



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL DEL BARRIO PULLO–URKO, ENERO A JUNIO 2016

AUTORA: DARNELY YESENIA MOYANO SALTOS

TUTORA: DRA. LUCILA ENGRACIA REVÉ SIGLER

Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, presentado ante el Instituto de Posgrado y Educación Continua de la ESPOCH, como requisito parcial para la obtención del grado de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Riobamba – Ecuador

Diciembre, 2016



CERTIFICACIÓN

EL TRIBUNAL DE TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y desarrollo, titulado: DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL DEL BARRIO PULLO – URKO, ENERO A JUNIO 2016; de responsabilidad de la Doctora Darnely Yesenia Moyano Saltos, ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

Dra. María de los Ángeles Roger. M.Sc.
Presidenta

FIRMA

Dra. Lucila Revé Sigler. M.Sc.
Directora

FIRMA

Dra. Soini González Gámez. M.Sc.
Miembro

FIRMA

Dra. Mariana Ciria Revilla. M.Sc.
Miembro

FIRMA

Riobamba, 2016

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, Darnely Yesenia Moyano Saltos, declaro que soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo**, y que el patrimonio intelectual generado por la misma pertenece exclusivamente a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

FIRMA
1715053862

DEDICATORIA

Dedicado al ser supremo y celestial que ha guiado mi camino y me atestado de bendiciones DIOS.

A mi familia, por el apoyo que he recibido y me han impulsado a seguir adelante en esta nueva etapa de superación de mi vida que me propuse hace, ya tres años; en especial a mi madre Sra. América, a mi hermana Jhoselyn y a mi sobrina hermosa Arlette que ha sido una compañera infalible en este proyecto.

Darnely Moyano

AGRADECIMIENTOS

Al Ministerio de Salud Pública, a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Instituto de Posgrado y Educación Continua, por haber permitido que se desarrolle el Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en la Ciudad de Tena.

A la Brigada de Colaboración Médica Cubana “Sembrando Futuro”, que a través de su claustro de profesores han guiado y apoyado el desarrollo de esta investigación con su conocimiento, tiempo, paciencia y dedicación.

A todas las personas que de alguna manera han formado y han contribuido con el desarrollo del posgrado y sobre todo en el progreso de esta investigación.

Darnely Moyano

RESUMEN

Este proyecto se efectuó, con el objetivo de diseñar una estrategia de intervención educativa sobre planificación familiar en mujeres de edad fértil del Barrio Pullo–Urko, enero a junio 2016, en base a la relación entre las variables socio-demográficas y los conocimientos sobre métodos anticonceptivos. Se realizó un estudio de desarrollo tecnológico, no experimental, observacional, descriptivo, inferencial de corte transversal, en concordancia con: la línea ocho de investigación de Salud y Nutrición; al Programa de Intervención Comunitaria y Participación Social, que se basa los Objetivos del Milenio y los Objetivos del Buen Vivir. Se diseñó una encuesta, validada mediante criterios de Moriyama, el universo fue de 90 mujeres; se obtuvo una muestra de 75 mujeres en edad fértil, a quienes se les aplicó la encuesta. El procesamiento de datos mostró que la población es indígena en el 61%, el 41,33% tiene bachillerato completo, mientras que el conocimiento fue no satisfactorio en el 86,67%. En conclusión los conocimientos sobre planificación familiar fueron no satisfactorios, dato que se observa a nivel general en todos los grupos etarios, los conocimientos no fueron mejores en las mujeres casadas o con instrucción superior, con respecto a la etnia las mujeres mestizas mostraron tener ligeramente más conocimientos sobre el tema, por lo que se realizó una propuesta de estrategia de intervención educativa sobre planificación familiar dirigida a las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo– Urko. Se recomienda la aplicación de la estrategia de intervención para modificar los pensamientos y mitos acaecidos sobre el tema.

PALABRAS CLAVE: <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS>, <MEDICINA FAMILIAR>, <PLANIFICACIÓN FAMILIAR>, <MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS>, <SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA> <ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA>, <EMBARAZO NO DESEADO>, <MORBILIDAD MATERNA>, <MORTALIDAD MATERNA>

SUMMARY

This project was carried out with the objective of designing an educational intervention strategy on family planning in women of childbearing age the Pullo-Urko neighborhood, from January to June 2016, based on the relationship between socio-demographic variables and knowledge. About contraceptive methods. A non-experimental, observational, descriptive, inferential, cross-sectional, technological development study was carried out in accordance with line 8 of Health and Nutrition Research; to the Program of Community Intervention and Social Participation, based on the Millennium Goals and the Good Living Program. A questionnaire validated by Moriyama criteria was designed, the universe was 90 women; a sample of 75 women of childbearing age, to whom the survey was applied, was obtained. The data procedure showed that the population is indigenous in 61%, 41.33% have a complete baccalaureate, while the knowledge was unsatisfactory in 86.67%. In conclusion, the knowledge about family planning was not satisfactory. A fact that is observed at a general level in all age groups, knowledge was not better in married women or with higher education, respect to ethnicity mestiza women were shown to have slightly more Knowledge on the subject, a proposal was made for an educational intervention strategy on family planning for women of childbearing age in the Pullo-Urko neighborhood. It is recommended to apply the intervention strategy to modify the thoughts and myths that have occurred on the subject.

(Keywords: <MEDICAL TECHNOLOGY AND SCIENCES> < FAMILY MEDICINE> <FAMILY PLANNING>, <CONTRACEPTIVE METHODS>, <SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH> <EDUCATIONAL INTERVENTION STRATEGIES>, <UNWANTED PREGNANCY>, <MATERNAL MORBIDITY>, < MATERNAL MORTALITY >)

ÍNDICE

	Páginas
CERTIFICACIÓN.....	ii
DERECHOS INTELECTUALES	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS	v
RESUMEN..	vi
SUMMARY	vii
ÍNDICE.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Objetivos de la investigación.....	7
1.3 Hipótesis de investigación:	7
1.4 Marco teórico	8
1.4.1 Antecedentes del problema	8
1.4.2 Fundamentación filosófica.....	8
1.4.3 Fundamentación legal	9
1.4.4 Derechos sexuales y reproductivos	11

1.5 Bases teóricas.....	12
1.5.1 <i>Salud sexual y reproductiva.....</i>	12
1.5.2 <i>Salud sexual</i>	13
1.5.3 <i>Reproducción humana.....</i>	13
1.5.4 <i>Necesidades insatisfechas.....</i>	13
1.5.5 <i>Riesgo preconcepcional.....</i>	15
1.5.6 <i>Planificación familiar</i>	16
1.6 Métodos de planificación familiar	16
1.6.1 <i>Evolución a través del tiempo de los métodos anticonceptivos</i>	16
1.6.2 <i>Anticonceptivos de origen natural.....</i>	23
1.6.3 <i>Uso de los métodos de planificación familiar</i>	24
1.6.4 <i>Beneficios del uso de métodos de planificación familiar</i>	25
1.6.5 <i>Asesoría General en Planificación Familiar</i>	26
1.6.6 <i>Criterios médicos de elegibilidad</i>	26
1.7 Promoción de la salud sexual y reproductiva.....	27
1.8 Estrategia de intervención educativa	30
1.8.1 <i>Mecanismos de las estrategias educativas</i>	31
1.8.2 <i>Clasificación de las estrategias didácticas</i>	33
1.8.3 <i>Serie didáctica</i>	33
1.8.4 <i>Momentos del proceso educativo</i>	34
1.8.5 <i>Recursos didácticos</i>	35

1.8.6 <i>Tecnologías de la Información y Comunicación</i>	35
1.9 Intervenciones en salud	36
1.9.1 <i>Eficacia y factibilidad de las intervenciones en salud</i>	37
1.9.2 <i>Habilidades a tener en cuenta para los capacitadores</i>	38

CAPÍTULO II

2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	39
2.1 Tipo y diseño de la Investigación	39
2.2 Método de la investigación	39
2.3 Enfoque de la investigación	40
2.4 Población de estudio	40
2.5 Unidad de análisis	40
2.6 Tamaño de la muestra	40
2.6.1 <i>Criterios de inclusión</i>	41
2.6.2 <i>Criterios de exclusión</i>	41
2.6.3 <i>Criterios de salida:</i>	41
2.7 Selección y definición de las variables	42
2.7.1 <i>Variables de estudio</i>	42
2.7.2 <i>Operacionalización de variables</i>	43
2.8 Procedimientos de recolección de información	48

2.9	Instrumento de recolección de datos primarios y secundarios.....	50
2.9.1	Validación del instrumento	50
2.10	Instrumentos para procesar datos recopilados	51
2.10.1	<i>Plan de procesamiento y análisis de datos</i>	52
2.11	Aspectos éticos:	53

CAPÍTULO III

3.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	54
3.1.1	<i>Caracterización del Barrio Pullo – Urko</i>	54
3.1.2	<i>Análisis y discusión de resultados</i>	54

CAPÍTULO IV

4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	77
4.1	Justificación.....	77
4.2	Objetivo de la estrategia educativa	78
4.2.1	<i>Objetivo general</i>	78
4.2.2	<i>Objetivos específicos</i>	78
4.3	Bases teóricas en las que se sustenta la estrategia:	79
4.4	Bases metodológicas en las que se sustenta la estrategia:	79

4.5	Bases psicológicas en las que se sustenta la estrategia:	80
4.6	Etapas de la estrategia educativa:	80
4.6.1	<i>Etapa Diagnóstica</i>	81
4.6.2	<i>Etapa de Diseño de la intervención</i>	82
4.7	Descripción de las sesiones de la estrategia	85
4.7.1	<i>Sesión 1: Reconocimiento del cuerpo humano femenino y masculino</i>	85
4.8	Sesión 2: Introducción a Planificación Familiar	88
4.9	Sesión 3: Barreras que dificultan el acceso a la Planificación Familiar.	92
4.10	Sesión 4: Métodos anticonceptivos (I).	95
4.11	Sesión 5: Métodos anticonceptivos (II).	98
4.12	Sesión 6: Elección apropiada de métodos.	101
4.13	Sesión 7: Afecciones médicas más comunes	104
4.14	Sesión 8: Derechos sexuales y reproductivos	107
4.15	Aprendizajes esperados:	110
4.16	Etapa de Implementación de la estrategia educativa:	110
4.17	Etapa de Evaluación de la efectividad de la Estrategia educativa:	111
	CONCLUSIONES	112
	RECOMENDACIONES	113
	BIBLIOGRAFÍA	
	ANEXOS	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1-3: Distribución por edad y estado civil de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo - Urko. Napo. 2016.....	54
Gráfico 2-3: Distribución según su instrucción y etnia. de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo – Urko, 2016.....	56
Gráfico 3-3: Distribución según la instrucción y su estado civil. Barrio Pullo - Urko. Napo, 2016	58
Gráfico 4-3: Frecuencia del tipo de métodos anticonceptivos más usados por las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo - Urko. Napo, 2016	60
Gráfico 5-3: Prácticas adecuadas e inadecuadas del uso de los métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo - Urko. Napo, 2016.....	62
Gráfico 6-3: Nivel de conocimientos sobre métodos de planificación familiar, de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo - Urko. Napo, 2016.....	65
Gráfico 7-3: Distribución de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo-Urko, según la edad y los conocimientos sobre métodos de planificación familiar. Napo 2016.....	71
Gráfico 8-3: Distribución de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo-Urko, según el estado civil y los conocimientos sobre métodos de planificación familiar. Napo, 2016.....	73
Gráfico 9-3: Relación entre la etnia y el conocimiento sobre métodos de planificación familiar de las mujeres del Barrio Pullo-Urko. Napo, 2016	74
Gráfico 10-3: Distribución de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo-Urko, según la instrucción y conocimientos sobre métodos de planificación familiar. Napo, 2016.....	75

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La planificación familiar es determinar por cuenta propia cuantos hijos tener, cuando tenerlos y poseer la libertad de decidir con quién tenerlos, tiene vital importancia desde el ámbito social y psicológico, con capacidad de proporcionar opciones al individuo y a la familia.

La evolución de la planificación familiar y el uso de los métodos anticonceptivos se remontan a tiempos muy antiguos, con innumerables relatos y acontecimientos, en base a la preocupación del ser humano relacionada con la procreación, permitiendo el cambio de la conducta sexual humana. Pero no es hasta el siglo XX donde se dieron progresos importantes en camino a buscar el anticonceptivo perfecto.

Aproximadamente en el año de 1850 A. C. según los escritos de las diversas poblaciones como chinos, egipcios, y hebreos, refieren el uso de compuestos que hoy en día han demostrado ser espermicidas, no obstante fue hasta el siglo XVI cuando Falopio crea una funda de lino con la finalidad de prevenir el contagio de sífilis, y este básicamente es el origen del preservativo masculino que fue utilizado como único método hasta 1834.

Año en el que Blundell desarrolla la técnica quirúrgica de la resección de trompas, que 50 años más tarde, Lundgren en los Estados Unidos, practicó la oclusión tubárica bilateral, que tuvo su origen en una práctica de cesárea con el objetivo de prevenir la hemorragia en la siguiente cesárea, y fue en 1903 que Bernard Shaw dice en su libro “Hombre y Superhombre” que la esterilización artificial es la invención revolucionaria del siglo XIX.

En Bucarest en el año de 1974, se celebró la Conferencia Mundial de Población donde se declaró que “Todas las personas tienen el derecho primordial de decidir libre y responsablemente el número de hijos”; se ratificó en México en 1984, en La Conferencia

Internacional sobre Población; al siguiente año, 1985 en Nairobi, en la Tercera Conferencia sobre la Mujer; en 1989, en Ámsterdam ;1993, durante El Foro Internacional sobre Población en el siglo XXI; 1994, en Viena, en La Conferencia Mundial de Derechos Humanos; La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, constituyó la reflexión de la Comunidad Internacional sobre los derechos sexuales y reproductivos de las personas, el significado de los mismos en la promoción del desarrollo humano, hechos que se han venido corroborando en cada uno de los encuentros a nivel mundial con el fin de mejorar principalmente la salud sexual y reproductiva así como la prevención de infecciones de transmisión sexual, y el control de la natalidad a nivel global (Secretaría de Riesgos Poblacionales, 2010).

El día mundial de la anticoncepción fue declarado el 26 de septiembre, y desde hace 25 años se han dado múltiples cambios y avances en lo referente a la salud sexual y reproductiva, que han ido desde el aumento del uso de los métodos de planificación familiar hasta la implementación de iniciativas y tendencias globales que promueven y facilitan la accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Según la Organización Mundial de la Salud en mayo 2015, en su nota descriptiva N° 351, reporta que en los países en desarrollo al menos 225 millones de mujeres desean posponer su embarazo, o terminar la procreación, sin embargo, esto se ve retrasado por la no utilización de los métodos anticonceptivos. También reporta que la planificación familiar conjuntamente con los métodos anticonceptivos: reducen la necesidad de recurrir al aborto; previenen las muertes maternas, las muertes neonatales y los embarazos no planificados; así como refuerza el derecho de las personas a decidir cuantos hijos desean tener y cuando tenerlos (OMS, 2015).

En América Latina y el Caribe, aproximadamente desde hace 50 años se ha visto disminuida la fecundidad y un aumento constante en la aplicación de la planificación familiar y el uso de los métodos anticonceptivos, hecho que se ha constituido en las mujeres por el aumento del nivel educacional, mejoramiento de las condiciones económicas, la urbanización de la población, cambios en las normas culturales, lo cual ha cambiado las tendencias a tener menos hijos y mejorar la calidad de vida de las familias (Bertrand, Ward, & Santino-Gálvez, 2015).

En Ecuador, en el período 2011 y 2012, a través de las distintas acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud; se incrementaron las consultas para prevenir el embarazo no deseado en un 16,18%; mientras que las consultas por morbilidad en 15,36% y las atenciones en planificación familiar en 9,53%.

Por medio del Acuerdo 2490 se emitió el reglamento para regular el acceso de métodos anticonceptivos con servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva con calidad, así como el acceso a la información y asesoría sobre planificación familiar, anticoncepción oral de emergencia, entre otros; entre los resultados que se han alcanzado luego de la implementación de estas políticas se ha logrado el acceso a 256 servicios amigables e integrales de salud sexual y salud reproductiva. Sin embargo, la densidad poblacional es de 55,82 habitantes por km², a nivel nacional, en Tena tenemos una densidad poblacional de 129,60 en una superficie de 261,84km²; mientras que la Tasa Global de Fecundidad es de 3,0 hijos por mujer en el Ecuador, en la provincia de Napo tenemos una Tasa de Fecundidad de 3,9 en el año 2010 con una proyección para el año 2020 de 3,3, según datos del INEC 2012, (Rivas, 2012) (Ministerio de Salud Pública, 2014), (INEC, 2014).

En el Barrio Pullo – Urko, mediante el Análisis Situacional Integral de Salud, se encontró que la pirámide poblacional presenta un carácter expansivo, típica de las poblaciones que presentan una transición demográfica importante, se relaciona con altas tasas de natalidad; durante las visitas domiciliarias y a través del levantamiento de la información de las fichas familiares se observó que: de la población total, las mujeres superan al 54% de los habitantes de la localidad, tomando en cuenta que el número de hijos promedio en la localidad es de 4 hijos por cada mujer en edad fértil, lo que guarda relación con la “disponibilidad” y la no utilización de los métodos de planificación familiar, influenciado por el dominio económico, el grado educacional de las mujeres, y el conocimiento sobre planificación familiar, y sus métodos.

Sumado a este contexto existe una alta tasa de crecimiento del 27% anual, considerándose como un crecimiento rápido dado por dos factores: el nacimiento de niños de las mujeres propias del barrio y la inmigración de personas hacia la localidad.

1.1 Planteamiento del problema

Sistematización del problema

En la actualidad la salud reproductiva constituye el eje principal de la promoción y prevención de la salud, tiene que ver con la preparación antes de la concepción, los objetivos son: que el embarazo, el parto y el puerperio sean seguros.

La planificación familiar es considerada una intervención de carácter protector de vida, por sus múltiples beneficios, sobre todo en las mujeres, las familias, comunidades y naciones. Puede llegar a disminuir hasta una de cada tres muertes maternas, motivaciones que han hecho que los gobiernos lo implementen en sus estrategias de salud (Bertrand, Ward, & Santino-Gálvez, 2015).

El uso de anticonceptivos varía ampliamente en todo el mundo, tanto en términos de uso total y los tipos de métodos utilizados. A nivel mundial, el 63 por ciento de las mujeres casadas entre 15 y 49 años, utilizan un método de planificación familiar; El 57 por ciento utiliza algún método moderno. Aunque la mayoría de las mujeres en los países más desarrollados utilizan métodos anticonceptivos, en muchos de los países más pobres, menos de una de cada cinco mujeres casadas usan un método moderno (Clifton & Kaneda, 2013).

El estudio ENDEMAIN (INEC; MSP, 2015) realizado en el año 2012 reporta la problemática a nivel país en donde se reporta que las mujeres que están en el quintil 1 de pobreza, y que conforman el 20% de la población, procrean en promedio 5 hijos, las mujeres que terminaron la primaria 4 hijos, las mujeres analfabetas tienen en promedio 6 hijos y las mujeres de estratos socioeconómicos más altos o con mejor escolaridad tienen 2 hijos, según estos datos se puede observar que el nivel socio económico de las mujeres, así como su instrucción son factores determinantes en la salud de las mujeres.

En un estudio que se realizó en el hospital de El Carmen en Chile, en 277 adolescentes acerca de la percepción en torno a la planificación familiar se encontró que las y los adolescentes reconocen como una responsabilidad mutua, las mujeres han consultado más

que los hombres sobre el tema, también que persisten las ideas equivocadas sobre el uso de métodos anticonceptivos. (Parra, Dominguez, & Maturana, 2013)

En un estudio realizado en las mujeres de Bolivia se encontró que el 89% de las mujeres que se encontraron en edad reproductiva tenían conocimiento de algún método, principalmente los métodos modernos, sin embargo, concluye que el conocer el método posiblemente no garantiza que tengan la información adecuada. (Demographic and Health Surveys, 2014).

Formulación del problema

¿Qué relación existe entre el nivel de conocimientos sobre planificación familiar y las variables sociodemográficas en mujeres en edad fértil del Barrio Pullo – Urko durante el periodo de enero a junio 2016?

Sistematización del problema

Identificación de las características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo – Urko. ¿se relacionan con el nivel de conocimientos sobre la planificación familiar?

¿Qué resultados obtendremos de la elaboración de una estrategia de intervención educativa de conocimientos de planificación familiar?

Justificación de la investigación:

La importancia de desarrollar este proyecto de carácter educativo con el tema de Planificación Familiar, se da en base a:

- La necesidad insatisfecha de anticoncepción a nivel mundial sigue siendo alta, en primera instancia por el aumento sostenido de la población y limitación en la oferta de servicios, que se reporta en América Latina y el Caribe en aproximadamente el 10% según la World Contraceptive Reports 2013, (OMS, 2015).

- En el Cairo en 1994 durante la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, se dieron recomendaciones para que cada uno de los países propongan programas y políticas que ayuden a mejorar las necesidades insatisfechas en relación a la salud reproductiva orientado a la educación, accesibilidad, y cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos (Guillén, 2014).
- Las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo – Urko de la ciudad de Tena, durante las visitas domiciliarias se ha encontrado la preexistencia de factores de riesgo preconceptionales tales como: un promedio de 4 hijos por cada mujer en edad fértil, con un máximo de 12 hijos por familia, mismo que en su mayoría no fueron planificados; la concepción de embarazos no planeados y de riesgo, que pueden ser agravados por las precarias condiciones socioeconómicas, el nivel de educación y la salud de las mujeres, así como la concepción de al menos 2 embarazos antes de cumplir los 20 años en un 8% de las adolescentes.

Al tratarse de un problema de índole social y de repercusión sanitaria, en la cual el enfoque es mejorar los conocimientos sobre planificación familiar con esto cambiar la conducta de las mujeres con la finalidad de: acrecentar el uso de los métodos, dar progreso en su calidad de vida, y así llegar a disminuir uno de los factores de riesgo preconceptional de más importancia como lo es el embarazo no planeado.

Los resultados que se obtengan del desarrollo de este proyecto, podrán ser objeto de consulta, y la intervención Comunitaria como tal implementada en otras localidades de similares características.

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo general

- Diseñar una estrategia de intervención educativa sobre planificación familiar para las mujeres de edad fértil del Barrio Pullo - Urko en el periodo de enero a junio 2016.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar a las mujeres en edad fértil según variables sociodemográficas.
2. Determinar el nivel de conocimiento sobre planificación familiar de las mujeres de edad fértil del Barrio Pullo - Urko en el periodo de enero a junio 2016.
3. Identificar la posible relación entre el nivel de conocimiento sobre planificación familiar y las variables sociodemográficas seleccionadas.
4. Elaborar una estrategia de intervención educativa sobre planificación familiar para mujeres en edad fértil.

1.3 Hipótesis de investigación:

La identificación de la relación entre el nivel de conocimiento sobre planificación familiar y las variables sociodemográficas de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo – Urko proporcionará la base para la elaboración de una estrategia de intervención educativa con el fin de mejorar estos conocimientos.

1.4 Marco teórico

1.4.1 Antecedentes del problema

1.4.1.1 Antecedentes investigativos

Se ha realizado una investigación sobre planificación familiar, en la Ciudad de Tena, en la Parroquia Chonta Punta, en el Centro de Salud Chonta Punta de la Comunidad Rayayacu en donde se describe que la utilización de los métodos de planificación familiar es del 69.70%; los métodos anticonceptivos más utilizados son: inyecciones en el 65.22%, pastillas el 21.74% e implantes el 13.04%. Los efectos secundarios más frecuentes fueron: aumento de peso en el 43.47%, cefalea en el 17.39% y amenorrea en el 13.04%, que fueron determinantes del abandono del uso de los métodos de planificación familiar (Bastidas & Romero, 2015).

Sin embargo, en la Parroquia Tena no se encontró estudio similar, acerca de los conocimientos sobre planificación familiar, de tal manera que se realizó el presente proyecto con el fin de contribuir con una estrategia de intervención educativa dirigida a las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo – Urko, para mejorar los conocimientos de planificación familiar.

1.4.2 Fundamentación filosófica

La dimensión emocional de las mujeres es esencial para lograr comprender las diferencias entre hombres y mujeres que toma como base la fisiología y la biología humana, es así que las emociones tienen aspectos importantes en la sociedad. La denominada inferioridad femenina está dada en el marco social, fundamentado en la biología de la mujer que da la justificación para la desigualdad y la exclusión, situaciones que se han mantenido a través del tiempo, evidenciándose el poder masculino como lo dijo Demócrito al referirse al útero como un “*semillero fecundo*” y Platón relacionó al útero con un animal dominante con otro falto de voluntad (Sánchez, 2013).

Al tratarse de un problema de índole social, la necesidad de conocimiento sobre planificación familiar y sus métodos, es ineludible la búsqueda activa de opciones de solución; el modelo de estudio crítico de esta investigación, se relaciona con la lógica y

la razón que nos da el entendimiento y orienta a la actuación en función del pensamiento colectivo de la comunidad que conserva mitos y creencias arraigadas a través del tiempo.

1.4.3 Fundamentación legal

El Estado Ecuatoriano sobre la base de los preceptos constitucionales, se declara como un estado soberano, social de derecho, unitario, democrático, independiente, laico, multiétnico y pluricultural, propicia a través de la Política Nacional de Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, la aplicación y el cumplimiento de todos los avances realizados en las diferentes convenciones, pactos, convenios, declaraciones y leyes que están vigentes en el país, de manera que sean una realidad en la vida cotidiana de las mujeres y hombres del Ecuador (Bergallo, P., 2011).

La legislación ecuatoriana, dispone de normativas específicas sobre los derechos sexuales y reproductivos como lo es: La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud; el Código de la Salud, la Ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia; el Código de la Niñez y Adolescencia, la Ley sobre Educación la Sexualidad y el Amor, la Ley del VIH-SIDA, también está la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, misma se constituye en un instrumento legal que se relaciona con la salud y los derechos sexuales y reproductivos porque da el acceso universal y sin costo a todas las personas.

Al mismo tiempo que garantiza el financiamiento de la prestación de servicios y la responsabilidad de los proveedores. Concediéndose así los “fundamentos estratégicos” que engloban las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud, con el objetivo de mejorar las brechas entre lo que dicen los derechos sexuales y reproductivos y la práctica de los mismos, así como su goce (OMS, 2014) (Ministerio de Salud Pública, 2007).

(Ministerio de Salud Pública, 2010) Los derechos sexuales y reproductivos están consagrados en la Constitución de la República del Ecuador manifiesta en el Art. 11, numeral 2 que las personas somos iguales y gozamos de los mismos derechos, tenemos los mismos deberes e igualdad de oportunidades, y se corrobora en los Derechos Civiles en el Artículo 23, en sus numerales 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 20, 25 y 26 y en los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en los Art.- 37, 39, 40,41, 42, 43, 49, 50.

La carta magna del Ecuador ha sido, la primera que incluyó los derechos sexuales y reproductivos a nivel de América Latina. el conjunto de formulaciones y políticas públicas, incluyen finalidades, propósitos y estrategias para concretarlos en una realidad. Al momento se lo lleva a cabo a través de distintos programas públicos para el conjunto de actores de la sociedad.

La Constitución de la República del Ecuador, en primera instancia en su art. 32, dice que “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos”, garantiza el goce de los derechos establecidos en la misma como en los instrumentos internacionales, principalmente el derecho a la salud que puede ser exigido ante las autoridades, quienes podrán tomar medidas de acción que promuevan la igualdad en favor de los derechohabientes que tengan algún tipo de discriminación.

Por su lado la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, en el Art. 6 determina que el Ministerio de Salud Pública es responsable, en ejercer la rectoría del sistema nacional de Salud, en la formulación de políticas y programas para la atención integrada de la salud sexual y reproductiva, según los ciclos de vida, también en su Art. 30 dispone el fomento y provisión de la planificación familiar en igualdad de condiciones, con responsabilidad mutua; su Política; el Código de la Salud; el Código de la Niñez y Adolescencia, la Ley sobre Educación la Sexualidad y el Amor, la Ley del VIH-SIDA, la Ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia y otras, tienen consideraciones específicas sobre los derechos de la salud sexual y reproductiva.

Plan Nacional del Buen Vivir dice en su tercer objetivo: “*Mejorar la calidad de vida de la población*”, y manda, extender los servicios de prevención y promoción de la salud con la finalidad de mejorar las condiciones y los hábitos de las personas. Así como garantiza el acceso seguro a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas, además que asegura que la población tenga acceso a información de calidad fundamentada científicamente, con enfoque de género, equidad e igualdad, para así promover el uso de métodos anticonceptivos (Senplades, 2013).

También está la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia que constituye eje legal de más importancia en relación a los derechos sexuales y reproductivos y sobre todo

con la salud, ya que establece el acceso a los servicios de salud de carácter universal y sin costo. Además, garantiza el financiamiento del conjunto de prestaciones, advierte la responsabilidad del Estado y articula a los proveedores de servicios, fortaleciendo de esta manera el Sistema Nacional de Salud, y articulando las gestiones entre el gobierno central y los municipios, con la finalidad de garantizar la participación social con los comités de gestión, y promover la veeduría, y la corresponsabilidad ciudadana.

El nexo entre estos elementos tiene como objetivo la prevención de embarazos precoces y embarazos no deseados, así como la reducción de la mortalidad materna y perinatal, el aborto que se relaciona con altas tasas de morbilidad, así como pretende disminuir los casos de VIH-SIDA e infecciones de transmisión sexual; principales problemas de la salud pública que enfrenta el país en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. (Ministerio de Salud Pública, 2007). En concordancia con lo anterior a través del Consejo Nacional de Salud del Ecuador creó y aprobó la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.

En el año 2014 se publica el “*Instructivo de Implementación del Reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos*” (Ministerio de Salud Pública, 2014), mediante el Acuerdo Ministerial 2490, que se orienta para la implementación y uso de los métodos de planificación familiar, con objetivos que garanticen el acceso a través de la entrega y registro de los métodos anticonceptivos; el uso correcto del carné de métodos anticonceptivos; y el uso de la anticoncepción de emergencia, que sea ejecutada de forma obligatoria en todos los niveles de atención y en todos los establecimientos del Ministerio de Salud.

1.4.4 Derechos sexuales y reproductivos. -

La salud sexual y reproductiva se encuentra correspondida con los derechos sexuales y reproductivos, que son de aplicación universal, independiente, irrenunciables y se encuentran enlazados con los derechos humanos; su beneficio radica sobre la salud de los individuos, al concederle libertad en su sexualidad, protegerle de la discriminación, la violencia y el derecho de las personas a decidir sobre su reproducción responsable.

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing estableció: la libertad de la mujer a tener el control sobre su sexualidad sin estar sujeta a la coerción, discriminación y violencia. Incluye además el pleno respeto a la integridad del ser humano, con relaciones que sean igualitarias tanto para hombres como para mujeres con consentimiento y reciprocidad mutuas (Ministerio de Salud Pública, 2007).

1.5 Bases teóricas

A nivel mundial se han dado avances importantes en el uso de anticonceptivos por parte de las mujeres, no obstante, y a pesar de la inversión en programas de planificación familiar, no se ha logrado mejorar la accesibilidad y uso de anticonceptivos. En la década de 1990, las tasas anuales del uso de anticonceptivos, fue menor, mientras que las necesidades no resueltas de planificación familiar siguen siendo altas en muchas regiones de los países en vías de desarrollo.

El conocimiento teórico de los procesos involucrados es fundamental en el cambio de la conducta anticonceptiva para mejorar su prevalencia. Sin embargo, las intervenciones de educación sanitaria para el uso de anticonceptivos no se basan en ningún principio o teoría orientadora explícita.

