



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

**“DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN
EDUCATIVA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN
MUJERES EN EDAD FÉRTIL. SAN FRANCISCO LA
PROVIDENCIA, SAN JOSÉ DE TANQUIS. COLUMBE, ENERO A
JUNIO 2016.”**

MARIO ISRAEL BRAGANZA GUANANGA

Trabajo de titulación modalidad: Proyectos de investigación y desarrollo, presentado ante el Instituto de Postgrado 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



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

CERTIFICACIÓN:

EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El Trabajo de Titulación modalidad Proyecto de Investigación y Desarrollo titulado: “DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. SAN FRANCISCO LA PROVIDENCIA, SAN JOSÉ DE TANQUIS. COLUMBE, ENERO A JUNIO 2016.” De responsabilidad del señor Mario Israel Braganza Guananga, ha sido minuciosamente revisado y se autoriza su presentación.

TRIBUNAL

Luis Roberto Mederos Meza

PRESIDENTE

FIRMA

Dr. Reinerio Rubio Rojas

DIRECTOR DE TESIS

FIRMA

Dra. Miriam Consuelo Damián Aucancela

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA

Dr. Carlos Santiago Cerda Romero

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, Mario Israel Braganza Guananga soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en este Trabajo de Titulación y el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

MARIO ISRAEL BRAGANZA GUANANGA

No. Cédula: 0602925406

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, MARIO ISRAEL BRAGANZA GUANANGA, declaro que el presente proyecto de investigación es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que provienen de otras fuentes, están debidamente citados y referenciados.

Como autor asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación de especialidad.

MARIO ISRAEL BRAGANZA GUANANGA

No. Cédula: 0602925406

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todas aquellas personas que de una u otra manera colaboraron de manera desinteresada para la feliz culminación del mismo.

AGRADECIMIENTO

Mis más sinceros agradecimientos a todos aquellos que han estado a mi lado durante la realización de este proyecto, a mis profesores de la brigada cubana, a mi familia, a mis amigos, a mis colegas, al equipo de salud de C.S.Columbe y a mis pacientes, a todos gracias totales.

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN	i
DERECHOS INTELECTUALES	ii
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE	vi
LISTA DE TABLAS	viii
RESUMEN.....	x
SUMMARY.....	ix
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.1.1 <i>Formulación del problema</i>.....	2
1.2 Justificación de la investigación.....	2
1.3 Objetivos de la investigación.....	5
1.4 Hipótesis.....	5
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 Antecedentes del problema.....	6
2.2 Bases teóricas.....	7
2.2.1 Salud sexual y reproductiva.....	7
2.2.2 Fecundidad.....	8
2.2.3 La fecundidad en el Ecuador.....	10
2.2.4 Planificación familiar.....	11
2.2.4.1 Planificación familiar en el Ecuador	13
2.2.5 Métodos anticonceptivos	15
2.2.5.1 Elección del método anticonceptivo	15
2.2.6 Tipos de métodos anticonceptivos	19
2.2.6.1 Métodos anticonceptivos hormonales	19
2.2.6.2 Métodos anticonceptivos orales	21
2.2.6.3 Métodos anticonceptivos inyectables	24
2.2.6.4 Implantes subdérmicos	27

2.2.6.5	Métodos no hormonales	29
2.2.6.6	Métodos definitivos	35
2.2.6.7	Métodos naturales	38
2.2.7	Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres.....	45
2.2.8	Conocimiento	47
2.2.9	Estrategia de intervención educativa	49
CAPÍTULO III		
3.	METODOLOGÍA	53
3.1	Tipo y diseño de la investigación.....	53
3.2	Localización y temporalización.....	53
3.3	Población de estudio.....	53
3.4	Variables de estudio.....	53
3.4.1	<i>Identificación</i>	53
3.4.2	<i>Operacionalización</i>	53
3.5	Técnica e instrumento de recolección de datos.....	54
3.5.1	<i>Características del instrumento</i>	54
3.5.1.1	<i>Validación del instrumento</i>	54
3.6	Estrategia de intervención educativa	55
3.7	Procedimientos.....	56
3.8	Procesamiento y análisis de datos.....	57
3.9	Aspectos éticos.....	57
CAPÍTULO IV		
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	59
4.1	Resultados y Discusión.....	59
CAPÍTULO V		
5.	PROPUESTA	71
CONCLUSIONES		81
RECOMENDACIONES		81
BIBLIOGRAFÍA		82
ANEXOS		85

ÍNDICE DE TABLAS.

Pág.

Tabla 1-4. Mujeres entre 15 y 49 años según grupo de edad. . San Francisco La Providencia-San José de Tanquis. Enero a junio de 2016.....	56
Tabla 2-4. Mujeres entre 15 y 49 años según nivel de instrucción.. San Francisco La Providencia-San José de Tanquis. Enero a junio de 2016.....	57
Tabla 3-4. Mujeres entre 15 y 49 años según estado civil. . San Francisco La Providencia-San José de Tanquis. Enero a junio de 2016.....	57
Tabla 4-4. Mujeres entre 15 y 49 años según ocupación. San Francisco La Providencia-San José de Tanquis. Enero a junio de 2016.....	57
Tabla 5-4. Mujeres entre 15 y 49 años según números de hijos. Comunidades San Francisco La Providencia- San José de Tanquis. Enero-Junio 2016.....	58
Tabla 6-4. Mujeres de 15 a 49 años según vías de información. Comunidades San Francisco La Providencia- San José de Tanquis. Enero-Junio 2016.....	59
Tabla 7-4. Mujeres de 15 a 49 años según conocimiento sobre los métodos anticoncepción.San Francisco La Providencia- San José de Tanquis. Enero-Junio 2016.	60

Tabla 8-4. Mujeres de 15 a 49 años según dimensiones del conocimiento sobre los métodos de anticoncepción. San Francisco La Providencia- San José de Tanquis. Enero-Junio 2016.....	61
Tabla 9-4. Mujeres de 15 a 49 años según relación entre las variables sociodemográficas y conocimiento sobre métodos anticonceptivos.San Francisco La Providencia, San José de Tanquis. Columbe, enero a junio 2016.....	62
Tabla 10-4. Mujeres de 15 a 49 años según relación entre las variables sociodemográficas y dimensión concepto de métodos anticonceptivos.San Francisco La Providencia, San José de Tanquis. Columbe, enero a junio 2016.....	63
Tabla 11-4. Mujeres de 15 a 49 años según relación entre las variables sociodemográficas y dimensión tipos de métodos anticonceptivos. San Francisco La Providencia, San José de Tanquis. Columbe, enero a junio 2016.....	64

RESUMEN

El objetivo fue diseñar una estrategia de intervención educativa sobre métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil. Se realizó una investigación descriptiva, correlacional, transversal al universo de 70 mujeres en edad fértil en la Comunidad San Francisco La Providencia-y San José de Tanquis, Cantón Colta, provincia de Chimborazo en el período de enero a junio de 2016. Se aplicó una entrevista, dicho cuestionario fue validado por expertos y aplicado. Los datos fueron analizados con SPSS17 y para la comparación entre los grupos se utilizó la prueba del chi-cuadrado. El nivel de significancia fue de 5% ($p < 0.05$). Los resultados determinaron que predominaron las mujeres que: se encontraban entre las edades de 15 a 29 años con un 61% (43), presentaron instrucción básica 42.8% (30); de estado conyugal casadas 47.1% (33); ocupación amas de casa 71.4% (50); no tuvieron hijos 24.2% (17); tuvieron como principal vía de información el personal de salud 42.8% (30); presentaron un conocimiento no satisfactorio sobre métodos anticonceptivos el 62.8% (44). Se observó una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la variable ocupación $p = 0.001$. Se concluye que la estrategia de intervención educativa en esta población es oportuna y necesaria para la utilización de los métodos anticonceptivos, puesto que el conocimiento es no satisfactorio. Se recomienda aplicar por parte de las autoridades de salud pública del distrito la estrategia diseñada para elevar el conocimiento sobre métodos anticonceptivos en la población estudiada.

Palabras clave: <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS>, <MEDICINA FAMILIAR>, <MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS>, <INTERVENCIÓN EDUCATIVA>, <MUJERES EN EDAD FÉRTIL>, <SAN FRANCISCO LA PROVIDENCIA (COMNIDAD)>, <COLTA (CANTÓN)>.

SUMMARY

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Más de 222 millones de mujeres de países en vías de desarrollo desearían evitar embarazos no planificados, sin embargo no usan ningún método anticonceptivo moderno (IPPF European Network, 2012)". Ello se debe a que en muchos casos los suministros y servicios de planificación familiar necesarios no se encuentran disponibles, están fuera de su alcance o lo que es peor las mujeres no tienen conocimiento de su uso o los envuelven mitos que les impiden utilizarlos.

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto". (OMS, 2014)

"El Estado ecuatoriano plantea reducir en un 15% la tasa de fecundidad entre 15 y 19 años para el 2030, según el Plan del Buen Vivir y desde el 2012 ejecuta la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, a fin de disminuir los embarazos en este grupo. Del total de nacimientos en el 2013, más del 20% correspondieron a menores de 19 años, según el INEC. En el 2007 el porcentaje era del 18,9%." (Diario El Universo, 2014). Fuente Encuesta Nacional de salud 2012.

Expertos reconocen avances en el acceso a métodos de planificación familiar gratuitos, pero ven deficiencias en educación, clave para enfrentar la problemática.

En la población a intervenir en San Francisco La Providencia y San José de Tanquis, las mujeres en edad fértil están constituidas por un universo de 70 mujeres, San Francisco la Providencia 50 y San José de Tanquis 20, todas ellas cuentan con factores de riesgo socioeconómicos ,ambientales y algunas con riesgo biológico ; dos tercios de ellas no utiliza ningún método de planificación familiar (ASIS,2014) .Por lo que la falta

de educación adecuada, los niveles de pobreza, el deficiente conocimiento de métodos de planificación familiar, los riesgos que pudieran presentarse por causa de un embarazo, la inequidad de género existente en las poblaciones indígenas, hacen que el desarrollo personal de las mujeres se vea comprometido, lo que ofrece un oscuro panorama de desarrollo de la familia. Es así que en las visitas domiciliarias programadas por el postgradista en Medicina Familiar y Comunitaria, durante la actividad extramural, en los intercambios realizados con las mujeres, familias y líderes comunitarios, se evidenció el bajo conocimiento en métodos anticonceptivos.

1.1.1 Formulación del problema

¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos con la edad, estado conyugal, nivel de instrucción y ocupación de las mujeres en edad fértil de las comunidades San Francisco la Providencia y San José de Tanquis en el período de enero a junio de 2016?

¿Qué elementos pueden ser incluidos en una estrategia de intervención educativa sobre los métodos anticonceptivos para controlar el riesgo preconcepcional en las comunidades San Francisco la Providencia y San José de Tanquis?

