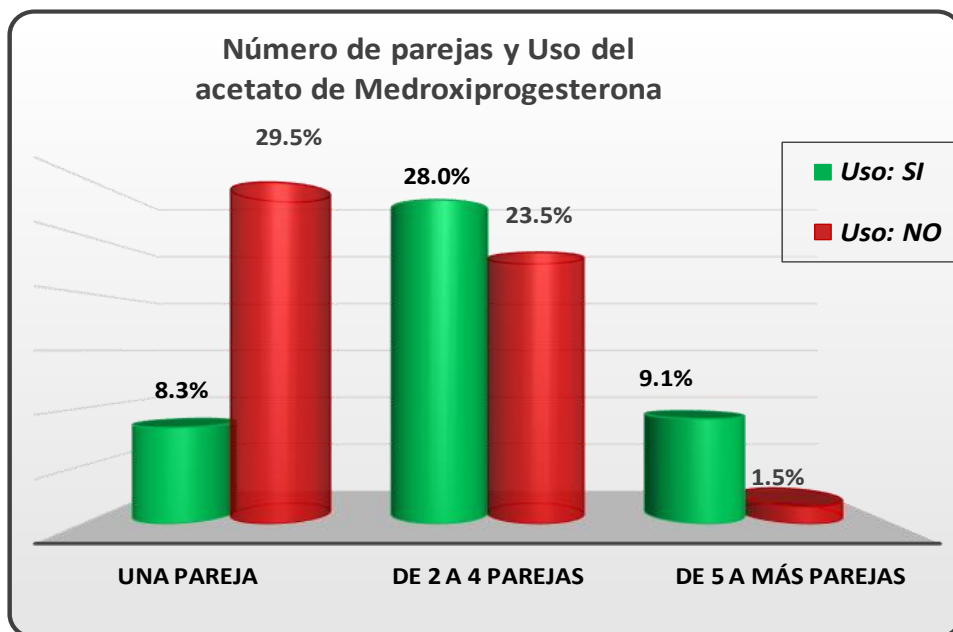
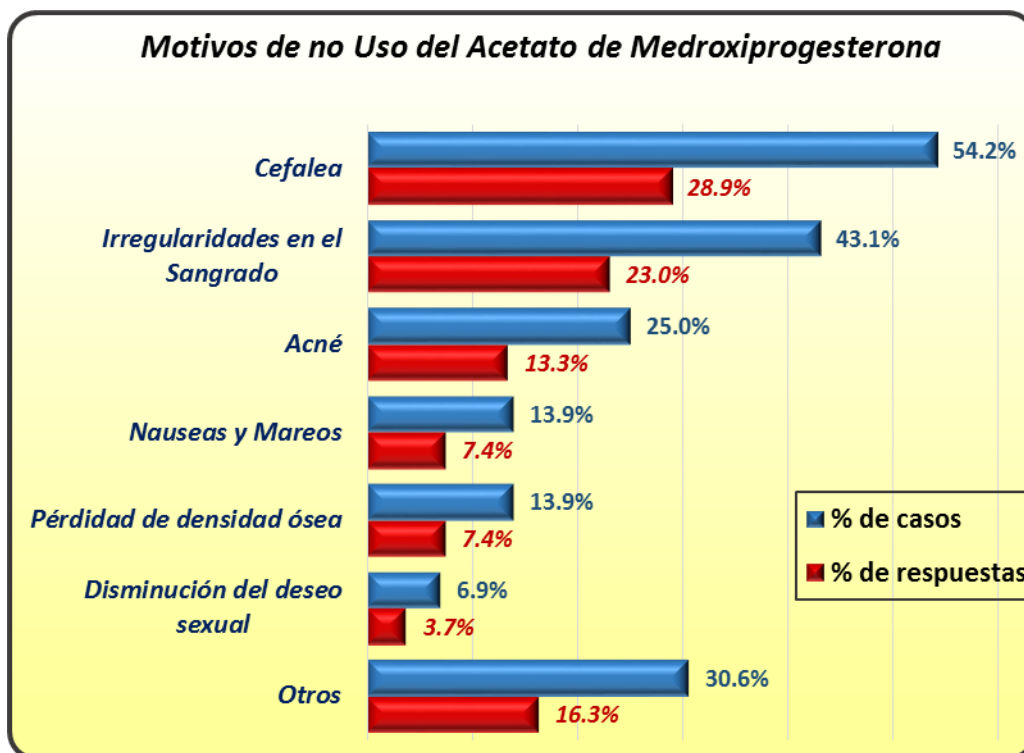


Figura 16:

Número de parejas y uso del Acetato de Medroxiprogesterona en mujeres Post parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2018.



ANEXO N° 6

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N° de elementos
0,789	8

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ocupación	12,55	6,892	,341	,694
Religión_Agrupada	13,35	6,661	,646	,644
Número de hijos según paridad	12,80	7,326	,245	,712
Periodo intergenésico	12,75	6,408	,356	,697
Primera mesntruación_Agrupada	13,60	8,358	,033	,787
Relación sexual_Agrupada	12,30	6,011	,516	,653
Edad de embarazo Agrupada	11,95	5,945	,647	,623
Religión que profesa	13,25	6,303	,417	,679