1.5.1 Salud sexual y reproductiva

La salud reproductiva nace en EL Cairo en el año 1994 (Mazarrasa & Gil, 2013), según la OMS es el estado de bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida y es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un “*Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción*”. La salud reproductiva comprende que las personas puedan llevar su vida sexual libre, es decir tener la autonomía de decidir con quién hacerlo, cuando hacerlo, y su periodicidad, placentera, sin conflictos comunes como la procreación no deseada, en fin, respetar los derechos reproductivos de todas y todos. El ser humano tiene derecho a la información y al acceso a métodos que ayuden en el control de la fecundidad, que garanticen su seguridad, con eficacia, y la disposición de servicios de salud pública amigables abiertos a la planificación familiar que consientan la adecuada asistencia profesional. En concordancia

la salud reproductiva se define “*como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva, donde se incluye la salud sexual*” (UNFPA, 1994).

1.5.2 Salud sexual:

Es el bienestar psicológico, físico y socio – cultural vinculado a la sexualidad de las personas. La sexualidad de los individuos es la expresión de la responsabilidad y la libertad de sus actos que le conducen al bienestar personal.

Es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Sin embargo, para que se respete la sexualidad de las personas es necesario se reconozcan y preserven los derechos sexuales de todas las personas (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

1.5.3 Reproducción humana:

Corresponde con un proceso biológico sexual que tiene como producto la generación de descendientes, proceso en el que intervienen la acción coordinada entre el sistema reproductivo, las hormonas, y el sistema nervioso, donde se involucra dos personas de distintos sexos con diferencias genotípicas y fenotípicas

1.5.4 Necesidades insatisfechas.

Según la Organización Mundial de la Salud, al menos 225 millones de las mujeres de los países en vías de desarrollo desearían postergar su embarazo, sin embargo, esto se ve retrasado por diferentes circunstancias como: la falta de disponibilidad de métodos, limitación del acceso especialmente de jóvenes y personas de estratos poblacionales bajos, también están los temores al uso de los métodos por los efectos adversos, creencias y pensamientos religiosos que se oponen a su uso, servicios de salud de mala calidad con bajas prestaciones de servicios y anteposición de prejuicios propios, de esposos y comunidad en general y la poca percepción de las adolescentes de quedar embarazadas

luego de una relación sexual sin protección. Todo se resume a la inexactitud del conocimiento. (OMS, 2015).

De tal manera que las demandas de métodos de planificación familiar siguen siendo altas, inducido por el aumento continuo y acelerado de la población y la falta de proveedores de los servicios de salud. El 23,2% de las mujeres de África, que se encuentra en edad reproductiva tienen demandas insatisfechas de métodos de planificación familiar (modernos). Tenemos que, en América Latina, el Caribe, y parte de Asia, el uso de los métodos anticonceptivos es permanentemente alta y las demandas insatisfechas son de aproximadamente 10,9%, (World Contraceptive Reports 2013, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas) (OMS, 2015).

El objetivo primordial de la Organización Mundial de la Salud, es garantizar el goce de la salud en su máximo grado, que incluye a la salud sexual y a la salud reproductiva, a través de intervenciones que proporcionan información de calidad; sin embargo, reconoce que esto no se logrará si no se protegen y respetan los derechos humanos. Esto ha dado paso a que las naciones por intermedio de sus leyes, obliga a la prestación de servicios de salud a dar prestaciones de anticoncepción, con accesos oportunos que incluyan métodos de planificación familiar de buena calidad, respetando los principios de autonomía, confidencialidad, dignidad e intimidad.

Dentro de las recomendaciones para el respeto de los Derechos Humanos en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva (OMS, 2014), la Organización Mundial de la Salud, describe:

- La no discriminación principalmente cuando los servicios de salud proveen de información sobre anticoncepción, garantizando así la accesibilidad y la equidad.
- Proveer información y suministros relacionados con la dispensa de todos los métodos anticonceptivos disponibles hace que tengan integración con la cadena de medicamentos esenciales.
- Garantizar la accesibilidad, para lo que se debe impartir educación sexual a través de todos los medios, con la eliminación de las objeciones económicas que vayan a limitar el uso de los métodos en especial poblaciones con limitaciones en la

accesibilidad a los servicios de salud a mujeres que se encuentren en atenciones relacionadas con la atención: prenatal, parto, posparto y luego del aborto.

- Llevar a cabo actividades educativas y de asesoría sobre los métodos de planificación familiar, basado en información precisa, acorde a las necesidades del medio donde se lleven a cabo.
- Recomienda la gestión de la calidad de la prestación de los servicios.
- Toma de decisiones de manera informada mediante el asesoramiento y educación a las y los usuarios, sin discriminación.
- Mantener el respeto a la confidencialidad y la intimidad, la información tanto personal como de índole médico.
- Diseño de programas y políticas anticonceptivas con carácter participativo.
- Establecer acciones de responsabilidad para la evaluación, supervisión y vigilancia, con el fin de evitar situaciones que impliquen la coacción y se dé el cumplimiento de los derechos humanos.

1.5.5 Riesgo preconcepcional.

Se constituye uno de los aspectos fundamentales, el cual se define como la probabilidad que tiene la mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) si se involucrara en el proceso reproductivo. Puede ser de carácter biológico, psíquico, social, ambiental o estar influenciada por varios de estos, a partir de la relación entre la mujer, su pareja, la familia y el medio ambiental y social en que se desarrolla, relacionado con los objetivos del milenio en especial con el objetivo N° 5 que es Mejorar la Salud Materna cuya meta es reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes.

En base a ello se han implementado varias estrategias y de ellas las más importantes está el Acuerdo 2490 mediante el cual se puso a disposición de mujeres y hombres en edad fértil los servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva. Además, se garantizó la calidad de esos servicios y el acceso a la información y asesoría sobre planificación familiar, anticoncepción oral de emergencia, entre otros.

1.5.6 Planificación familiar

El control de la natalidad o planificación familiar ayuda a las personas a decidir el número de hijos que desean procrear, así como a determinar la pausa entre un embarazo y otro, está conformada por la agrupación de actitudes y prácticas que todas las mujeres y hombres pueden utilizar para la práctica de relaciones sexuales teniendo el control de la reproducción.

Los beneficios del uso de métodos de planificación familiar según la Organización Mundial de la Salud, se centran en el mejoramiento de la calidad de vida al dar autonomía y salud a las mujeres y hombres o parejas, que adquieran estas prácticas. Esto conjetura la responsabilidad, el respeto y la filantropía en pareja, así como el mejor cuidado de los hijos, lo cual conlleva a la disminución de las tasas de mortalidad materna e infantil que pueden ser prevenibles; (OMS, 2015).

La Planificación Familiar se compone de tres momentos para el ejercicio pleno de los derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos en el Ecuador: Identificación de usuarios y usuarias que ejercen su derecho a la sexualidad; Dirigido hacia las parejas que buscan un embarazo; las conductas que se siguen para ofrecer una atención es centrada en los usuarios o usuarias para: mejorar la calidad de atención, integrar los servicios de planificación familiar con otros servicios de salud sexual y salud reproductiva; en cada uno de estos se hará énfasis en: la calidad, el respeto a los derechos de cada individuo, la integralidad de la atención y la interculturalidad. (Ministerio de Salud Pública, 2010)

1.6 Métodos de planificación familiar

1.6.1 Evolución a través del tiempo de los métodos anticonceptivos

Las prácticas sexuales traen consigo la historia a través de relatos y documentación médica en donde se referencia por una parte el placer y consigo el control de la natalidad, cuando las familias tomaron conciencia que los recursos no eran suficientes para el número de hijos que tenían; el control de la natalidad toma con el tiempo dos ejes el público y el privado; de manera que en el privado cada pareja o persona opta por un método según tres aspectos básicos en el desarrollo de la economía como son: los recursos

económicos, conocimientos y la disponibilidad de posibilidades. En lo público cada estado ha tomado diversas estrategias para controlar la natalidad a través del tiempo. (Martos, 2010)

Por lo que se han descrito infinidad de conductas para controlar la natalidad como la mortandad de niños (Herodes en Egipto) que fue una de las formas más crueles que además ayudaba a aplacar la ira de los dioses que luego fue modificado por el sacrificio de animales. (Fisher, 1992)

A través de la historia los métodos utilizados fueron desde métodos mágicos como humedecer los amuletos de las mujeres con sangre menstrual, escupir en la boca de un sapo tres veces, hasta el celibato, la castración, el aborto, la abstinencia que era un método recomendado por las religiones de la época, hoy llamado método de Ogino y Knauss; relaciones sexuales sin penetración, que nació en la Inglaterra colonial con el hábito de “liarse” que se mantuvo hasta 1770 en donde la iglesia lo denunció como inmoral a la práctica de liarse y el coito interrumpido que fueron tomando lugar incluso en estas épocas y algunas de ellas son utilizadas con la finalidad de prevenir el embarazo. (Sherfey, 1966). (Knowles, 2012),

En el siglo IV a.c Hipócrates descubrió el efecto de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero de algunos animales hasta 1928 que Richard Richter desarrolló un objeto intrauterino que luego se fue modernizando (Acosta, Rodriguez, & Rodriguez, 2008).

También se han encontrado papiros egipcios que datan del año 1850a.c. en donde se utilizaban sustancias que tenían la función de dar muerte al espermatozoide por ser espermicidas, como tapones cubiertos de miel y levadura de acacia, y otros abortivos, entre ellos carbonato sódico, vinagre, soluciones jabonosas (Maffia, 2010) (Martos, 2010).

Hasta que en 1885 se desarrollaron los supositorios de quinina, que en 1937 le sustituirá el contraceptivo vaginal de acetato de fenilmercurio. En 1950 aparecen los surfactantes que siguen siendo el principal compuesto de los espermicidas o espermaticidas (Sociedad Canaria de Medicina Familiar, 2013).

El primer método hormonal oral descrito en la historia son las semillas de la granada y otras plantas como el poleo, el pino y el árbol casto; estas plantas se comercializaron por

siglos, ya en 1276 fue escrito un libro “EL TESORO DE LOS POBRES”, que contenía consejos sobre cómo prevenir la concepción; y hoy se conoce que sus consejos son verdaderamente eficaces (Riddle, 1992). Finalmente, en 1960 la FDA aprueba la comercialización del anticonceptivo “ENOVID”; actualmente, la píldora, y otros métodos que contienen hormonas combinadas tienen dosis menores de hormonas como: las inyecciones que son las más usadas seguidas de los parches, y el anillo (Knowles, 2012).

La historia del preservativo o condón, proviene del vocablo latino *condum*, que procede del verbo *condere* que significa proteger o esconder. (Martos, 2010), desde 1000 a. C. En Egipto se utilizaban fundas de tela sobre el pene, ya en la época de Minos (1200 a. C.), Rey de Creta, el rey usaba una vejiga de cabra como medio para evitar las infecciones mas no la concepción; Gabriel Falopio (1523-1562), describe un predecesor del preservativo que se fijaba con una cinta al pene, de tripa de animal y lino, su objetivo era prevenir las enfermedades de transmisión sexual más conocidas de la época (Molero, 2014).

En su evolución hacia el mundo moderno tenemos que en el museo británico de Londres en el año 2000 se presentaron los condones con un histórico de 450 años, lo sorprendente es que aquellos ejemplares son muy similares a los actuales.

No obstante, el preservativo femenino aparece alrededor de 1994 y fue fabricado por Wisconsin Pharmacal Company, pero la historia relata que las mujeres ya usaban otros instrumentos y substancia para absorber el semen, de ellas fueron las esponjas con vinagre las más utilizadas (Knowles, 2012).

La lactancia extendida ha sido utilizada por las mujeres de todos los tiempos principalmente de los estratos sociales más bajos, para espaciar sus embarazos Método de amenorrea por lactancia. Sin embargo, en el siglo XV hasta el XIX las mujeres aristócratas no amantaban a sus hijos lo que en su momento produjo un aumento de la natalidad en este estrato social lo dice McLaren, 1990.

En 1834, en Alemania Fraenkel describe que la extirpación de los cuerpos amarillos en conejas producía esterilización. En 1910 Madlener propone como técnica la salpingoclasia o trituración de las trompas de Falopio para inutilizarlas, pero no tuvo éxito por las complicaciones que producía. Hasta que la técnica de Pomeroy, dio el resultado

esperado en 60 mujeres y es la que actualmente se utiliza; a la par se estaban desarrollando ya los otros métodos como el de Ogino – Knaus y la toma de la temperatura basal, también se descubrió en Inglaterra los estrógenos y simultáneamente en Estados Unidos se descubre la progesterona hasta que en 1930 se sintetizó el dietilestilbestrol y con ello se pudo explicar el eje hipotálamo – hipofisario – ovárico (Torres, 2010).

Posterior a esto se da a conocer en Alemania el dispositivo intrauterino hecho del intestino del gusano de seda, aunque su impacto fue nulo por que se consideró que se trataba de un mecanismo que inducía al aborto.

En el Ecuador, a finales de 1950 el Dr. Paolo Marangoni se interesa por el crecimiento poblacional en el país y funda la Asociación Pro bienestar de la Familia Ecuatoriana y desde entonces se promueve e inicia el acceso al derecho de la planificación familiar. Teniendo como meta el bien común.

1.4.1 Métodos anticonceptivos en la actualidad

La Organización Mundial de la Salud, promueve la planificación familiar mediante los lineamientos basados en datos científicos que garanticen la seguridad y disponibilidad de los métodos anticonceptivos; por lo que hace la clasificación de los diferentes tipos de métodos anticonceptivos en función de los métodos modernos y tradicionales así tenemos dos grupos sustanciales que se expone a continuación (OMS, 2015).

Métodos Anticonceptivos Tradicionales

Método	Descripción	Función	Eficacia contraceptiva	Observaciones
Método del ritmo	Se observa el ciclo menstrual por 6 meses, se predice el periodo de ovulación al restar 18 de la duración del ciclo más corto y se debe restar 11 del periodo más largo	Inhibe la concepción a través de la abstinencia o en el coito con protección durante los días fértiles	Efectividad del 91% si se usa adecuadamente	La toma simultánea de medicamentos tales como: antibióticos, AINES ansiolíticos, o antidepresivos, pueden producir alteraciones en la ovulación.
Coito interrumpido	Se fundamenta en retirar el pene de la vagina justo antes de la eyaculación.	Se impide que el esperma entre en la vagina y así se evita la fecundación	96% si es usado correctamente.	Es difícil determinar correctamente cuando se debe retirar el pene de la vagina

Fuente: Tomado de la página de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015)

Realizado por: MD. Darnely Yesenia Moyano

Métodos Anticonceptivos Modernos

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia	Observaciones
Anticonceptivos hormonales orales en combinación	Contiene estrógeno y progestágeno	Impide la ovulación	>99% si es usado correctamente	Aumenta el riesgo de tromboembolismo venoso. Disminuye el riesgo de cáncer endometrial y ovárico.
Pastillas de progestágeno solo	Contiene progesterona	Previene la ovulación, aumenta el espeso el moco cervical, que impide el paso de los espermatozoides	99% si se usa correctamente	Es seguro durante la lactancia.
Implantes para 3 y 5 años	Contienen únicamente progestágeno	Previene la ovulación, aumenta el espeso el moco cervical, que impide el paso de los espermatozoides.	>99%	Los sangrados irregulares son comunes, pero no dañinas
Progestágeno en forma inyectable	De uso intramuscular cada 2 o 3 meses	Previene la ovulación, aumenta el espeso el moco cervical, que impide el paso de los espermatozoides.	>99% si se usa correctamente	Se puede retrasar la fecundidad por 1 y 4 meses en promedio; las hemorragias vaginales irregulares y comunes.
Inyectables mensuales en combinación	Contienen estrógeno y progestágeno	Previene la ovulación	>99% si se usa correctamente	Las hemorragias vaginales irregulares y comunes.
Parche anticonceptivo combinado y anillo vaginal anticonceptivo combinado	Contienen estrógeno y progestágeno que son liberados de forma continua	Previene la ovulación	Puede tener más eficacia que los anticonceptivos orales combinados	Proporcionan una seguridad comparable a los anticonceptivos orales combinados
Dispositivo intrauterino (DIU): de cobre	Dispositivo plástico flexible que contiene un asa o cubierta de cobre y se inserta en el útero	El cobre actúa sobre los espermatozoides e impide que la unión con el óvulo	>99%	Tiene una durabilidad de 10 años

Dispositivo intrauterino (DIU): con levonorgestrel	Se trata de dispositivo en forma de T, que se inserta directamente en el útero y su función es liberar diariamente levonorgestrel	Disminuye el crecimiento del endometrio	>99% si se usa adecuadamente	Con el tiempo se reduce la cantidad de sangre que se pierde con la menstruación; y disminuyen los cólicos; se observó amenorrea en un grupo de usuarias
Condón masculino	Cubierta de látex que se coloca sobre el pene erecto	Forma una barrera que impide el depósito del esperma en el canal vaginal	98% si se usa correctamente	Ayuda en la protección de las infecciones de transmisión sexual.
Condón femenino	Cubierta de látex que se coloca dentro de la vagina	Forma una barrera que impide el depósito del esperma en el canal vaginal	90% si se usa correctamente	Ayuda en la protección de las infecciones de transmisión sexual.
Vasectomía Anticoncepción permanente	Se cortan los conductos deferentes	Impide que haya espermatozoides en el semen eyaculado	>99% después de los 3 meses	No afecta el funcionamiento sexual del hombre; es de elección voluntaria. Los varones entre 30 y 40 años de edad, con una escolaridad media-superior en adelante, aceptan seis veces más la vasectomía
Salpingectomía Esterilización femenina	Se cortan las trompas de Falopio	Impide el paso de los óvulos por las trompas de Falopio	>99%	No afecta el funcionamiento sexual
Método de la amenorrea de la lactancia MELA	Es temporal para las mujeres que tienen lactancia exclusiva durante los seis primeros meses	Previene la ovulación	99%	Es un método natural de planificación familiar.
PAE Píldora anticonceptiva de emergencia	contiene levonorgestrel, 1,5 mg un progestágeno	Evita la ovulación	Reduce en un 60% a un 90% el riesgo de embarazo	No interfiere en el embarazo.

Método de calendario	Se utiliza un collar de cuentas que ayuda a determinar el periodo fértil del ciclo menstrual	Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días más fértiles	95%	La toma medicamentos o estados de estrés, pueden alterar el ciclo de la ovulación.
Método de la temperatura basal corporal	La mujer debe de registrar su temperatura corporal a la misma hora durante las mañanas buscando un aumento de 0,2°C a 0,5°C	Ayuda a dar información sobre los días fértiles en lo que se evita el coito	99%	La temperatura basal aumenta por durante tres días donde se produce la ovulación que se corresponde con el período fértil

Fuente: Tomado de la página de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015)

Realizado por: Dra. Darnely Yesenia Moyano

La toma de decisiones en cuanto al método que se propone utilizar debemos de considerar los “Criterios de Elegibilidad Médica” para dar inicio y continuidad del uso de los métodos contraceptivos, (Ministerio de Salud Pública, 2010).

El asesoramiento referente a los anticonceptivos debe tomar en cuenta ambos factores los cuales deben ser claramente expuestos a la paciente, estos criterios coinciden con estudios realizados por Ulloa Cruz, (Ulloa, 2010) que plantea el conocimiento de alteraciones que contraindiquen el uso de los mismos.

1.6.2 Anticonceptivos de origen natural

Andrés Tapuy y José Andy, señalan en su trabajo de investigación realizada sobre el manejo de la medicina natural de plantas anticonceptivas existentes en el Cantón Arajuno, en la Provincia de Pastaza tanto para parteras, como shamanes y mujeres en general que se encuentran en edad fértil utilizan plantas con el fin de controlar la natalidad, encontraron que las plantas más utilizadas se encuentran la hoja de guineo, en el 70%, el tubérculo de jengibre en un 20%, y las semillas de limón en un 10%, según se expone en los resultados de la investigación. Utilizándose la hoja de plátano en infusión de hojas secas, a ser bebida por la mujer a partir del tercer día de la menstruación, una taza por tres días (Tapuy & Andy, 2012, pág. 68).

En el artículo “Anticonceptivos y Abortivos Tradicionales” publicado en la revista anuales de antropología” de la UNAM, también hace referencia al uso del vástago del plátano como anticonceptivo. (Quezada, 1975).

Otra de las plantas utilizadas como método anticonceptivo está el “Ajengibre Hembra”, según los datos obtenidos por (Tapuy & Andy, 2012, pág. 66); esta planta es utilizada en forma de zumo, espeso que se administra a la mujer una cuchara por tres días seguidos desde el tercer día de la menstruación, también se reporta su uso en afecciones ginecológicas en el Artículo “plantas medicinales utilizadas en el tratamiento de enfermedades ginecológicas en Leticia y Puerto Nariño” (Amazonas, Colombia); sin embargo concluye que se requiere de estudios para mejorar los conocimientos farmacológicos, toxicológicos y clínicos con la finalidad de garantizar el uso seguro de los fitofármacos. (Lagos, 2015)

Semillas de limón sutil, su utilización como método anticonceptivo se lo realiza mediante la toma de las semillas en ayuno y antes de la merienda por tres días. (Tapuy & Andy, 2012, págs. 69 - 70)

También se han señalado otras plantas con propiedades anticonceptivas como: challuwa kaspi kara, del cual se utiliza la corteza del árbol en forma de infusión; de igual manera la corteza del árbol cruz kaspi, ayahuasca y el chuchuhuaso; otra semilla utilizada con el mismo fin es la semilla de aguacate. (Tapuy & Andy, 2012) (Lagos, 2015).

1.6.3 Uso de los métodos de planificación familiar

En el mundo se ha incrementado el uso de los métodos anticonceptivos especialmente en América Latina, y en Asia en un 57, 4% el uso de métodos modernos al 2014 entre las mujeres de 15 a 49 años; en cuanto a los hombres el uso de los métodos se limita a la vasectomía y en mayor proporción el uso del preservativo. Los factores que impiden el uso de los métodos para la planificación familiar están bien circunscritos a la falta de conocimiento en coyuntura con los aspectos socio – culturales, religiosos, especialmente en las poblaciones indígenas donde aún un hijo es considerado como fuerza de trabajo, los temores a los efectos colaterales, por otro lado están los servicios de salud de mala calidad, que pueden presentar trabas para garantizar el acceso a la anticoncepción, así

como la limitada diversidad de métodos, conjuntamente con principios erróneos por parte de los prestadores de servicios.

(Blanc, 2001) en su artículo, dice que el pensamiento generalizado de las mujeres es negativo en relación al control de la natalidad a través del uso de métodos anticonceptivos y prefieren dejar en manos de Dios, o que sus parejas sean los que tomen la decisión por el temor de despertar sospechas de infidelidad y generar conflictos.

La elección del método anticonceptivo deberá ser de forma voluntaria y con conocimiento, a través de los principios de elección que dice que la persona elige voluntariamente con información veraz y oportuna, si quiere o no utilizar un método de planificación familiar específico. Si eligen la esterilización deberán firmar el consentimiento informado escrito de forma voluntaria.

1.6.4 Beneficios del uso de métodos de planificación familiar

El uso de los métodos de planificación familiar y el libre acceso para las mujeres y las parejas es esencial para alcanzar el bienestar de la salud, ofrece la autonomía de las mujeres y al mismo tiempo que favorece el desarrollo de los pueblos.

- La autonomía que brinda el uso de los métodos anticonceptivos favorece principalmente a la salud de las mujeres al prevenir los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres, en primera instancia posponiendo un embarazo no deseado esencialmente en las mujeres que se encuentran en edades tempranas como en las mujeres mayores de 40 años, puesto que en estas etapas de la vida hay más probabilidades de dar a luz un niño pretérmino o con retraso de crecimiento, circunstancias que elevan las tasas de morbi – mortalidad neonatal; o a su vez ayudan a incrementar el intervalo entre cada embarazo; esto disminuye las cifras de muertes maternas prevenibles y relacionadas con el embarazo, como el aborto no terapéutico que en nuestro medio trae múltiples complicaciones e incluso la muerte.

- También se favorece la reducción de la mortalidad infantil, al evitar los embarazos muy próximos entre sí, dándole la oportunidad a la madre de cuidar mejor de cada uno de sus hijos. Una mejor educación, la autonomía y el poder de decidir, da la oportunidad a las mujeres a que mejoren su calidad de vida, con mejores oportunidades de empleo.
- Con la prevención de embarazos a edades tempranas, con la disminución del número de hijos por mujer, se detiene el crecimiento poblacional, las mujeres adolescentes tienen mejores oportunidades de vida, y mejoramiento de la economía de las familias y de su entorno.
- Otro de los beneficios de los métodos anticonceptivos de barrera o preservativos, pueden prevenir la infección por el VIH y el SIDA.

1.6.5 Asesoría General en Planificación Familiar

Es una acción profesional trascendente que pretende cambiar la relación en salud. (Ministerio de Salud Pública, 2010) La misma identifica **tres componentes**: usuarios/as externos/as que **consultan por que desean planificar su familia**, el usuario/a interno/a o equipo de atención en salud que debe ser capaz de acompañar la decisión de planificación familiar y el acuerdo entre el usuario/a interno/a y externo/a al que beneficiará.

El asesoramiento implica desde el punto de vista del equipo de salud dos importantes prerrequisitos (Ministerio de Salud Pública, 2010):

El reconocer a la persona en consulta como un sujeto de derechos y el redimensionar la propia labor profesional; se desarrolla abordando de forma integral aspectos bio-psico-sociales individualizando el proceso de atención, para lo cual se debe realizar siempre estas cuatro ACCIONES BÁSICAS (Ministerio de Salud Pública, 2010): que comprende la CONFIANZA, CONFIDENCIALIDAD, debe ser INDIVIDUALIZADA y con LIBERTAD

1.6.6 Criterios médicos de elegibilidad

Los criterios médicos de elegibilidad determinan el uso seguro y adecuado de los métodos de planificación familiar de acuerdo a la condición médica de las y los usuarios, con el

beneficio de evitar un embarazo no deseado. (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, OMS, 2015)

El objetivo de los criterios médicos de elegibilidad es ayudar a direccionar los programas nacionales relacionados con la salud sexual y reproductiva. Se clasifica en cuatro categorías para el uso de los métodos anticonceptivos, en función de los riesgos para la salud, que debe de ser informado sistemáticamente por el médico familiar, fundamentado en el conocimiento científico (ver anexo A).

La Organización Mundial de la Salud, en su afán de orientar y facilitar el uso de los métodos anticonceptivos y de planificación familiar de manera segura y efectiva emite su documento con las recomendaciones para la selección de prácticas, que están basadas en evidencia científica y está dirigido a los responsables de los programas y a sus ejecutores.

1.7 Promoción de la salud sexual y reproductiva

En 1948 en la Declaración de los Derechos Humanos, se reconoce el derecho de todo ser humano a la salud, con enfoque sobre la salud materna infantil, lo que se refuerza en 1952 por la Organización Internacional del Trabajo que aprueba el “Convenio relativo a la protección de la maternidad”, luego de tres décadas en la Conferencia de Alma Ata en 1978, se incluye la planificación familiar en la salud materna e infantil.

En la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” de Naciones Unidas, reconoce el derecho a la información que tenga el alcance de asegurar la salud familiar al igual que su bienestar. En 1994 la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo sustituye la salud materna e infantil por la terminología salud sexual y reproductiva gracias a la intervención de grupos feministas quienes exigieron el cumplimiento de los derechos sexuales. (Mazarrasa & Gil, 2013).

En el consentimiento de que todo el mundo tiene derecho a tener accesibilidad a la información sobre sexualidad, de calidad, en función de que el surgimiento de nuevos problemas sanitarios relacionados a la sexualidad la Organización Panamericana de la Salud al mismo tiempo con la Asociación Mundial de Sexología, permanentemente han

realizado esfuerzos con miras a mejorar los programas sobre sexualidad y estrategias como: promover la integralidad de la salud sexual, eliminar las barreras de accesibilidad a la salud sexual, y la oferta de la educación sexual de calidad para todos los estratos sociales; así como la formación de los profesionales que brinden las facilidades con servicios integrales de atención en salud sexual; por lo que la intervención de los gobiernos e instituciones no gubernamentales han desarrollado múltiples acciones en virtud de mejorar la salud sexual.

Motivos por los que los organismos mundiales relacionados con la salud han dado prioridad a la salud sexual con el objetivo fundamental de mejorar la salud sexual que va de la mano con el mejoramiento del bienestar del individuo y su medio en el que se desenvuelve.

En el año 2000 el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) estableció una política oficial que declaró que los Derechos Humanos tienen como base los principios éticos, los cuales son esenciales para todas las personas por lo tanto son irrenunciables, inalienables e inviolables. En este sentido se propusieron metas entre las que prima la eliminación de las barreras de acceso a la salud sexual, ofrecer educación integral de calidad, brindar capacitación a los profesionales de la salud, desarrollo de servicios integrales de salud con facilidades de acceso y el apoyo a la investigación y la difusión de los conocimientos resultantes (Mazarrasa & Gil, 2013).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud, proporciona directrices con la finalidad de alcanzar los objetivos y las metas, principalmente para dar respuesta a las necesidades no cubiertas en función del manejo de la información. Estas directrices incluyen las recomendaciones ya emitidas por la OMS para los programas de salud sexual y reproductiva (OMS, 2014).

Con la finalidad de incrementar y dar a conocer el tema de la salud sexual y reproductiva en el año 2010 la Asociación Mundial para la Salud Sexual, propone la celebración cada 04 de septiembre como Día Mundial de la Salud Sexual, promover una mayor conciencia social de la salud sexual en todo el mundo, desde entonces se han elegido diferentes lemas que han llevado a que se involucren más de 35 países, que han desarrollado actividades en las escuelas, medios de comunicación, hospitales, bibliotecas, universidades,

ambientes públicos y demás lugares de agrupamientos poblacionales (Comité del Día Mundial de la Salud Sexual, 2016).

La Organización Panamericana de la Salud conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), organizaron el IV Concurso de Buenas Prácticas que incorporan la Perspectiva de Igualdad de Género en Salud con énfasis en VIH, teniendo como objetivo la identificación de las necesidades y oportunidades que contribuyan para mejorar la salud. Durante este evento Argentina presenta un programa integral implementado desde el 2002 que involucra a grupos clave de jóvenes, que dio por resultado el mejoramiento del nivel de información preventiva y la adopción de medidas de cuidado con relación al sexo seguro, que conlleve al mejoramiento del cuidado de la salud y de su calidad de vida. La metodología que se utilizó involucra estrategias que fueron implementadas a través de componentes interrelacionados; las estrategias utilizadas fueron (Organización anamericana de la Salud, 2011):

- Capacitación. En donde abordaron temas de salud sexual y reproductiva con un enfoque que se basó en los derechos humanos y la representación de género, que incluye la bioética.
- Asistencia técnica. Tubo como base acciones locales de promoción y prevención, a través de la programación y seguimiento de cada iniciativa generada por los distintos actores.
- Comunicación. Utilizada como estrategia definida a implementar nuevos conocimientos, cambio en los comportamientos y prácticas.
- Investigación. Estrategia fundamental para conocer los problemas existentes en relación con los perfiles sociodemográficos y factores de riesgo asociados.
- Monitoreo y evaluación. Estratega que busca de la identificación de los resultados esperados de los programas, así como la evaluación de su proceso e impacto

El Estado Ecuatoriano con la finalidad de dar cumplimiento con la normativa internacional y el respeto de los Derechos Humanos y por su intermedio a los Derechos Sexuales, a través del Consejo Nacional de Salud, publicó en el año 2007 la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, que fue llevada a consulta nacional con la participación de grupos poblacionales, se fundamenta en estrategias que favorecen el ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, que involucra a todos los

actores sociales, está dirigido a toda la población, favorece la participación social, enfrenta problemas relacionados con la salud sexual como la mortalidad materna, se reforma el sector salud para facilitar el acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva humanizados (Ministerio de Salud Pública, 2007).