1.2 Justificación de la investigación

“Los derechos del cuerpo están arraigados en los fundamentos esenciales de los derechos humanos. En términos generales, los derechos del cuerpo en todo lo relativo a la sexualidad y la reproducción abarcan dos principios básicos: el derecho a la atención a la salud sexual y reproductiva, y el derecho a la autodeterminación sexual y reproductiva, esta última también implica el derecho a estar libre de todas las formas de violencia y coerción que afectan la vida sexual o reproductiva.” (Peláez, 2008)

“La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD-El Cairo, 1994) subrayó la necesidad de considerar a las y los adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos reproductivos. Uno de los objetivos fijados por la CIPD fue asegurar el acceso voluntario y universal a una gama completa de servicios de salud reproductiva e información al respecto antes de 2015. De este modo se amplía el alcance de los

derechos reproductivos, rompiendo la visión tradicional y restringida al abandonar el enfoque centrado en la fecundidad para sustituirlo por otro que integra salud reproductiva, planificación familiar, educación, igualdad y equidad de género.” (Peláez,. 2008)

El comportamiento de la mortalidad materno infantil varía en dependencia del nivel de desarrollo, así vemos que se reporta que las dos terceras partes de las muertes en edad fértil del mundo presentan complicaciones durante el embarazo, por lo que resulta importante darle un especial seguimiento a la Planificación Familiar.

En los Objetivos de Desarrollo del Milenio para su logro, se considera fundamental el acceso universal a la Salud Sexual y Reproductiva y progresar en la Planificación Familiar.

Anualmente se podrían evitar miles de muertes maternas si las mujeres que no desean tener hijos teniendo el conocimiento adecuado utilizarán métodos anticonceptivos eficaces y las de riesgo controlarlas para decidir el momento ideal para su concepción.

“El Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y neonatal considera a la Planificación Familiar como una de las principales estrategias para lograr las metas propuestas y reducir la mortalidad materna en este país.” (CONASA, 2010)

La población a intervenir, las mujeres en edad fértil están constituidas por un universo de 70 mujeres, San Francisco la Providencia 50 y San José de Tanquis 20, más de la mitad son riesgo preconcepcional no controlados, y una estructura poblacional muy joven, la política de salud reproductiva no significa restringir los nacimientos, sino una actuación consciente con un alto sentido de responsabilidad que significa tener hijos deseados y que nazcan en condiciones apropiadas, el insuficiente conocimiento en salud reproductiva, frecuente en estas poblaciones rurales y pobres, la más vulnerable ante las diversas problemáticas de salud y condiciones de vida, constituye un problema para el programa materno - infantil.

El correcto y oportuno conocimiento de planificación familiar constituye una de las estrategias para alcanzar una salud sexual y reproductiva plena, razón por la cual todos los individuos deberían acceder, elegir y beneficiarse del avance científico en lo referente a métodos anticonceptivos; La tarea es permanente si consideremos que generación tras generación siempre habrá personas que necesite planificación familiar.

A pesar de los esfuerzos emprendidos en los últimos años todavía existe una brecha en relación al acceso, al conocimiento de las opciones anticonceptivas y su utilización, muchas pacientes utilizan anticonceptivos para evitar el embarazo pero fracasan por una serie de razones, como falta de instrucciones claras acerca de uso, el no conseguir el método más adecuado de acuerdo a sus necesidades, el desconocimiento de efectos colaterales, etc.

En la planificación familiar puede entorpecer su propósito, actitudes culturales o religiosas, posiciones gubernamentales, leyes existentes, uso de métodos de poca eficacia, roles de mujer-hombre, bajo nivel educacional, insuficiente e inadecuada educación sexual y miedo al daño.

No se registran estudios de intervención educativa en el nivel comunitario por profesionales de la salud, para modificar el conocimiento sobre la planificación familiar en las mujeres en edad fértil en el Ecuador.

Se hace necesario brindar una atención integral desde el inicio del ciclo de vida particularmente durante la etapa preconcepcional, lo cual hace posible una maternidad con mínimos riesgos, siendo de vital importancia la observación intensa y particularizada que es realizada por el médico familiar.

El médico familiar comunitario en su contexto laboral ocupa una posición privilegiada que les permite definir las mujeres en edad fértil, detectar el riesgo preconcepcional y poner en práctica el uso adecuado de los métodos anticonceptivos, con la participación interactiva de la familia y la comunidad.

Para poder desarrollar la planificación familiar con éxito se necesita de una buena información y educación, necesariamente hay que modificar costumbres y actitudes de estas poblaciones que carecen de este conocimiento, por lo que se hace necesario y emergente realizar este estudio, que permite identificar aquellas mujeres y familias, más vulnerables y encaminar hacia ellas los recursos disponibles para priorizar su atención, por lo que el crecimiento de la población y la planificación familiar desempeñan en la actualidad un importante papel en el desarrollo de toda la sociedad.

Por lo antes expresado, resulta importante realizar este estudio que permitirá identificar el nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil y a partir de los resultados se diseñará una estrategia de intervención educativa para promover el uso de los mismos de forma adecuada que contribuirá a disminuir el número de embarazos no planificados.

1.3 Objetivos de la investigación

Objetivo general

Diseñar una estrategia de intervención educativa sobre métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil de la comunidad de San Francisco La Providencia, San José de Tanquis, Columbe, enero a junio 2016.

Objetivos específicos

1. Caracterizar al grupo de estudio según variables seleccionadas.
2. Determinar el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil.
3. Identificar la posible relación entre conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y las variables sociodemográficas seleccionadas.
4. Diseñar una estrategia de intervención educativa sobre los métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil.

1.4 Hipótesis de investigación

Existe relación entre el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos con la edad, estado conyugal, instrucción y ocupación de las mujeres en edad fértil de las comunidades San Francisco la Providencia y San José de Tanquis.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

En el año 2013 en la encuesta nacional demográfica y de salud familiar realizada por el Ministerio de Salud del Perú “los mayores niveles de uso de métodos anticonceptivos se encontraron entre las mujeres que tienen tres a cuatro hijas y/o hijos actualmente vivos (79,7%), ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (76,1%) y con educación secundaria (75,4%). Por el contrario, las mujeres actualmente unidas con menor nivel de uso de métodos anticonceptivos fueron quienes no tienen hijas o hijos (39,3%), sin educación (63,4%) y ubicadas en el quintil inferior (71,6%)” (Instituto Nacional de Estadísticas e Informática del Perú, 2013). Estos últimos resultados se relacionan con los de la presente investigación en cuanto las mujeres con menos educación tenían menos nivel de uso de métodos anticonceptivos por desconocimiento.

En un estudio del Ministerio de Desarrollo Social del Ecuador en 2011 se determinó que en “el ámbito de grupos étnicos culturales en Ecuador, la tasa Global de Fecundidad de mujeres indígenas es de 3.3. Casi un hijo adicional sobre la media nacional. Las mujeres afroecuatorianas y montubias tienen en promedio 2.8 y 2.7 hijos/as respectivamente. Las mujeres mestizas y otras, tienen 2.3 hijos. Se aprecia que las mujeres de las nacionalidades y pueblos del Ecuador, tienen una TGF por encima de la media nacional. Por otro lado, considerando el nivel de instrucción educativo de las mujeres fértiles en el Ecuador, se constata que aquellas con ningún nivel de instrucción formal y mujeres con educación hasta primaria, tienen 2.9 y 3.2 hijos respectivamente, mientras que las mujeres con nivel de instrucción superior o más, tienen 1.7. Es decir, existe una asociación negativa entre fecundidad y educación. A medida que las mujeres tienen mejores oportunidades educativas, disminuyen su fecundidad.” (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2011)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

"Salud Sexual y Reproductiva es tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de un embarazo no deseado; poder regular su fertilidad sin riesgo de efectos secundarios desagradables o peligrosos; tener un embarazo y parto seguros y criar hijos saludables." (AMADA, 2012, pág. 19)

La sexualidad y la reproducción constituyen dimensiones básicas del desarrollo de cada persona, hombre o mujer, y por lo tanto de la salud individual. Es por eso que el derecho a la salud constituye un derecho humano esencial, y los derechos sexuales y reproductivos se reconocen como parte integral de los derechos humanos.

Unicef en su informe del año 2014 manifiesta que la salud es: *"La aplicación del enfoque de integralidad en salud para la atención de adolescentes implica que no solo se consideren aspectos biológico reproductivos sino, también, los psicológicos y psicosociales, tanto en los servicios de salud como en otros ámbitos vinculados, como las organizaciones sociales comunitarias, escuelas y otras de la sociedad civil"*. (UNICEF, 2014, pág. 24)

La Organización Mundial de la Salud ha definido a la salud reproductiva como "El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción". (OMS, 2014)

El Programa de Acción de la CIPD adoptado por 184 países proporcionó la primera definición de salud sexual negociada y acordada por los gobiernos nacionales de todo el mundo manifiesta:

...La atención de 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. También incluye a la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, y no

meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual. (OPS, 2010, pág. 2)

La definición permite interpretar que el objetivo de la salud reproductiva no solamente es evitar que la madre y el producto (feto o recién nacido) enfermen o mueran durante el proceso de reproducción, sino que el mismo se lleve a cabo en un estado de completo bienestar físico, mental y social de la madre y el padre.

2.2.2 FECUNDIDAD

La Fertilidad es la capacidad biológica para concebir. Se usa a veces en el sentido de la capacidad de procrear un hijo nacido vivo. Es el aspecto potencial del desarrollo de una población. (ONU, 2010, pág. 37)

Período reproductivo o fértil: Período de la vida durante el cual el ser humano, más específicamente la mujer, tiene capacidad de procrear (desde la menarquía hasta la menopausia).

La fecundidad es el resultado de la procreación. Constituye el aspecto real del desarrollo de una población, basado en el número de nacidos vivos que se producen. Son muchas las definiciones que se dan. La más aceptada es “la capacidad efectiva de una mujer, un hombre o una pareja, de producir un nacimiento”. Se habla de fecundidad efectiva cuando nos referimos a un nacido vivo. Otra definición considera la fecundidad como los resultados de la procreación. La misma constituye el aspecto real del desarrollo de una población, basado en el número de nacimientos que se producen en el seno de conjuntos humanos en edad de procrear. (ONU, 2010, pág. 37)

La fecundidad es un hecho biológico social y lo cultural, el comportamiento de los individuos está determinado, en gran medida, por la sociedad en que viven y su conducta, en estrecha relación con los aspectos culturales, los valores sociales y otras normas de conducta. La sociedad influye en el estado civil de las personas así el matrimonio, la descendencia, el número de hijos, el uso o no de los métodos anticonceptivos y hasta el aborto.

La fecundidad es una de las variables demográficas más importantes para evaluar la tendencia del crecimiento de poblacional, se considerará en ascenso cuando el número de nacimientos es mayor y si está descendiendo es la baja tasa de fecundidad y es un parámetro importante en las políticas gubernamentales para conocer la situación económica y social de un país y de esta forma conocer las condiciones de vida de la sociedad.

La distribución de la fecundidad por edades intervienen factores de tipo biológico y social. Considerando los de tipo biológico, existe un patrón de fertilidad por edades que da el límite biológico máximo que es factible esperar a cada edad. Según este modelo la capacidad de procrear comienza alrededor de los 14 años, aumentando hasta alcanzar su máximo a los 22 años (93%), luego comienza a decrecer gradualmente, hasta los 50 años, a partir de donde desciende aceleradamente. Este patrón se relaciona con la edad de la primera menstruación (12-13 años) y la última (45-50 años).

En todas las sociedades este marco biológico es un límite teórico, porque en realidad la fecundidad es menor de lo biológicamente posible. Hay etapas en que la mujer no se ve expuesta al riesgo del embarazo, bien sea porque está enfrentando períodos de infertilidad o porque está embarazada. Estos factores, aunque son de naturaleza biológica, están a su vez condicionados por lo social y actúan dentro de su marco. Aquí entran en juego las llamadas variables intermedias de la fecundidad (intermedias entre lo biológico y lo social), la cual es una teoría para describir el descenso de la fecundidad.

La unidad primaria de análisis para el estudio de la fecundidad son los nacidos vivos en un período de tiempo determinado, que por lo general es un año. La población que se toma comprende a las mujeres en edad fértil, porque aunque la fecundidad es responsabilidad de la pareja, su estudio se hace únicamente en la fecundidad femenina. Dos razones explican este hecho, la primera es que es la mujer quien lleva el fruto de la concepción en su vientre, por lo que la mujer proporciona una información más confiable y la segunda que el período reproductivo de la mujer es más corto y está más definido en el tiempo. Como población en edad fértil se considera, en dependencia de los patrones reproductivos de la población, a aquella comprendida entre los 15-49 años o entre los 12-49 años, aunque dentro de ellas no todas tengan capacidad de procrear,

bien sea porque no tienen vínculo conyugal, porque son estériles o porque están pasando períodos de esterilidad.

2.2.3 La fecundidad en Ecuador

A nivel mundial, la Tasa Global de Fecundidad es el número esperado de hijos de una mujer que tuviera durante toda su vida, ha disminuido paulatinamente en estas últimas décadas. Procesos acelerados se observan en particular a partir de 1970, en particular en países con menor desarrollo. Ecuador, de hecho no es la excepción, ha pasado de una TGF aproximada de 6.7 alrededor de 1950, a 2.4 en la actualidad. Se puede apreciar que las regiones más desarrolladas del mundo llegaron al nivel actual del Ecuador, aproximadamente en la década de los sesenta.

Pese a la disminución de la fecundidad a nivel mundial; En Ecuador, existen grupos poblacionales que han tenido una transición más tardía y menos acelerada. Por ejemplo, según el Censo 2010, la Tasa Global de Fecundidad, es de 2.4. Por otro lado, mujeres no pobres por NBI tienen una TGF de 1.9, es decir 0.5 hijos menos en promedio que el nivel nacional, mientras que las mujeres pobres por NBI Extremo, tienen 3.5 hijos/as por mujer, un hijo adicional sobre el índice nacional, y 1.6 hijos más que las mujeres no pobres. El diferencial es apenas menor en las mujeres pobres por NBI-No Extremo. Así, la fecundidad tiene relación con la pobreza estructural medida por necesidades básicas insatisfechas.

En el ámbito de grupos étnicos culturales en Ecuador, la tasa Global de Fecundidad de mujeres indígenas es de 3.3. Casi un hijo adicional sobre la media nacional. Las mujeres afro ecuatorianas y montubias tienen en promedio 2.8 y 2.7 hijos/as respectivamente. Las mujeres mestizas y otras, tienen 2.3 hijos. Se aprecia que las mujeres de las nacionalidades y pueblos del Ecuador, tienen una TGF por encima de la media nacional. (MCDS, 2013)

Por otro lado, considerando el nivel de instrucción educativo de las mujeres fértiles en el Ecuador, se constata que aquellas con ningún nivel de instrucción formal y mujeres con educación hasta primaria, tienen 2.9 y 3.2 hijos respectivamente, mientras que las mujeres con nivel de instrucción superior o más, tienen 1.7. Es decir, existe una

asociación negativa entre fecundidad y educación. A medida que las mujeres tienen mejores oportunidades educativas, disminuyen su fecundidad. (MCDS, 2013)

Sin embargo, a pesar de los niveles generales de la fecundidad y su dinámica temporal, el reto se visibiliza entendiendo la brecha existente entre el número de hijos que las mujeres desean y el número que tuvieron efectivamente. Entender el desequilibrio y sus potenciales determinantes, ayuda diseñar instrumentos que permitan titularizar los derechos reproductivos a la población en general y poniendo particular esfuerzo en las mujeres fértiles.

2.2.4 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

“Conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores orientadas básicamente al control de la reproducción, mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales. Este control o planificación puede tener como objetivo engendrar o no descendientes y, en su caso, decidir sobre el número de hijos, el momento y las circunstancias sociales, económicas y personales en las que se desea tenerlos”. (Castro, Peniche, & Peña, 2012, pág. 37)

La planificación familiar la educación de la sexualidad, la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual el asesoramiento antes de la fecundación, durante el embarazo y el parto así como el tratamiento de la infertilidad, mediante técnicas de reproducción asistida como la fecundación in vitro.

La planificación, provisión y uso de métodos anticonceptivos es llamado planificación familiar. Los métodos anticonceptivos se han utilizado desde tiempos antiguos, pero aquellos eficaces y seguros no estuvieron disponibles hasta el siglo XX. Algunas culturas restringen o desalientan el acceso al control de la natalidad, ya que consideran que es moral, religiosa o políticamente indeseable. (OMS, 2014).

La planificación familiar es una decisión consciente por parte de individuos o parejas para elegir por sí mismos cuando empezar a tener hijos, cuántos hijos tener y el

intervalo entre embarazos así como para dejar de tenerlos niños mediante el uso de métodos anticonceptivos y métodos naturales.

Se considera por “planificación familiar” todos aquellos suministros y servicios que hacen posible que las personas y las parejas tengan el número de hijos e hijas que desean tener y planifiquen el cuándo y cada cuánto tiempo los tendrán. En ella se incluyen los métodos anticonceptivos modernos, tales como la píldora anticonceptiva, los DIU, los productos inyectables, o los preservativos para hombres y mujeres. Los servicios incluyen atención médica, asesoramiento e información y educación relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

Existe una fuerte correlación entre una mayor planificación familiar y la creciente participación de las mujeres en la toma de decisiones en el medio familiar. Las mujeres que tienen un conocimiento adecuado para el uso métodos anticonceptivos tienen más probabilidades de acceder al mercado laboral, generando un mayor poder adquisitivo y la capacidad de mejorar su propia economía y la de su familia.

El empoderamiento de mujeres y adolescente, al garantizar su acceso a la planificación familiar voluntaria, es un paso fundamental hacia una mayor igualdad de género en las comunidades, la sociedad y la nación ecuatoriana. Los servicios de planificación familiar son esenciales para la salud y la supervivencia de las comunidades, en particular las mujeres y adolescentes. Cuando las mujeres están sanas, sus beneficios se repercuten en otras áreas del desarrollo humano, como por ejemplo la reducción de la pobreza, la educación de la población y la sostenibilidad de los recursos naturales

La Atención Primaria de Salud, con el desarrollo de la medicina familiar comunitaria, y el uso de la dispensarización, se logra profundizar en la identificación de los factores de riesgos que actúan en estos grupos vulnerables, dentro de los cuales el materno infantil ocupa el lugar de más alta prioridad.

El papel de los profesionales de la salud en el equilibrio de crecimiento de la población con socioeconómica desarrollo es inmenso y sólo es posible mediante el uso de la planificación familiar como principio y diferentes métodos anticonceptivos como herramientas. Los profesionales de la salud pueden contribuir para el crecimiento equilibrado de la población a través de la movilización de la comunidad en general.

La capacitación en planificación familiar tiene el fin de mejorar la planificación familiar que es posible con la comprensión y mediante el fomento de la propiedad entre los beneficiarios. Para lograr esto, tanto la educación formal como la informal es importante. En resumen, la clave es la educación y el empoderamiento de la salud reproductiva para determinar el tamaño de la población y su equilibrio.

La relevancia de la medicina familiar comunitaria está proporcionada por su fundamento esencial, la prevención, por lo que es preciso ofrecer a la población en edad fértil y con riesgo, los medios para controlar la fecundidad, creando así la actividad de planificación familiar y anticoncepción, el cual dirige sus acciones a facilitar información, orientación, educación a la mujer y las parejas, utilizando la plataforma del trabajo comunitario.

La planificación familiar ayuda a las personas y familiar a considerar el número deseado de hijos, mejora la salud de las madres y contribuye a la familia y sociedad al desarrollo económico. En la mayoría de los países como en América latina, es una práctica común que las mujeres tienen demasiados hijos, el intervalo entre ellos es muy corto entre el uno del otro (1 año). Como consecuencia, el tamaño de la población de éstos países ha crecido drásticamente y el crecimiento económico ha bajado ya que no se pueden satisfacer las necesidades básicas como educación y salud. Un tamaño de población desequilibrada tiene inevitablemente un impacto negativo en la el bienestar de una nación. La planificación familiar es una de las estrategias que ha demostrando su eficacia en la lucha contra estos problemas.

2.2.4.1 Planificación familiar en Ecuador

En relación al acceso a métodos anticonceptivos (MAC), en el Ecuador, al igual que lo que sucede en los países de la subregión andina y en América Latina en general, se presenta el fenómeno con una marcada discrepancia entre el conocimiento de los métodos modernos de anticoncepción (97.0%) y el uso de estos métodos entre adolescentes (56%). El 13,5% reportaron que usaron MAC en la primera relación sexual. (ENDEMAIN 2004).

Según datos del ENDEMAIN 2004 la mayoría de la población que se encuentra en el quintil 1, 2 y 3 que utilizaron los servicios de Planificación Familiar lo hicieron en el MSP (Q1: 44,7%, Q2: 40,4% y Q3: 32,2%) convirtiéndose en el mayor proveedor de métodos de planificación familiar para estos grupos poblacionales. En el quintil 4 y 5, los mayores proveedores son los servicios de salud privados.

Así mismo, el ENDEMAIN 2004 refleja una situación similar al relacionar el acceso a los servicios de planificación familiar del MSP con el nivel de instrucción de las mujeres. Del 100% de las mujeres sin instrucción, el 45,1% acuden al MSP, de las mujeres con primaria incompleta un 45%, y de primaria completa un 37,1%. Si comparamos estos datos con los de las mujeres que tienen instrucción superior y postgrado se observa que del total de población el 13,5% acude al MSP. De esto se concluye que este proyecto beneficiará a los grupos de atención prioritaria. (MCDS, 2013, pág. 19)

Otra característica es el área de residencia, según datos del ENDEMAIN 2004, el 39,1% de las mujeres que utilizaron los servicios de planificación familiar del MSP viven en zona rural, y 25,9% viven en la zona urbana. (MCDS, 2013, pág. 19)

Por otro lado, en el Ecuador no existe un cuerpo de evidencia suficiente que nos permita saber de las percepciones, sentimientos y potencialidades de los hombres en relación al uso de los métodos anticonceptivos propios para ellos y el uso en su pareja, lo que se constituye en un tema importante y una demanda urgente a resolver, ya que es evidente que la participación de los hombres, el ejercicio de sus derechos y el respeto al ejercicio de los derechos de las mujeres son un tema pendiente en la agenda de la salud pública en nuestro país.