1.8 Estrategia de intervención educativa

El concepto de estrategia tiene su origen en el contexto militar con significado preciso de las orientaciones de quien tiene la táctica para cumplir con los objetivos. Consecuentemente la estrategia es una guía de acciones coordinadas que orientan, a la obtención de resultados (Herrán, 2010).

Las estrategias didácticas son métodos, técnicas y actividades; con las que los docentes y sus estudiantes, organizan su proceso de enseñanza – aprendizaje a través de acciones que lleven a construir metas, pero sobre todo se adapta a las necesidades de cada uno de los participantes, representan el eje de los procedimientos que van a permitir que los discentes construyan un nuevo conocimiento a partir de la información generada por el docente (Feo, 2010).

Los componentes son: la persona o institución con una misión u objetivo por alcanzar, relacionado con el conocimiento; la estructura curricular a seguir y la actitud de los participantes y sus habilidades cognitivas (Herrán, 2010). Las estrategias, se basan en la elaboración y organización de los contenidos que ayuden y faciliten el aprendizaje de los participantes.

Las estrategias se clasifican en:

- De ensayo. Implica la reproducción del contenido centrado en puntos clave con el decir y escribir.
- De elaboración. Es la conexión entre lo nuevo y lo que es familiar para el individuo.
- De organización. Es la clasificación y agrupación de los contenidos, de forma fácil y ordenada.

- De evaluación de la comprensión. Las estrategias van dirigidas a la evaluación de la capacidad de las personas para repasar sus procesos y la forma en que aprenden.
- De apoyo o afectivas. Están encaminadas al mejoramiento del aprendizaje del contenido, están relacionadas con motivación, mantener la atención y la concentración de los partícipes, así como el manejo de la ansiedad y el control del tiempo de manera efectiva.

1.8.1 Mecanismos de las estrategias educativas

La información impartida a través del proceso enseñanza – aprendizaje pueden llegar a entrelazar las diferentes estrategias didácticas, para poder alcanzar los objetivos propuestos y alcanzar el aprendizaje permanente en los individuos (Ramirez, 2014).

Dentro de ello se consideran algunos componentes esenciales que dan la forma al diseño de la estrategia, como: el nombre de la estrategia, que debe de ser personalizada; el contexto que viene a ser el escenario del encuentro; la duración del encuentro mismo que no debe de ser una limitante en el proceso didáctico, lo importante es que el alumno llegue a consolidar la información; los objetivos, son las metas a alcanzar dentro de la actividad y deben de ser claros y precisos en función de las necesidades de los estudiantes; el desarrollo de las competencias son cualidades importantes para el desarrollo de la enseñanza, en si las competencias son una relación estrecha entre las aptitudes y los valores.

El desarrollo de las competencias se enfoca en elementos básicos como:

- El **verbo evaluable** que indique el logro alcanzado del aprendizaje. El **objeto de estudio** que se relaciona con el contenido.
- **Condición del contexto**, aquí se detalla los aspectos necesarios para alcanzar la competencia.
- **La puntualización teórica** es la dirección del aprendizaje que el docente asume durante el proceso enseñanza – aprendizaje, en base a los objetivos del aprendizaje que pueden ser constructivistas, cognitivista o conductista que sean pertinentes al tema que el docente desea suscitar.

- **El contenido**, debe tener una concordancia entre los objetivos y las competencias a ser desarrolladas por tanto el docente debe de poner en conocimiento los procedimientos para el entendimiento de los contenidos, que son de tres clases:
- **Declarativos**, son los que hacen la descripción de determinados conocimientos que engloba el concepto y categoriza la meta del aprendizaje es el ¿Qué le corresponde saber?
- **Procedimentales**. Es el modo y la técnica que demanda el participante para que se asegure su aprendizaje, aquí se involucra o desarrolla el ¿Cómo? Hacerlo.
- **Actitudinal**. Se describe las características fundamentales que el participante debe de asumir para que tenga un buen desempeño y pueda llegar a las metas del aprendizaje. ¿Cuál es la actitud desde el punto de vista axiológico?

La estrategia que favorece y mejora el comportamiento sano de los individuos es la educación sanitaria; produciendo cambios en los conocimientos, en su forma de pensar y la comprensión; el conocimiento puede cambiar incluso los valores del individuo; puede generar cambio en los dogmas, y sus actitudes a largo plazo; sin embargo, ayuda en la obtención de competencias desconocidas; que pueden llegar a cambiar el comportamiento espontáneo (Vega & Aramendi, 2015).

Varios autores concuerdan que las estrategias son instrumentos de la tarea cognoscitiva que le permite al individuo determinar su forma de actuar, de transformar sus pensamientos y acciones. (Díaz, 2003)

El designio de toda estrategia es dominar las dificultades con la optimización del tiempo y de los recursos, esto permite identificar los propósitos para transformar la situación actual, y conlleva todo un proceso de organización. La estrategia concluye con un plan de acciones que se desarrolla dentro de los tiempos establecidos, con el uso de los recursos y métodos que testifiquen el cumplimiento de dichas metas (López, 2015).

Las estrategias deben cumplir con cualidades conscientes e intencionadas a dar solución a los problemas encontrados en los individuos y agrupados acorde a sus características similares.

1.8.2 Clasificación de las estrategias didácticas

Estrategia de enseñanza. La enseñanza se realiza de modo presencial entre el docente y su alumno, con un diálogo directo y didáctico de acuerdo a su necesidad de aprendizaje.

Estrategia de aprendizaje. Son los procedimientos a través de los cuales el alumno adquiere el conocimiento de una manera consecuyente, con el uso de técnicas de estudio, con el desarrollo de habilidades cognitivas que ayuden a extender a cada uno de los estudiantes.

Estrategias instruccionales. Aquí la enseñanza pedagógica entre el docente y su alumno es fundamental la interrelación, para que el alumno haga conciencia de las instrucciones escolares y además se apoye en los recursos didácticos y tecnológicos.

1.8.3 Serie didáctica

Las series didácticas son las programaciones instruccionales que realiza el docente, que son orientados para el desarrollo de las competencias sociales, las estrategias principales que evidencia la secuencia didáctica puede ser:

Estrategias Pre – instruccionales. Sirven para la preparación del alumno sobre el tema y el cómo se va a dar la enseñanza. Lo más utilizado son los objetivos de la clase.

Estrategias Co – instruccionales. Brindan apoyo a los contenidos en el proceso de enseñanza, cumple con funciones como: localización de la información importante; conceptualiza los contenidos y crea acciones para mantener la atención y motivación de los presentes. Se puede incluir otras tácticas que pueden ser: mapas conceptuales ilustraciones, y otras.

Estrategias Pos – instruccionales. Ofrecen apoyo después del contexto del aprendizaje y permiten al estudiante tener un enfoque sintetizado, integrado que le permite inclusive realizar una crítica del contenido. También le permite realizar una autoevaluación de su aprendizaje. Pueden ser: la configuración de resúmenes, mapas conceptuales, cuadros sinópticos y comparativos.

Las estrategias didácticas de inicio objetivan la introducción y ayudan al docente a la preparación de los alumnos para el tema que se va a tratar. El propósito es explicar los deseos de la actividad con conocimientos, despertando el interés de los participantes involucrados.

Las estrategias didácticas de desarrollo: Son las utilizadas por el docente en el momento de ejecutar la actividad de enseñanza que ha iniciado, se centra en dar orientaciones a los partícipes donde se irán esclareciendo las dudas, dando ideas que justifiquen la forma de las diversas informaciones en relación al tema tratado.

1.8.4 Momentos del proceso educativo

Los magnos avances científicos y la globalización a finales del siglo XX, y el progreso de la económica, dan paso a una nueva sociedad. En este contexto, y con el acceso a la Internet, los proveedores de todo tipo de información, y la disponibilidad de innumerables instrumentos que permiten realizar todo tipo de artes con la información, se abre un nuevo paradigma de la enseñanza:

Otra forma de organizar las series didácticas se basa en cuatro periodos lógicos como:

- **Inicio de las actividades**, que busca la introducción en el tema que se va a desarrollar, esto favorece la preparación de los participantes ante el tema que se va instruir. En este punto es donde se aclara los objetivos de las actividades con los conocimientos y desarrollando las destrezas de los participantes a interactuar.
- **Desarrollo de las actividades**. Se caracteriza por las estrategias que el docente pondrá en práctica, lo que ayudará a facilitar el conocimiento y la orientación del alumno hacia el objetivo del aprendizaje.
- **Cierre**. Incluyen estrategias propuestas por el docente para finalizar el proceso de enseñanza – aprendizaje, que le ayudará a asegurar si se ha alcanzado la meta del aprendizaje. El cierre se realiza cuando el propósito de la enseñanza se considera asimilado, las estrategias para el cierre pueden llevar a una discusión o análisis colectivo sobre el tema, donde se pueden hacer correcciones positivas y negativas del tema tratado.

- **Evaluación.** Es un proceso que supervisa los resultados del proceso de enseñanza – aprendizaje. Es una forma también de realizar una retroalimentación que evidencia el progreso del aprendizaje del participante.

1.8.5 Recursos didácticos

Con el avance de la tecnología poco a poco se han dado cambios en los procesos de enseñanza – aprendizaje, facilitando la motivación de los participantes a la captación del mensaje (Bautista & Martinez, 2014).

Se lo denomina “*medio instruccional*” y se clasifica en:

- Medios tecnológicos
 - Medios visuales
 - Medios auditivos
 - audiovisuales
- Medios impresos
- Medios que incluyen personas, animales o modelos

1.8.6 Tecnologías de la Información y Comunicación

Las tecnologías de la información y la comunicación son el agrupamiento de los medios audio visuales, la internet y la informática, que se usan como herramientas y medios auxiliares para acceder de forma ilimitada a la información, son de mucha utilidad en el proceso del aprendizaje y promueven la interacción entre la máquina y el humano, favorecen también la comunicación a todo nivel.

En la educación actualmente las tecnologías de la información y comunicación son consideradas como material didáctico que está a la vanguardia de la modernización y actualización, con lo que la educación ha tenido que realizar cambios sustanciales en sus objetivos y pedagogía para poder cumplir con las necesidades de los participantes en el presente siglo.

La Elección del material didáctico en el mundo actual debe de ser sistematizada y se debe adaptar a cada uno de las programaciones para que cumplan con los objetivos planteados. Los beneficios del uso de la tecnología son múltiples y cumplen con diversas funciones, sin embargo, las principales son el: refuerzo de los conocimientos, facilitar el aprendizaje, también ayudan en el desarrollo de habilidades cognitivas de los participantes, y mejoramiento de la calidad de las enseñanzas (Bautista & Martinez, 2014).

1.9 Intervenciones en salud

Desde tiempos remotos el hombre se ha preocupado por el proceso salud enfermedad por lo que ha generado intervenciones en salud que en primera instancia estuvieron orientadas a la erradicación de enfermedades, o sea a la prevención secundaria, para luego preocuparse por la eliminación de los factores de riesgo, y hoy se enfoca hacia la promoción de la salud.

La intervención no es más que aplicar los conocimientos y habilidades desarrolladas, que están asociadas a un determinado tema. En la educación para la salud, es una estrategia o intervención conductual que se centra en modificar positivamente y corregir las destrezas y costumbres personales de una determinada situación de salud. La intervención se fundamenta en dos aspectos que son: la intención de la adición de nuevos conceptos y habilidades que pueden llegar a potenciar a otros, con efectos de cambio en función de los objetivos de estudio.

El otro aspecto es la capacidad técnica y profesional de la persona que imparte el conocimiento (Ravanet, 2006).

Lo esencial de las intervenciones en salud es que se deben de identificar tres elementos en función de que se debe de mantener, fomentar y reponer la salud:

- El diagnóstico del problema
- Determinar los cursos de acción
- La dotación de los recursos necesarios

Dentro de las condiciones que se deben de tomar en cuenta para la realización de intervenciones está:

- Debe de dar una respuesta a un problema de salud (debe ser necesario).
- La planificación es elemental
- Ser participativa e incluyente
- Debe de ser consensuada
- Tener un determinado tiempo y programado
- Y se debe de evaluar

Clasificación de las estrategias de intervención

Las intervenciones de salud se clasifican de acuerdo a la función que tiene:

- Preventivas
- Recuperación de la salud
- La rehabilitación de la salud
- Promoción de la salud
- Combinadas

De acuerdo al nivel de la intervención que se realizará:

- De forma individual
- Direccionado a la población

Otra de las clasificaciones que tenemos es de acuerdo a los objetivos

- Variable organizacional
- Comunicaciones
- Mercadeo
- Educativas

1.9.1 Eficacia y factibilidad de las intervenciones en salud

La eficacia de toda intervención está dada por la capacidad de dar solución a un problema, mediante una programación previa, tomando en cuenta la factibilidad en diferentes

ámbitos como: político, económico, legal, organizacional, socio cultural, y en la parte ética.

1.9.2 Habilidades a tener en cuenta para los capacitadores

Según el diccionario de la Lengua española la define como la capacidad, la inteligencia y disposición para ejercer las funciones y roles propios del capacitador. Las habilidades deben ser direccionadas en función de los objetivos de las estrategias planteadas. Las habilidades que deben estar presentes son:

El poder de comunicación efectiva: se desarrolla a través de optimas destrezas para lograr el propósito de lo que se va a transmitir o recibir. La comunicación efectiva tiene ciertos principios que son: la claridad y precisión del mensaje, debe ser bilateral, siempre se debe de mantener la retroalimentación, así como mantener los canales básicos de comunicación como el trabajo en equipo, la optimización del tiempo y la organización personal.

CAPÍTULO II

2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Tipo y diseño de la Investigación

Se realizó una investigación de desarrollo tecnológico, no experimental de corte transversal, descriptiva, inferencial, que pretende delimitar el problema de estudio, determinando la asociación entre variables. Se realizó en el Barrio Pullo - Urko en el período enero – junio 2016, localidad que pertenece a la parroquia Tena, Provincia Napo, el mismo se realizó con el propósito de diseñar una estrategia de intervención educativa en base a la relación entre las variables socio-demográficas y los conocimientos sobre planificación familiar en las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo - Urko. (Hernández, 2007)

2.2 Método de la investigación

El método utilizado en esta investigación fue inductivo – deductivo, en base a la hipótesis que busca la asociación entre las variables sociodemográficas como: edad, etnia, instrucción y estado civil, variables de conocimientos, para elaborar una estrategia de intervención educativa que permita elevar el nivel de conocimiento sobre planificación familiar de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo -Urko.

Método Empírico se utilizó para la realización de la encuesta.

Método Histórico – lógico para la confección del marco teórico.

Métodos Teóricos para la revisión bibliográfica e informática.

Método de Análisis y síntesis para analizar los resultados obtenidos.

2.3 Enfoque de la investigación

El enfoque de la investigación que se realizó es mixto por cuanto tenemos variables de estudio cualitativas y cuantitativas.

Alcance de la investigación

Se trata de un estudio descriptivo inferencial.

2.4 Población de estudio

Universo: el estudio se realizó a nivel local con la identificación de la población que se efectuó a través del levantamiento de las fichas familiares del Barrio Pullo – Urko de la Ciudad de Tena, en la Provincia de Napo, encontrándose una totalidad de 90 mujeres que se encuentran entre 15 y 45 años de edad.

2.5 Unidad de análisis

La presente investigación se realizó con la aplicación de una encuesta aplicada a las mujeres que se encuentran en edad fértil de 15 a 49 años, del Barrio Pullo- Urko en el periodo de enero a junio de 2016

2.6 Tamaño de la muestra

Muestra: para el cálculo de la muestra se aplicó la fórmula estadística para poblaciones finitas; en función de nuestra población conocida que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión:

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{e^2(N-1) + \sigma^2 Z^2}$$

n= tamaño de la muestra

N = universo

Z_2 = nivel de confianza. ($Z_2=1.96$ valor constante)

p = probabilidad a favor ($p=0.5$ valor constante)

q =probabilidad en contra ($q=0.5$ valor constante)

e = Límite aceptable de error muestral o error de estimación ($e=0.05$ valor constante)

$p*q$ =Varianza de la probabilidad

Por tanto, aplicando la fórmula del cálculo de la muestra con error estimado del 5.0% y un nivel de confianza del 95% el tamaño de la muestra fue de 75 mujeres en edad fértil a quienes se les aplicó la encuesta.

2.6.1 Criterios de inclusión.

- Voluntad de formar parte del estudio.
- Mujeres con aptitud física y mental para participar en la investigación.

2.6.2 Criterios de exclusión.

- Personas que han cambiado su residencia.
- Mujeres menores de 15 años
- Mujeres mayores de 45 años

2.6.3 Criterios de salida:

- Personas que por voluntad propia no deseen continuar en la investigación.

2.7 Selección y definición de las variables

2.7.1 Variables de estudio

- Características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo – Urko: edad, etnia, estado civil, nivel de instrucción.
- Nivel de conocimiento sobre planificación familiar.

Características sociodemográficas: como su nombre lo indica esta palabra tiene 2 componentes: uno relacionado con la sociedad y otro relacionado con la demografía; para el efecto de este estudio se han considerado las variables edad, estado civil, instrucción, y la etnia.

Nivel de conocimientos: con esta variable se buscó evaluar la información que dominan las mujeres sobre planificación familiar y sus métodos. La variable nivel de conocimiento se establecieron 3 (tres) dimensiones que corresponden al conocimiento sobre planificación familiar.

- Información sobre planificación familiar en base a la información previamente conocida a través de los diversos canales de información, con dominio de concepto.
- Identificación de un método de planificación familiar, el mismo que sea señalado claramente de un listado de opciones posibles.
- Identificación de las ventajas y desventajas de los métodos de planificación familiar.

2.7.2 Operacionalización de variables:

2.7.2.1 Matriz de Operacionalización de variables

Matriz de Operacionalización de Variables					
Variables:	Tipo	Operacionalización		Indicador	
		Escala	Descripción	Fórmula	Resultado
Edad de las mujeres	Cuantitativa Discreta	15 a 19 años 20 a 34 años 35 a 45 años	Adolescente Adulta joven Adulto medio	Nº de participantes por grupo de edad / total de participantes * 100	% de mujeres por grupo de edad
Estado civil	Cualitativa Nominal Dicotómica	Con pareja Sin pareja	Estado civil al momento del estudio Con pareja: casadas y con unión libre. Sin pareja: solteras, divorciadas, viudas.	Nº de mujeres con pareja / total de la muestra Nº de mujeres sin pareja / total de la muestra	% de mujeres con o sin pareja
Etnia	Cualitativa Nominal Politómica	Indígena Mestiza Blanca Negra Mulata	Etnia de la persona	Nº de participantes por etnia / total de participantes * 100	% de mujeres por etnia
Instrucción Escolar	Cualitativa Ordinal Politómica	Ninguna Básica Completa, e Incompleta Bachillerato Completo e incompleto Tercer nivel completo e incompleto	Según último grado terminado	Nº de mujeres por nivel de instrucción / total de participantes * 100	% de mujeres en edad fértil según la escolaridad.
Nivel de práctica del uso de métodos de planificación familiar.	Cualitativa Nominal Politómica	Adecuada No adecuada	Puntaje < de 69 como No Adecuada Puntaje mayor a >70 Adecuada	$= \frac{\text{Nº puntos obtenidos}}{\text{total puntos}} * 100$	% de personas en cada escala
Nivel de práctica del uso de	Cualitativa Nominal Politómica	Pregunta 5 ¿A qué edad piensa usted	a. Luego de una relación sexual sin protección (píldora	f. Antes de iniciar las relaciones sexuales a	% respuestas correctas.

métodos anticonceptivos		que puede utilizar un método de planificación familiar?	anticonceptiva de emergencia) b. Después de los 20 años c. Antes de casarse d. Luego de casarse e. Después de los 10 años f. Antes de iniciar las relaciones sexuales a cualquier edad	cualquier edad es correcto	
Nivel de práctica del uso de métodos anticonceptivos	Cualitativa Nominal Politómica	¿En qué momento usted cree que es conveniente tener el primer embarazo?	a. Después de los 10 años b. Después de los 20 años c. Antes de casarse d. Luego de casarse e. Cuando tenga las condiciones necesarias para recibir a un hijo.	e. Cuando tenga las condiciones necesarias para recibir a un hijo.	% respuestas correctas.
Nivel de práctica del uso de métodos anticonceptivos	Cualitativa Nominal Politómica	¿Qué métodos usted utiliza?	a. Inyección mensual b. Pastillas c. Implantes subdérmicos d. Condón masculino e. Condón femenino f. Parche dérmico g. T de cobre h. Espumas espermicidas i. Ritmo j. Coitus interruptus, (terminar afuera) k. Ligadura l. No utiliza ningún método m. no tengo relaciones sexuales	Elección de un método	% de uso por cada método anticonceptivos
Nivel de práctica del uso de métodos	Cualitativa Nominal Politómica	¿El método que utiliza es por?	a. Consejo de un familiar b. Consejo de un médico	Literales correctos b y c	% respuestas correctas.

anticonceptivos			c. Consejo de obstetriz d. Compró en la farmacia e. Consejo de una amiga o familiar		
Nivel de práctica del uso de métodos anticonceptivos	Cualitativa Nominal Politómica	¿Usted y su pareja conversan sobre la planificación familiar?	a. Si b. No	Opción correcta literal a	% respuestas correctas.
Nivel de práctica del uso de métodos anticonceptivos	Cualitativa Nominal Politómica	Su pareja:	a. Está de acuerdo en que use un método b. No está de acuerdo en que use un método c. No sabe que usa un método de planificación familiar d. Decidió que método debe usar e. pareja se hizo la vasectomía	Respuestas correctas literal a o literal e	% respuestas correctas.
Nivel de práctica del uso de métodos anticonceptivos	Cualitativa Nominal Politómica	¿Dónde usted puede adquirir los métodos de planificación familiar?	a. Centro de salud b. Unidad de salud del IESS c. Farmacia d. Tienda e. Otros	Respuestas correctas a y b	% de respuestas correctas
Nivel de conocimiento sobre planificación familiar.	Cualitativa Nominal Politómica	Satisfactorio No satisfactorio	Puntaje Según conocimiento < de 60 No satisfactorio; del 61 a 69 poco satisfactorio; >70 Satisfactorio	$x = \frac{\text{N}^\circ \text{ puntos obtenidos}}{\text{total puntos}} * 100$	% de personas en cada escala
Nivel de conocimiento sobre importancia de planificación familiar.	Cualitativa Nominal Politómica	7. De acuerdo a sus conocimientos : ¿el uso de los métodos de planificación familiar es	a. Permite a las personas determinar el intervalo entre cada embarazo b. Retrasa el primer embarazo, el espaciamiento de los nacimientos y limita	Respuestas Correctas a. Permite a las personas determinar el intervalo entre cada embarazo	% de respuestas correctas

		importante por?	definitivamente los mismos cuando se ha alcanzado el tamaño de familia deseado. c. No es un tema de importancia y no debe de comprometer a la pareja d. No debería involucrar a los sectores gubernamentales, de salud y educación e. No es importante.	b. Retrasa el primer embarazo, el espaciamiento de los nacimientos y limita definitivamente los mismos cuando se ha alcanzado el tamaño de familia deseado.	
Nivel de conocimiento sobre concepto de planificación familiar.	Cualitativa Nominal Politómica	8 De acuerdo a sus conocimientos la planificación familiar es:	a. Decidir cuantos hijos tener y cuando tenerlos b. Utilizar métodos anticonceptivos y evitar embarazos no deseados c. Es un método para aumentar los embarazos d. permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos e. Ayuda en el tratamiento de la obesidad	Respuestas Correctas a. Decidir cuantos hijos tener y cuando tenerlos b. Utilizar métodos anticonceptivos y evitar embarazos no deseados d. permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos	% de respuestas correctas
Nivel de conocimiento sobre tipos de métodos de planificación familiar.	Cualitativa Nominal Politómica	9. ¿Qué métodos de planificación familiar que usted conoce?	a. Inyección mensual b. Pastillas c. Implantes subdérmicos d. Condón masculino e. Condón femenino f. Parche dérmico g. T de cobre	Elección de un método	% de métodos anticonceptivos conocidos

			h. Espumas espermicidas i. Ritmo j. Coitus interruptus, (terminar afuera) k. ligadura l Vasectomía		
Nivel de conocimiento sobre planificación familiar.	Cualitativa Nominal Politómica	12. Si algún método de planificación familiar te da un síntoma no deseado, ¿Qué harías?	a. Suspender el uso del método anticonceptivo b. Cambiar de método anticonceptivo c. No usar ningún otro método d. Continuar con el mismo método e. Buscar asesoría con personal de salud f. Acudir a la farmacia en busca de otra alternativa	Respuestas correctas a. Suspender el uso del método anticonceptivo b. Cambiar de método anticonceptivo e. Buscar asesoría con personal de salud	% de respuestas correctas
Nivel de conocimiento sobre planificación familiar.	Cualitativa Nominal Politómica	Ha recibido información sobre planificación familiar por:	a. medios de comunicación (Radio televisión) b. _En el Hogar c. Personal de salud d. En el colegio e. No ha recibido información		% de respuestas correctas
Nivel de conocimiento sobre planificación familiar.	Cualitativa Nominal Politómica	Considera un beneficio el uso de métodos de planificación familiar	a. Si b. No___	Literal a correcto	% de respuestas correctas
Nivel de conocimiento sobre planificación familiar.	Cualitativa Nominal Politómica	¿Qué beneficios da, el uso de métodos de planificación familiar?	a. Mejora la salud de las mujeres b. Permite planificar el número de hijos	Literales correctos a, b. d	% de respuestas correctas

			c. Es un medicamento para tratar enfermedades del corazón d. Ayuda a mejorar la economía de las familias e. Ayuda a mejorar las relaciones sexuales		
Nivel de conocimiento sobre planificación familiar.	Cualitativa Nominal Politómica	Considera usted que el uso de métodos de planificación familiar causa más daño que beneficio	a. Si b. No	Literal “b” correcto	% de respuestas correctas
Nivel de conocimiento sobre planificación familiar.	Cualitativa Nominal Politómica	Según sus conocimientos; ¿qué daños produce el uso de métodos de planificación familiar?	a. Causa enfermedades en la mujer como cáncer b. Ganancia de peso c. Produce náuseas o vómitos y pérdida de peso d. Produce infecciones vaginales e. La mujer busca otras parejas f. No causa ningún daño	Literal “f” correcto	% de respuestas correctas

Fuente: Realizado por la autora.

2.8 Procedimientos de recolección de información

Los métodos de investigación utilizados para lograr los objetivos planteados fueron: métodos empíricos como la observación, y el cuestionario para percibir el nivel de conocimientos sobre planificación familiar de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo

- Urko, revisión de documentos oficiales (ficha familiar y ASIS) y métodos teóricos como el histórico-lógico y el de análisis y síntesis; una vez autorizado el consentimiento informado.

Los instrumentos empleados fueron los siguientes:

- Historia clínica médica: El objetivo fue conocer los antecedentes personales de las mujeres, así como obtener una guía para organizar el cuestionario.
- Ficha Familiar: Su propósito fue contextualizar la población de estudio identificando las principales características sociodemográficas y de salud para estructurar el cuestionario.
- Cuestionario auto administrado aplicado con la finalidad de determinar los conocimientos sobre factores de riesgo preconcepcional de las mujeres en edad fértil: Es un instrumento creado por el autor según los objetivos de la investigación, es fácil de comprender y de responder. Consta de 21 preguntas. Son preguntas combinadas cada una está conformada por opciones de respuesta relacionadas con los aspectos sobre los que se desea evaluar. Las preguntas en su mayoría tuvieron un carácter informativo e individual entendibles para el grupo en estudio (Ver anexo E).

En la clave evaluativa de cada cuestionario se consideró correcto cuando hay una selección adecuada de más del 70% de los incisos afirmativos que abordan el tema a evaluar (en cada inciso de conocimiento el valor oscila entre 1 y 12), valorándose luego la clave evaluativa que varió en cada pregunta en relación con el número de incisos.

La recolección de la información se realizó mediante tres períodos:

- En primera instancia se procedió con el diseño y estructura de la encuesta que fue sometida a la consideración de expertos de ellos cuatro especialistas de Medicina General Integral y una especialista en Ginecología mediante los Criterios de Moriyama (Corral, 2010).
- Se realizó además la técnica de recolección de datos en la que se utilizó la encuesta, para la aplicación de la prueba piloto con personas al azar con características muy similares a las del grupo de estudio que vamos a analizar. La prueba piloto se aplicó

en el Centro de Salud Urbano Tena, con el objetivo de valorar su inteligibilidad y aceptación.

- Finalmente se realizó la validación del instrumento mediante el análisis de confiabilidad y validez del instrumento mediante el Alfa de Cronbach que se orienta hacia la consistencia interna de una prueba (Massuh, 2011) (Bohórquez, López, & Hernandez, 2013).

Fuente Primaria: encuesta de recolección de datos.

Fuente secundaria: ASIS, revisión de material bibliográfico relacionado con el tema de planificación familiar y los métodos de planificación familiar.

2.9 Instrumento de recolección de datos primarios y secundarios

El cuestionario fue estructurado en partes, una parte inicial que recogerá datos sobre variables sociodemográficas y otra que contemplará un test de conocimientos. El nivel de conocimientos sobre planificación familiar será evaluado por cada dimensión y de forma general, mediante ítems de opción múltiple, donde se considerará una sola alternativa correcta. El sistema de puntuación que será empleado es el simple, a través de la sumatoria de respuestas correctas, calificándolo como: No satisfactorio quienes tengan una puntuación igual o menor a 60; poco satisfactorio para quienes tengan una puntuación entre 61 a 70; y satisfactorio para quienes obtengan puntuaciones mayores a 71.

2.9.1 Validación del instrumento

Para comprobar la validez de apariencia, contenido y determinar si es puntual y clara, sobre todo que sea capaz de cumplir con lo que se desea investigar. se consultó con expertos, escogidos teniendo en consideración la experiencia profesional e investigativa siendo docentes universitarios, con conocimientos sobre planificación familiar.

Por medio de un formulario, se les solicitó la valoración de cada ítem utilizando como guía los criterios de Moriyama (Corral, 2010), con el objeto de revisión de la estructura básica del instrumento, el número y alcance de las preguntas; así como adicionar cualquier otro aspecto que en su experiencia fuera importante (ver anexo C y D). Los criterios para la valoración correspondieron a:

Razonable y comprensible: se refiere a que el encuestado entienda qué se le pregunta en el ítem que evalúan el fenómeno o evento que se pretende medir.

Sensible a variaciones: se refiere a que las posibles respuestas del ítem muestren diferencias en la variable que se medirá.

Pertinencia o con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: Se refiere a si existe una justificación para la presencia de cada una de las categorías que se incluyen en el instrumento.

Derivable de datos factibles de obtener: se refiere a que sea posible en la práctica obtener la información necesaria para dar respuesta al ítem.

Cada experto evaluó el ítem asignándole un valor para cada uno de los criterios antes expuestos, según la escala ordinal siguiente: Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 y Nada: 0.

Posteriormente, se identificaron aquellos ítems que en alguno de los aspectos evaluados obtuvieran calificación de mucho por menos del 70 % de los expertos. Esos ítems serán analizados, corregidos y sometidos nuevamente a la opinión de los expertos hasta ser evaluados de mucho por el 70 % o más de ellos.

El estudio piloto se realizó en 20 personas al azar pertenecientes al Centro de Salud Urbano Tena con características similares a las del grupo de estudio y que no formaron parte de la investigación.

2.10 Instrumentos para procesar datos recopilados

Con la finalidad de alcanzar los dos primeros objetivos específicos que son: caracterizar a las mujeres en edad fértil según variables sociodemográficas; y determinar el nivel de conocimiento sobre planificación familiar para las mujeres de edad fértil del Barrio Pullo - Urko en el periodo de enero a junio 2016. Se aplicó una encuesta que ayudó en la recopilación de la información necesaria aplicada personalmente por la investigadora a cada una de las participantes de la investigación.