En relación a este punto, se debe hacer especial mención con respecto a las mujeres de 15 a 24 años; según ENDEMAIN 2004, del total de mujeres en edad fértil, la tercera parte están casadas o unidas (32.2%), y la proporción casada/unida es mayor en las de 20 a 24 años (51%) que en las de 15 a 19 años (16.2%). El 46.7% ya ha tenido experiencia sexual. (MCDS, 2013, pág. 19)

2.2.5 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Un método anticonceptivo es cualquier acto, dispositivo o medicación para impedir una concepción o un embarazo viable. También es llamado anticoncepción o contracepción. Se usa en vistas del control de la natalidad. (OMS, 2014)

“Un método anticonceptivo es una metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o el embarazo al mantener relaciones sexuales. Por lo general implica acciones, dispositivos o medicamentos en las que cada uno tiene su nivel de efectividad. También se le llama contracepción o anticoncepción, en el sentido de ser formas de control de la natalidad.” (Berrones, 2011, pág. 9)

Los métodos anticonceptivos son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo. Pueden utilizarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil de la persona. El uso del preservativo, que también protege de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), si es usado de forma correcta, es recomendable para toda la vida sexualmente activa. (AMADA, 2012, pág. 43)

Los métodos anticonceptivos son aquellas formas que impiden o reducen significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual. Los métodos anticonceptivos contribuyen decisivamente en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad (número de hijos que se desean o no tener), la prevención de embarazos, así como en la disminución del número de embarazos no deseados y embarazos en adolescentes. Los métodos que se administran después de mantener relaciones sexuales se denominan anticonceptivos de emergencia

2.2.5.1 Elección del método anticonceptivo

Navarro, (2014), desarrolla estrategias a la hora de tomar el consejo contraceptivo, es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

2.2.5.1.1 Perfil del método

a. Eficacia

Es la capacidad de un método anticonceptivo de impedir la gestación a nivel teórico, es decir, utilizado en condiciones óptimas. No debe confundirse con la efectividad, que es la capacidad de impedir la gestación en condiciones reales de uso y está condicionada por posibles fallos humanos. En la tabla 1 se exponen la eficacia y la efectividad de los distintos métodos anticonceptivos.

b. Seguridad

Es el atributo que describe la capacidad del método para alterar positiva o negativamente el estado de salud del usuario o de amenazar su vida. Un ejemplo es el riesgo de enfermedad tromboembólica en usuarias de anticonceptivos orales combinados o los efectos adversos posibles, tales como cambios de las características de la menstruación con el uso de los DIU de cobre o de los anticonceptivos que contienen sólo gestágenos.

También deben incluirse los efectos secundarios deseables como la capacidad de prevenir enfermedades de transmisión sexual de los métodos barrera o el alivio de la dismenorrea con los anticonceptivos hormonales.

c. Reversibilidad

Informa sobre si es posible el retorno a la fertilidad después de la interrupción de un método determinado.

d. Complejidad

Algunos métodos como el del calendario o el diafragma necesitan unos conocimientos mínimos y unas habilidades especiales con un mínimo de destreza.

e. Aceptabilidad

Es la capacidad de un determinado método para «convencer» a la pareja de su empleo. La aceptabilidad del método por parte de la pareja es fundamental para asegurar su continuidad y por lo tanto para asegurar la eficacia en la prevención de un embarazo no planificado. La aceptación inicial depende tanto de la motivación original, como de la

presentación del método que hacen los profesionales que llevan a cabo el consejo contraceptivo. La aceptación continuada depende más del método en sí.

f. Relación con el coito

Se distingue los que tienen una relación inmediata (preservativo), mediata (esponja vaginal, espermicidas y diafragma) y lejana (esterilización, dispositivo intrauterino y anticonceptivos hormonales). En este apartado debemos incluir la anticoncepción de urgencia, la cual brinda la oportunidad de cubrir a posteriori una relación no protegida

g. Precio.

Aunque pueda parecer de escasa importancia, sobre todo comparado con los costes de un embarazo no deseado, sí que puede influir en la selección del método y en el cumplimiento, ya que algunas usuarias se ven obligadas a costear personalmente su opción anticonceptiva. Existen métodos que están financiados por el Ministerio de Salud Pública, como algunos anticonceptivos hormonales combinados y aquéllos que sólo contienen gestágenos.

1.2.5.1.2 Perfil del usuario

a. Frecuencia coital.

Un factor importante a la hora de valorar la eficacia es la exposición, es decir la frecuencia del coito, ya que a mayor frecuencia mayor probabilidad de que el método falle. Por lo tanto, si la frecuencia coital es alta, se debe recomendar un método más seguro. Este factor es importante a la hora de elegir el método anticonceptivo.

b. Objetivo de la contracepción.

El espaciar los embarazos o la contracepción definitiva.

c. Edad de la usuaria y su perfil de salud

Puede influir en la selección de algunos métodos.

d. Riesgo de ITS

En el caso de que exista ese riesgo, siempre debemos recomendar el uso del preservativo.

e. Grado de colaboración de la pareja

Es un factor importante a considerar, los métodos naturales o con el preservativo masculino. Es importante además tener en cuenta las creencias religiosas o normas confesionales del potencial usuario.

2.2.5.1.3 Criterios médicos

Se debe valorar los criterios de elección del método elegido y evitarlo cuando se encuentra ante categorías 3 y 4 de la OMS:

- Categoría 1: Se puede usar el método en cualquier circunstancia.
- Categoría 2: Las ventajas superan claramente a los riesgos, por lo que, en general, puede usarse el método.
- Categoría 3: El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados.
- Categoría 4: No se debe usar el método.

2.2.5.1.4 Patrón cronológico

Dependiendo de la edad de la paciente parecen más indicados unos métodos que otros, aunque no pueden establecerse normas rígidas en este sentido:

En adolescentes, las relaciones sexuales suelen ser poco frecuentes, no programadas y con parejas no siempre fijas y conocidas. En estos casos sería aconsejable el uso del preservativo, solo o asociado a otro método, así como una adecuada información relativa a la contracepción de urgencia.

Cuando la actividad sexual adquiere estabilidad, la anticoncepción hormonal o el DIU serían una opción aceptable.

Cuando la pareja ha completado su deseo de descendencia, podrían contemplarse los métodos definitivos.

En principio, la edad no es un condicionante importante a la hora de la elección de un método contraceptivo; cualquier método podría estar indicado a cualquier edad.

2.2.6 TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

2.2.6.1 Métodos anticonceptivos hormonales

“Estos están compuestos por dos hormonas los estrógenos y los progestágenos. Los estrógenos han disminuido su concentración de manera significativa buscando la mínima dosis efectiva. Es así como hoy en día se tiene una concentración que corresponde al 40% de la concentración utilizada en los años 60. Lo cual implica menos o muy pocos efectos colaterales. En el caso de los progestágenos se han seleccionado aquellos más selectivos y menos nocivos para el organismo. Correctamente utilizados poseen una eficacia del 99%.” (Castro, Peniche, & Peña, 2012, pág. 41)

Impiden la concepción mediante acciones sobre el eje hipotálamo-hipofiso-gonadal, o por acción local inhibiendo el ascenso de espermatozoides. Existen distintas maneras de clasificarlos. (AMADA, 2012, pág. 45)

Los métodos anticonceptivos hormonales se encuentran entre los anticonceptivos de uso más generalizado en el mundo. Los métodos anticonceptivos hormonales son sumamente eficaces, aunque algunos requieren uso correcto y sistemático por parte de las mujeres, son seguros. Sin embargo, dado que las hormonas pueden tener efectos en diversos sistemas del cuerpo, se debe prestar atención especial a los efectos secundarios y a la seguridad personal.

Todas las formas de anticoncepción hormonal reducen el riesgo de embarazo previniendo la ovulación. Algunas formas de anticoncepción hormonal también cambian el revestimiento del útero para que el embarazo no pueda ocurrir. Los anticonceptivos hormonales son seguros y eficaces para la mayoría de las mujeres cuando se usa correcta y consistentemente. Su uso hormonalmente reduce en gran

medida el riesgo de embarazo, pero no impide el contagio de enfermedades de transmisión sexual e infecciones.

2.2.6.1.1 Clasificación

Según la combinación hormonal se pueden clasificar en:

- **Monofásicos:** Igual concentración de los estrógenos y progestágenos en todas las pastillas.
- **Bifásicos:** 11 pastillas contienen una concentración diferente a las 10 restantes.
- **Trifásicos:** Se distribuyen las concentraciones en tres etapas.

2.2.6.1.2 Ventajas

Entre las ventajas más relevantes se puede anotar:

- Comodidad de uso.
- Muy alta eficacia.
- Absorción uniforme todos los días.
- Bajo costo.
- Puede suspenderse inmediatamente si es requerido.
- Baja incidencia de efectos colaterales.
- Muy baja carga hormonal en los más modernos.

2.2.6.1.3 Desventajas.

- La enfermedad diarreica aguda puede afectar su absorción.
- Riesgo de olvido.
- Dolor de cabeza, náuseas, vomito o dolor en los senos, son efectos menores que suelen desaparecer en dos o tres meses. 25% de las mujeres los presentan en el primer ciclo y solo el 5% en el tercer ciclo.

2.2.6.1.4 Mecanismos de acción.

Los anticonceptivos hormonales previenen el embarazo mediante dos mecanismos principales. La inhibición total o parcial de la ovulación es uno de los mecanismos de acción. Las hormonas que contienen estos anticonceptivos actúan en el cerebro. Hacen que el hipotálamo y la glándula pituitaria reduzcan la producción de las hormonas necesarias para el desarrollo folicular y la ovulación. Los anticonceptivos combinados orales e inyectables y los inyectables sólo de progestina inhiben sistemáticamente la ovulación. El espesamiento del moco cervical, causado por la progestina, es otro mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales. El moco más espeso actúa como una barrera contra los espermatozoides, dificultándoles la entrada a la cavidad uterina.

Si la mujer ovulara, esta barrera de moco reduce considerablemente las probabilidades de que el óvulo sea fecundado. Todos los anticonceptivos hormonales también tienen efectos en el endometrio y lo hacen más delgado. Teóricamente, esto podría reducir las probabilidades de que un óvulo fecundado se implante. Es posible que los cambios del endometrio desempeñen una función en la prevención del embarazo con métodos como los implantes y las píldoras sólo de progestina, que no impiden la ovulación en todos los ciclos, pero no se han notificado pruebas científicas acerca de este efecto. Dado que la ovulación se inhibe al mismo tiempo que se espesa el moco cervical, hay pocas probabilidades de que haya un óvulo fertilizado en el útero. Así pues, no es probable que el adelgazamiento del endometrio desempeñe una función en la eficacia observada con los anticonceptivos hormonales. Ninguno de los métodos hormonales es eficaz una vez que se ha establecido un embarazo. No tienen un efecto abortivo.

2.2.6.2 Anticonceptivos orales

“Si se utiliza de forma correcta, la eficacia teórica de la AHCO es del 99,7%, pero con el uso, la eficacia real, disminuye al 97,9%; una de las causas de esta pérdida de eficacia en el uso real son los olvidos en la toma. Para intentar minimizar este problema han aparecido otras vías de administración alternativas a la oral, como el anillo vaginal (efectividad del 98,77%, la mayor de todas las vías de AHC) y el parche cutáneo (efectividad del 98,76%), dado que el cumplimiento es mayor. Todas las vías no orales

de AHC descargan a la mujer de responsabilidad en la eficacia del método, porque son facilitadoras del cumplimiento”. (Castro, Peniche, & Peña, 2012).

Los anticonceptivos orales se utilizan para prevenir el embarazo. El estrógeno y la progestina son dos hormonas sexuales femeninas. Las combinaciones de estrógeno y progestina mediante la prevención de la ovulación (la liberación de óvulos de los ovarios). También cambian el revestimiento del útero (matriz) para prevenir el desarrollo del embarazo y cambiar el moco en el cuello uterino (la abertura del útero) para evitar que los espermatozoides puedan fecundar al óvulo. Los anticonceptivos orales son un método muy eficaz de control de la natalidad, pero que no impiden la propagación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH, SIDA) y otras enfermedades de transmisión sexual.

Algunos anticonceptivos orales también se utilizan para aliviar los síntomas del trastorno disfórico premenstrual (síntomas físicos y emocionales que ocurren antes del período menstrual cada mes) en las mujeres que han optado por utilizar un anticonceptivo oral para prevenir el embarazo.

2.2.6.2.1 Tipos de anticonceptivos orales

Existen dos tipos de anticonceptivos orales (AO): las que contienen estrógeno y progestina, llamadas comúnmente anticonceptivos orales combinados (AOC) y las que contienen sólo progestina. Las píldoras combinadas son los anticonceptivos orales que más se usan.

Los AOC se categorizan comúnmente como píldoras de baja dosis o de alta dosis, según el contenido de estrógeno. Las píldoras de baja dosis, que son las píldoras anticonceptivas que más se usan, contienen generalmente entre 30 y 35 microgramos (mcg) o entre 0,030 y 0,035 miligramos (mg) o menos del estrógeno etinil estradiol. Las píldoras de alta dosis contienen 50 mcg (0,05 mg) de etinil estradiol. En uso típico, los AOC generalmente son considerados más eficaces que las PSP. Es más fácil cometer errores que resultan en embarazo cuando se están tomando las PSP, porque estas píldoras deben tomarse a la misma hora cada día para que den el mejor resultado. Sin embargo, la píldora solo de progestágeno (PSP) es muy eficaz para las mujeres que

están amamantando y no afectan a la producción ni la calidad de la leche como ocurre con los AOC. Así mismo, las PSP pueden ser especialmente adecuadas para un número reducido de mujeres que desean tomar píldoras anticonceptivas pero que no pueden usar estrógeno por razones de salud.

2.2.6.2.1 Ventajas

Entre las ventajas de los AO figuran las siguientes:

- Seguridad y eficacia han sido demostradas en amplios estudios; de hecho, los AO son los fármacos de venta con prescripción médica que más se han estudiado.
- Su uso en forma sistemática y correcta, su tasa de prevención de embarazos es superior al 99 por ciento.
- El efecto anticonceptivo de los AO es reversible y, cuando las píldoras dejan de tomarse, la fertilidad regresa rápidamente.
- No hay que hacer nada en el momento del acto sexual. Las complicaciones graves son sumamente raras.
- Reduce el riesgo de cáncer ovárico y endometrial.
- Reduce el riesgo de enfermedad mamaria benigna.
- Reduce el riesgo de embarazo ectópico.
- Reduce las irregularidades menstruales.
- Reduce el riesgo de anemia.
- Reduce los síntomas de menstruación dolorosa, endometriosis, síndrome premenstrual y enfermedad pélvica inflamatoria sintomática (EPI), son un régimen especial de píldoras sólo de progestina o de anticonceptivos orales combinados.
- Se pueden usar en cualquier momento durante el ciclo menstrual y más de una vez durante un ciclo, si es necesario. Puesto que se recetan por un tiempo breve, estas píldoras de emergencia casi no tienen contraindicaciones.

2.2.6.2.2 Desventajas

Entre las desventajas de los AO figuran las siguientes:

- En uso típico, los AO no se usan en forma correcta y sistemática, lo cual reduce la eficacia. Lo
- Los AO, para que sean más eficaces, se deben tomar diariamente.
- Con frecuencia, tienen efectos secundarios que para algunas mujeres son difíciles de tolerar.
- Pueden plantear riesgos de salud para un número reducido de mujeres. Su suministro se debe hacer con regularidad.
- Los AO no protegen contra las ITS, incluido el VIH.

2.2.6.2.3 PAE: Píldoras anticonceptivas de emergencia

Otro uso de las píldoras anticonceptivas es la anticoncepción de emergencia. Esto se refiere al uso de píldoras anticonceptivas para prevenir el embarazo poco después de haber tenido un coito sin protección. La anticoncepción de emergencia no se ha diseñado como una forma habitual de anticoncepción. Después del uso, se debe iniciar o continuar un método habitual si no se desea el embarazo.

2.2.6.3 Anticonceptivos inyectables.

“Los anticonceptivos hormonales combinados de aplicación inyectable (ACI) actúan por mecanismo anovulatorio y son de aplicación mensual. Al igual que los ACO, son un método seguro, efectivo y reversible. Existen dos combinaciones posibles según el tiempo de acción del derivado estrogénico y el progestágeno. Los más usados en la actualidad combinan un estrógeno de acción breve y un gestágeno de acción prolongada”. (AMADA, 2012)

Los que combinan altas dosis de un estrógeno de acción prolongada con un gestágeno de acción corta ya no se recomiendan, debido a su mayor dosis de estrógeno y porque

producen alteraciones del ciclo menstrual (hipermenorrea y menometrorragia, aumento en la cantidad y duración del sangrado) con mayor frecuencia.

Los anticonceptivos inyectables contienen hormonas femeninas que se inyectan profundamente en el músculo y se liberan gradualmente en el torrente sanguíneo; de este modo, proporcionan anticoncepción por largo tiempo. El tiempo que cada tipo de inyectable surte efecto después de la inyección depende principalmente de los tipos y las cantidades de hormonas que contiene. Los ACI son seguros y se encuentran entre los métodos anticonceptivos más eficaces. Las tasas típicas anuales de embarazo son del 0,4 por ciento o menos. Hay dos tipos de anticonceptivos inyectables. El primer tipo son los inyectables sólo de progestina, que contienen una forma sintética de la hormona femenina progesterona. Los dos inyectables sólo de progestina que están disponibles en el mercado son: Acetato de medroxiprogesterona de depósito (o DMPA), que se administra en una dosis de 150 mg cada tres meses. Enantato de noretisterona (o NET-EN), que se administra en una dosis de 200 mg cada dos meses. El segundo tipo se conoce como inyectables combinados (o AIC), que contienen progestina y estrógeno. Se administran una vez al mes. Dos inyectables combinados, relativamente nuevos y que la OMS ha estudiado ampliamente, (que contiene 25 mg de DMPA y 5 mg de cipionato de estradiol) y Mesigyna (que contiene 50 mg de NET-EN y 5 mg de valerato de estradiol). Hay otros AIC que se han usado por muchos años. Entre ellos están el feladroxato (combinación de 150 mg de acetofenida de dihidroxiprogesterona), que se usa ampliamente en algunos países latinoamericanos. (OMS, 2014)

2.2.6.3.1 DMPA

El DMPA es el inyectable que más se usa y se estudia en todo el mundo. Entre las ventajas del DMPA figuran las siguientes: La mayoría de las mujeres pueden usar el DMPA sin peligro. Este anticonceptivo figura entre los anticonceptivos disponibles más eficaces. Es fácil de usar correcta y sistemáticamente porque no requiere una rutina diaria.

El efecto del DMPA es prolongado, pero reversible. En general, una mujer puede quedar embarazada a los 9-10 meses después de recibir la última inyección de DMPA. Se puede dejar de usar sin ayuda de un proveedor. Para discontinuar el uso, la mujer simplemente deja de recibir las inyecciones, y el nivel de DMPA en la sangre y sus efectos anticonceptivos disminuyen gradualmente. El uso del DMPA no requiere ninguna acción en el momento del acto sexual. Puesto que no se guardan suministros en casa, su uso puede ser privado. El DMPA no tiene ningún efecto en la lactancia, por lo tanto lo pueden usar las mujeres que están amamantando. Las complicaciones graves son sumamente raras y el DMPA, en efecto, ofrece algunos beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepción que se describirán más adelante.

Entre las desventajas del DMPA figuran las siguientes: Los efectos secundarios y de anticoncepción no se pueden detener inmediatamente. Pueden persistir todo el tiempo que dura el efecto de la inyección (tres meses por lo menos). En general, el regreso a la fertilidad después de la discontinuación suele retrasarse. Con frecuencia produce efectos secundarios, especialmente cambios en el sangrado. El DMPA no ofrece ninguna protección contra las ITS, incluido el VIH.

2.2.6.3.2. Inyectables combinados

Los inyectables combinados ofrecen muchas de las ventajas que ofrecen los inyectables sólo de progestinas. Son seguros, considerablemente eficaces y fáciles de usar correcta y sistemáticamente. Son reversibles y pueden dejar de usarse sin la ayuda de un proveedor. La fertilidad regresa más rápidamente que cuando se ha usado el DMPA. Su uso no requiere ninguna acción en el momento del acto sexual. No se han observado complicaciones cardiovasculares.

Entre las desventajas de los AIC figuran las siguientes: Las usuarias de los AIC pueden experimentar efectos secundarios, incluidos los que se relacionan con el estrógeno. Los efectos anticonceptivos y los efectos secundarios no pueden eliminarse inmediatamente. Después de que la mujer ha recibido la última inyección,

las concentraciones de las hormonas en la sangre disminuyen gradualmente. Los AIC, así como otros métodos hormonales, no ofrecen ninguna protección contra las ITS, incluido el VIH.