Para alcanzar el tercer objetivo que fue: identificar la posible relación entre el nivel de conocimiento sobre planificación familiar y las variables sociodemográficas seleccionadas, se utilizó el cruce de variables sociodemográficas con las variables de conocimiento a través del programa SPSS v17.0, Los resultados se expresaron en frecuencias absolutas y relativas, los mismos que se resumieron en tablas, todos estos programas se ejecutaron en una computadora personal HP Intel Core i7.

Para alcanzar el cuarto objetivo que dice: diseñar una estrategia de intervención educativa sobre planificación familiar en mujeres en edad fértil, que incluye acciones de información, educación y comunicación, así como sus indicadores de ejecución e impacto, para lo que se utilizó la investigación de referencias bibliográficas.

Para la recolección de datos de los conocimientos actitudes y prácticas sobre planificación familiar y sus métodos, se elaboraron preguntas con respuestas de afirmación, negación y opción múltiple las mismas que se cuantificaron para obtener los resultados.

2.10.1 Plan de procesamiento y análisis de datos

Con la finalidad de procesar los datos obtenidos a través del instrumento encuesta se utilizó una computadora, HP, Intel Core i7, con los programas de office 2016 con Microsoft Word y Excel, de igual forma el programa SPSS en su versión 17.0.

Entrada: Los datos obtenidos fueron vaciados en una matriz creada para el efecto, con el fin de ser procesados.

Proceso: La descripción de los resultados se hizo utilizando porcentajes y medias. Se empleó el estadístico alfa de Cronbach, Chi-Cuadrado (χ^2) para determinar la relación y diferencias significativas entre las variables de estudio, con un nivel de significancia del 0.05 y un nivel de confianza del 95%.

Salida: Los resultados se reflejaron en tablas y gráficos para su mejor representación y comprensión.

Localización y temporalización: la presente investigación se desarrolló en el Barrio Pullo – Urko, de la Ciudad de Tena, Provincia de Napo, República del Ecuador; el tiempo

estimado de la investigación tuvo una duración de aproximadamente seis (6) meses periodo comprendido entre enero y junio 2016.

2.11 Aspectos éticos:

El uso de anticoncepción cumple con los principios de la bioética ya que contribuye al bienestar y el respeto por la autonomía de las personas; protege el derecho a la vida y a la salud; apoya el derecho de mujeres y hombres a disfrutar de su sexualidad y reproducción y a decidir sobre la misma desde su derecho de autonomía, así como el derecho de hijos e hijas a nacer siendo deseados.

Por lo tanto, el médico familiar debe conocer a su población en edad fértil, para que pueda ofrecer la orientación adecuada, sobre los métodos de planificación familiar, brindando información científica y actualizada sobre la efectividad de los métodos, así como su función en el organismo y el tiempo de duración; teniendo las consideraciones triviales y las expectativas de vida, laborales, socio – culturales y económicas (Barrientos & Reyes, 2015).

La intervención educativa sobre planificación familiar y métodos, en las mujeres del Barrio Pullo -Urko, se basará en los principios de la bioética: beneficencia, no-maleficencia, equidad y justicia, autonomía y respeto por las personas; también en la perspectiva de los derechos humanos establecidos por la Convención de las Naciones Unidas de 1968. Estos principios hacen un llamado al resguardo del pluralismo en las sociedades, al respeto a las diferentes posiciones que pueden tener las personas sobre la regulación de la fertilidad, así como a la libertad para decidir sobre el uso de métodos anticonceptivos.

Para dar cumplimiento a esta investigación se solicitó el consentimiento informado y escrito a las personas participantes de la investigación. Ver anexo B

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1.1 Caracterización del Barrio Pullo – Urko

El Barrio Pullo-Urko se encuentra localizado en el lado oeste de la ciudad, en la zona urbano marginal, del Barrio Aeropuerto N° 2. Existe una población de 312 habitantes distribuidos en 166 hombres y 146 mujeres; se observó además que hay una mayoría de mujeres (índice de feminidad de 113,7%) corroborado durante las visitas a cada una de las familias. En el análisis de la población se encontró que la distribución es de carácter expansivo con predominio de la población joven (Índice de Roset de 3, 53%), mismo que se relaciona con las altas tasas de natalidad (razón de crecimiento 27%) a nivel local mientras que a nivel de la provincia se encuentra en el 21,3, siendo una de las tasas más altas a nivel país, además que es considerada una de las provincias con mayor pobreza. (ASIS., 2014).

3.1.2 Análisis y discusión de resultados

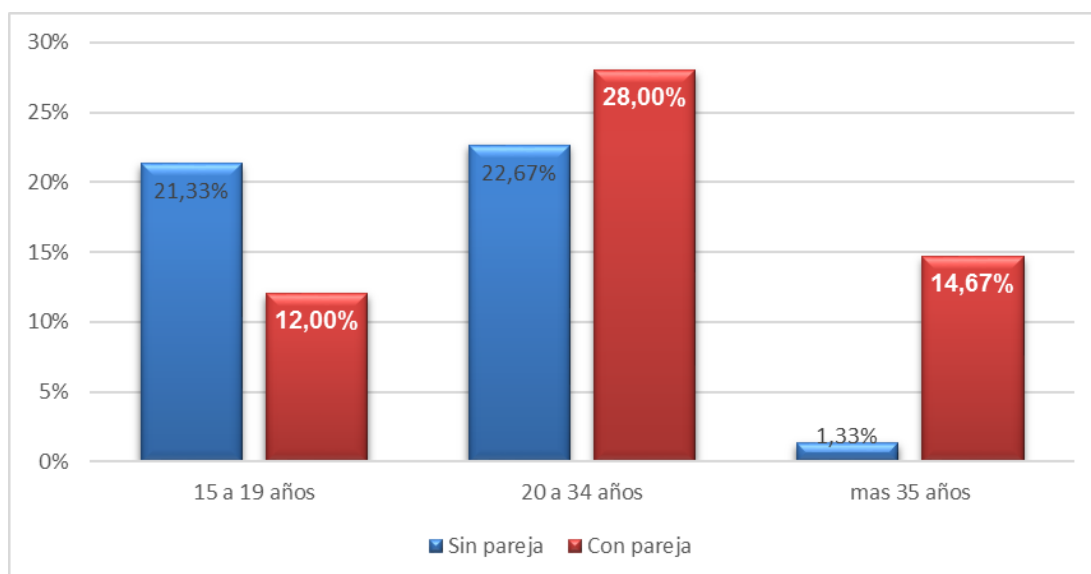


Gráfico 1-3: Distribución por edad y estado civil de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo - Urko. Napo. 2016

Fuente: Tabla N° 1, Anexo F

Análisis de los resultados del gráfico 1-3, tabla 1, Anexo F. De los datos obtenidos a través de la encuesta se obtuvo que los grupos de edad se distribuyeron entre la edad de 20 a 34, con el 50,67%, seguido por el grupo de adolescentes de 15 a 19 años, con el 33,33% y el 16% para las mujeres con 35 a 45 años; se encontró que el 54,67% de mujeres se encuentran con pareja, al momento del estudio, mientras que el 48% se encuentra sin pareja, con su mayor representación en el grupo de mujeres de 15 a 19 años. No se encontraron datos de mujeres divorciadas o que se encuentren viudas.

En un estudio comparativo realizado en la ciudad de Riobamba, en el Centro de Salud N° 3, se encontró que el mayor número de usuarias se corresponden con edades entre los 22 y 31 años, de las personas encuestadas el 35% se encuentran en unión libre y el 30% de las personas se encuentran casadas, mientras que el 14% de las personas encuestadas son solteras: de forma que el dato de las personas que se encuentran en unión libre es similar al encontrado en el presente estudio. (Berrones, 2011)

En el Ecuador, en el documento publicado por el INEC según el censo de población y vivienda 2010, se halló que las mujeres en edad fértil conforman el 28,84% de la población general total, de este grupo el más representativo está dado por las mujeres de entre 20 a 34 años de edad con el 43,40% del total de mujeres en edad fértil, las mujeres que se encuentran entre los 15 y 19 años, conforman el 35% y las mujeres de 35 a 45 años conforman el 21,60%; de igual forma las mujeres que se encuentran con pareja (casadas y unidas) conforman el 52,5%, mientras que el grupo de las mujeres sin pareja (solteras, separadas, divorciadas y viudas) conforman el 47,5% de las mujeres teniendo en cuenta que el 33% de las mujeres se encuentran solteras. (INEC, 2014), también reporta que el inicio de la actividad sexual se produce entre los 15 y los 24 años de edad y reproductiva, en 6 de cada 10 mujeres.

Según el INEC se observa que las mujeres con pareja utilizan en un 80,1% algún método anticonceptivo a diferencia del 70,6% de las que no tienen pareja pero que son sexualmente activas.

Discusión de los resultados. De acuerdo a los datos hallados en una población similar a la de este estudio se puede observar que las características de la población en relación a

la edad; en cuanto al estado conyugal las mujeres del presente estudio se encuentran en equivalencia a los datos encontrados a nivel nacional y en estudios similares. Estos datos reflejan que existe un número importante de población adolescente lo que implica que las estrategias de salud y educación se deben de proporcionar principalmente en este grupo de edad, con la finalidad de disminuir las cifras de crecimiento poblacional, con el consiguiente desarrollo de las mujeres, y a su vez disminuyendo los embarazos no planeados muy frecuentes en esta etapa de la vida.

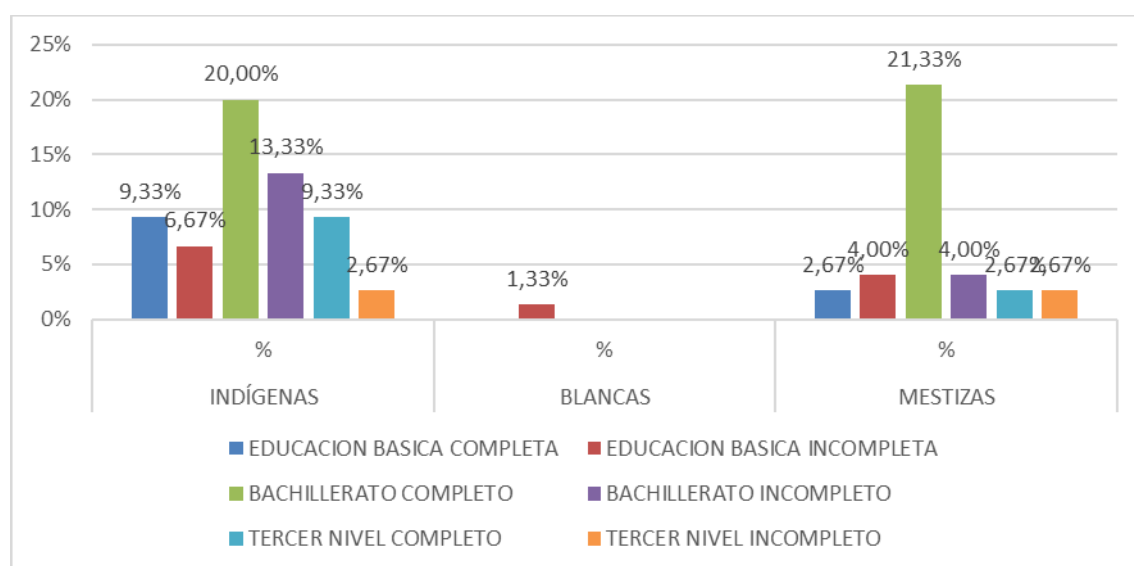


Gráfico 2-3: Distribución según su instrucción y etnia. de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo – Urko, 2016

Fuente: Tabla N° 2, Anexo F

Análisis de los resultados del gráfico 2-3, tabla 2, Anexo F. En esta investigación se encontró que las mujeres se distribuyen de acuerdo a la etnia en: el 61% como mujeres indígenas auto identificación propia de la localidad entendiéndose como Kichwas de la Amazonía, un 37% de las mujeres que se identificaron como mestizas y el 1% para mujeres blancas. En cuanto al nivel de instrucción se encontró que las mujeres de este estudio tienen el 41,33% bachillerato completo, sin mayor diferencia entre las mujeres indígenas y las colonas o mestizas, se encontró además que el 17,33% de las mujeres encuestadas tienen bachillerato incompleto. Sin embargo, lo que llama la atención es que el 9,33% de las mujeres indígenas tienen tercer nivel completo de instrucción frente a

2,67% de las mujeres mestizas; así como también las mujeres indígenas tienen el 9,33% de educación básica completa.

A nivel de América Latina se han identificado 826 pueblos indígenas, con aproximadamente 45 millones de personas al 2010, que conforman el 8,3% del total de la región; en el Ecuador al ser un país multiétnico y pluricultural el 7% de la población total se identifica como indígena, sin embargo, se agrupan en 14 nacionalidades indígenas y 19 pueblos indígenas, según la publicación de Grupos étnicos del Ecuador (Velasco, 2013).

A nivel de la Provincia de Napo el porcentaje de indígenas es de 56,8% mujeres; el 38,1% de mujeres son mestizas, mientras que, en el Cantón Tena, existe un 59,8% de mujeres indígenas en relación a la población total; y el 34,8% de mujeres son mestizas.

En cuanto a la escolaridad a nivel nacional las cifras varían mucho teniendo así que el 56,4% de las mujeres tienen educación básica, el 19,6% de la población femenina tiene educación media / bachillerato, el 14,7% tienen educación superior y el 5,6% no tienen ningún nivel de educación; (Ferreira, García, & et.al, 2012); a nivel de la Provincia de Napo tenemos que: el analfabetismo es del 6,3% según los datos de INEC 2010, sin embargo tenemos que las mujeres presenta un promedio de años de estudio de 8,9, lo cual indica que no han terminado la educación media (Padilla, 2012).

En un estudio similar que se realizó en la ciudad de Riobamba, en el Centro de Salud N° 3, se encontró que el 19% de mujeres terminaron el bachillerato; en el presente estudio se encontró además que el 17,33% de las mujeres encuestadas tienen bachillerato incompleto. (Berrones, 2011)

Estos datos son relevantes para considerar los ítems del diseño de la estrategia de intervención educación sobre planificación familiar, en vista de la pluralidad tanto de la etnia como de su idioma que involucra a las mujeres indígenas, puesto que hay diversidad de mujeres que participaron en esta encuesta que se encuentran distribuidas entre todos los grados de instrucción, es importante tener en cuenta que la mayoría ha terminado la educación media o se encuentra en años superiores lo que garantiza que el grupo tiene un nivel medio de estudio de acuerdo a la localidad, lo que podría ser favorecedor para mejorar los conocimientos con la aplicación de la estrategia de intervención educativa.

El 5,33% de la población a nivel nacional ha terminado el tercer nivel completo, el 14,7% a nivel urbano y a nivel rural el 6,2% con instrucción superior de posgrado; como se puede ver esta cifra no varía mucho en relación al porcentaje observado en la población rural a nivel nacional, y en el estudio que se realizó en la Ciudad de Riobamba, en el Centro de Salud N° 3, el 8% de la población estudiada indicaron estudios superiores. (Berrones, 2011)

En este estudio no se encontraron mujeres sin ningún tipo de educación, lo cual demuestra que la población tiene accesibilidad a centros educativos, de forma que todas las mujeres del Barrio Pullo – Urko, tienen algún grado de instrucción que es muy importante a la hora de querer insertar nuevos conocimientos que puedan generar cambio en el comportamiento humano que incluso ayudaría a evitar ciertos factores de riesgo tanto para las mujeres como para los hijos y la familia en general, esto a su vez avala la mejora de las condiciones socioeconómicas de la familia y la sociedad.

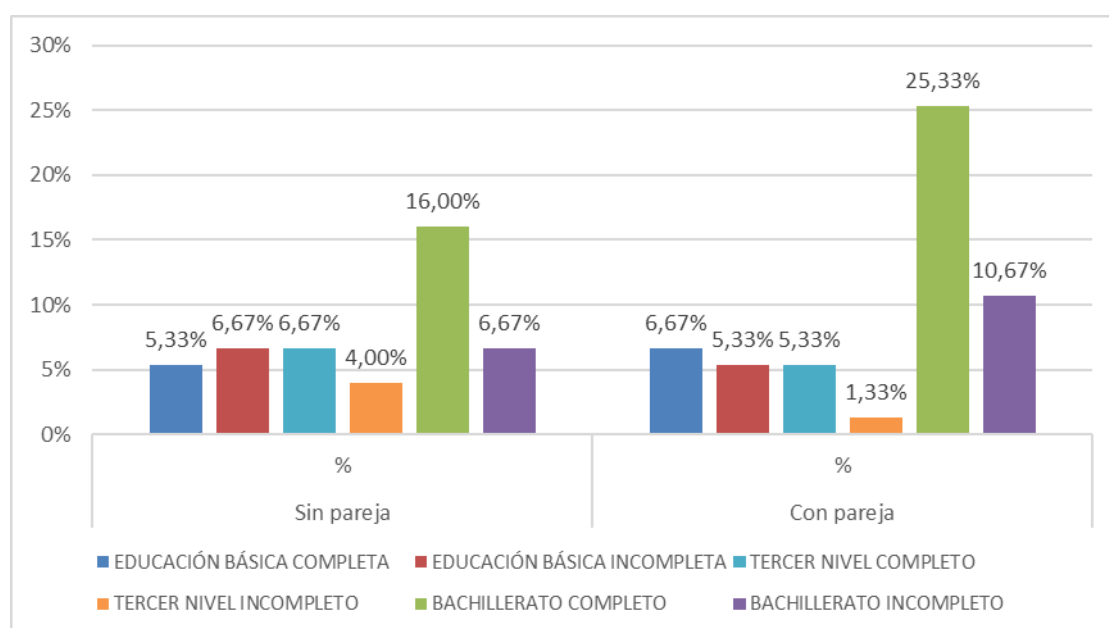


Gráfico 3-3: Distribución según la instrucción y su estado civil. Barrio Pullo - Urko. Napo, 2016

Fuente: Tabla N° 3, Anexo F

Análisis de los resultados del gráfico 3-3, tabla 3, Anexo F. En este estudio se determinó que el 41,33% de las mujeres terminaron el bachillerato observándose que el 25,33% de mujeres con bachillerato completo tienen pareja, seguidas por las mujeres que tienen el bachillerato incompleto en el 17,34%. No se encuentran diferencias significativas entre los dos grupos en relación a la educación básica completa y el tercer nivel completo en las que ligeramente sobresalen las mujeres sin pareja.

De acuerdo a los datos publicados por elreporta que el 52,9% de las mujeres, se casa entre los 20 y 29 años, sin embargo hay datos que señalan que las adolescentes menores de 18 años son tres (3) veces más propensas a casarse lo que se debe principalmente a embarazos no deseados o no planificados, lo cual vulnera de sobre manera a la mujer y la expone a la violencia, explotación, abuso por parte de sus parejas y familiares, esto se complica con la baja escolaridad que se reporta a nivel nacional, puesto que la mujer adolescente y sin un nivel mínimo de educación no cuenta con muchas posibilidades de poder superarse y menos de alcanzar una calidad de vida digna. Según la UNICEF (UNFPA, 2013) (INEC, 2011),

las uniones matrimoniales de adolescentes, le predispone a la mujer al abandono de sus estudios, en función de la falta de apoyo por parte de sus familiares directos, problemas de salud como: infecciones de transmisión sexual; embarazos prematuros y de alto riesgo que es un componente importante de las muertes maternas principalmente en las adolescentes de 15 a 19 años, de igual manera las muertes de los niños en su primer año de vida, se extrapola a un 60% para los niños hijos de madres adolescentes menores de 18 años más que de las mujeres de 19 años; y si sobrevive tiene mayores morbilidades como peso bajo, desnutrición y deficiencia en su desarrollo cognitivo.

La UNICEF también reporta que una tercera parte de las mujeres de entre 20 y 24 años contrajeron matrimonio en la adolescencia. Para la UNICEF el matrimonio con adolescentes menores de 18 años tiene como base la discriminación de género, anima la preferencia por los varones a una mejor educación, así como también se considera una reducción de la carga económica cuando las hijas se casan (UNICEF, 2009).

En el presente estudio se pudo observar que el mayor porcentaje de mujeres se encuentran entre los 15 y 24 años; mientras que el grupo de mujeres de 20 a 34 años presentaban pareja; y las mujeres que no tienen pareja su grupo más representativo fue de 15 a 19 años. Coincidiendo estos resultados con datos encontrados en el censo 2010 en la provincia de Napo, donde el 55,9% de las mujeres tienen pareja.⁵ A nivel nacional se observó que la tasa más alta de nupcialidad está en el grupo de mujeres que se encuentran entre los 20 y 24 años con un 33,8%; mientras que los divorcios se dieron en un 70% en mujeres de entre los 30 y 34 años.

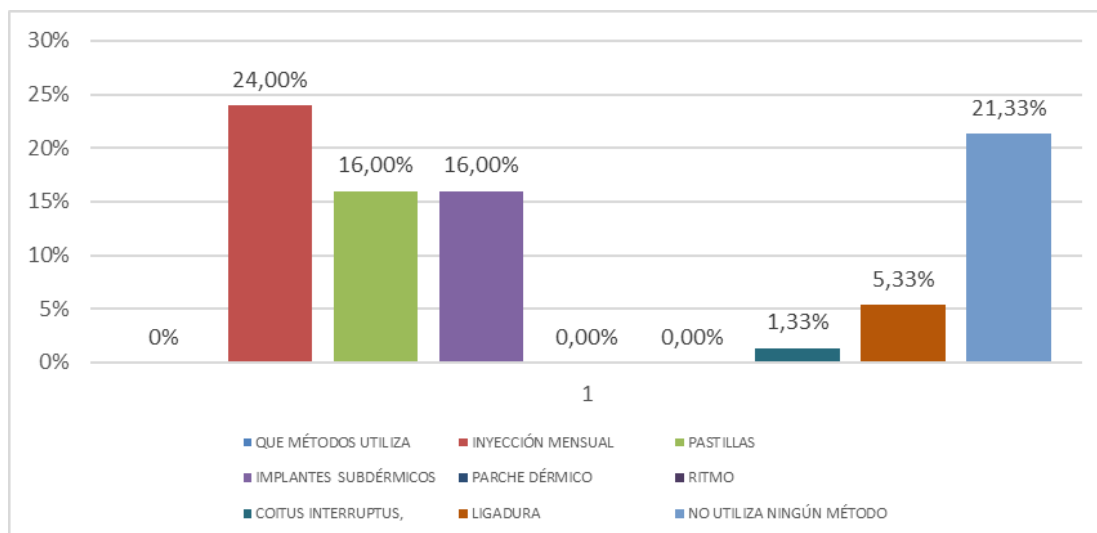


Gráfico 4-3: Frecuencia del tipo de métodos anticonceptivos más usados por las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo - Urko, Napo, 2016

Fuente: Tabla N° 4, Anexo F

Análisis de los resultados del gráfico 4-3, tabla 4, Anexo F. En esta investigación se encontró que el 24% de las mujeres utilizan como método anticonceptivo las inyecciones mensuales, el 21,33% de las mujeres, no utiliza ningún método, el 16% de las mujeres utilizan por un lado las pastillas anticonceptivas y el implante subdérmico; el 8% utiliza el preservativo como método anticonceptivo, el 5,33% de las mujeres se han realizado la salpingoclasia, y el 1.33% utiliza el dispositivo intrauterino.

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, dice que a nivel de Latinoamérica una de cada cinco mujeres aún no puede acceder a la planificación familiar. (UNFPA, 2013)

En Venezuela las mujeres según la Dra. Inciarte, el 50% de las parejas utilizan el condón como método anticonceptivo. Mientras que las mujeres jóvenes optan por las píldoras anticonceptivas, que además es utilizado en el tratamiento de la endometriosis. El método de Billings es utilizado por aproximadamente el 2% de las parejas (Garabetyan, 2010)

La planificación familiar se estableció como política de estado por el gobierno ecuatoriano, con lo que se ha alcanzado la disminución de la tasa de fecundidad en un 7% anual; la disminución de los embarazos en las adolescentes en un 25% para el 2013, y la disminución de la mortalidad materna en un 2% anual, según los datos del MSP el 58,7% de las mujeres estarían utilizando algún método anticonceptivo, tóme en cuenta que el 73% de las mujeres tienen algún tipo de unión sexual.

En el estudio realizado por Ecuador en Cifras en el 2005 – 2006 se encontró que el Estado Ecuatoriano gasta aproximadamente un millón doscientos mil dólares mensuales en la compra de anticonceptivos a nivel nacional y entre las provincias que más métodos anticonceptivos usan están: Galápagos, Loja, Bolívar, Azuay y el Carchi. reporta que los métodos más utilizados son los preservativos lo mismo se reportó en el 2012, año en el que se reportaron cerca de trescientas mil consultas por preservativos frente a doscientas cincuenta mil consultas por dispositivos intrauterinos, seguidos por las píldoras anticonceptivas, los métodos inyectables y los implantes subdérmicos. Tenemos además que las mujeres con pareja y con paridad satisfecha en la zona urbana prefieren como método anticonceptivo la salpingoclasia (INEC, 2008)

La encuesta ENDEMAIN, señala que el acceso a la planificación familiar es afín y directamente con la situación económica de las mujeres. (INEC; MSP, 2015)

La evolución del uso de los métodos de planificación familiar modernos se ha incrementado hasta alcanzar el 71,7% de uso entre las mujeres de 15 a 49 años que se encuentra con pareja; mientras que el uso global de algún método es del 80,1%; y los métodos más utilizados por las mujeres del Ecuador son: la Ligadura con el 35,7%; la píldora con el 18,5; el método del ritmo con el 15,6%; el dispositivo intrauterino en un 13,9%; las inyecciones en el 9,9%, el preservativo en el 4,3%, lo que contrasta con los datos encontrados en este estudio, puesto que las mujeres en la práctica diaria se observa que tienen predilección por las inyecciones mensuales por la facilidad con la que se puede usar el método, pero por sobre todo la discreción en el uso.

En este estudio además se encontró, que un gran porcentaje de mujeres no utilizan ningún método anticonceptivo y esto se transforma en un problema de salud y se relaciona con la alta natalidad que tenemos en la localidad, la disminución de los espacios intergenésicos, y las respectivas complicaciones.

En un estudio realizado en un grupo de adolescentes de colegio de Loja, encontró entre ellos, que el método más utilizado es el preservativo en un 36% sin embargo, también se encontró que el 57% de los adolescentes no utiliza ningún método. (Zambrano, 2015)

Campoverde & Gualpa, dice que el 82% de las mujeres de su estudio tenían relaciones sexuales en la adolescencia y su mayor proporción tuvo relaciones sexuales entre los 15 y los 18 años y sólo el 1% de las mujeres tuvo relaciones luego de los 25 años. (Campoverde & Gualpa, 2012)

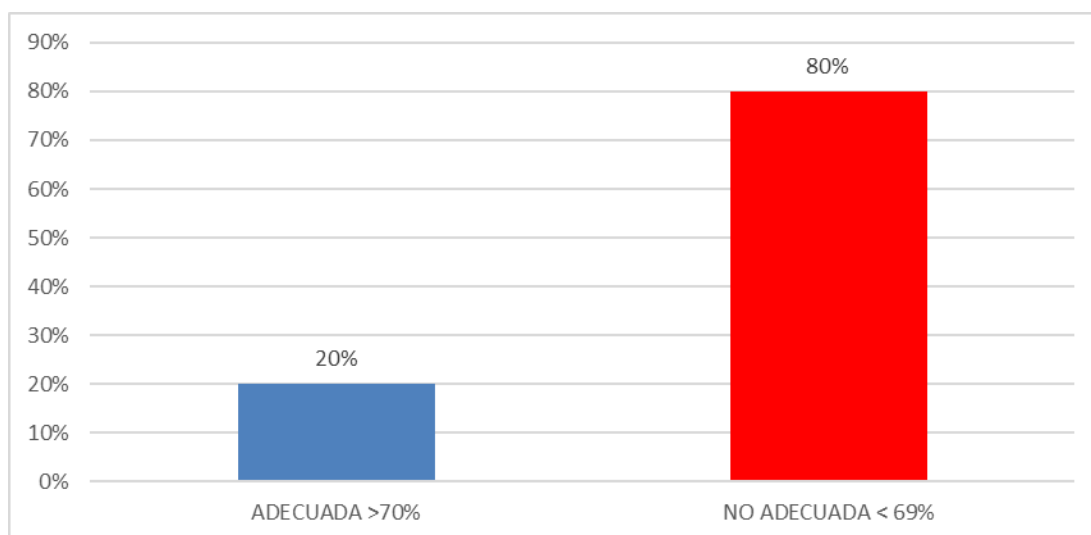


Gráfico 5-3: Prácticas adecuadas e inadecuadas del uso de los métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo - Urko. Napo, 2016

Fuente: Tabla N° 5, Anexo F

Análisis de los resultados del gráfico 5-3, tabla 5, Anexo F. En este estudio se encontró que las prácticas de las mujeres encuestadas en relación con el uso de los métodos anticonceptivos, son inadecuadas en el 80%. Valoración que se realizó en función de las siguientes preguntas:

- ¿A qué edad piensa usted que puede utilizar un método de planificación familiar?

Según los datos que se encontraron en este estudio se observó que el 39% de las mujeres del estudio tienen claro cuando se debe de utilizar un método anticonceptivo; el 61% restante tienen conceptos incorrectos que posiblemente se relaciona con los conocimientos errados y se relacionan con los datos del estudio de (Campoverde & Gualpa, 2012)

“Aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres en período fértil en el hospital de Guamote” encontró que el 37% de las mujeres del estudio llegó a utilizar algún método anticonceptivo durante la primera relación sexual. Mas no con el estudio de en su investigación realizada en adolescentes de la Unidad Educativa “MARIANA DE

JESÚS”; encontró que el 60,6% utilizó algún método anticonceptivo durante la primera relación sexual (Zambrano, 2015) (ver anexo F, tabla 6).

- ¿En qué momento usted cree que es conveniente tener el primer embarazo?

Según estos datos podemos ver que el 65% de las mujeres encuestadas considera que el primer hijo debe de tener condiciones necesarias para ser recibido, sin embargo, tenemos que el 35% de las mujeres no contextualiza esta situación, al parecer sus respuestas se podrían fundamentar en mitos y costumbres de base (ver anexo F, tabla 7).

- ¿El método que utiliza es por?

Se encontró en este estudio que las mujeres optaron por un método de planificación familiar por consejería por parte del médico en el 45%, en el 23% por parte del personal de obstetricia y un dato muy importante que se observó es que el 29% de las mujeres que utilizan un método anticonceptivo lo hace por recomendación de un familiar o alguna amistad, y el 3% lo obtiene directamente de la farmacia (ver anexo F, tabla 8).

En este estudio se encontró que el 68% de mujeres utilizan un método de planificación familiar por asesoramiento del personal de salud, dado por el médico y por la obstetrix, mientras que el 32% lo hace por cuenta propia, lo cual debe de ser corregido en virtud de evitar complicaciones posteriores, por el mal uso del método escogido por las usuarias y por la importancia de la aplicación de los criterios de elegibilidad en cada una de las usuarias antes del uso de un método anticonceptivo.

Canales de Información se investigó a través de la pregunta ¿Ha recibido información sobre planificación familiar por? Con las opciones más comunes en el medio como: Medios de comunicación, en el hogar, personal de salud, en el colegio, no ha recibido información; donde se encontró que el medio por el cual recibieron información sobre métodos de planificación familiar fue el personal médico un 69,33% de las mujeres, el 29,33% recibieron información en el colegio, el 20% recibió información a través de los medios de comunicación, el 17,33%, recibió información en el hogar y apenas el 6,67% no ha recibido información acerca de los métodos de planificación familiar. Sin embargo, también se encontró que el 64% de las mujeres de este estudio recibieron información a

través de una sola de las opciones, el 17% de las mujeres a través de dos opciones, el 11% recibió información a través de tres de las cuatro opciones propuestas. Lo que nos indica que las mujeres del estudio en el 93% han recibido información por alguno de los canales propuestos (ver anexo F. Tabla 9).