2.2.6.4 Implantes subdérmicos

Los implantes subdérmicos son una o dos cápsulas de un plástico especial (silastic o etilen vinil acetato/EVA), que se colocan bajo la piel en la parte interna del brazo o antebrazo y que liberan en un ritmo constante pequeñas dosis diarias de progestágeno, para conseguir el efecto anticonceptivo deseado. (Diaz, 2011, pág. 19)

Los implantes anticonceptivos subdérmicos implican la entrega de una progestina de esteroides a partir de cápsulas de polímero o barras colocados debajo de la piel. La hormona se difunde lentamente a una velocidad estable, proporcionando la eficacia anticonceptiva durante 1-5 años. El período de protección depende de la progestina específico y el tipo de polímero. Entre las ventajas de los implantes de progestina incluyen acción anticonceptiva a largo plazo sin requerir la atención médica periódica o de baja dosis del anticonceptivo muy eficaz sin el uso de estrógenos, y la fertilidad es fácilmente reversible después de la retirada de los implantes.

Los implantes subdérmicos son cápsulas que se colocan debajo de la piel del brazo de la mujer y que liberan lentamente una progestina en el torrente sanguíneo. De todos los implantes subdérmicos, el más estudiado y utilizado es el Norplant. Este método consiste en seis cápsulas del mismo tamaño que se implantan y que durante cinco años liberan continuamente en el torrente sanguíneo dosis bajas de la progestina levonorgestrel. También se han elaborado sistemas de implantes que usan una o dos cápsulas. Norplant II o Jadelle, que consiste en dos cápsulas que liberan levonorgestrel, también es eficaz por lo menos durante cinco años. Implanon, que consiste en una cápsula que libera la progestina 3-ketodesogestrel, se recomienda para tres años de uso.

El implante levonorgestrel sistema Norplant R es el único que ha sido aprobado para su distribución. La eficacia anticonceptiva del Norplant es la más alta observada entre los métodos más eficaces con una tasa anual del 0,2 embarazos durante el primer y segundo

año y 1,1 en el quinto año. Los problemas menstruales son la principal razón de la interrupción del Norplant y el 9% de las mujeres que dejaron de usar durante el primer año de tratamiento. (Díaz, 2011)

2.2.6.4.1 Ventajas

- Es seguro y su eficacia es de por lo menos 99 por ciento en la prevención del embarazo.
- Durante los primeros tres años de uso, el implante es tan eficaz como la esterilización femenina, aunque puede que sea levemente menos eficaz en las mujeres que pesan más de 70 kilogramos.
- Es fácil de usar.
- No se necesita hacer nada durante el acto sexual.

2.2.6.4.2 Desventajas

- Suele producir efectos secundarios, especialmente cambios en el sangrado.
- No se puede comenzar a usar ni discontinuar su uso sin la ayuda del proveedor.
- Se requiere un procedimiento quirúrgico menor para insertarlo o extraerlo.
- El implante, así como otros métodos hormonales, no ofrece protección contra las ITS, incluido el VIH.
- Su efecto es prolongado, pero reversible. La eficacia del implante comienza a las pocas horas después de la inserción y dura por lo menos cinco años. Después de quitar la primera serie, se puede insertar inmediatamente otra serie de implantes por el tiempo que se necesite o se requiera protección. Sin embargo, este anticonceptivo es reversible en cualquier momento; basta con extraer las cápsulas para que se restablezca rápidamente la fertilidad.
- No contiene estrógeno; por lo tanto, pueden usarlo las mujeres que están amamantando o las que tienen condiciones de salud que puedan impedirles el uso de anticonceptivos que contienen estrógeno. Además, ofrece beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepción; por ejemplo, disminuye la pérdida de sangre menstrual.

-

2.2.6.5 Métodos no hormonales

2.2.6.5.1 Métodos de barrera

Los métodos de barrera son aquellos que evitan el embarazo impidiendo el acceso de los espermatozoides al canal cervical y/o bloqueando su progresión por el mismo. Por lo tanto, impiden la unión del espermatozoide y el óvulo, ya sea mediante una barrera mecánica (preservativo masculino o femenino), química (espermicida) o mixta (diafragma + espermicida). (Navarro, 2014, pág. 63)

Los condones masculinos, condones femeninos, diafragmas, capuchones cervicouterinos y espermicidas son métodos de barrera para la anticoncepción. Estos métodos actúan mediante el bloqueo físico o químico de los espermatozoides y contribuyen a evitar algunas ITS. Todos los métodos de barrera dependen del cliente. Para que sean eficaces, deben usarse en forma correcta y sistemática. El uso correcto y sistemático requiere motivación, aptitud y con frecuencia, comunicación entre compañeros.

Los métodos de barrera deben usarse bien y de forma continuada para alcanzar buenos parámetros de eficacia. La pareja debe ser informada de que los métodos de barrera podrían no ser apropiados si no se usan de manera constante y correcta, debido a su relativamente alto porcentaje de fallos.

a. Preservativo masculino.

(Navarro, 2014) Su uso ha crecido enormemente, fundamentalmente por el temor a la infección por el VIH. Sin embargo los colectivos de alto riesgo, como las prostitutas o los drogadictos, presentan tasas bajas de utilización según reflejan algunos estudios. Por esto, desde los centros de salud, se debería hacer un esfuerzo para intentar identificar y captar a estos colectivos.

El material utilizado es el látex, existiendo diferencias entre modelos relativas a la longitud, diámetro, grosor, presencia o no de reservorio y material lubricante añadido.

El preservativo masculino es una funda de látex muy delgada que se coloca sobre el pene erecto, antes de la penetración, y que debe permanecer colocado durante toda la relación sexual. (AMADA, 2012, pág. 67)

b. El condón femenino

“Consiste en una vaina de poliuretano lubricada con dimeticona, que cubre toda la longitud de la vagina, y que presenta un área de extensión sobre la vulva, justo para la cobertura de los genitales externos. Contiene dos anillos elásticos, uno a cada extremo.” (Navarro, 2014, pág. 65).

El preservativo femenino es una funda de poliuretano, de forma tubular, que presenta un anillo o aro flexible en cada extremo. En un extremo el anillo es cerrado, lo que ayuda a la inserción del preservativo en el fondo de la vagina. En el otro extremo, el anillo es abierto y más grande, lo cual ayuda a mantener el preservativo fuera de la vagina. Viene lubricado. (AMADA, 2012)

Se ha elaborado un condón femenino en respuesta a la necesidad de más métodos iniciados por la mujer que protejan contra el embarazo y la transmisión de las ITS. El condón femenino, hecho de poliuretano, se puede usar sin peligro y no tiene efectos secundarios. Así como el condón masculino, cuando se usa en forma correcta y sistemática, protege contra el embarazo bloqueando físicamente el paso de los espermatozoides al aparato reproductor femenino. Además, así como el condón masculino, es menos eficaz en el uso típico.

La aprobación y cooperación del compañero aumentan las probabilidades de que se use correcta y sistemáticamente. El condón femenino es una funda de plástico holgada con un anillo flexible en cada extremo. Uno de los anillos está en el extremo cerrado de la funda y cuando se inserta, sirve de soporte en el cuello uterino.

El anillo exterior forma el borde externo del dispositivo y se mantiene fuera de la vagina después de ser insertado, lo cual protege los labios y la base del pene durante el acto sexual. Este diseño puede hacer reducir el riesgo de transmisión de organismos

causantes de ITS que se encuentren en úlceras de los genitales externos. El condón femenino ofrece protección que puede compararse con la que ofrece el condón masculino contra las ITS. Actualmente el condón femenino está aprobado para usarse una sola vez. El dispositivo es costoso.

c. Diafragma y capuchón cervicouterino

“Se compone de un casquete esférico de látex o de silicona rodeado en sus bordes por un aro de metal flexible revestido del mismo material. Es precisa la colaboración del personal sanitario para calcular la medida del diafragma, ya que la gama de medidas disponibles van desde 55 a 95 mm. de diámetro. Su ventaja está en que permite su inserción hasta 2-3 horas antes de la relación sexual y no necesita interrumpir la fase de excitación para colocarlo”. (Navarro, 2014, pág. 67)

El diafragma vaginal consiste en un aro de goma, cubierto por una membrana del mismo material, que se adapta a la cúpula vaginal, entre el fondo del saco posterior y la sínfisis pubiana, cubriendo el cuello uterino y obstruyendo el orificio externo del mismo. (AMADA, 2012, pág. 81)

Todos los diafragmas cervicouterinos que existen actualmente están hechos de caucho de látex suave; se insertan en la vagina y se ajustan al cuello uterino. Ambos tipos de dispositivos se usan con crema o gelatina espermicida para proteger mejor contra el embarazo. Después del acto sexual, se deben dejar colocados por lo menos durante seis horas. Ambos se pueden volver a utilizar, pero se requiere tener acceso a agua pura para lavarlos bien después del uso. Los diafragmas y los capuchones cervicouterinos son los únicos métodos de barrera que requieren la intervención de un proveedor capacitado para que determine el tamaño adecuado para la usuaria. Este proceso requiere un examen pélvico. Las ventajas de estos métodos son que pueden ser iniciados por la mujer y pueden insertarse hasta seis horas antes del acto sexual. Sin embargo, el diafragma tiene la desventaja de que a veces causa efectos secundarios como escozor e irritación. También hace aumentar el riesgo de infecciones de las vías urinarias y vaginitis. El capuchón cervicouterino es menos eficaz para las mujeres que han tenido partos vaginales. Ambos tipos de dispositivos, cuando se usan correcta y

sistemáticamente con espermicida, hacen reducir el riesgo de algunas ITS bacterianas. No se sabe si hacen reducir el riesgo de ITS virales.

d. Espermicidas

Son sustancias químicas con acción lesiva sobre los espermatozoides. Algunos preparados combinan otros mecanismos como la constitución de una barrera mecánica de espuma en el fondo de la vagina, como resultado de la dilución del material compacto con el flujo vaginal. Debe colocarse en la vagina 10-15 minutos antes de la penetración, no debiendo transcurrir más de una hora entre su aplicación y el coito. Se presentan en óvulos vaginales, tabletas, cremas, jaleas y aerosoles. El más utilizado es el nonoxinol-9 con un efecto surfactante que actúa sobre la membrana del espermatozoide. (Navarro, 2014, pág. 66).

La mayoría de los espermicidas surten efecto al inactivar los espermatozoides. Cuando se usan solos, los espermicidas son notablemente menos eficaces que la mayoría de otros métodos modernos en la prevención del embarazo. Esto ocurre especialmente con el uso típico. Por consiguiente, los espermicidas solos no son una buena opción, a menos que no se disponga de otros métodos o que éstos sean inaceptables. No obstante, los espermicidas usados con otros métodos de barrera (como diafragmas o capuchones cervicouterinos) pueden aumentar la eficacia anticonceptiva de esos métodos.