Campoverde & Gualpa, en su estudio concluye que la información sobre los métodos de planificación familiar proviene de fuentes que no están en relación con la salud como: amigos, familiares, y vecinos en el 48%, la fuente de internet conjuntamente con la globalización en un 33%, y el 1% de la asesoría está dada por el personal de salud; en contraste con nuestro estudio que reportó que el 45% de las mujeres indicaron que recibieron información sobre planificación familiar por parte de un médico, el 23% recibió información por parte de la obstetriz, el 21 % reportó que recibió información en el colegio, el 14% a través de los medios de comunicación, el 12% en el entorno familiar y tan solo el 5% no ha recibido información. (Campoverde & Gualpa, 2012)

en su estudio en un grupo de adolescentes se encontró que la información recibida sobre métodos anticonceptivos fue a través de campañas de salud en un 32%, el 29% en el colegio el 14% por medio de la internet, y el 15% por los padres. La población de este estudio señaló que la iglesia y los jefes comunitarios tienen influencia en el uso de los métodos anticonceptivos en un 78%. (Zambrano, 2015)

- ¿Usted y su pareja conversan sobre la planificación familiar?

De las mujeres encuestadas se encontró que el 81%, conversa con su pareja sobre la planificación familiar. Este es un hecho importante puesto que la participación de la pareja es importante en la toma de decisiones sobre la planificación de la familia (ver anexo F. Tabla 10).

En comparación con que en su estudio señala que el 70,1% que la “*pareja debe de participar en la planificación familiar*” se observa que las mujeres del estudio posiblemente tienen mejores relaciones socio – afectivas con sus parejas, que se corresponde con la actitud de las parejas de las mujeres de la encuesta, donde se encontró que el 76% está de acuerdo con el uso de algún método anticonceptivo. (Campoverde & Gualpa, 2012)

- ¿Dónde usted puede adquirir los métodos de planificación familiar?

De las mujeres que se encuestó, el 77% manifiesta que obtiene los métodos de planificación familiar a través de los centros de salud, lo cual determina que las unidades de salud están dotadas y da prestación de servicios y cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, pese a que solo el 68% de las mujeres tuvieron asesoría con personal de salud, (ver anexo F. Tabla 11).

Estos datos se relacionan con el que reporta un alto gasto en la compra anticonceptivos, con aumento de la demanda de consultas por planificación familiar. En este estudio los datos son muy similares a las estadísticas de el Salvador en donde el 77,5% de mujeres obtienen los métodos de planificación familiar a través del ministerio de salud (FESAL, 2005). (INEC, 2008)

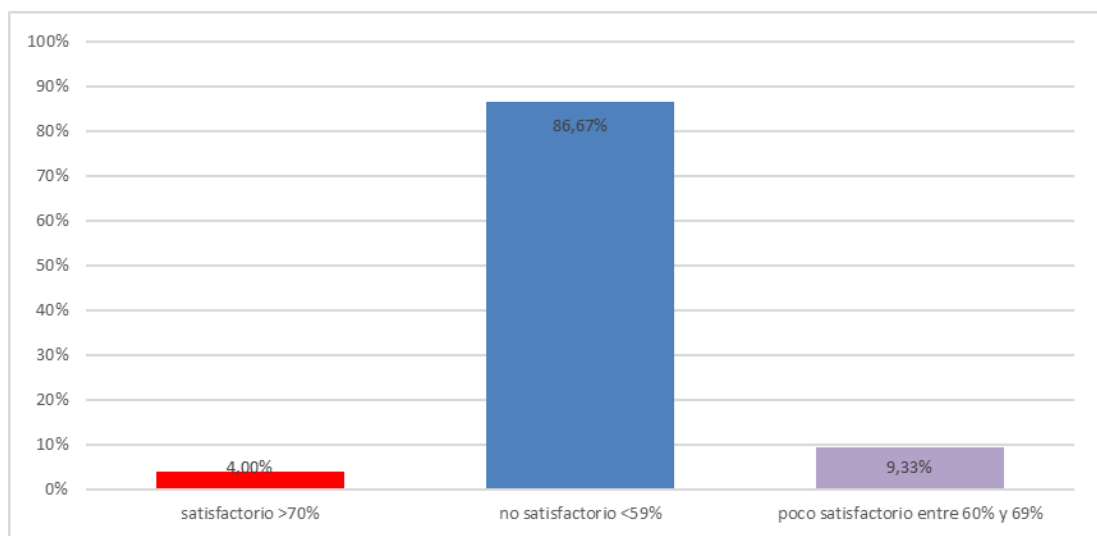


Gráfico 6-3: Nivel de conocimientos sobre métodos de planificación familiar, de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo - Urko. Napo, 2016

Fuente: Tabla N° 12, Anexo F

Análisis de los resultados del gráfico 6-3, tabla 12, Anexo F. En el gráfico 6 se observa que el nivel de conocimientos en general es no satisfactorio en el 86,67% de la población femenina de la localidad; el 9,33% de la población tienen conocimientos poco satisfactorios y solo el 4% presentó conocimientos satisfactorios.

Para el análisis de la variable conocimiento se realizaron preguntas de concepto, importancia, de la siguiente forma:

- En dos preguntas que se enfocaron en el concepto de los métodos de planificación familiar, se encontró que para la pregunta “de acuerdo a sus conocimientos: ¿la planificación familiar es?” donde el 56% eligió la opción de “decidir cuantos hijos tener y cuando tenerlos”, el 27% escogió “Utilizar métodos anticonceptivos y evitar embarazos no deseados”, el 13% optó por la respuesta más completa “Permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos”, sin embargo se puede decir que el 96% de las mujeres encuestadas tienen algo de conocimiento de lo que es planificación familiar; y se pudo apreciar que las mujeres tienen conocimientos imprecisos sobre el concepto de planificación familiar, (ver anexo F, tablas 13 y 14).

En cuanto a la importancia del uso de los de los métodos de planificación familiar, en este estudio se encontró que las mujeres reconocieron que “Retrasa el primer embarazo, el espaciamiento de los nacimientos y limita definitivamente los mismos cuando se ha alcanzado el tamaño de familia deseado” en el 40%. El 59% de las mujeres consideraron que “permite a las personas determinar el intervalo entre cada embarazo” y el 1% considera que no es importante, estos datos señalan que la mayoría de las mujeres tienen conocimiento acerca de la importancia de realizar planificación familiar sin embargo, lo esperado fue que las mujeres fueran capaces de identificar dos opciones correctas y sólo el 9,33% de las mujeres eligió las dos opciones correctas, lo que se puede interpretar que existe un conocimiento acerca de la importancia del uso de los métodos anticonceptivos pero que en este caso no se vincula con la importancia de retrasar el primer embarazo; (ver anexo F, tabla 13).

En la pregunta en relación a que métodos de planificación familiar son los más conocidos; los resultados obtenidos fueron que el método más conocido en las mujeres de este estudio fue: el método inyectable en un 19%, las pastillas en un 17%, el implante en un 14%, el preservativo masculino en el 14%, la salpingoclasia en el 10%, el dispositivo intrauterino en el 7%, el preservativo femenino en el 6%, la vasectomía en el 5%; en el análisis de los datos se observó

que el 30% de las mujeres sólo conocen un método anticonceptivo, mientras que el importante 24% de las mujeres conocen al menos 4 opciones de métodos anticonceptivos.

A pesar de que las mujeres conocen algunos métodos, es importante que tengan el conocimiento de todas las opciones disponibles a nivel de los centros de salud y no se limiten a una o dos opciones, (ver anexo F, tabla 15).

- La pregunta realizada en función de los efectos adversos y que es lo que haría la usuaria en caso de presentar un efecto adverso, se encontró que la reacción más frecuente, frente a la presencia de efectos adversos es buscar asesoría profesional en el 46%, el 27% optó por cambiar de método y el 19% suspendería el método anticonceptivo; mientras que el 2% continuaría con el mismo método y el 1% no usaría ningún otro método. Por otro lado, la respuesta esperada en este estudio fue que las mujeres optaran por las tres opciones en conjunto “suspender el uso del método anticonceptivo, cambiar de método anticonceptivo y buscar asesoría con personal de salud”, lo que se observó que sólo el 1% acertó en la respuesta esperada, (ver anexo F, tabla 16).
- Dos preguntas en función de los beneficios que se pueden obtener por el uso de los métodos de planificación familiar, el 100% de las mujeres del estudio reconoce que el uso de los métodos de planificación familiar es un beneficio, sin embargo de las tres opciones correctas propuestas el 85,33% de las mujeres eligieron una sola opción “mejora la salud de las mujeres”, el 9,33% eligió dos opciones “mejora la salud de las mujeres y Permite planificar el número de hijos” y sólo el 4% de las mujeres eligieron las 3 opciones “mejora la salud de las mujeres, Permite planificar el número de hijos y ayuda a mejorar la economía de las familias” (ver anexo F, tablas 17 y 18)
- Preguntas dirigidas a valorar los conocimientos relacionados con los posibles daños que producen los métodos anticonceptivos, el 83% de las mujeres señalaron que el uso de métodos anticonceptivos no causa daño, a diferencia del 17% que señaló lo contrario; sin embargo, en la repregunta donde se propuso cinco posibles complicaciones o daños que podría producir el uso de métodos anticonceptivos se encontró que el 32% de las mujeres reafirmaron que su uso

no causa daño, el 26% de las mujeres señalaron que “produce náuseas o vómitos y pérdida de peso”, el 19% señaló que produce “ganancia de peso”, el 11% lo asocia como “causa de enfermedades como cáncer” el 7% como “productor de infecciones vaginales” y el 6% señaló que “la mujer busca otras parejas” (ver anexo F, tablas 19 y 20).

En este estudio se encontró que a pesar de que la mayoría de las mujeres poseen algún tipo de conocimiento en relación a los métodos anticonceptivos estos conocimientos son imprecisos en todas las variables estudiadas, dando como resultado que el 86,67% de las mujeres tienen conocimientos no satisfactorios.

Análisis. Para el análisis de la variable conocimiento se utilizaron algunos parámetros como la importancia de la Planificación familiar a la que se le otorga el 8% del total de puntos, de la que se obtuvo que solo el 5% de las mujeres tienen conocimiento sobre la importancia del uso de los métodos de planificación familiar.

El conocimiento del concepto de planificación familiar al que se le adjudicó una puntuación de 13% del total se encontró que solo el 5% de las mujeres conocen el concepto.

Otra pregunta que pretende identificar los métodos de planificación conocidos por las mujeres se le dio un valor del 50% del total de puntaje por su importancia, sin embargo, se encontró que apenas el 16% de las mujeres conocen los tipos de métodos y de estos los más conocidos con un porcentaje mayor al 10% son: las inyecciones mensuales, las pastillas, implantes subdérmicos, condones masculinos, la ligadura y en menor proporción los demás métodos.

A la pregunta sobre la actitud frente a efectos indeseados se le asignó un valor del 13% del cual se encontró que solo el 4% de las mujeres conocen que hacer frente a la presencia de efectos indeseados. Conocer la reacción de las mujeres frente a la presencia de efectos adversos de los métodos anticonceptivos es fundamental, poder tener una perspectiva más clara acerca del conocimiento sobre que hacer frente a tal situación.

Se cuestionó sobre si es un beneficio el uso de los métodos de planificación familiar y se encontró que todas las mujeres consideran un beneficio el uso de los métodos a pesar de

o tener claros los demás conocimientos. Este resultado es un beneficio en la presente investigación puesto que estaría indicando que el pensamiento de las mujeres lo reconoce como un beneficio tanto para mejorar la salud de las mujeres, como planificar la familia y para el mejoramiento de la economía de las familias.

En relación a los daños que causa el uso de los métodos de planificación familiar el 32% de las mujeres en estudio afirmaron que los métodos **NO** causan daño. Las mujeres reconocieron dentro de los daños que puede generar el uso de anticonceptivos están: la producción de náuseas, vómitos, pérdidas y ganancias de peso, en menor proporción lo vinculan con el desarrollo de cáncer, un 7% con la aparición de infecciones vaginales y el 6% de las mujeres afirmaron que las mujeres buscan otras parejas. Es importante considerar cada una de las opiniones que tienen frente a los efectos adversos que puede tener el uso de los métodos anticonceptivos en relación a la concepción de mitos que se maneja en el medio, y se lo debe considerar como un punto a tratar en la estrategia educativa.

En consecuencia, las mujeres alcanzaron una puntuación del 41% del 100% del conocimiento lo que pone en evidencia que los conocimientos sobre planificación familiar y sus métodos no son los óptimos ya que se encuentran por debajo del 60% lo que marca como no satisfactorio el conocimiento. Por lo tanto, es mandatorio el diseño de la estrategia de intervención educativa sobre planificación familiar.

En el estudio realizado en la ciudad de Riobamba, realizado en el Centro de Salud N° 3, se encontró que un alto porcentaje de los usuarios carece de conocimientos sobre métodos de planificación familiar.

En un estudio en el que se analizó el conocimiento y la percepción de los adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en un hospital de Chile, se concluyó que los conceptos son errados en cuanto al uso y que se deben implementar actividades de difusión sobre este programa.

En un estudio realizado en las mujeres de Bolivia se encontró que el 89% de las mujeres tenían conocimiento de algún método, sin embargo, concluye que el conocer el método posiblemente no garantiza que tengan la información adecuada.

(Lituma, 2015) en un estudio realizado sobre los “conocimientos, actitudes y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia en los adolescentes escolarizados de la Ciudad de Cuenca”, dentro de las fuentes de información para adquirir conocimientos sobre la anticoncepción oral de emergencia se observa que: el 58,1% (305) adolescentes adquirieron conocimientos sobre anticoncepción oral de emergencia en sus colegios, el 39,4% (207) lo hizo a través de internet, el 37,7% (198) lo obtuvieron de un médico, el 36,4% de sus amigos y en menores porcentajes por medio de la televisión, texto y sus parejas.

En una investigación hecha en Bogotá – Colombia por González Juan sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente Escolar en el año 2009 concluye que el 38% de los adolescentes recibieron información en el colegio, y un 31 % por sus padres y el 6% a través de servicios de salud. (Gonzalez J. , 2009)

En su estudio realizado en adolescentes muestra que el 86% de tienen conocimiento sobre métodos anticonceptivos. El 32% tienen conocimiento bueno, el 16% conocimiento malo y el 52% regular. (Zambrano, 2015)

En su estudio encontraron que el 63% de las mujeres señalaron que el uso de métodos anticonceptivos produce cáncer; frente al 11% de las mujeres del este estudio que también lo asoció con cáncer; el 69% de las mujeres dijeron que el uso de métodos anticonceptivos acumula sangre en el organismo y provoca la locura. El 63% determinó que el uso prolongado de métodos anticonceptivos afecta el desarrollo del embarazo, y puede causar esterilidad. (Campoverde & Gualpa, 2012)

En el estudio “*aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres en período fértil en el área de influencia del hospital Guamote en el período abril a agosto del 2012*” realizado por Campoverde Pabón Wendy Marianela Gualpa Villa Ingrith Paola se reportó que las mujeres consideraron que es correcto el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes y solteros en un 51% ; (Campoverde & Gualpa, 2012)

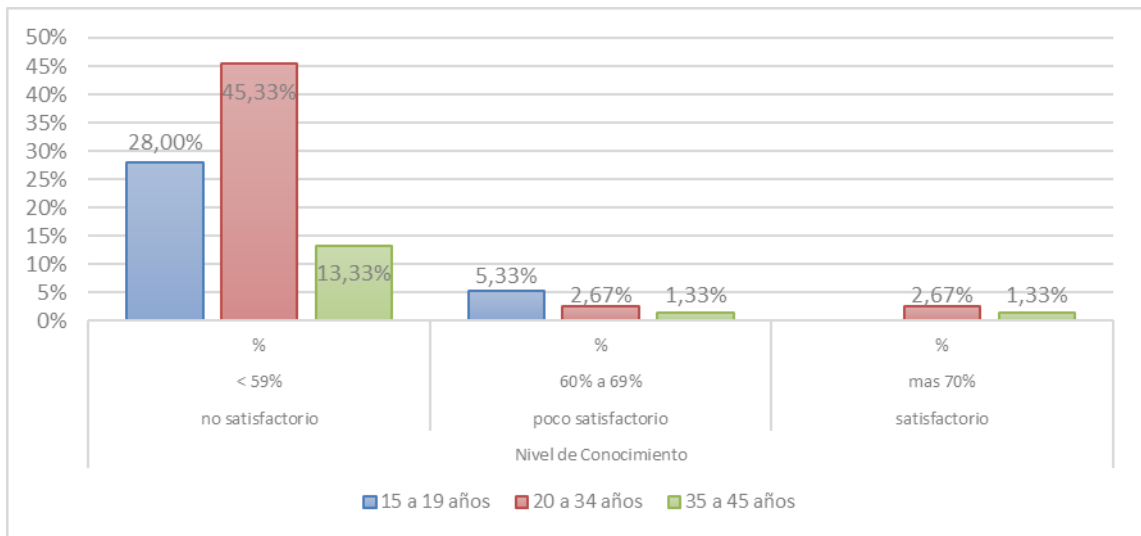


Gráfico 7-3: Distribución de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo-Urko, según la edad y los conocimientos sobre métodos de planificación familiar. Napo 2016

Fuente: Tabla N° 21, Anexo F
 χ^2 : 1,56
P: 0.21

Análisis de los resultados del gráfico 7-3, tabla 21, Anexo F. Se observa que las mujeres que se encuentran entre 20 y 34 años de edad corresponden al 50,67% de la población en estudio; el 33,33% a las mujeres de entre 15 y 19 años y el 16% para las mujeres mayores de 35 a 45 años.

El 86,67% de las mujeres se encuentran en el grupo con un nivel de conocimiento no satisfactorio; y de este grupo el 45,33% corresponde a las mujeres de 20 a 34 años. El 28,00% para las mujeres de 15 a 19 años y el 13,33% para las mujeres mayores de 35 a 45 años.

El 9,33% de mujeres presentaron conocimientos poco satisfactorios, el 5,33% corresponde al grupo de 15 a 19 años, el 2,67% a las mujeres de 20 a 34 años, y el 1,33% a 35 a 45 años.

El porcentaje de mujeres que tienen conocimientos satisfactorios fue del 4,00% y de este el 2,67% es para el grupo de 20 a 34 años de edad, y el 1,33% para mujeres de 35 a 45 años.

Los conocimientos sobre planificación familiar son deficientes a nivel de todos los grupos etarios, demostrándose que la mayoría de la población tiene conocimientos no satisfactorios sobre planificación familiar.

En este estudio se encontró que los conocimientos sobre los métodos de planificación familiar son no satisfactorios a nivel de todos los grupos etarios, lo que al parecer no se considera un tema relevante para las mujeres de la localidad; en controversia con la encuesta de condiciones de vida efectuada en el 2005 – 2006, por el INEC, donde se encontró que las mujeres tienen conocimientos sobre los métodos de planificación familiar en el área urbana en un 96,3% y en el área rural en un 84,4%.

Los conocimientos sobre planificación familiar son deficientes a nivel de todos los grupos etarios, demostrándose que la mayoría de la población tiene conocimientos no satisfactorios sobre planificación familiar.

En una investigación realizada por los representantes técnicos de los ministerios: Salud Pública, Educación, inclusión Económica y Social, Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU), Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia (CNNA), Proyecto Ecuador Adolescente, Plan Ecuador, y la contribución al Fondo de población de las Naciones Unidas en el año 2007, determinó que el 82% de los adolescentes en el Ecuador poseen conocimientos adecuados sobre anticoncepción (Zambrano, 2015).

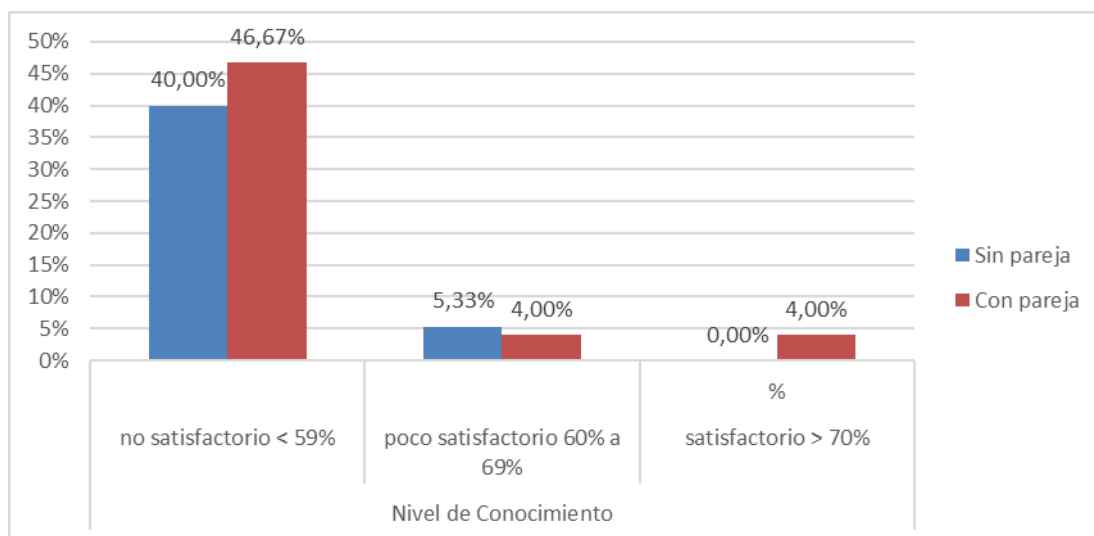


Gráfico 8-3: Distribución de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo-Urko, según el estado civil y los conocimientos sobre métodos de planificación familiar. Napo, 2016

Fuente: Tabla N° 22, Anexo F
 χ^2 : 2,66
 P: 0.10

Análisis de los resultados del gráfico 8-3, tabla 22, Anexo F. Se observa que el 4% de las mujeres alcanzan más del 70% del conocimiento, con mayor proporción vista en las mujeres con pareja lo que se corrobora estadísticamente con el χ^2 que es de 2,66 con una p de 0,10, lo que nos indica que no existe asociación entre las dos variables.

El estado civil no influye en el conocimiento de los métodos de planificación familiar, mismo que puede estar vinculado al tipo de información (no adecuado) recibido previamente. Sin embargo, en la literatura se encuentra que aproximadamente el 63% de las mujeres de entre 15 y 49 años, casadas o en pareja, estaban utilizando alguna forma de anticoncepción según el INEC se observa que las mujeres con pareja utilizan en un 80,1%.

En el Ecuador, las mujeres con pareja y con paridad satisfecha en la zona urbana prefieren como método anticonceptivo la salpingoclasia, mientras que en el Barrio Pullo – Urko el método más utilizado es el método inyectable, seguido de una alta proporción en el uso de los implantes que han tenido gran acogida en el medio.

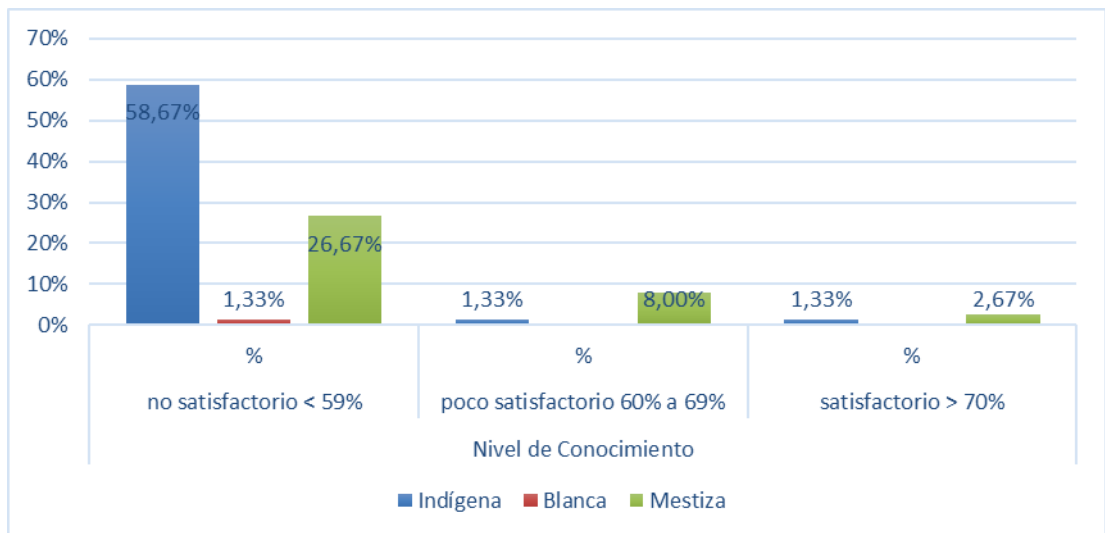


Gráfico 9-3: Relación entre la etnia y el conocimiento sobre métodos de planificación familiar de las mujeres del Barrio Pullo-Urko. Napo, 2016

Fuente: Tabla N° 23, Anexo F
 χ^2 : 1,03
 P: 0.30

Análisis de los resultados del gráfico 9-3, tabla 23, Anexo F. En el gráfico 9 se puede observar que el conocimiento es no satisfactorio y no existe diferencia entre las con predominio en las mujeres indígenas con un 58,67%, y en un 26,67% en las mujeres mestizas, quienes mostraron discretamente tener discretamente mejores conocimientos en un 8% de conocimiento poco satisfactorio y el 2,67% de conocimiento satisfactorio, esto puede estar relacionado con el nivel cultural, mitos, creencias, la accesibilidad a los servicios de salud y formación académica, las mujeres mestizas por el hecho de vivir en familias individuales a diferencia de las indígenas que aún pertenecen a las comunas tienen en cierta forma menos mitos, y creencias lo que puede ser considerado como una ventaja para el aprendizaje sobre métodos de planificación familiar.

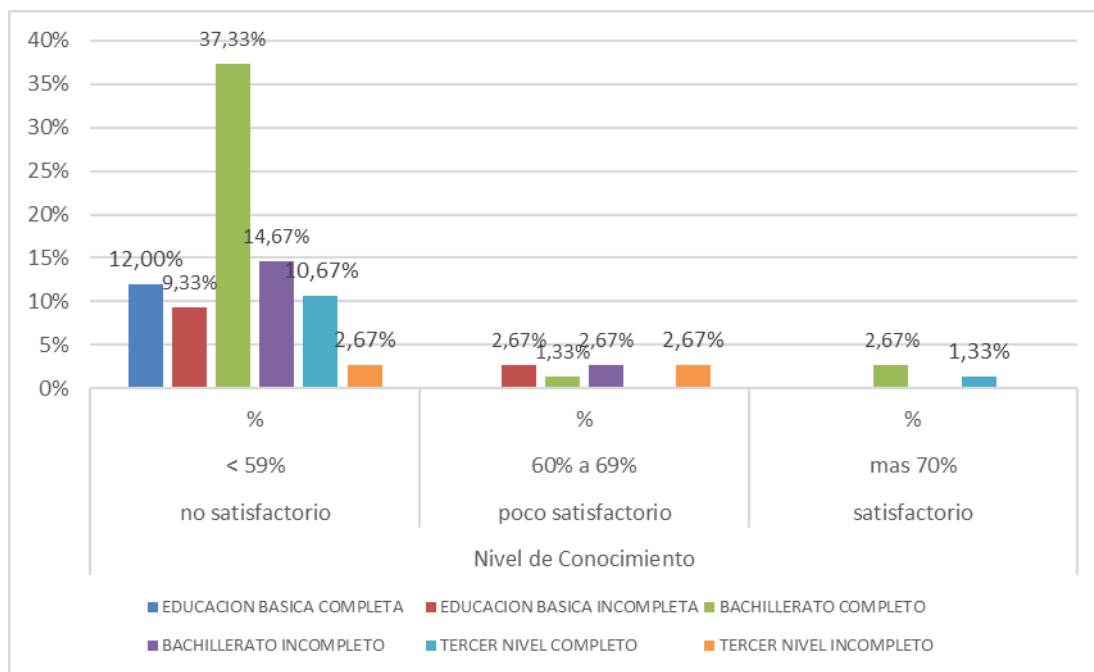


Gráfico 10-3: Distribución de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo-Urko, según la instrucción y conocimientos sobre métodos de planificación familiar. Napo, 2016

Fuente: Tabla N° 24, Anexo F
 χ^2 : 2,2
 P: 0.13

Análisis de los resultados del gráfico 10-3, tabla 24, Anexo F. Los datos obtenidos en el gráfico 10, denotan que solo el 4,00% de las mujeres tienen conocimientos satisfactorios sobre métodos de planificación familiar; mientras que el 86,67% de mujeres tienen conocimientos no satisfactorios sobre planificación familiar. Sin embargo, de las mujeres con bachillerato completo 41,33% (ver anexo F, tabla 10)

Y de ellas sólo el 2,67% de mujeres tienen conocimientos sobre planificación familiar satisfactorios; las mujeres que tienen tercer nivel completo de educación corresponden al 12% de población y de ellas solo el 1,33% tienen conocimientos satisfactorios sobre planificación familiar, lo que indica que las mujeres con o sin estudios medios o superiores no tienen conocimientos satisfactorios al igual que las mujeres que tienen instrucción básica.

Esto está corroborado con la prueba estadística del χ^2 de 2,2 que muestra que no hay asociación entre la instrucción y el conocimiento sobre métodos de planificación familiar. Sin embargo, como se vio en el análisis del conocimiento las mujeres tienen conocimientos imprecisos sobre planificación familiar, estos resultados pueden estar

relacionados con la falta de interés de sobre el tema, por otro lado, podría estar evidenciando que la promoción o la información que llega a las mujeres sobre el tema no es de calidad.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Justificación

La importancia de desarrollar la estrategia de intervención con carácter educativo, está dirigida a promover conocimientos sobre planificación familiar, en las mujeres en edad fértil, se justifica por la necesidad de que el acto de la concepción y posterior nacimiento de los hijos debe ser una decisión responsable en la que participen los miembros de la pareja, los que puestos en común acuerdo, determinen aspectos tan importantes como el número de hijos que desean y pueden tener e incluso el momento en que estos llegaran para incrementar la familia, dejando el espacio mínimo al azar y la eventualidad en decisiones tan importantes que, en muchas ocasiones, determinan el cumplimiento de los planes y proyectos de vida tanto en el plano individual como familiar.

Para realizar la planificación familiar, una pareja debe tener en cuenta, elementos fundamentales como la preexistencia de factores de riesgo preconceptionales en la mujer, solidez económica de la pareja, autonomía e independencia del resto de los miembros de la familia, posibilidad de asumir maduramente la satisfacción de las necesidades básicas de todos los hijos y lo más importante la preparación para el cumplimiento de todas las funciones de la familia, enfatizando en la educativa, que posibilite brindar, a los resultados del proceso de la concepción, las oportunidades necesarias para su incorporación y desarrollo humano y social, cuestión que también debe ser tomada en cuenta por los progenitores en el proceso de toma de decisiones sobre la potencial descendencia.

Al tratarse de un problema de índole social y de repercusión sanitaria, la conducta del médico familiar y comunitario debe estar dirigida a mejorar los conocimientos sobre planificación familiar y como resultado, incrementar el uso de los métodos anticonceptivos por los miembros de la pareja, mejorar la calidad de vida de las mujeres, madres y niños, para lograr que cuando se decida la planificación de un embarazo, tanto

los factores biológicos, psicológicos y sociales estén expuestos a un nivel de riesgo mínimo, reconociendo que una importante parte de esta responsabilidad corresponde a la mujer por la condición natural de su género.