Los productos espermicidas se diferencian respecto a las dosis y a la forma en que se administran, por ejemplo láminas, tabletas espumantes, supositorios o geles. Los agentes químicos espermicidas que con más frecuencia se usan actualmente son los siguientes: nonoxinol-9, o N-9, menfegol y cloruro de benzalkonio, o BZK. N-9 es el espermicida más común.

e. DIU

El DIU es uno de los métodos anticonceptivos que podemos ofrecer a las mujeres en los centros de atención primaria; sin embargo, aunque en los últimos años ha aumentado el

número de centros de salud en los que se oferta este método anticonceptivo, todavía su indicación, inserción, seguimiento y extracción o cambio no son prácticas que se realicen de forma habitual en este ámbito de la atención primaria. (Navarro, 2014, pág. 109)

MODELOS DE DIU Y MECANISMO DE ACCIÓN

Se clasifican en función de que los DIU estén formados exclusivamente por material plástico o se le asocien otros elementos, se clasifican en DIU inertes o no medicados (no utilizados actualmente) y en DIU bioactivos o medicados respectivamente. Los medicados pueden contener un hilo de cobre, solo o recubriendo un núcleo de plata, o bien contener un gestágeno.

DIU DE COBRE

Es el más utilizado. Existen varios modelos que se diferencian en el tamaño, la forma, la cantidad de cobre que contienen, el mecanismo de inserción y la manera en que quedan anclados en el útero. En cuanto al mecanismo de acción actúan a varios niveles, siendo su principal efecto preconceptivo, es decir, evitan la fecundación. El cobre liberado actúa a nivel del moco cervical impidiendo la capacitación espermática, ejerciendo de esta forma un efecto espermicida directo al impedir su motilidad. (Navarro, 2014, pág. 111)

Los dispositivos intrauterinos (DIU) que existen actualmente son muy seguros y se encuentran entre las opciones anticonceptivas más eficaces disponibles. El DIU que se usa frecuentemente es la TCu 380A de cobre, cuya eficacia dura hasta 10 años. Este dispositivo tiene una espiral de cobre en el tallo vertical de la “T” y una placa del mismo material en cada uno de los brazos horizontales. Las usuarias de la TCu380A experimentan tasas de fracaso muy bajas; a saber, menos de uno por ciento anual, cifra comparable con la de la esterilización femenina. El mecanismo de acción principal de la TCu 380A y de otros DIU es provocar una reacción inflamatoria endometrial que impide el paso de los espermatozoides. Pocos espermatozoides alcanzan a llegar al lugar de la fertilización en las trompas de Falopio, y los que llegan no tienen probabilidades de fertilizar un óvulo. En los pocos casos en los que ocurre fertilización,

es posible que el DIU impida el embarazo al interferir con la implantación en la cavidad uterina, pero no hay pruebas directas de que el DIU impida realmente la implantación. La OMS ha declarado que no es probable que la eficacia anticonceptiva de los DIU resulte, principal o exclusivamente, de su capacidad de interferir con la implantación.

Ventajas

- Seguridad y alta eficacia.
- No se necesita hacer nada durante el acto sexual ni en ningún otro momento. Sin embargo, es aconsejable que la mujer verifique regularmente la presencia de los hilos del DIU, generalmente después de la menstruación, para cerciorarse de que el dispositivo sigue en su sitio.
- Tiene efecto prolongado y es fácilmente reversible; por lo general, la fertilidad regresa muy pronto después de la extracción.
- No tiene efectos secundarios sistémicos.
- Las mujeres que están amamantando pueden usarlo sin peligro.

Desventajas

- Efectos secundarios, como dolor y calambres durante la menstruación, y sangrado menstrual más abundante.
- Se requiere la intervención de un proveedor de servicios de salud capacitado para que inserte y extraiga el dispositivo.
- No es adecuado para las mujeres que corren el riesgo de contraer ITS.
- No protege contra la transmisión de ITS, incluida la infección por el VIH.
- Rara vez ocurren complicaciones, como la perforación o expulsión.

2.2.6.6 Métodos definitivos

Los métodos definitivos consisten en la vasectomía para el hombre y la ligadura de trompas o el microinserto Essure para la mujer. Normalmente son de uso hospitalario. La solicitud a los servicios de urología o ginecología se puede realizar desde la consulta a demanda o desde la consulta de planificación familiar. Lo importante es informar a la pareja que deben considerarlos como métodos definitivos, puesto que la recanalización de la vasectomía y del bloqueo tubárico son complejas y de resultados inciertos, y el microinserto Essure produce fibrosis e impermeabilización irreversible de las trompas.

La esterilización voluntaria ofrece protección permanente contra el embarazo no deseado con un solo procedimiento que se puede realizar en cualquier centro de atención de salud con capacidad quirúrgica básica. Sin embargo, dado que la esterilización es permanente, se debe asesorar a los clientes cuidadosamente antes de que la elijan como su método anticonceptivo para reducir al mínimo el arrepentimiento futuro. Tanto la esterilización femenina como la masculina tienen pocas complicaciones cuando la realizan en entornos apropiados proveedores de salud debidamente capacitados.

2.2.6.6.1 Esterilización femenina

Es un método anticonceptivo irreversible y de alta eficacia que consiste en el bloqueo de ambas trompas de Falopio por medios mecánicos o físicos para impedir el encuentro de los espermatozoides con el óvulo, y por lo tanto la fecundación.

El médico de atención primaria tiene la función de informar a la pareja y realizar una completa historia clínica. Dentro de la información aportada hay que destacar que se trata de un método irreversible a priori, puesto que las posibilidades de recanalización posterior son de alto coste y tienen pocas probabilidades de éxito (éste sería mayor si la ligadura se realizó con medios mecánicos que con electrocoagulación). (Navarro, 2014)

a. Bloqueo Tubárico

La oclusión (mediante la ligadura, sección u obstrucción) bilateral de las trompas de Falopio evita que los óvulos liberados por los ovarios puedan desplazarse a través de las trompas y, por lo tanto, no entran en contacto con los espermatozoides. La BT es un método altamente efectivo, alcanza el 99,5% de efectividad. (AMADA, 2012, pág. 183)

Es un método anticonceptivo irreversible y de alta eficacia que consiste en el bloqueo de ambas trompas de Falopio por medios mecánicos o físicos para impedir el encuentro de los espermatozoides con el óvulo, y por lo tanto la fecundación. El médico de atención primaria tiene la función de informar a la pareja y realizar una completa historia clínica. Dentro de la información aportada hay que destacar que se trata de un método irreversible a priori, puesto que las posibilidades de recanalización posterior son de alto coste y tienen pocas probabilidades de éxito.

b. Dispositivo intratubárico

Es un método de esterilización permanente femenina, por vía transcervical que consiste en una oclusión tubárica selectiva. Bajo sedación o anestesia local y mediante una histeroscopia se coloca, a través de cada ostium tubárico, una prótesis helicoidal denominada microinserto, de 4 cm. de largo y 0,8 mm. de diámetro.

La esterilización femenina voluntaria es el método de planificación familiar moderno que más se usa en el mundo. Consiste en cerrar y cortar o atar las trompas de Falopio para impedir que los óvulos se unan con los espermatozoides y sean fertilizados. Actualmente se están estudiando métodos no quirúrgicos de esterilización femenina que emplean sustancias químicas para producir una cicatriz en las trompas de Falopio, pero su uso en programas no se ha aprobado en la mayoría de los países.

c. Vasectomía

Es un método contraceptivo que actúa interrumpiendo la continuidad de los conductos deferentes evitando la presencia de espermatozoides en el semen (fi gura 3-1).

Debe considerarse como método irreversible y definitivo ya que las técnicas de anastomosis microquirúrgicas, a pesar de conseguir una repermabilización de aproximadamente el 98% de los casos, raramente consiguen restablecer la capacidad fértil. Esta capacidad es más difícil de conseguir a medida que pasan los años desde que se realiza la vasectomía. (Navarro, 2014, pág. 123).

La vasectomía es un método anticonceptivo permanente quirúrgico, seguro y sencillo, que consiste en la ligadura de los conductos deferentes a nivel escrotal con el fin de impedir el pasaje de los espermatozoides provenientes del testículo.

La baja adopción de este método por parte de la población de algunas sociedades en las que la vasectomía está legalmente aceptada puede explicarse en parte por algunos mitos, como el que identifica la fertilidad con la potencia sexual. La difusión de la información a la población acerca de las características de este método, así como una adecuada consejería, podrá hacer de la vasectomía un recurso anticonceptivo más, disponible para todos aquellos que lo requieran. (AMADA, 2012, pág. 189)

La esterilización masculina voluntaria o vasectomía, es un procedimiento quirúrgico menor en el que los conductos deferentes, que son los tubos por donde pasan los espermatozoides desde los testículos hasta la uretra, se atan y se cortan para impedir que los espermatozoides se mezclen con el semen. El semen eyaculado que no contiene espermatozoides no puede fecundar el óvulo. Desde el punto de vista técnico, la vasectomía es más segura y más sencilla de realizar que la esterilización femenina y se está utilizando cada vez más en muchos países en desarrollo.

Ventajas

- Segura y sumamente eficaz. La eficacia de la esterilización femenina es del 99,5 por ciento en la prevención del embarazo en un año de uso, y el riesgo de fracaso es de 1,9 por ciento en 10 años de uso.
- La esterilización masculina también es sumamente eficaz, pero un poco menos que la esterilización femenina. No hay que confiar en que la vasectomía proteja contra la concepción antes de que hayan transcurrido 12

semanas o haya habido 20 eyaculaciones después del procedimiento. Entretanto, se debe usar otro método anticonceptivo.

- Puesto que la esterilización es permanente y no requiere ninguna acción por parte del cliente durante el acto sexual, puede ser muy conveniente para quienes ya tienen el número de hijos deseado. Puede producir algunos efectos secundarios menores a corto plazo relacionados con la intervención quirúrgica, pero no produce efectos secundarios a largo plazo.

Desventajas

- El costo inicial puede ser relativamente alto.
- Si los clientes cambian de parecer y deciden tener hijos, las oportunidades de invertir el procedimiento de esterilización son muy limitadas. Menos del 30 por ciento de las mujeres y sólo un pequeño porcentaje de los hombres que piden que se invierta el procedimiento pueden ser operados. Incluso si se dispone de los medios para efectuar la inversión y el cliente es elegible, no se puede garantizar el éxito.
- La tasa de nacidos vivos es de 50 por ciento en las mujeres o los hombres que se han sometido al procedimiento de inversión. Por ser un procedimiento quirúrgico, la esterilización expone a los pacientes a un leve riesgo de complicaciones quirúrgicas, por ejemplo lesión de otros órganos, infección o sangrado. La esterilización femenina y la masculina no protegen contra las ITS, incluida la infección por el VIH.

2.2.6.7 Métodos naturales

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la abstinencia periódica como el método natural con el que se evitan, voluntariamente, las relaciones sexuales de las parejas durante la fase fértil del ciclo sexual, con el fin de evitar un embarazo no buscado. Por ello, se los denomina métodos anticonceptivos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF) o “métodos naturales”. (OMS, 2014)

Los métodos naturales son aquéllos que se basan en el conocimiento de los procesos fisiológicos que dan lugar a la ovulación, y la adaptación de las relaciones sexuales

completas con eyaculación intravaginal a las fases infértiles del ciclo menstrual. Se trata de evitar la concepción sin el uso de fármacos, ni procedimientos mecánicos ni quirúrgicos. Se requiere cierto grado de disciplina en la autoobservación y anotación y un correcto aprendizaje con materiales y personal bien preparado. (Navarro, 2014)

Los métodos naturales requieren el conocimiento por parte de la mujer de sus días fértiles, y que tanto la usuaria del método como la pareja tengan la convicción y la voluntad de abstenerse del coito vaginal durante esos días.