La planificación familiar, entonces, descansa en atender a muchas y variadas cuestiones y recibir información y asesoría especializada sobre diversos aspectos, resultando el conocimiento incompleto o ausente sobre los métodos y posibilidades de anticoncepción una de las más importantes, y en los que a pesar de todas las investigaciones y recursos destinados por los países, no se logra la comprensión de su importancia y por ende su incorporación al disfrute pleno y responsable de la sexualidad adulta.

A partir de estos precedentes se espera que, a través del diseño de una estrategia de intervención educativa, dirigida a las mujeres en edad fértil, se ofrezcan los conocimientos necesarios como paso primero para la modificación de comportamientos y actitudes hacia la planificación familiar y la incorporación de la anticoncepción segura en la vida sexual de los miembros de la pareja, fundamentalmente en las mujeres en edad fértil, grupo de lógica vulnerabilidad para el embarazo, parto y atención de los hijos, sean o no resultados de un evento planificado.

4.2 Objetivo de la estrategia educativa

4.2.1 Objetivo general

- Promover el uso de los métodos anticonceptivos para la adopción de conductas responsables relacionadas con la planificación familiar.

4.2.2 Objetivos específicos

- Modificar los conocimientos sobre planificación familiar que tienen las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo – Urko.
- Sensibilizar a las participantes con la necesidad de una adecuada y responsable planificación familiar a partir del reconocimiento de sus ventajas e importancia.

- Corregir interpretaciones inadecuadas sobre algunos mitos y creencias relacionadas con la anticoncepción que potencialmente se pueden convertir en barreras para su uso.
- Ofrecer información sobre las características de los diferentes grupos de métodos anticonceptivos para que la mujer en edad fértil disponga de elementos suficientes que le garanticen una selección adecuada.
- Valorar la necesidad de defender los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en edad fértil, como parte de los requisitos para disfrutar de una sexualidad segura y responsable.

4.3 Bases teóricas en las que se sustenta la estrategia:

- La estrategia se sustenta en los postulados del constructivismo y la importancia del papel activo del sujeto que aprende para la construcción o reconstrucción de sus propios aprendizajes, bajo la conducción precisa del responsable o facilitador.
- El proceso permanente de construcción del conocimiento, aprovecha los conocimientos previos de los sujetos para favorecer la incorporación de los nuevos aprendizajes.
- La concepción de la estrategia adopta un enfoque de sistema donde las actividades que la componen responden a un objetivo general que logra, a través del diseño de las sesiones, la transformación del problema de su estado actual (desconocimiento) al estado deseado (utilización).
- Las intervenciones educativas en salud favorecen la promoción de conductas saludables y la prevención de riesgos, desde el nivel primario de atención al individuo, la familia y la comunidad.

4.4 Bases metodológicas en las que se sustenta la estrategia:

- Evidencias de conocimientos por parte del responsable de los métodos y técnicas que favorecen la activación de los conocimientos.
- Se potenciará el uso de actividades dinámicas, y el empleo de técnicas participativas, educativas, así como, exposiciones por parte del facilitador, con interacción de los participantes en el análisis de los contenidos, y en la retroalimentación de lo aprendido.

- Reconocimiento de las amplias posibilidades del trabajo en grupo para la incorporación de los nuevos conocimientos.
- Todas las actividades que integran la estrategia se estructuran y planifican en base a la determinación de los temas, objetivos, métodos, recursos, propuestas para el desarrollo de las sesiones y aprendizajes esperados.
- La totalidad de las actividades declaradas en la estrategia deben responder a los criterios de utilidad, percepción de necesidad y combinación de elementos teóricos con posibilidades de aplicación práctica.

4.5 Bases psicológicas en las que se sustenta la estrategia:

- Los prejuicios, opiniones y criterios asumidos por los grupos familiares se incorporan durante generaciones convirtiéndose en orientadores de conductas tanto positivas como negativas, en relación a la salud.
- El proceso motivacional se inicia con la identificación de las necesidades por parte del sujeto, a partir de lo cual se desencadenan las acciones dirigidas a su satisfacción, por lo que resulta fundamental que las personas reconozcan sus necesidades de aprendizaje, como paso inicial para el cambio de actitudes y comportamientos.
- La esencia del proceso comunicativo radica en su carácter directo, asequible y el intercambio positivo entre los miembros del grupo para lograr aprendizajes sólidos y duraderos.
- La creación de un ambiente adecuado, donde predomine la aceptación, empatía y respeto al otro favorecerá el establecimiento de relaciones positivas entre los miembros del grupo generando un mayor número de dinámicas e interacciones grupales.
- Durante el desarrollo del proceso de aprendizaje se deben producir cambios en los procesos cognitivos (nuevos juicios y opiniones sobre el problema), afectivos (mayor compromiso y valoración de la necesidad de solución del problema) y conductuales (adopción de los comportamientos esperados en relación a los resultados de los procesos anteriores).4.6

4.6 Etapas de la estrategia educativa:

La intervención educativa tendrá lugar en tres etapas:

- Etapa Diagnóstica: se parte de la evaluación inicial de los conocimientos sobre planificación familiar a través del cuestionario aplicado para determinar el nivel de conocimientos de las participantes, y la identificación de las necesidades de aprendizaje.
- Etapa de Diseño de la intervención educativa: se realiza la propuesta de diseño para dar solución al problema sobre la falta de conocimientos sobre planificación familiar que tienen las mujeres del Barrio Pullo – Urko. En esta etapa se definen y caracterizan cada uno de los elementos que contienen la estrategia y las características de las sesiones de trabajo.
- Etapa de Implementación de la intervención: se detalla el aseguramiento de los recursos de organización, logística, participantes, y todos aquellos elementos que permitan la aplicación inmediata a la actividad práctica comunitaria de la estrategia diseñada.
- Etapa de Evaluación: constituye la culminación del proceso y permite al responsable apreciar el grado de satisfacción de los beneficiarios con la estrategia. En esta etapa también se procede a la evaluación por los participantes del cumplimiento de las expectativas iniciales y al responsable retroalimentarse de la adquisición de nuevos conocimientos o mejoramiento de los conocimientos adquiridos por los participantes durante el proceso de intervención.

4.6.1 Etapa Diagnóstica:

- A partir de la aplicación del cuestionario inicial se logró identificar las principales necesidades de aprendizaje del grupo de mujeres en edad fértil del Barrio Pullo – Urko, ubicado en la ciudad de Tena.
- Las necesidades identificadas se relacionan a:
- Insuficiente conocimiento de las participantes sobre la importancia de la planificación familiar y las posibilidades de los métodos anticonceptivos.
- La mayor cantidad de participantes tienen parejas, por lo que la posibilidad de embarazo se incrementa considerablemente si no se adoptan las medidas de protección necesarias.
- Más de la mitad de las participantes tienen entre 20 y 34 años, edades en las que existe plenitud reproductiva y el riesgo de relaciones sexuales desprotegidas

aumenta la posibilidad de embarazos. Resulta alarmante que en ese grupo se encuentre también el mayor por ciento de mujeres con conocimientos insatisfactorios sobre planificación familiar.

- Alrededor de un tercio de las participantes se encuentra en la etapa de la adolescencia y demuestran conocimientos no satisfactorios o poco satisfactorios sobre los métodos de planificación familiar.
- Predomina las participantes con nivel de instrucción de bachillerato completo o incompleto y todas las mujeres tienen al menos alguna educación básica, lo que favorece la participación y comprensión de los conocimientos que se imparta, aunque prevalecen los conocimientos no satisfactorios o poco satisfactorios en todos los niveles de instrucción.
- La mayor parte de las participantes ha utilizado o utiliza algún método anticonceptivo, resultando los de mayor uso: la inyección mensual, las pastillas e implantes dérmicos., sin embargo, un porcentaje significativo de las mujeres en edad fértil no utiliza ningún método.
- La mayoría de las mujeres en edad fértil tiene prácticas no adecuadas en relación a la planificación familiar.
- Las fuentes de información que más se reconocen son: las provenientes del personal de salud, el colegio y los medios de comunicación, aun así, existen mujeres que admiten nunca haber recibido información, por lo que esta estrategia homogenizará la información más relevante para las participantes.

4.6.2 Etapa de Diseño de la intervención:

Atendiendo a las debilidades detectadas se diseñó la Estrategia educativa sobre Planificación familiar dirigida a mujeres en edad fértil del Barrio Pullo - Urko. Para la conformación de las sesiones de la estrategia se tuvieron en cuenta los siguientes elementos generales para organizar y ejecutar las diferentes sesiones:

- Temas a impartir
- Objetivos
- Métodos y técnicas a emplear
- Recursos de apoyo
- Responsable de la actividad

- Destinatarios
- Desarrollo de las sesiones de la estrategia
- Aprendizajes esperados en cada sesión y al concluir la implementación de la estrategia

A continuación, se desglosan los temas a impartir en cada sesión para dar respuesta a las necesidades de aprendizajes evaluadas.

Sesión 1. Reconocimiento del cuerpo humano femenino y masculino

- Anatomía del cuerpo humano femenino y masculino
- Funcionamiento del cuerpo humano femenino y masculino

Sesión 2. Introducción a Planificación Familiar

- Introducción a la planificación familiar
- Que es la planificación familiar
- Importancia de planificar adecuadamente el o los embarazos.
- Beneficios de la planificación familiar desde lo individual y para la pareja

Sesión 3. Barreras que dificultan el acceso a la Planificación Familiar

Mitos y creencias sobre la planificación familiar y los métodos anticonceptivos

- Femeninos
- Masculinos
- La sociedad
- Religiosos
- Preguntas frecuentes

Sesión 4. Métodos Anticonceptivos hormonales

- Característica y tipos de métodos anticonceptivos
- Métodos hormonales
 - Pastillas

- Píldora anticonceptiva de emergencia
- Inyecciones
- Implantes subdérmicos
- Parches dérmicos
- Dispositivos intrauterinos: T de Cu más progestina

Sesión 5. Métodos Anticonceptivos no hormonales

- Métodos no hormonales
 - Condón masculino. Como usar un condón masculino
 - Condón femenino. Como usar un condón femenino
 - Método de la Lactancia Materna (MELA)
 - Método del ritmo
 - Coito interrumpido
 - Esterilización femenina. Ligadura
 - Esterilización masculina: Vasectomía
 - Situaciones especiales, luego del parto y un aborto

Sesión 6. Elección apropiada de métodos

- Como elegir un método de planificación apropiado para usted
- Criterios de elegibilidad

Sesión 7. Afecciones médicas más comunes (efectos adversos)

- Desventajas

Sesión 8. Derechos sexuales y reproductivos

4.7 Descripción de las sesiones de la estrategia

4.7.1 Sesión 1: Reconocimiento del cuerpo humano femenino y masculino

Temas a impartir:

- Reconocimiento del cuerpo humano femenino y masculino
- Anatomía del cuerpo humano femenino y masculino
- Funcionamiento del cuerpo humano femenino y masculino

Objetivos:

Reconocer el cuerpo humano y las principales diferencias en relación al género, con principal énfasis en los órganos reproductores femeninos, funciones principales y el papel que juegan en la concepción del embarazo.

Métodos y técnicas a emplear:

Técnica participativa de presentación grupal.

Exposición

Recursos de apoyo:

- Computador
- Proyector de imágenes
- Papelógrafos
- Maqueta del cuerpo humano
- Materiales educativos: afiches y tríptico.
- Pizarra y marcadores

Tiempo estimado: 60 minutos.

Responsable: Médico Familiar y Comunitario

Destinatarios: 75 mujeres en edad fértil del Barrio Pullo – Urko

Desarrollo de la sesión:

Cada sesión de la estrategia se estructurará en tres momentos fundamentales: introducción, desarrollo y conclusiones o actividad de cierre.

Introducción:

Al constituir a actividad inicial de la estrategia, se comienza con la presentación de la propuesta de los temas, del responsable y de cada uno de los participantes.

La propuesta de estrategia será comentada en forma pausada, amena y posibilitará que, si el grupo lo aprueba, se introduzcan nuevos temas dentro de las diferentes sesiones. De esta manera se hará el encuadre y comenzará la sesión procediendo a la presentación del responsable atendiendo a su formación profesional, años de experiencia, conocimientos del tema y motivación por la actividad. Una vez concluido se procede a la presentación de las participantes.

Existen variadas técnicas participativas de presentación inicial, pero teniendo en cuenta que los grupos están constituidos solamente por mujeres, se sugiere organizar subgrupos integrados por 4-6, y darles 5 minutos para que cada una se presente a las demás (nombre, edad, número de hijos ,presencia o no de parejas, principales proyectos, deseos insatisfechos) , una vez transcurrido este tiempo, se designa a una representante que expresará de forma general en que coinciden todas las mujeres que integran su subgrupo.

El responsable anotará en el papelógrafo las características expresadas y una vez concluidos todos los grupos se estructurará un concepto global de los atributos del género femenino y se continúa con el desarrollo de la actividad.

Desarrollo:

El responsable utilizará como método fundamental la exposición, para lo cual debe llevar una presentación en Power Point de los temas a abordar. Para la elaboración de la presentación tendrá en cuenta que las diapositivas combinen la información teórica con

imágenes visuales del cuerpo humano y el funcionamiento de los diferentes órganos y sistemas.

También se auxiliará de una maqueta del cuerpo humano, afiches y otros materiales impresos que le permitirá abordar la anatomía femenina y masculina enfatizando en las características del sistema reproductor.

Durante el desarrollo de la actividad el expositor debe mantener un lenguaje coloquial, ameno y comunicativo y propiciará el intercambio de opiniones entre las participantes, intencionado que se produzcan dinámicas positivas entre las mujeres de los diferentes grupos de edades.

Conclusiones:

La sesión culmina solicitando a los participantes, a través de la técnica participativa denominada Lluvia de ideas (Brainstorming), que expresen con una palabra cómo se sintieron durante el desarrollo de la actividad. Es importante que el responsable esté atento a cualquier expresión de cansancio, falta de motivación o de comprensión en el grupo para introducir técnicas de activación breves o re direccionar el proceso en caso necesario.

Como culminación se le indica a cada subgrupo que, para iniciar la siguiente sesión, debe traer escrito una noticia elaborada de conjunto con el siguiente titular: Importantes descubrimientos sobre el funcionamiento del cuerpo de la mujer y su preparación para el embarazo.

Aprendizajes esperados:

Que las participantes conozcan el cuerpo humano masculino y femenino y el funcionamiento básico de los órganos reproductores.

4.8 Sesión 2: Introducción a Planificación Familiar

Temas a impartir:

- Introducción a la planificación familiar
- Que es la planificación familiar
- Importancia de planificar adecuadamente el o los embarazos.
- Beneficios de la planificación familiar desde lo individual y para la pareja

Objetivos:

Relacionar los conceptos de planificación familiar con la importancia y beneficios que, para el desarrollo de la vida de las personas, dentro de su contexto personal, familiar y comunitario, trae consigo una buena práctica de su uso.

Métodos y técnicas a emplear:

- Video – debate
- Discusión en pequeños grupos.

Recurso de apoyo:

- Computador
- Proyector de imágenes
- Papelógrafos.

Tiempo estimado: 60 minutos.

Responsable: Médico Familiar y Comunitario

Destinatarios: 75 mujeres en edad fértil del Barrio Pullo – Urko

Desarrollo de la sesión

Introducción:

La sesión comienza cuando los miembros seleccionados por cada subgrupo dan lectura a la noticia elaborada, bajo el título: *Importantes descubrimientos sobre el funcionamiento del cuerpo de la mujer y su preparación para el embarazo han comprobado que*

Una vez que cada expositor realice la lectura de lo elaborado, el responsable reforzará los aprendizajes obtenidos en la primera actividad y la importancia de aplicar esos conocimientos a su proceso de auto reconocimiento, no solo en lo relacionado al cuerpo humano, sino igualmente en la toma de decisiones sobre planificación de la concepción.

Desarrollo:

Esta sección se desarrollará a partir de los conocimientos anteriores de las participantes en relación al tema, pues deben existir elementos previos que sirvan de base al responsable para explorar cuáles ha sido hasta el presente, los elementos que toman en cuenta las participantes para decidir nuevos embarazos.

Posteriormente, se procede a presentar el video titulado: *Importancia de la planificación familiar*, el que recoge a través de testimonios, las experiencias de un grupo de mujeres latinoamericanas en relación a las consecuencias de la falta de planificación familiar.

Posteriormente se proceden a debatir los testimonios buscando la similitud entre las vivencias presentadas y las que espontáneamente desean exponer las participantes. Para ello, el responsable puede auxiliarse de preguntas como:

¿Cuál fue el testimonio que te resultó más interesante?

Si estuvieras en la situación de alguna de estas mujeres, ¿Cómo evaluarías tus decisiones?

¿Cómo crees que se evitan situaciones como las descritas en el video?

¿Qué recomendaciones ofrecerías a las mujeres más jóvenes del grupo, que comienza a transitar por la edad fértil para la procreación?

Una vez concluido los debates se subdividen a las participantes en subgrupos y se les presentan fragmentos de historias clínicas simuladas de mujeres en diferentes etapas del ciclo de la vida, para que evalúen la importancia de la planificación familiar.

Un ejemplo de estas historias clínicas puede ser:

A la consulta del médico familiar y comunitario del Barrio Pullo - Urko se presenta una mujer de 36 años de edad, madre de 7 hijas entre 4 y 16 años, todas del sexo femenino, que plantea su temor a estar embarazada de nuevo, pues no tiene el período desde hace alrededor de tres meses y siempre ha sido muy exacta. La doctora le realiza el interrogatorio y le pregunta si tiene compromiso actual y si se ha estado cuidando, a lo que ella responde que no tiene pareja estable, que solo tiene relaciones pasajeras con el padre de sus dos hijas menores con el que ya no se encuentra casada, y que nunca se ha protegido para tener relaciones pues a él no le gusta de ese modo, explica que aunque no recibe ayuda de él de ningún tipo, nunca ha dejado de quererlo y cree que si esta vez logra tener un hijo varón el regresará a su lado pues es lo que más le ha pedido siempre.

A partir de este caso:

¿Cómo valora la conducta de esta paciente?

¿Considera que es adecuado el embarazo para recuperar el amor de la pareja?

Otro fragmento de historia clínica simulada, puede ser:

Durante su visita extramural el médico familiar y comunitario capta a un adolescente de 15 años, con probable embarazo de 12 semanas, que le refiere llorando que sus padres no saben nada, pero ella ya tiene relaciones sexuales desde los 13 años, con un chico de su clase, al principio él le prometió que se cuidarían y utilizaron ocasionalmente condones, pero después dejaron de usarlo pues nunca creyó que eso le pasaría a ella.

Cuando empezó a sospechar que podía estar embarazada se lo comentó al enamorado y este le dijo que no podía ayudarla pues si sus padres se enteraban no lo iban a apoyar en sus estudios universitarios y su sueño es convertirse en ingeniero en minas.

A partir de este caso:

¿Qué piensas de lo que le está sucediendo a esta adolescente?

¿Consideras que recibirá el apoyo de su familia?

¿Cómo crees que se afectarán sus proyectos de vida con este embarazo?

Una vez escuchadas las respuestas ofrecidas, el responsable culminará con los aspectos previstos para la sesión y hará énfasis en la importancia y beneficios de planificar adecuadamente el o los embarazos.

Conclusiones:

Para concluir la actividad se solicita a los participantes que expresen con una de las palabras escritas en el papelógrafo cómo se sintieron durante el desarrollo de la sesión.

Las palabras pueden ser: muy bien, regular y poco satisfecho. El responsable irá anotando en cada columna las respuestas y finalmente se sumarán y debatirán las que tuvieron mayor frecuencia.

Aprendizajes esperados:

Que los participantes comprueben las ventajas e importancia de una conducta responsable ante la planificación de la familia y sus consecuencias para el logro de la satisfacción de las necesidades individuales y colectivas.

4.9 Sesión 3: Barreras que dificultan el acceso a la Planificación Familiar.

Temas a impartir:

- Mitos y creencias sobre la planificación familiar y los métodos anticonceptivos
 - Femeninos
 - Masculinos
 - La sociedad
 - Religiosos
 - Preguntas frecuentes

Objetivos:

Valorar la importancia de los mitos y creencias que las participantes tienen en relación al uso y funcionamiento de los métodos anticonceptivos y la planificación familiar.

Métodos y técnicas a emplearse:

- Técnica participativa: Expresando acuerdos
- Taller grupal

Recurso de apoyo:

- Pizarra y marcadores
- Papelógrafos.
- Cartulina con las palabras De acuerdo y En desacuerdo

Tiempo estimado: 60 minutos.

Responsable: Médico Familiar y Comunitario

Destinatarios: 75 mujeres en edad fértil del barrio Pullo – Urko

Desarrollo de la sesión:

Introducción:

Se comienza la actividad evaluando la importancia que tiene admitir la existencia de mitos y creencias con respecto al uso de los métodos anticonceptivos, para mejorar la seguridad de las usuarias al sustituirlos por conocimientos científicos y fundamentados acerca del funcionamiento adecuado de la planificación familiar.

Desarrollo:

Para propiciar la impartición del tema se sugiere utilizar una variante de la técnica participativa denominada Expresando acuerdos con el objetivo de que las participantes determinen el grado de aceptación o desacuerdo de las mujeres con los planteamientos realizados.

Se pueden someter a votación y las participantes mostraran la cartulina rotulada con De acuerdo o En desacuerdo, según sus criterios sobre la veracidad o no de las siguientes proposiciones:

- La responsabilidad de cuidarse del embarazo corresponde únicamente a la mujer.
- Si existen juegos sexuales sin penetración no hay posibilidades de quedar embarazada.
- Si se realiza la esterilización al hombre o a la mujer se pierde la capacidad de disfrute y sentir placer sexual.
- Cualquier método anticonceptivo que se utilice protege a la mujer de padecer infecciones de transmisión sexual.
- Las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos, no ayudan a que los hombres sientan satisfacción sexual pues resultan molestos y dolorosos para ambos sexos.

Luego de que las participantes expresen su acuerdo o desacuerdo con los planteamientos, se refuerzan las respuestas positivas y se corrigen los mitos y creencias erróneas sobre la anticoncepción.

Posteriormente, se realiza un Taller grupal, donde se subdivide al grupo en 4 subgrupos y se les solicita que expresen otros mitos y creencias sobre la anticoncepción y la planificación familiar. A cada equipo se le asigna la responsabilidad de determinar esos mitos en la mujer, el hombre, la sociedad, la religión y se finaliza consolidándose las preguntas que con más frecuencia se realizan sobre estos aspectos.

Conclusiones:

La actividad concluye solicitando a las participantes que escriban en una tarjeta en blanco, sin declarar su nombre, su temor principal en relación a la práctica de su vida sexual en parejas. Las tarjetas se recogen por el responsable, quien iniciará la siguiente sesión con un consolidado general de los principales temores admitidos por las participantes.

Aprendizajes esperados al concluir la estrategia

Que las participantes sean capaces de diferenciar entre los mitos y las realidades que se relacionan con el uso de los métodos anticonceptivos.

4.10 Sesión 4: Métodos anticonceptivos (I).

Temas a impartir:

Métodos Anticonceptivos

Característica y tipos de métodos anticonceptivos

Métodos hormonales

- Pastillas
- Píldora anticonceptiva de emergencia
- Inyecciones
- Implantes subdérmicos
- Parches dérmicos
- Dispositivos intrauterinos: T de Cu más progestina

Objetivos:

Identificar cada una de las características de los métodos anticonceptivos y su funcionamiento básico, con especial énfasis en los métodos hormonales.

Métodos y técnicas a emplear:

Exposición

- Técnica participativa: Si para mí, No para mí.
- Demostración

Recurso de apoyo:

Computador

- Proyector de imágenes
- Papelógrafos
- Pancartas, afiches, trípticos.

- Stop de métodos anticonceptivos disponibles en los centros de salud
- Maqueta del cuerpo humano femenino

Tiempo estimado: 60 minutos.

Responsable: Médico Familiar y Comunitario

Destinatarios: 75 mujeres en edad fértil del barrio Pullo – Urko

Desarrollo de la sesión

Introducción:

La sesión comienza con un breve recordatorio de los contenidos sobre planificación familiar referidos en la sesión anterior, el que puede ser realizado por el responsable o designar a dos participantes para que aborden las ventajas y la importancia de usar estas prácticas. También hará una breve reseña de las respuestas consolidadas en el cierre de la sesión anterior, tratando de ofrecer orientaciones precisas que permitan a las mujeres manejar adecuadamente sus temores sobre la vida de pareja.

Desarrollo:

Para abordar los contenidos referidos a los métodos anticonceptivos, características y clasificación, se propone realizar una exposición auxiliada, de una presentación en Power Point, sobre los contenidos. Esta presentación debe caracterizarse por ser amena, ilustrativa y acompañada de organizadores gráficos que posibilite a las participantes, complementar la información teórica con elementos visuales que grafiquen la información.

Una vez concluida la exposición se procede a utilizar la técnica participativa denominada Si para mí, No para mí, que consiste en ayudar a las participantes en el proceso de toma de decisiones relacionadas a la utilización o no de los métodos anticonceptivos hormonales.

Para el desarrollo de la técnica el responsable debe llevar previsto dos carteles: en uno se escribirá No para mí y en el otro Si para mí, A continuación, expondrá las características de los métodos hormonales contenidos en el sumario y en la medida en que sean expuestos se solicitará a las mujeres que determinen si son o no elegibles por ellas, poniendo su nombre en el cartel que se corresponda a su decisión. Así se procederá con cada método y una vez concluido con todos se harán reflexiones sobre los métodos que mayores selecciones recibieron, reforzando o corrigiendo las elecciones.

Conclusiones:

Para terminar la actividad el responsable auxiliado del stop de métodos anticonceptivos, demostrará cómo se realizan los implantes subdérmicos y los parches dérmicos y permitirá a las participantes que observen o se ofrezcan de voluntarias para la demostración.

Finalmente se apoyará en la maqueta del cuerpo humano femenino para demostrar cómo se sitúan los Dispositivos intrauterinos, específicamente la T de cobre.

Aprendizajes esperados:

Que los participantes valoren la importancia de la anticoncepción hormonal según la etapa del ciclo de vida en que se encuentra la mujer, para la adecuada toma de decisiones en base a las características y ventajas de cada método.

4.11 Sesión 5: Métodos anticonceptivos (II).

Temas a impartir:

- Métodos no hormonales
- Condón masculino. Como usar un condón masculino
- Condón femenino. Como usar un condón femenino
- Método de la Lactancia Materna (MELA)
- Método del ritmo
- Coito interrumpido
- Esterilización femenina: Ligadura
- Esterilización masculina: Vasectomía
- Situaciones especiales posteriores al parto y luego de un aborto

Objetivos:

Identificar las características de los métodos anticonceptivos y su funcionamiento básico, con especial énfasis en los métodos no hormonales y naturales.

Métodos y técnicas a emplear:

- Video debate
- Técnica participativa: El comercial
- Demostración

Recurso de apoyo:

- Computador
- Proyector de imágenes
- Cartulinas
- Maqueta del cuerpo humano femenino y masculino.
- Materiales educativos: afiches, trípticos,

Tiempo estimado: 60 minutos.

Responsable: Médico Familiar y Comunitario

Destinatarios: 75 mujeres en edad fértil del barrio Pullo – Urko

Desarrollo de la sesión.

Introducción:

Se comienza la sesión con un recordatorio de los principales métodos anticonceptivos hormonales explicados en la actividad precedente, para lo que el responsable se puede apoyar en los resultados obtenidos con la aplicación de la técnica participativa: No para mí, Sí para mí, pidiendo a algunas participantes que rememoren los argumentos ofrecidos ante cada selección.

Desarrollo:

Para el desarrollo de esta actividad se determinará dos momentos, el primero en el que señalará cada uno de los métodos anticonceptivos y su respectivo funcionamiento con la ayuda de los equipos audiovisuales, a través de la presentación de un video titulado: Métodos anticonceptivos no hormonales, que posibilita la transmisión de información veraz, y entendible acerca del funcionamiento de cada uno de los métodos. Esta actividad estimulará la participación grupal con la finalidad de que cada participante interactúe en la elaboración de las respuestas a las preguntas que favorezcan los debates. Ejemplos de estas preguntas pueden ser:

- ¿Cuál considera el método más eficaz para la planificación familiar?
- ¿Qué te preocupa del uso de este método?
- ¿Considera que, durante el período de lactancia o posterior a un aborto, te encuentras protegida de embarazarte?

Posteriormente se realizará una técnica participativa denominada El comercial, para reforzar los aprendizajes obtenidos. Para ello se formarán equipos, a cada uno se les entregará una cartulina con información de dos métodos anticonceptivos. Los equipos

evaluaran la información que se les entregó y posteriormente deben realizar un comercial que pretenda vender el método de una manera creativa, atractiva y partiendo de las ventajas y utilidad de cada uno en las diferentes etapas de la vida.

Conclusiones:

Para finalizar la actividad el responsable, auxiliado del stop de métodos anticonceptivos, demostrará cómo se utilizan los condones femeninos y masculinos lo que permitirá a las participantes que observen el procedimiento de aplicación. Posteriormente y auxiliado de la maqueta del cuerpo humano femenino demostrará cómo se realiza la esterilización masculina y femenina.

Aprendizajes esperados:

Que los participantes valoren la importancia de la anticoncepción no hormonal según la etapa del ciclo de vida en que se encuentra la mujer, para la adecuada toma de decisiones en base a las características y ventajas de cada método.

4.12 Sesión 6: Elección apropiada de métodos.

Tema a impartir:

- Elección apropiada de métodos
- Como elegir un método de planificación apropiado para usted
- Criterios de elegibilidad

Objetivos:

Fomentar el discernimiento entre el conocimiento y la elección propia de un método anticonceptivo de acuerdo a las necesidades y características de cada participante.

Métodos y técnicas a emplearse:

Taller interactivo

Exposición

Recursos de apoyo:

- Computador
- Proyector de imágenes
- Pizarra y marcadores
- Papelógrafos

Tiempo estimado: 60 minutos.

Responsable: Médico Familiar y Comunitario

Destinatarios: 75 mujeres en edad fértil del barrio Pullo – Urko

Desarrollo de la sesión

Introducción:

Esta sesión tiene como propósito fundamental sistematizar toda la información ofrecida sobre los métodos anticonceptivos, por lo que se debe iniciar con un recordatorio de los dos grandes grupos de métodos: los hormonales y no hormonales.

Para ello, el facilitador debe organizar en el papelógrafos de forma sintética las características comunes a los grupos de métodos y ubicarlas en una pared del local donde se realiza la actividad y que resulte visible para todas las participantes, este procedimiento le servirá de apoyo para ir recordando los aspectos fundamentales que han sido abordados en las dos últimas sesiones. No debe descuidarse la importancia, en esta sesión, de los aprendizajes significativos y los conocimientos previos que poseen los participantes sobre el tema.

Desarrollo:

Para consolidar los aprendizajes obtenidos se propone realizar un Taller grupal que favorezca el debate y la toma de decisiones relacionadas a la anticoncepción. Para esto se entregará a cada participante materiales educativos impresos: afiches, tríptico, revistas, que reflejen las características de los métodos y que les permita disponer de un tiempo de la menos 10 minutos para interactuar con los materiales y reflexionar sobre la importancia de tener un criterio formado en cuanto a las peculiaridades de cada uno de los métodos anticonceptivos y su funcionamiento en el cuerpo humano, con el propósito de facilitar la elección correcta y apropiada por parte de las usuarias, lo que a su vez garantiza adherencia y el disfrute de la sexualidad de forma segura.

Entonces se les solicita que expresen, los elementos que se deben tener en cuenta para seleccionar adecuadamente los métodos atendiendo a: edad, enfermedades asociadas, reacciones o intolerancia a uso anterior de algún método, y desestimar a las preferencias individuales y de la pareja como único indicador para la selección del método.

El Taller interactivo debe organizarse de manera que todas las participantes puedan ofrecer sus criterios en forma ordenada y atendiendo a las normas de trabajo en grupos, donde cada una pueden ser escuchada por igual y todas las opiniones tomadas en cuenta.

Una vez concluido el Taller inicial, el responsable realizará la presentación del tema utilizando un Power Point donde, a través de los diferentes organizadores gráficos e imágenes ilustrativas, se exprese en forma resumida y sintética los principales aspectos a tener en cuenta para seleccionar un método.

Conclusiones:

La actividad finaliza solicitando a los participantes que propongan los tres métodos anticonceptivos que recomienda por sus ventajas y efectividad, atendiendo a los nuevos aprendizajes obtenidos. Esta actividad primero se realiza por cada participante, posteriormente, se realiza a nivel de los subgrupos, y una vez organizadas las selecciones de acuerdo a las votaciones recibidas, se presentan en plenaria recordando la importancia de seleccionar los métodos que resultan más beneficiosos para cada mujer o pareja con la contribución del asesoramiento médico.

Aprendizajes esperados:

Que los participantes desarrollen de la capacidad de elegir responsablemente un método anticonceptivo, que sea acorde a sus necesidades y con el adecuado asesoramiento médico.

4.13 Sesión 7: Afecciones médicas más comunes

Temas a impartir:

- Afecciones médicas más comunes (efectos adversos)
- Desventajas del uso de algunos métodos de anticoncepción.

Objetivos:

Brindar información acerca de los efectos adversos más comunes que se presentan con el uso de cada uno de los métodos anticonceptivos, y orientar su manejo previo.

Métodos y técnicas a emplear:

- Video debate
- Exposición

Recurso de apoyo:

- Computador
- Proyector de imágenes
- Materiales educativos: trípticos y afiches

Tiempo estimado: 60 minutos.

Responsable: Médico Familiar y Comunitario

Destinatarios: 75 mujeres en edad fértil del barrio Pullo – Urko

Desarrollo de la sesión:

Introducción

Se comienza explicando la importancia del conocimiento, por parte de las usuarias, de los efectos adversos de algunos métodos anticonceptivos, así como la actuación adecuada frente a la aparición de una eventualidad o sospecha de efecto adverso. Esta actividad se desarrollará de forma participativa e integral, iniciando con una lluvia de ideas en torno al tema a partir de la consigna:

Si sospecho que el método anticonceptivo que estoy utilizando, comienza a provocarme daños lo primero que debo hacer es.....

Desarrollo:

Este segundo momento se inicia con la presentación de un video titulado: Los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos. Una vez concluida la presentación se realiza el intercambio con los participantes a través de la realización de diversas preguntas sobre el tema, entre las que pueden estar:

- ¿Qué es lo que más le preocupa del uso de los métodos anticonceptivos?
- ¿Considera que los métodos naturales te protegen mejor de estos efectos?
- ¿Sabes cómo identificar signos de alarma sobre posibles efectos adversos?
- ¿Conoces qué tiene que hacer cuando existe sospecha de padecer de algunos de estos efectos?

A partir de las respuestas ofrecidas, se realizan precisiones sobre los efectos secundarios de algunos métodos anticonceptivos.

A continuación, se realiza la parte expositiva de los contenidos declarados en el sumario, utilizando un Power Point, con imágenes ilustrativas sobre los principales efectos indeseados de la anticoncepción.

Conclusiones:

Esta actividad concluye con el completamiento de un laberinto de acción donde la participante debe seguir, el siguiente algoritmo de respuestas:

- 1.- Cuando asumo un nuevo compromiso y no deseo tener hijos enseguida, yo debo.....
- 2.- Si decidimos utilizar algún método anticonceptivo, uno o los dos miembros de la pareja la persona que mejor puede ayudarme es....
- 3.- Para seleccionar el método anticonceptivo que voy, o vamos a utilizar debo saber...
- 4.- Si necesito hacer un control sobre la efectividad del funcionamiento de este método en mi cuerpo, lo mejor es hacerlo cada....
- 5.- Si empiezo a observar que el método seleccionado me produce daños o molestias, lo mejor que hago es acudir a.... en un tiempo no mayor a.... días.
- 6.- Si me recomiendan cambiar de método anticonceptivo, entonces prefiero....

Aprendizajes esperados:

Que los participantes consoliden los conocimientos de los posibles efectos adversos de los métodos anticonceptivos, así como las acciones y conducta a asumir ante la presencia de un posible efecto adverso.

4.14 Sesión 8: Derechos sexuales y reproductivos

Tema a impartir:

- Derechos sexuales y reproductivos

Objetivos:

- Valorar la importancia de los derechos sexuales y reproductivos para la protección de las mujeres en edad fértil,

Métodos y técnicas a emplear:

- Dramatización

Exposición

- Técnica participativa de cierre: Positivo, Negativo e Interesante.

Recurso de apoyo:

- Computador
- Proyector de imágenes
- Pizarra y marcadores
- Papelógrafos

Tiempo estimado: 60 minutos.

Responsable: Médico Familiar y Comunitario

Destinatarios: 75 mujeres en edad fértil del barrio Pullo – Urko

Desarrollo de la sesión

Introducción:

Al constituir la sesión final de la estrategia, esta actividad requiere una atención especial pues necesita que se dirija a la consolidación y reforzamiento de los aprendizajes obtenidos.

Se comienza explicando la importancia de conocer los derechos sexuales y reproductivos que asiste a cada individuo, incluida la libertad de elección, sin sentimientos de culpa o dependencia en la toma de decisiones.

Para esta primera parte se puede hacer una lluvia de ideas (Brainstorming), donde las participantes enumeren todos los que consideran sus derechos para el disfrute de su sexualidad de forma sana y una reproducción planificada. Todas las ideas se anotarán en el Papelógrafo y serán reforzadas por el responsable.

Desarrollo:

Se propone abordar el tema a partir de la dramatización o rol playing de una situación cotidiana en la que se violen los derechos sexuales y reproductivos de las participantes. El guion de la representación puede partir del siguiente caso:

- Mujer de 17 años, que contrae matrimonio con su novio, casi 10 años mayor que ella y después de una vida de pareja de más de 3 años, luego de casarse las relaciones entre ellos no son satisfactorias, él se marcha con los amigos y no regresa en días y ahora le ha comenzado a exigir que debe dejar los estudios, pues ya es tiempo que comiencen a tener hijos, y que él desea una familia numerosa, según ella le cuenta a su mejor amiga, esto no es lo que esperaba para su vida, no desea tener hijos tan pronto y menos de un hombre que la humilla y no la respeta.

Luego de presentada la propuesta de guion se eligen a tres participantes que asumirán los roles de la mujer y dos amigas, se les asignará un tiempo de alrededor de 10 minutos para

preparar la dramatización y una vez concluida se procederá al análisis de lo observado. Con el propósito de que el debate se dirija a los aspectos de interés para el responsable de la actividad se elabora una guía de preguntas atendiendo a los siguientes aspectos:

- ¿Cuál considera que es la posición que debe asumir esta mujer en relación a las demandas que le está haciendo su pareja”?
- ¿Considera que debe ceder a sus deseos pues ya tiene la edad necesaria para comenzar a fundar su propia familia?
- ¿Cree que en este caso se están violando los derechos reproductivos de esta mujer?

Una vez concluido el debate, el responsable expone, a través de un Power Point, los principales derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Conclusiones:

El responsable recuerda que esta es la última actividad planificada en la estrategia, por lo que se procede a hacer una valoración del grado de cumplimiento de las expectativas individuales y grupales de las participantes y se enfatiza en la importancia de tomar acciones responsables y maduras hacia la sexualidad y la planificación familiar.

Para concluir la implementación de las sesiones contenidas en la estrategia, se solicita a realización de una técnica participativa de cierre denominada Positivo, Negativo e Interesante (PNI), en su forma individual, pero conservando el anonimato, para lo que se entrega a cada participante una hoja de papel en blanco dividida en tres columnas en las que deben escribir los aspectos positivos de las sesiones de trabajo, los que les resultaron negativos y lo más interesante que encontraron durante el tiempo que transcurrió desde el inicio de la intervención.

Cuando las participantes concluyan de escribir las respuestas se recogen todos los papeles y se entregan de nuevo aleatoriamente, solicitando la lectura comentada de los que realicen los mejores aportes.

Durante todo el proceso de cierre se refuerzan los aprendizajes obtenidos, se estimulan las participaciones y se convida a la puesta en práctica inmediata de los nuevos

conocimientos adquiridos para la protección de embarazos no planificados por al menos un miembro de pareja.

4.15 Aprendizajes esperados:

Que las participantes puedan nombrar sus derechos sexuales y reproductivos independientemente de su orden o necesidad.

4.16 Etapa de Implementación de la estrategia educativa:

Para la implementación adecuada de esta estrategia el responsable debe planificar y organizar de forma precisa y detallada cada uno de los elementos que la componen como vía principal para el logro de los resultados y las transformaciones esperadas, para lo que debe tener en cuenta:

- Teniendo en cuenta que el número de mujeres en edad fértil que resultan beneficiarias de esta intervención es elevado (75), se trabajará con tres grupos pequeños formados por alrededor de 25 participantes cada uno, con el fin de lograr mejores dinámicas e intercambios entre ellas.
- La composición del grupo será heterogénea en relación a las variables de edad, nivel de instrucción y estado civil para lograr grupos balanceados y de similar formación.
- El número de sesiones será de 8 atendiendo a una adecuada distribución de los temas y métodos a emplear.
- La duración de las sesiones será de un promedio de 40 minutos, no sobrepasando en ninguna sesión la hora de trabajo.
- El local donde se realicen las actividades debe tener condiciones indispensables para el adecuado trabajo grupal y dispondrá de mobiliario y todos los recursos de apoyo necesarios para desarrollar las sesiones.
- Se realizará registro fotográfico y constancia escrita de la participación de las beneficiarias y el responsable, en las diferentes sesiones de la intervención.

4.17 Etapa de Evaluación de la efectividad de la Estrategia educativa:

La evaluación debe ser un proceso permanente de retroalimentación para el responsable de la estrategia, comienza desde el diagnóstico inicial y concluye cuando se corrobora el cumplimiento de los objetivos, por los que fue diseñada.

Se consideran momentos fundamentales de evaluación de la estrategia:

- La evaluación continua en todas las sesiones de la intervención, tomando como indicadores; la participación activa, debates generados, asistencia y permanencia durante el tiempo en que se desarrollan las actividades.
- La aplicación del instrumento de diagnóstico inicial en la última sesión de la intervención para corroborar el mejoramiento de los conocimientos en las participantes y su relación al cambio de actitudes y prácticas.
- La evaluación del nivel de satisfacción con el desarrollo de las sesiones tomado del resultado de la técnica Positivo, Negativo e Interesante (PNI),
- La comprobación del cumplimiento de los aprendizajes esperados en cada una de las sesiones y tras concluir la estrategia la implementación de la estrategia, los cuales deben ser:
 - Reconocer los órganos sexuales masculinos y femeninos, y su funcionamiento.
 - Definir planificación familiar, su importancia, beneficios y la necesidad de planificar.
 - Identificar los métodos de planificación familiar, y el uso correcto de cada uno de ellos.
 - Tener la capacidad de decidir apropiadamente un método anticonceptivo acorde a su necesidad.
 - Describir los efectos adversos más comunes que el uso de algunos métodos anticonceptivos trae asociados.
 - Interpretar la influencia negativa que tienen algunos mitos y creencias sobre los métodos anticonceptivos para la adopción de conductas consecuentes relacionadas a la planificación.
 - Defender la necesidad del respeto a los derechos sexuales y reproductivos en todos los sexos y periodos del ciclo vital enfatizando en el género femenino.

CONCLUSIONES

Del estudio realizado se encontró que el grupo etario predominante fue de 20 a 34 años, el nivel de escolaridad que tienen la mayoría de las mujeres es el bachillerato completo, las mujeres indígenas conforman el grupo más representativo del estudio, y las mujeres con pareja predominaron ligeramente. En cuanto a la evaluación del conocimiento sobre planificación familiar, este fue no satisfactorio, dato que se observa a nivel general en todos los grupos etarios, el conocimiento no fue mejor en las mujeres casadas o con instrucción superior, con respecto a la etnia las mujeres mestizas mostraron tener ligeramente más conocimientos sobre el tema. Por lo que se diseñó una estrategia educativa sobre planificación familiar en el Barrio Pullo–Urko. Napo, enero - junio 2016.

En la relación entre las variables sociodemográficas y el conocimiento no se evidenció la influencia de las características sociodemográficas con el conocimiento de los métodos de planificación familiar, pese a que todas las mujeres afirmaron haber recibido información acerca del tema en cuestión, por lo que se considera que la información no es de calidad o no tiene el enfoque para cada grupo de edad, expresado con una deficiente motivación, y el bajo interés en el tema.

RECOMENDACIONES

La educación sobre planificación familiar y sus métodos a las mujeres del Barrio Pullo Urko debe de ser implementada, para modificar los pensamientos y mitos acaecidos sobre el tema.

La aplicación de la propuesta de estrategia de intervención educativa sobre planificación familiar dirigida a las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo– Urko, se debe tomar en cuenta la idiosincrasia de las participantes, con la tentativa de modificar los mitos personales y naturalizados, que se manejan en el común de la población. Además de ser inclusiva para las parejas que estuvieran interesadas en el tema.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, T., Rodríguez, Y., & Rodríguez, A.** (2008). Dispositivos intrauterinos, raíces de su creación. *16 de abril*. Obtenido de <http://www.16deabril.sld.cu>
- ASIS.** (2014). Análisis de Situación Integral de Salud del barrio Pullo -Urko. Napo, Ecuador.
- Barrientos, J., & Reyes, E.** (2015). Users' Profile of Family Planning Methods of a Family Medicine Unit in Reynosa, Tamaulipas, Mexico. (F. d. Medicina, Ed.) *Atención Familiar*, 21(2). Obtenido de http://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/47907 nueva pestaña
- Bastidas, Z., & Romero, K.** (2015). Tesis de pregrado. *Utilización de métodos de planificación familiar en usuarias de la comunidad Rayayacu del cantón Tena. Año 2015*. Tena, Napo, Ecuador: Repositorio Universidad Nacional de Loja. Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/9665>
- Bautista, M., & Martínez, A.** (2014). El uso de material didáctico y las tecnologías de información y comunicación (TIC's) para mejorar el alcance académico. *Ciencia y Tecnología*, pp. 183 - 194. Obtenido de http://www.palermo.edu/ingenieria/pdf2014/14/CyT_14_11.pdf
- Beltrán, B., & Ruiz, M.** (2007). Efectividad de una estrategia de intervención educativa para la promoción de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2).
- Bergallo, P.** (2011). *Argumentos para la defensa legal de la anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe*. Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia.
- Berrones, E.** (2011). Diseño de una guía educativa sobre planificación familiar dirigido a los usuarios del centro de salud N° 3 de la ciudad de Riobamba. Provincia de Chimborazo 2011. *Tesis de Grado*. Riobamba, Chimborazo, Ecuador: ESPOCH.
- Bertrand, J., Ward, V., & Santino-Gálvez, R.** (2015). *Planificación familiar en América Latina y el Caribe: logros de 50 años: resumen ejecutivo*. New Orleans: MEASURE Evaluation.

- Blanc, A.** (2001). The effect of power in sexual relationships on sexual and reproductive health. (MEDLINE, Ed.) *Pub Med*, pp. 189 - 213. Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11677692>
- Bohórquez, J., López, L., & Hernandez, M.** (2013). Utilización del alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de un instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso del software Minitab. *Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology*. Obtenido de www.laccei.org/LACCEI2013-Cancun/RefereedPapers/RP065.pdf
- Campoverde, W., & Gualpa, I.** (2012). Tesis de pregrado. *Aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres en período fértil en el área de influencia del hospital guamate en el período abril a agosto del 2012*. Repositorio Digital Universidad Central. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4532/1/T-UCE-0006-97.pdf>
- CEPAL, Unión Europea.** (2010). <http://www.cepal.org/ddpe/publicaciones/xml/3/38923/w316.pdf>. *avances y desafíos de la Sociedad de Información en América Latina y el Caribe*. Obtenido de <http://www.cepal.org/ddpe/publicaciones/xml/3/38923/w316.pdf>
- Clifton, D., & Kaneda, T.** (2013). Cuadro de Datos Mundial Sobre la Planificación Familiar 2013. *Population Reference Bureau*.
- Comité del Día Mundial de la Salud Sexual.** (2016). *Salud Sexual: Rompamos los mitos*. México.
- Corral, Y.** (2010). Diseño de cuestionarios para recolección de datos. *Revista ciencias de la educación*, 20(36), pp. 152 - 158. Obtenido de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n36/art08.pdf>
- Demographic and Health Surveys.** (2014). planificación familiar: conocimiento y usos de métodos. *Demographic and Health Surveys*. Obtenido de <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjXt62r7b7PAhXKGj4KHcnADxoQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fdhsprom.com%2Fpubs%2Fpdf%2FFR99%2F04Cap%25C3%25ADtulo4.pdf&usq=AFQjCNGqrvSO87umt5OFlu6hAQTslPesxw&sig2=t7nL0>

- Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, OMS.** (2015). *Resumen ejecutivo criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME). Mejorando la calidad en planificación familiar.* quinta edición. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205016/1/WHO_RHR_15.07_spa.pdf
- Diaza, S., & Fernandez, S.** (2004). Asociación de variables cualitativas: El test exacto de Fisher y el test de McNemar. *Fisterra Atención Primaria en la red*, pp. 1-7.
- Feo, R.** (2010). Orientaciones básicas para el diseño de estrategias didácticas. *Tendencias Pedagógicas* 13 (16), pp. 221 - 235. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3342741>
- Ferreira, C., García, K., & et.al.** (2012). *Mujeres y hombres del Ecuador en Cifras III.* Quito: Ecuador INEC. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf
- FESAL.** (2005). *Capítulo 5: planificación familiar.* Ministerio de Salud. Obtenido de http://www.fesal.org.sv/2003/informe/final/espanol/capitulos/05/cont_5.htm
- Fisher, H. E.** (1992). *Anatomy of Love: The Natural History of Monogamy, Adultery, and Divorce.* New York: W. W. Norton and Company.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA.,** (10 de 04 de 2015). *UNFPA Ecuador.* Obtenido de Salud Sexual y Reproductiva: <http://www.unfpa.org.ec/public/>
- Foreit, J.** (1999). *Investigación operativa en planificación familiar.* New York: population council.
- Garabetyan, E.** (2010). Los 6 principales métodos anticonceptivos y la anticoncepción de emergencia. *Neo mundo*, pp. 15 - 19.
- Goicolea, I. W.** (2009). Risk factors for pregnancy among adolescent girls in Ecuador's Amazon basin: a case-control study. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(3), 221-228., pp. 221-228.

- Gonzalez, C., Souza, M., & et.al.** (2013). La píldora anticonceptiva a debate. (M. M. Cardona, Ed.) *revistas UNAM*, 10(3). Obtenido de <http://revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/44823>
- Gonzalez, J.** (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en una población de adolescentes. *Scielo*, 11(1). Obtenido de: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v11n1/v11n1a03.pdf?iframe=true&width=90%&height=90%#page=auto,-17>
- Guerra, I., & Gonzales, Y.** (2013). Algunas consideraciones sobre el uso de la prueba de McNemar en las intervenciones educativas. *revistas médicas cubanas*.
- Guillén, T.** (2014). Tesis de Posgrado *Nivel de conocimientos y percepción de los y las adolescentes de 14 a 18 años sobre el uso de métodos anticonceptivos frente a la prevención del embarazo no deseado en la institución educativa ludoteca de septiembre a diciembre del 2014*. Quito, Ecuador: Instituto Superior de Posgrado, Universidad Central del Ecuador.
- Hernández, P.** (2007). *Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control*. Obtenido de Facultad de Ciencias Médicas Gaceta Médica Espirituana: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(1\)_18/p18.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(1)_18/p18.html)
- Herrán, A.** (2010). Técnicas para una enseñanza innovadora. (L. f. Bolonia, Ed.) Madrid, España. Obtenido de <http://app.ute.edu.ec/content/3344-23-59-1-23-17/PAPEL%20DE%20TRABAJO%20CUATRO%20PRINCIPIOS%20DID%20C3%81C%20TICOS%20EN%20LA%20UNIVERSIDAD%20INNOVADORA.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.** (2008). *Las mujeres ecuatorianas que conocen y usan los métodos anticonceptivos*. Quito: INEC.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.** (2010). *Fascículo provincial Napo*. Quito: INEC. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manual-lateral/Resultados-provinciales/napo.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.** (2011). *reporte de estadísticas de matrimonios y divorcios*. Quito: INEC.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.** (2014). *Ecuador en Cifras*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; MSP.** (2015). *Encuesta nacional de salud y nutrición- ENSANUT 2012 Demografía, salud materna e infantil y salud sexual y reproductiva*. Quito: MSP, INEC.
- Knerr, W.** (2015). *Las necesidades no cubiertas de planificación familiar: Manual de herramientas de incidencia política para la promoción de la planificación familiar Argumentario para satisfacer las necesidades no cubiertas*. Unión Europea: International Planned Parenthood Federation, European Network (IPPF EN), socio principal de Countdown 2015 Europe.
- Knowles, J.** (2012). *Historia de los métodos anticonceptivos*. New York: Planned Parenthood Federation of America. Obtenido de Informe, historia de los métodos anticonceptivos: https://www.plannedparenthood.org/files/9913/9978/2156/bchistory_Spanish_2012.pdf
- Lagos, C.** (2015). Plantas medicinales utilizadas en el tratamiento de enfermedades ginecológicas en Leticia y Puerto Nariño (Amazonas) Colombia. *Etnobiología*, 13(1).
- Lituma, G.** (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia en los adolescentes escolarizados de la Ciudad de Cuenca. *Tesis previo a la obtención de título de especialista en ginecología y obstetricia*. Cuenca: Repositorio digital Universidad de Cuenca. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21266/1/TESIS.pdf>
- López, L.** (2015). Estrategias de enseñanza aprendizaje. México.
- Maffia, D.** (septiembre de 2010). Tecnología y control social de los cuerpos sexuados. *Simposio "Cuerpos y tecnologías"*. Buenos Aires, Argentina: Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Universidad de Buenos Aires.
- Martos, A.** (2010). *Breve historia del condón y de los métodos anticonceptivos*. Madrid: ediciones Nowtilus, S.L.
- Massuh, C.** (2011). *Alpha de cronbach*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.

- Mazarrasa, L., & Gil, S. (. (2013).** *Salud sexual y reproductiva*. España: programa de formación de formadores en perspectiva de género y salud. Obtenido de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador.** (2008). *Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la atención materno neonatal*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública.** (2010). *Norma y protocolo de planificación familiar*. D. M. Quito: Proceso de Normatización del SNS.
- Ministerio de Salud Pública Ecuador.** (2013). *Modelo de Atención Integral de Salud*. Distrito Metropolitano de Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública, C. N.** (2007). *política de salud y derechos sexuales y reproductivos*. Quito: CONASA. Obtenido de <http://www.reproductiverightsorg/index.html>
- Ministerio de Salud Pública.** (2014). *Instructivo de Implementación del reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos - Acuerdo Ministerial 2490*. Quito, Ecuador: Dirección de Normatización. Obtenido de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/instructivo_de_implementaci%C3%B3n_del_acuerdo_ministerial_2490_aprobado.pdf
- Molero, F.** (2014). *Instituto de Sexología de Barcelona*. Obtenido de ginecología y planificación familiar: <http://www.insexbcn.com/html/publicaciones.html>
- MSP-INEC.** (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. *ENSANUT-ECU TOMO 1*.
- OMS.** (2014). *Respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción*. Ginebra. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/103316/1/WHO_RHR_14.03_spa.pdf?ua=1
- OMS.** (2015). *Planificación familiar*. Obtenido de Centro de Prensa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2011). *promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención del VIH/sida en adolescentes y jóvenes del conurbano bonaerense*. Buenos Aires: Fundación Huesped. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22046&Itemid=1335&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (2014). *INAM Servicios*. Obtenido de Normas de Atención Sexual y Reproductiva de Adolescentes. Integración del manejo de adolescentes y sus necesidades: <http://www.paho.org/derechoalaSSR/wpcontent/uploads/2014/05/IMAN.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2010). Obtenido de 10 datos sobre la salud materna: http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/es/

Padilla, D. (2012). Nivel de escolaridad de los ecuatorianos. (INEC, Ed.) *Revista Coyuntural*, 5. Obtenido de <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis5.pdf>

Parra, J., Dominguez, J., & Maturana, J. (2013). Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile. *Scielo Salud Colectiva*, 9(3), p. 391. Obtenido de www.scielo.org.ar/pdf/sc/v9n3/v9n3a09.pdf

Quezada, N. (14 de 10 de 1975). Métodos anticonceptivos y abortivos tradicionales. (I. d. Antropológicas, Ed.) *Anales de Antropología; Vol 12, No 1 (1975) 1111-1111 0185-1225*, pp. 235. Obtenido de http://www.revistas.unam.mx/index.php/antropologia/article/download/303/pdf_496.

Ramírez, A. (2014). El uso de la secuencia didáctica en la Educación Superior. *Educación, Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, pp. 69 -84. Obtenido de redalyc.org

Ramos, V., & Castañeda, O. (2015). Factores biopsicosociales que influyen en la elección de la vasectomía. (L. L. Ramírez, Ed.) *Atención Familiar*, 22(3), pp. 82 - 86. Obtenido de http://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/50732/45475

Ravanet, M. (2006). Los estudios comunitarios desde una perspectiva espacial. *Caminos 2* (27), pp. 27. Obtenido de www.atps.uqam.ca/numero/n3/pdf/ATPS_TrujilloLloren_2012.pdf

- Riddle, M.** (1992). *Contraception and abortion from the Ancient World to the Renaissance*. Cambridge: Harvard University.
- Rivas, R.** (2012). Evolución de la fecundidad en la mujer. (I. N. Censos, Ed.) *Análisis, revista coyuntural*.
- Sánchez, O.** (2013). Los fundamentos filosóficos y científicos de la denominada naturaleza emocional femenina entre 1880 - 1920. *revista electrónica de psicología Iztacala*, pp. 1339. Obtenido de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol16num4/Vol16No4Art13.pdf>
- Secretaría de Riesgos Poblacionales.** (2010). *Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de PAHO: http://www.paho.org/hon/index.php?option%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D211&
- SENPLADES.** (2013). *Plan nacional de desarrollo / Plan nacional para el buen vivir*. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, Quito, Ecuador. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/>
- Sherfey, M.** (1966). *The Nature and Evolution of female sexuality*. New York: Random House.
- Singh, S., & Darroch, J.** (2012). *Costs and Benefits of Contraceptive Services – Estimates for 2012*. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (UNFPA).
- Sociedad Canaria de Medicina Familiar.** (2013). *SOCAMFYC*. Obtenido de historia de la anticoncepción: <http://socamfyc.org/inicio/>
- Tapuy, A., & Andy, J.** (2012). Tesis de pregrado. *Elaboración de una guía de manejo de la medicina natural de plantas anticonceptivas existentes en el cantón arajuno, provincia de pastaza-2011*. Arajuno, Pastaza, Ecuador: Repositorio ESPOCH. Obtenido de <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/2493/1/26T00010.pdf>
- The Partnership.** (2008). Llamada mundial a los líderes del G8 y otros donantes para promover la salud de la madre, el recién nacido y el niño. *Cumbre de Okinawa*. Okinawa: invest, deliver, advance.

- Torres, A.** (2010). La planificación familiar en el ocaso del siglo XX. *Mediagraphic, Perinatal Reprod Hum*, 14(2), pp. 108 - 114. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2000/ip002e.pdf>
- Ulloa, V.** (2010). Anticoncepción en la mujer de mediana edad. *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología*. Obtenido de http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin06104.htm
- UNFPA.** (1994). *State of World Population*. Obtenido de <http://www.unfpa.org/publications/state-world-population-2012>
- UNFPA.** (2013). *Una de cada cinco mujeres en América Latina y el Caribe tiene falta de acceso a la planificación familiar*. Quito.
- UNICEF.** (2004). *Observatorio, Social del Ecuador*. Napo: INEC.
- UNICEF.** (2009). *Protección infantil contra la violencia, la explotación y el abuso*.
- Vega, A., & Aramendi, P.** (2015). La educación para la salud. *Educación XXI*, 18(1), pp. 167 - 188.
- Velasco, B.** (2013). *Grupos étnicos del Ecuador*. Obtenido de <http://gruposdeecuador.blogspot.com/>
- Zambrano, I.** (2015). Tesis de Pregrado. *Conocimientos de métodos anticonceptivos y determinar el número de adolescentes embarazadas en la Unidad Educativa "Mariana de Jesús" del Cantón Macará en el año lectivo, 2014-2015*. Repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja. Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/10698/1/Isabel%20Mar%C3%ADa%20Zambrano%20Pont%C3%B3n.pdf>

ANEXOS

Anexo A. Clasificación de los criterios médicos de elegibilidad

Anexo B. Consentimiento informado

Anexo C. Instrumento de validación de la encuesta en su contenido y apariencia del constructo con los Criterios de Moriyama

Anexo D. Concentrado de calificación de cinco expertos:

Anexo E. Encuesta de conocimientos

Anexo F. Tablas de datos

ANEXO A. clasificación de los criterios médicos de elegibilidad

Clasificación de los CME para el uso de anticonceptivos:	
Categoría 1:	Situación para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo.
Categoría 2:	Situación en la que, en general, las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados.
Categoría 3:	Situación en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método.
Categoría 4:	Situación en la que el uso del método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud.

Fuente: *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME)*, OMS quinta edición.

Tópico	Recomendación de los CME	Evaluación GRADE de la calidad de la evidencia ^a
1. Recomendaciones para el uso de anticonceptivos hormonales combinados (AHC) por grupo etario (Entre los AHC, se incluyen los anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos inyectables combinados, parche combinado y anillo vaginal combinado)		
< 40 años	Las mujeres desde la menarquia hasta los 40 años pueden usar AHC sin restricciones (categoría 1 de los CME).	Rango: baja a muy baja
≥ 40 años	Las mujeres mayores de 40 años, en general, pueden usar AHC (categoría 2 de los CME).	
2. Recomendaciones para el uso de AHC en mujeres que están amamantando		
< 6 semanas posparto	Las mujeres que están amamantando con < 6 semanas posparto no deben usar AHC (categoría 4 de los CME).	Rango: baja a muy baja
≥ 6 semanas a < 6 meses posparto	Las mujeres que están amamantando con ≥ 6 semanas a < 6 meses posparto (principalmente con lactancia materna), en general, no deben usar AHC (categoría 3 de los CME).	
≥ 6 meses posparto	Las mujeres que están amamantando con ≥ 6 meses posparto, en general, pueden usar AHC (categoría 2 de los CME).	
3. Recomendaciones para el uso de AHC en mujeres posparto		
< 21 días posparto sin otros factores de riesgo de tromboembolismo venoso (TEV)	Las mujeres con < 21 días posparto y sin otros factores de riesgo de TEV, en general, no deben usar AHC (categoría 3 de los CME).	Rango: baja a muy baja
< 21 días posparto con otros factores de riesgo de TEV	Las mujeres con < 21 días posparto y otros factores de riesgo de TEV no deben usar AHC (categoría 4 de los CME).	
≥ 21 días a 42 días posparto sin otros factores de riesgo de TEV	Las mujeres con ≥ 21 días a 42 días posparto sin otros factores de riesgo de TEV, en general, pueden usar AHC (categoría 2 de los CME).	
≥ 21 días a 42 días posparto con otros factores de riesgo de TEV	Las mujeres con ≥ 21 días a 42 días posparto con otros factores de riesgo de TEV, en general, no deben usar AHC (categoría 3 de los CME).	
> 42 días posparto	Las mujeres con > 42 días posparto pueden usar AHC sin restricciones (categoría 1 de los CME).	
4. Recomendaciones para el uso de AHC en mujeres con trastornos venosos superficiales		
Várices	Las mujeres con várices pueden usar AHC sin restricciones (categoría 1 de los CME).	Muy baja
Trombosis venosa superficial (TVS)	Las mujeres con TVS, en general, pueden usar AHC (categoría 2 de los CME).	

Tópico	Recomendación de los CME	Evaluación GRADE de la calidad de la evidencia ^a
8. Recomendaciones para el uso de Sino-implant (II); nuevo método agregado a la guía		
Todas las recomendaciones	Las recomendaciones para el uso de Sino-implant (II) seguirán las recomendaciones actuales para los implantes de LNG.	Rango: moderada a muy baja
9. Recomendaciones para el uso de píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE), acetato de ulipristal (AUP) como nuevo método agregado a la guía; inductores del CYP3A4 y obesidad como nuevas condiciones para el uso de las PAE		
Embarazo	Para las embarazadas, no aplica el uso de las PAE.	Muy baja
Lactancia materna	Las mujeres que están amamantando pueden usar anticonceptivos combinados orales (AOC) o LNG como PAE sin restricciones (categoría 1 de los CME). Las mujeres que están amamantando, en general, pueden usar AUP como PAE (categoría 2 de los CME).	
Historia de embarazo ectópico	Las mujeres con historia de embarazos ectópicos pueden usar AOC, LNG o AUP como PAE sin restricciones (categoría 1 de los CME).	
Historia de cardiopatía grave	Las mujeres con historia de cardiopatía grave, que incluye cardiopatía isquémica, evento cerebrovascular u otros trastornos tromboembólicos, en general, pueden usar AOC, LNG o AUP como PAE (categoría 2 de los CME).	
Migrañas	Las mujeres con migrañas, en general, pueden usar AOC, LNG o AUP como PAE (categoría 2 de los CME).	
Enfermedad hepática grave	Las mujeres con enfermedad hepática grave, que incluye ictericia (característica personal y signo de la enfermedad hepática previo al diagnóstico), en general, pueden usar AOC, LNG o AUP como PAE (categoría 2 de los CME).	
Uso de inductores del CYP3A4	Las mujeres que usan inductores del CYP3A4 pueden usar AOC, LNG o AUP como PAE sin restricciones (categoría 1 de los CME).	
Uso repetido de las PAE	No existen restricciones sobre el uso repetido de AOC, LNG o AUP como PAE (categoría 1 de los CME).	
Violación	No existen restricciones sobre el uso repetido de AOC, LNG o AUP como PAE (categoría 1 de los CME).	
Obesidad	Las mujeres con obesidad pueden usar AOC, LNG o AUP como PAE sin restricciones (categoría 1 de los CME).	Moderada
10. Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) en mujeres con mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS)		
Inicio del uso de DIU	Muchas mujeres con mayor riesgo de ITS, en general, pueden iniciar el uso de DIU con cobre (DIU-Cu) o DIU-LNG (categoría 2 de los CME). Algunas mujeres con mayor riesgo de ITS (probabilidad individual muy alta), en general, no deben colocarse un DIU hasta someterse a las pruebas y los tratamientos correspondientes (categoría 3 de los CME).	No se identificó evidencia nueva, por lo que no se evaluó la calidad de la evidencia mediante el proceso GRADE; se revisó para mejorar su claridad por solicitud del CRG.
Continuación del uso de DIU	Las mujeres con mayor riesgo de ITS, en general, pueden continuar el uso de DIU-Cu o DIU-LNG (categoría 2 de los CME).	
Todas las recomendaciones	Las recomendaciones para el uso de AMPD-SC seguirán las recomendaciones actuales para el AMPD-IM (intramuscular).	Muy baja

Tópico	Recomendación de los CME	Evaluación GRADE de la calidad de la evidencia ^a
11. Recomendaciones para el uso del anillo vaginal liberador de progesterona; nuevo método agregado a la guía		
Lactancia materna y ≥ 4 semanas posparto	Las mujeres que están amamantando en forma activa y con ≥ 4 semanas posparto pueden usar el anillo vaginal liberador de progesterona sin restricciones (categoría 1 de los CME).	Baja
12. Recomendaciones para el uso de anticoncepción hormonal en mujeres con alto riesgo de infección por VIH, mujeres que viven con el VIH, y mujeres que viven con el VIH y usan terapia antirretroviral (TAR)		
12a. Mujeres con alto riesgo de infección por VIH		
Las mujeres con alto riesgo de contraer el VIH pueden usar los siguientes métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones: AOC, AIC, parches y anillos vaginales anticonceptivos combinados, AOPS, AIPS (AMPD y EN-NET), e implantes de LNG y ETG (categoría 1 de los CME).		Rango: moderada a muy baja
Las mujeres con alto riesgo de contraer el VIH, en general, pueden usar DIU-LNG (categoría 2 de los CME).		
12b. Mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS)		
Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS) pueden usar los siguientes métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones: AOC, AIC, parches y anillos vaginales anticonceptivos combinados, AOPS, AIPS (AMPD y EN-NET), e implantes de LNG y ETG (categoría 1 de los CME).		
Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS), en general, pueden usar DIU-LNG (categoría 2 de los CME).		
12c. Mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS)		
Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) pueden usar los siguientes métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones: AOC, AIC, parches y anillos vaginales anticonceptivos combinados, AOPS, AIPS (AMPD y EN-NET), e implantes de LNG y ETG (categoría 1 de los CME).		Rango: moderada a muy baja
Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS), en general, no deben iniciar el uso de DIU-LNG (categoría 3 de los CME) hasta que su enfermedad haya mejorado y pasado a ser asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS).		
En las mujeres que ya tienen un DIU-LNG colocado y que desarrollan enfermedad clínica por VIH grave o avanzada no es necesario retirar dicho dispositivo (categoría 2 de los CME para la continuación del uso).		

Fuente: Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME), OMS quinta edición

ANEXO B.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La que suscribe, _____ está de acuerdo con participar en la investigación sobre planificación familiar, a realizarse por la Dra. Darnely Moyano.

He sido informada sobre la importancia de este proyecto para incorporar conocimientos reales de planificación familiar.

Mi participación en esta investigación es voluntaria y estoy en plena libertad de no aceptar y retirarme cuando estime conveniente con garantía de recibir una atención médica adecuada.

ANEXO C.

Instrumento de validación de la encuesta en su contenido y apariencia del constructo con los Criterios de Moriyama

A los ... días del mes de de 2016

Ciudad Tena, Napo

Respetado/a juez:

Usted ha sido seleccionado/a para evaluar el siguiente constructo/instrumento:

“ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR”

Que forma parte de la investigación que se titula: “DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL DEL BARRIO PULLO–URKO, ENERO A JUNIO 2016” La evaluación del constructo/instrumento es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de estos sean utilizados eficientemente, aportando tanto al área investigativa como a sus aplicaciones.

Agradeciéndole su valiosa colaboración.

Nombre y apellidos del Juez: _____

Formación académica: _____

Especialista en: _____

Área de experiencia profesional: _____

Tiempo de experiencia: _____

Cargo actual: _____

Institución: _____

Objetivo de la investigación: “Propuesta de intervención educativa a cuidadores sobre autocuidado y manejo adecuado de personas con discapacidad. Barrio las Colinas. 2015-2016”.

Objetivo de la prueba/juicio : validación del instrumento de recolección de datos.

Validación del constructo de apariencia y contenido a través de las técnicas cuantitativa y cualitativa:

Cuantitativo: Criterios de Moriyama, aplicados por los especialistas.

Cualitativo: los especialistas emitirán sus observaciones para su respectiva corrección o ajuste del constructo antes de aplicarlo.

Criterios de Moriyama

Criterios de Moriyama (Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 Nada: 0)					
Ítems	Comprensible	Sensible a variaciones	Razonable	Componentes claramente definidos	Datos factibles de obtener
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					

15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					

Evaluar en cada pregunta los cinco criterios de Moriyama aportándoles los siguientes valores: **Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 Nada: 0.**

1. **Comprensible:** Se refiere a si se comprenden los aspectos (ítems) que se evalúan, en relación con el fenómeno que se quiere medir.
2. **Sensible a variaciones** en el fenómeno: Si usted considera que puede Discriminar a individuos con diferentes grados de vulnerabilidad.
3. Si el instrumento (ítem) tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente **razonables:** Es decir, si existe una justificación para la presencia de dicho ítem en el instrumento.
4. **Componentes claramente definidos:** o sea, si el ítem tiene una definición clara.
5. Si deriva de datos **factibles** de obtener: Si el dato correspondiente al ítem evaluado se puede recoger.

Observaciones:

Evaluaran la sencillez y amenidad del formato:

Considero que el instrumento cuenta con un formato ameno, sencillo sin variante al error

Evaluaran el interés, la brevedad y la claridad de las preguntas:

Si el enunciado es correcto y comprensible

El enunciado de las preguntas, está bien planteados haciéndolas comprensibles y no ambivalentes

Si las preguntas tienen la extensión adecuada

Considero que tienen la extensión correcta para el propósito de las mismas

Si es correcta la categorización de las respuestas

La categorización de las variables es correcta siendo las escalas excluyentes y exhaustivas

Si existen resistencias psicológicas o rechazo hacia algunas preguntas

Las preguntas donde el componente psicológico influye más están redactadas con un lenguaje de respeto donde se minimiza la resistencia psicológica

Si el ordenamiento interno es lógico

El ordenamiento es el correcto, cuenta con preguntas sobre conocimientos, prácticas, actitudes observándose fluidez en el instrumento

El tiempo empleado en el llenado: 0/6 minutos

Hora/ minutos

Posgradista

Especialista/juez

Bioestadística

ANEXO D. Concentrado de calificación de cinco expertos:

ESCUELA POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
INSTITUTO DE POSTGRADO
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
CRITERIOS DE MORIYAMA

Encuesta: “CONOCIMIENTOS SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR”

Criterios Moriyama					
Ítems	Comprensible	Sensible a variaciones	Razonable	Componentes claramente definidos	Datos factibles de obtener
1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
5	100,0	93,3	100,0	100,0	93,3
6	100,0	93,3	100,0	100,0	100,0
7	100,0	93,3	100,0	100,0	100,0
8	93,3	100,0	100,0	93,3	100,0
9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
10	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
11	100,0	100,0	100,0	100,0	93,3
12	100,0	100,0	100,0	100,0	93,3
13	100,0	100,0	100,0	100,0	93,3
14	100,0	100,0	100,0	100,0	93,3
15	100,0	100,0	100,0	100,0	93,3
16	100,0	100,0	100,0	100,0	93,3
17	100,0	100,0	100,0	100,0	93,3
18	100,0	100,0	100,0	100,0	93,3
19	100,0	100,0	100,0	100,0	93,3

20	100,0	100,0	100,0	100,0	93,3
21	100,0	100,0	100,0	100,0	93,3
22	100,0	100,0	100,0	100,0	93,3
23	100,0	100,0	100,0	100,0	93,3

ANEXO E. Encuesta de conocimientos

Modelo de encuesta: Encuesta de conocimientos sobre planificación familiar.

OBJETIVO: Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas en las mujeres de edad fértil del Barrio Pullo - Urko.

No consecutivo _____

1. Edad en años cumplidos _____

Marque con una X según corresponda.

2. Estado Civil:

a. Soltera _____ b. Casada _____ c. Viuda _____ d. Unión estable _____ e. Divorciada _____

3. Me considero:

a. Indígena _____ b. Negra _____ c. Blanca _____ d. Mulata _____ e. Mestiza _____ f. Otro _____

4. Escolaridad:

a. _____ Ninguna

b. _____ Educación Básica Completa

c. _____ Educación Básica Incompleta

d. _____ Bachillerato Completo

e. _____ Bachillerato Incompleto

f. _____ Tercer Nivel Completo

g. _____ Tercer Nivel Incompleto

5. ¿A qué edad piensa usted que puede utilizar un método de planificación familiar

a. _____ Luego de una relación sexual sin protección (píldora anticonceptiva de emergencia)

b. _____ Después de los 20 años

- c. **Antes de casarse**
 - d. **Luego de casarse**
 - e. **Después de los 10 años**
 - f. **Antes de iniciar las relaciones sexuales a cualquier edad**
6. ¿En qué momento usted cree que es conveniente tener el primer embarazo?
- a. **Después de los 10 años**
 - b. **Después de los 20 años**
 - c. **Antes de casarse**
 - d. **Luego de casarse**
 - e. **Cuando tenga las condiciones necesarias para recibir a un hijo.**
7. De acuerdo a sus conocimientos: ¿el uso de los métodos de planificación familiar es importante por?
- a. **Permite a las personas determinar el intervalo entre cada embarazo**
 - b. **Retrasa el primer embarazo, el espaciamiento de los nacimientos y limita definitivamente los mismos cuando se ha alcanzado el tamaño de familia deseado.**
 - c. **No es un tema de importancia y no debe comprometer a la pareja**
 - d. **No debería involucrar a los sectores gubernamentales, de salud y educación**
 - e. **No es importante.**
8. De acuerdo a sus conocimientos la planificación familiar es:

- a. **Decidir cuantos hijos tener y cuando tenerlos**
- b. **Utilizar métodos anticonceptivos y evitar embarazos no deseados**
- c. **Es un método para aumentar los embarazos**
- d. **permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos**
- e. **Ayuda en el tratamiento de la obesidad**

9. ¿Qué métodos de planificación familiar que usted conoce?

- a. **Inyección mensual**
- b. **Pastillas**
- c. **Implantes subdérmicos**
- d. **Condón masculino**
- e. **Condón femenino**
- f. **Parche dérmico**
- g. **T de cobre**
- h. **Espumas espermicidas**
- i. **Ritmo**
- j. **Coitus interruptus, (terminar afuera)**
- k. **Ligadura**
- l. **Vasectomía**

10. ¿Qué métodos usted utiliza?

- a. **Inyección mensual**
- b. **Pastillas**

- c. ___ **Implantes subdérmicos**
- d. ___ **Condón masculino**
- e. ___ **Condón femenino**
- f. ___ **Parche dérmico**
- g. ___ **T de cobre**
- h. ___ **Espumas espermicidas**
- i. ___ **Ritmo**
- j. ___ **Coitus interruptus, (terminar afuera)**
- k. ___ **Ligadura**
- l. ___ **No utiliza ningún método**
- m. ___ **no tengo relaciones sexuales**

11. ¿El método que utiliza es por?

- a. ___ **Consejo de un familiar**
- b. ___ **Consejo de un médico**
- c. ___ **Consejo de obstetrix**
- d. ___ **Compró en la farmacia**
- e. ___ **Consejo de una amiga o familiar**

12. Si algún método de planificación familiar te da un síntoma no deseado, ¿Qué harías?

- a. ___ **Suspender el uso del método anticonceptivo**
- b. ___ **Cambiar de método anticonceptivo**
- c. ___ **No usar ningún otro método**

- d. Continuar con el mismo método
- e. Buscar asesoría con personal de salud
- f. Acudir a la farmacia en busca de otra alternativa

13. Ha recibido información sobre planificación familiar por:

- a. medios de comunicación (Radio televisión)
 - b. En el Hogar
 - c. Personal de salud
 - d. En el colegio
- e. No ha recibido información

14. Considera un beneficio el uso de métodos de planificación familiar

- a. Si
- b. No

15. ¿Qué beneficios da, el uso de métodos de planificación familiar?

- a. Mejora la salud de las mujeres
- b. Permite planificar el número de hijos
- c. Es un medicamento para tratar enfermedades del corazón
- d. Ayuda a mejorar la economía de las familias
- e. Ayuda a mejorar las relaciones sexuales

16. Considera usted que el uso de métodos de planificación familiar causa más daño que beneficio

- a. Si
- b. No

17. Según sus conocimientos; ¿qué daños produce el uso de métodos de planificación familiar?

- a. ___ **Causa enfermedades en la mujer como cáncer**
- b. ___ **Ganancia de peso**
- c. ___ **Produce nauseas o vómitos y pérdida de peso**
- d. ___ **Produce infecciones vaginales**
- e. ___ **La mujer busca otras parejas**
- f. ___ **No causa ningún daño.**

18. ¿Usted y su pareja conversan sobre la planificación familiar?

- a. **Si**___
- b. **No**___

19. Su pareja:

- a. ___ **Está de acuerdo en que use un método**
- b. ___ **No está de acuerdo en que use un método**
- c. ___ **No sabe que usa un método de planificación familiar**
- d. ___ **Decidió que método debe usar**
- e. ___ **Su pareja se hizo la vasectomía**

20. ¿Considera que su esposo estaría interesado en recibir información sobre planificación familiar?

- a. **Si**___
- b. **No**___

21. ¿Dónde usted puede adquirir los métodos de planificación familiar?

- a. ___ **Centro de salud**

- b. ___Unidad de salud del IESS**
- c. ___Farmacia**
- d. ___Tienda**
- e. ___Otros**

22. Recomendaría usted el uso de métodos de planificación familiar a:

- a. ___Un hijo**
- b. ___Una hija**
- c. ___Otros familiares**
- d. ___Amigas**
- e. ___No recomendaría**

Gracias por su colaboración.

ANEXO F. Tablas de datos

Tabla 1 - Anexo F. Distribución por edad y estado civil de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo-Urko, Napo. 2016

Grupo edad en años	Estado civil				Total	
	Sin pareja		Con pareja		N°	%
	N°	%	N°	%		
15 a 19 años	16	21,33%	9	12,00%	25	33,33%
20 a 34 años	17	22,67%	21	28,00%	38	50,67%
35 a 45 años	1	1,33%	11	14,67%	12	16,00%
Total	34	45,33%	41	54,67%	75	100%

Fuente: Base de datos de la encuesta;

Tabla 2 - Anexo F. Distribución de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo – Urko, según su instrucción y etnia. Napo, 2016

Etnia	Instrucción	Total	
		N°	%
Indígena	Educación básica completa	7	9,33%
	Educación básica incompleta	5	6,67%
	Bachillerato completo	15	20,00%
	Bachillerato incompleto	10	13,33%
	Tercer nivel completo	7	9,33%
Blanca	Tercer nivel incompleto	2	2,67%
	Educación básica incompleta	1	1,33%
Mestiza	Educación básica completa	2	2,67%
	Educación básica incompleta	3	4,00%
	Bachillerato completo	16	21,33%
	Bachillerato incompleto	3	4,00%
	Tercer nivel completo	2	2,67%
	Tercer nivel incompleto	2	2,67%
TOTAL		75	100%

Fuente: Base de datos de la encuesta;

Tabla 3 - Anexo F. Distribución de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo - Urko. Según la instrucción y su estado civil. Napo, 2016

Instrucción	ESTADO CIVIL				TOTAL	
	Sin pareja		Con pareja		N°	%
	N°	%	N°	%		
Educación básica completa	4	5,33%	5	6,67%	9	12,00%
Educación básica incompleta	5	6,67%	4	5,33%	9	12,00%
Bachillerato completo	12	16,00%	19	25,33%	31	41,33%
Bachillerato incompleto	5	6,67%	8	10,67%	13	17,33%
Tercer nivel completo	5	6,67%	4	5,33%	9	12,00%
Tercer nivel incompleto	3	4,00%	1	1,33%	4	5,33%
TOTAL	34	45,33%	41	54,67%	75	100%

Fuente: Base de datos de la encuesta;

Tabla 4 - Anexo F. Frecuencia del tipo de métodos anticonceptivos más usados por las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo - Urko. Napo, 2016

Que métodos utiliza	N°	%
Inyección mensual	18	24,00%
Pastillas	12	16,00%
Implantes subdérmicos	12	16,00%
Condón masculino	6	8,00%
Condón femenino	0	0,00%
Parche dérmico	0	0,00%
T de cobre	1	1,33%
Espumas espermicidas	0	0,00%
Ritmo	0	0,00%
Coitus interruptus,	1	1,33%
Ligadura	4	5,33%
No utiliza ningún método	16	21,33%
No tengo relaciones sexuales	5	6,67%
TOTAL	75	100%

Fuente: Base de datos de la encuesta;

Tabla 5 - Anexo F. Prácticas adecuadas e inadecuadas del uso de los métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo - Urko. Napo, 2016

Prácticas	Adecuada >70%	No adecuada < 69%
Nº	15	60
%	20%	80%

Fuente: Base de datos de la encuesta;

Tabla 6 - Anexo F. Inicio de uso de los métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo - Urko. Napo, 2016

Inicio de uso de métodos de planificación familiar		
Luego de una relación sexual sin protección	10	11%
Después de los veinte años	13	14%
Antes de casarse	11	12%
Luego de casarse	13	14%
Después de los 10 años	11	12%
Antes de iniciar las relaciones sexuales a cualquier edad	37	39%

Fuente: Base de datos de la encuesta;

Tabla 7 - Anexo F. Edad del primer embarazo según las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo - Urko. Napo, 2016

Edad primer embarazo		
Después de los 10 años	0	0%
Después de los 20 años	3	4%
Antes de casarse	2	3%
Luego de casarse	21	28%
Cuando tenga las condiciones necesarias para recibir un hijo	49	65%
Total	75	100%

Fuente: Base de datos de la encuesta;

Tabla 8 - Anexo F. Modo de obtención de los métodos de planificación familiar según las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo - Urko. Napo, 2016

Obtención del método		
	N°	%
Consejo de un familiar	15	21%
Consejo de un médico	33	45%
Consejo de obstetriz	17	23%
Compró en la farmacia	2	3%
Consejo de una amiga o familiar	6	8%
Total	73	100%

Fuente: Base de datos de la encuesta;

Tabla 9 - Anexo F. Canales por los que recibieron información sobre métodos de planificación familiar las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo-Urko. Napo, 2016

Medios de información de planificación familiar								
Opciones	N°	%	Respuestas	N°	%	Respuestas	N°	%
Medios de comunicación	15	14%	Eligieron "medios de comunicación"	15	20,00%	Eligieron un canal	48	64%
En el hogar	13	12%	Eligieron "en el hogar"	13	17,33%	Eligieron dos canales	13	17%
Personal de salud	52	49%	Eligieron "personal de salud"	52	69,33%	Eligieron tres canales	8	11%
En el colegio	22	21%	Eligieron "en el colegio"	22	29,33%	Eligieron cuatro canales	1	1%
No ha recibido información	5	5%	No recibió información	5	6,67%	No recibió información	5	7%
Total	107	100%		107	100,00%		75	100%

Fuente: Base de datos de la encuesta;

Tabla 10 - Anexo F. las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo-Urko. Napo, 2016

SI	61	81%
NO	7	9%
NO TIENE PAREJA	7	9%
TOTAL	75	100%

Fuente: Base de datos de la encuesta;

Tabla 11 - Anexo F. adquisición de métodos de planificación familiar

DONDE SE ADQUIERE		
CENTRO DE SALUD	70	77%
UNIDAD DE SALUD DEL IESS	5	5%
FARMACIA	15	16%
TIENDA	0	0%
OTROS	1	1%

Fuente: Base de datos de la encuesta;

Tabla 12 - Anexo F. Nivel de conocimientos sobre métodos de planificación familiar, de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo - Urko. Napo, 2016

Satisfactorio	No satisfactorio	Poco satisfactorio	Total
>70%	<59%	entre 60% y 69%	
3	65	7	75
4,00%	86,67%	9,33%	100%

Fuente: Base de datos de la encuesta;

Tabla 13 - Anexo F. Conocimiento de la importancia de la planificación familiar que tuvieron las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo-Urko. Napo 2016

Conoce sobre la importancia del uso de los métodos de planificación familiar		
Determina el intervalo entre embarazos	48	59%
Retraso del primer embarazo	33	40%
No es de importancia y no comprometer a la pareja	0	0%
No involucra a los sectores gubernamentales	0	0%
No es importante.	1	1%
Total	82	100%
Eligieron una opción correcta	67	89,33%
Eligieron dos opciones correctas	7	9,33%
Error	1	1,33%
Total	75	100%

Fuente: Base de datos de la encuesta;

Tabla 14 - Anexo F. Conocimiento del concepto de planificación familiar que tuvieron las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo-Urko. Napo, 2016

Concepto de planificación familiar		
Decidir cuantos hijos tener y cuando tenerlos	51	56%
Utilizar métodos anticonceptivos y evitar embarazos no deseados	25	27%
Es un método para aumentar los embarazos	1	1%
Permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos	12	13%
Ayuda en el tratamiento de la obesidad	2	2%
Total	91	100%
Eligieron una opción correcta	60	80,00%
Eligieron dos opciones correctas	11	14,67%
Eligieron tres opciones correctas	2	2,67%
error	2	2,67%
total	75	100,00%

Fuente: Base de datos de la encuesta

Tabla 15. - Anexo F Tipos de métodos de planificación familiar conocidos por las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo-Urko. Napo 2016

Opciones	Métodos conocidos		Respuestas			
	N°	%		N°	%	
Inyección mensual	54	19%	Eligieron una opción correcta	23	30,67%	
Pastillas	49	17%	Eligieron dos opciones correctas	5	6,67%	
Implantes subdérmicos	41	14%	Eligieron tres opciones correctas	6	8,00%	
Condón masculino	40	14%	Eligieron cuatro opciones correctas	18	24,00%	
Condón femenino	16	6%	Eligieron cinco opciones correctas	5	6,67%	
Parche dérmico	9	3%	Eligieron seis opciones correctas	2	2,67%	
T de cobre	19	7%	Eligieron siete opciones correctas	7	9,33%	
Espumas espermicidas	1	0%	Eligieron ocho opciones correctas	3	4,00%	
Ritmo	8	3%	Eligieron nueve opciones correctas	0	0,00%	
Coitus interruptus,	7	2%	Eligieron diez opciones correctas	3	4,00%	
Ligadura	29	10%	Eligieron once opciones correctas	1	1,33%	
Vasectomía	13	5%	Eligieron doce opciones correctas	1	1,33%	
			error	1	1,33%	
TOTAL	286	100%		Total	75	100,00%

Fuente: Base de datos de la encuesta;

Tabla 16 - Anexo F. Efectos indeseados de los métodos de planificación familiar conocidos por las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo-Urko. Napo, 2016

Actitud frente a efectos indeseados					
Opciones	N°	%	Respuestas	N°	%
Suspender el uso del método anticonceptivo	16	19%	Eligieron una opción correcta	59	79%
Cambiar de método anticonceptivo	23	27%	Eligieron dos opciones correctas	8	11%
No usar ningún otro método	1	1%	Eligieron tres opciones correctas	1	1%
Continuar con el mismo método	2	2%	error	7	9%
Buscar asesoría con personal de salud	39	46%			
Acudir a la farmacia en busca de otra alternativa	3	4%			
TOTAL	84	100%	TOTAL	75	100%

Fuente: Base de datos de la encuesta;

Tabla 17 - Anexo F. Conocimiento de los métodos de planificación familiar como beneficio, de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo-Urko. Napo, 2016

Es un beneficio el uso de métodos de planificación familiar		
Si	75	100%
No	0	0%
TOTAL	75	100%

Fuente: Base de datos de la encuesta;

Tabla 18 - Anexo F. Beneficios de los métodos de planificación familiar conocidos por las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo-Urko. Napo, 2016

¿Qué beneficios ofrece los métodos de planificación familiar?					
Opciones	N°	%	Respuestas	N°	%
Mejora la salud de las mujeres	19	21%	Eligieron una opción correcta	64	85,33%
Permite planificar el número de hijos	53	58%	Eligieron dos opciones correctas	7	9,33%
Es un medicamento para tratar enfermedades del corazón	0	0%	Eligieron tres opciones correctas	3	4,00%
Ayuda a mejorar la economía de las familias	15	16%	error	1	1,33%
Ayuda a mejorar las relaciones sexuales	4	4%			
Total	91	100%	Total	75	100,00%

Fuente: Base de datos de la encuesta;

Tabla 19 - Anexo F. Conocimiento de los métodos de planificación familiar como causa de daño por las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo-Urko. Napo, 2016

Es un daño el uso de métodos de planificación familiar			
Si		13	17%
No		62	83%
TOTAL		75	100%

Fuente: Base de datos de la encuesta;

Tabla 20 - Anexo F. Daños de los métodos de planificación familiar conocidos por las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo-Urko. Napo, 2016

¿Qué daños producen los métodos de planificación familiar?					
Opciones	N°	%	Respuestas	N°	%
Causa enfermedades en la mujer como cáncer	10	11%	Eligieron la opción correcta	29	38,67%
Ganancia de peso	17	19%	Eligieron la opción incorrecta	46	61,33%
Produce nauseas o vómitos y pérdida de peso	23	26%			
Produce infecciones vaginales	6	7%			
La mujer busca otras parejas	5	6%			
No causa ningún daño	29	32%			
Total		90	100%	75	100,00%

Fuente: Base de datos de la encuesta;

Tabla 21 - Anexo F. Distribución de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo-Urko, según la edad y los conocimientos sobre métodos de planificación familiar. Napo 2016

Edad	Nivel de Conocimiento						Total	
	no satisfactorio		poco satisfactorio		satisfactorio		N°	%
	< 59%	60% a 69%	más 70%					
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
15 a 19	21	28,00%	4	5,33%		0,00%	25	33%
20 a 35	34	45,33%	2	2,67%	2	2,67%	38	51%
Más de 35	10	13,33%	1	1,33%	1	1,33%	12	16%
TOTAL	65	86,67%	7	9,33%	3	4,00%	75	100%

Fuente: Base de datos de la encuesta;

X^2 : 1,56

P: 0.21

Tabla 22 - Anexo F. Distribución de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo-Urko, según el estado civil y los conocimientos sobre métodos de planificación familiar. Napo, 2016

Estado Civil	Nivel de Conocimiento						Total	
	no satisfactorio < 59%		poco satisfactorio 60% a 69%		satisfactorio > 70%		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Sin pareja	30	40,00%	4	5,33%	0	0,00%	34	45%
Con pareja	35	46,67%	3	4,00%	3	4,00%	41	55%
TOTAL	65	86,67%	7	9,33%	3	4,00%	75	100%

Fuente: Base de datos de la encuesta;

X²: 2,66 **P: 0.10**

Tabla 23 - Anexo F. Relación entre la etnia y el conocimiento sobre métodos de planificación familiar de las mujeres del Barrio Pullo-Urko. Napo, 2016

Etnia	Nivel de Conocimiento						Total	
	no satisfactorio < 59%		poco satisfactorio 60% a 69%		Satisfactorio más 70%		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Indígena	44	58,67%	1	1,33%	1	1,33%	46	61%
Blanca	1	1,33%		0,00%		0,00%	1	1%
Mestiza	20	26,67%	6	8,00%	2	2,67%	28	37%
TOTAL	65	86,67%	7	9,33%	3	4,00%	75	100%

Fuente: Base de datos de la encuesta;

X²: 1,03 **P: 0.30**

Tabla 24 - Anexo F. Distribución de las mujeres en edad fértil del Barrio Pullo-Urko, según la instrucción y conocimientos sobre métodos de planificación familiar. Napo, 2016

Instrucción	Nivel de Conocimiento						Total	
	no satisfactorio < 59%		poco satisfactorio 60% a 69%		satisfactorio más 70%		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Educación básica completa	9	12,00%	0	0,00%	0	0,00%	9	12,00%
Educación básica incompleta	7	9,33%	2	2,67%	0	0,00%	9	12,00%
Bachillerato completo	28	37,33%	1	1,33%	2	2,67%	31	41,33%
Bachillerato incompleto	11	14,67%	2	2,67%	0	0,00%	13	17,33%
Tercer nivel completo	8	10,67%	0	0,00%	1	1,33%	9	12,00%
Tercer nivel incompleto	2	2,67%	2	2,67%	0	0,00%	4	5,33%
Total	65	86,67%	7	9,33%	3	4,00%	75	100%

Fuente: Base de datos de la encuesta;

X²: 2,2

P: 0,13