2.2.6.7.1 Método de la temperatura basal

Esta técnica considera que hay un alza térmica post-ovulatoria de aproximadamente 0.5o C por sobre el promedio de fase folicular, la que se produce entre 2 y 3 días después del pico plasmático de LH mientras que la ovulación se produce dentro de las 24 horas que siguen al pico de LH en plasma. (Díaz, 2011, pág. 36)

La temperatura basal del organismo es aquella que existe en situación de mínimo gasto energético, es decir, durante las fases finales del sueño de entre 6 y 8 horas continuadas. Se modifica a lo largo del ciclo en función de la progesterona. Esta hormona eleva entre 4 y 6 décimas de grado la temperatura y la mantiene elevada durante los 12– 14 días que dura la fase lútea.

El método consiste en medir y registrar en un gráfico la temperatura bucal o rectal durante un periodo no inferior a tres meses. El aumento de la temperatura se produce en las 24–48 horas posteriores a la ovulación.

El periodo fértil abarca desde los 7 días anteriores al día en que se espera que aumente la temperatura y los 3 días posteriores al que se produce dicho aumento. La eficacia del método aumenta si no se realiza el coito desde el primer día de la menstruación hasta 4 días después del aumento de la temperatura.

El empleo de este método exige una gran disciplina en la continuidad de la toma.

La temperatura debe medirse a diario por la mañana, a la misma hora, tras un periodo de sueño o descanso continuado al menos de 6-8 horas y sin haberse levantado de la cama. El método de la temperatura corporal basal: las mujeres saben cuándo están fértiles cuando observan el ligero aumento de la temperatura corporal que ocurre justo después de la ovulación.

2.2.6.7.2 Método del moco cervical

La fase estrogénica determina una secreción de moco cervical que va aumentando en cantidad y en filancia y disminuyendo en viscosidad durante la primera mitad del ciclo de la mujer. Una vez que se produce la ovulación se empieza a secretar progesterona y ésta actúa sobre el moco cervical haciendo que se convierta en escaso, pegajoso y turbio. Estos cambios del moco cervical se pueden observar a nivel del introito vulvar.

2.2.6.7.3 Método del ritmo o del calendario o método de Ogino

.

Es la identificación del período fértil, teniendo como base la historia de los ciclos menstruales de la mujer. (Díaz, 2011, pág. 35)

Se basa en fórmulas que calculan de forma teórica los periodos del ciclo de máxima fertilidad. Para ello:

- Se toma nota de la duración de 12 ciclos consecutivos.
- Se resta 18 al ciclo más corto: primer día fértil.
- Se resta 11 al ciclo más largo: último día fértil.
- Se podrá realizar el coito antes del primer día fértil y después del último día fértil.

Su principal inconveniente es que limita mucho las relaciones sexuales. Además precisa de 12 meses de medida del ciclo antes de comenzar a utilizarlo y se considera de escasa eficacia global.

Los métodos basados en el calendario implican llevar la cuenta de los días del ciclo menstrual a fin de identificar el comienzo y la finalización del periodo fértil. La presunción de fertilidad está dada porque la ovulación ocurre, en promedio, entre los días 14 al 16 del ciclo; pero también debe considerarse que los espermatozoides pueden

permanecer en el conducto cervical hasta siete días después de un coito, capacitándose en las criptas cervicales. En tanto, el ovulo tiene capacidad fecundante durante 24 horas.

2.2.6.7.4 Método sintotérmico

(Diaz, 2011) El método sintotérmico utiliza la combinación de todas las técnicas para determinar el periodo fértil (calendario, moco cervical y temperatura basal).

Criterios médicos de elegibilidad para los métodos de abstinencia periódica

Se usan las siguientes categorías:

A= Aceptar: No hay razón médica para negar el método a una mujer en esta circunstancia. La única restricción importante es la situación en que la mujer corre un riesgo inaceptable si se embaraza. En este caso es preciso advertirle que estos métodos no son recomendables por la elevada tasa de fracaso que se observa en el uso habitual. Además, hay condiciones que hacen su uso más complejo en las que se recomienda:

C= Cuidado: En estos casos se requiere cautela y orientación especial para asegurarse que la pareja use el método en forma correcta.

R= Retrasar: El uso debe postergarse hasta que la condición se haya evaluado o corregido. En el intervalo se deben recomendar otros métodos anticonceptivos.

El método permite combinar varios métodos para determinar la fecha de la ovulación: síntomas de la ovulación, temperatura basal, ritmo y método del moco cervical.

Los llamados «síntomas y signos de la ovulación» (presentes sólo en algunas mujeres) son:

- Dolor o peso en el hipogastrio.
- Hinchazón abdominal y mamaria. A veces se prolonga hasta la menstruación.
- Dolor mamario e hipersensibilidad en los pezones.
- Manchado a mitad de ciclo.
- Cambios del carácter: aumento de la irritabilidad.
- Cambios en cérvix: se ablanda y se dilata en el momento preovulatorio.

- El método del moco cervical: las mujeres saben cuándo están fértiles al observar cambios en el aspecto y la textura del moco cervical.
- El método sintotérmico: se combinan varias técnicas para predecir cuándo estará fértil la mujer. Generalmente, este método incluye el monitoreo de los cambios de temperatura y del moco cervical, y puede incluir otros signos de ovulación, por ejemplo sensibilidad anormal mamaria, dolor de espalda, dolor o “pesadez” abdominal, o sangrado intermenstrual leve.

2.2.6.7.5 Método de la amenorrea y la lactancia.

Es un método anticonceptivo usado en los primeros 6 meses de post parto, por mujeres que están con lactancia exclusiva, y en amenorrea. Es el único método considerado natural porque en el post parto, durante el período de lactancia, la mujer tiene en forma natural un período de infertilidad.

ME = Método L = Lactancia = Amamantar A = Amenorrea = Falta de menstruación
(Díaz, 2011, pág. 36)

Se basa en un algoritmo que consiste en tres preguntas a la mujer lactante:

- ¿Es el bebé menor de 6 meses?
- ¿Está la madre en amenorrea?
- ¿El bebé se alimenta completa o casi completamente de leche materna?

El método de amenorrea de la lactancia o MELA, es una opción anticonceptiva temporal para la mujer en el postparto. Para que el MELA sea eficaz, la mujer debe usarlo durante los primeros seis meses de postparto, estar amenorrea y estar amamantando plenamente o casi plenamente. Los estudios han demostrado que el MELA ofrece más del 98 por ciento de protección contra el embarazo siempre y cuando existan esas tres condiciones. Los estudios recientes indican que si una mujer permanece amenorréica y sigue amamantando, el MELA sigue siendo altamente eficaz hasta un período de 12 meses. Se siguen realizando investigaciones en torno a la duración de la eficacia de este método.

2.2.6.7.6 *Abstinencia periódica.*

Los métodos de abstinencia periódica se basan en el reconocimiento de los signos y síntomas asociados a los períodos fisiológicos de fertilidad e infertilidad. La identificación del período fértil (período en el cual se puede iniciar un embarazo) le permite a la mujer/pareja saber cuál es el período en que no deberá tener relaciones sexuales vaginales si quiere evitar un embarazo y usar los períodos infértiles (período en el cual no se puede iniciar un embarazo) para la actividad sexual. (Del Carpio, 2010, pág. 25)

La abstinencia periódica es un método anticonceptivo que las parejas siempre tienen a su disposición y a diferencia de otros métodos, no cuesta nada. La eficacia de la abstinencia periódica se basa en saber cuándo ocurre el período de fertilidad. La mujer se vale de diferentes signos para saber cuándo está fértil y durante ese tiempo, no tiene relaciones sexuales. La abstinencia periódica usa las técnicas siguientes para que las mujeres identifiquen la fase fértil del ciclo menstrual.

El método del calendario o del ritmo: las mujeres usan los ciclos menstruales anteriores para calcular el período en que estarán fértiles. Además de la abstinencia periódica, se puede usar el condón o la anticoncepción de emergencia si la pareja no quiere abstenerse de las relaciones sexuales durante el período de fertilidad.

a. Ventajas

La abstinencia periódica tiene las ventajas de que es controlada por los usuarios, es fácil de usar, es de bajo costo y no produce efectos secundarios ni complicaciones médicas. Las mujeres de cualquier edad pueden usar este método sin ningún peligro, como también las mujeres que por problemas de salud no pueden usar ciertos métodos, por ejemplo los que contienen estrógeno. Sin embargo, la abstinencia periódica requiere destreza y motivación. Los clientes necesitan considerable capacitación para que puedan reconocer los cambios fisiológicos normales que indican el período de fertilidad de la mujer.

b. Desventajas

Entre otras desventajas de la abstinencia periódica figuran las siguientes: Es posible que los signos que las mujeres usan para predecir la fertilidad no sean fiables, ya que pueden ser modificados por factores físicos o emocionales, por ejemplo una enfermedad o estrés, con lo cual se reduce la eficacia. Las tasas de embarazo con el uso perfecto de algunos métodos de abstinencia periódica pueden estar por debajo del tres por ciento, pero la tasa de uso típico es de aproximadamente 20 por ciento durante el primer año. Requiere la participación y cooperación de la pareja para abstenerse, o el uso de un método de barrera, durante los períodos de fertilidad de la mujer. Por lo tanto, la abstinencia periódica no se recomienda a las mujeres que no pueden controlar cuándo van a tener relaciones sexuales y con quién. No protege contra las ITS, incluida la infección por el VIH.

2.2.6.7.7 Coito interrumpido

El coito interrumpido, como la abstinencia periódica, es un método anticonceptivo que las parejas siempre tienen a su disposición, no cuesta nada y no tiene ningún efecto secundario. También conocido como “coitus interruptus”, requiere que el pene se extraiga de la vagina antes de la eyaculación para impedir que haya contacto entre los espermatozoides y el óvulo. La eficacia anticonceptiva es similar a la de los métodos de barrera, con tasas de embarazo de aproximadamente 4 por ciento con el uso perfecto y de por lo menos 19 por ciento con el uso típico durante el primer año. Incluso cuando este método se usa correctamente, todavía hay posibilidades de embarazo ya que el líquido preeyaculatorio puede contener espermatozoides. El uso correcto y sistemático del coito interrumpido requiere que el hombre sea disciplinado y tenga control de sí mismo para que extraiga el pene de la vagina de su compañera antes de la eyaculación.

También debe hacer que la eyaculación no ocurra en los genitales de su compañera. Si vuelve a haber coito, el hombre debe primero lavarse los genitales con agua tibia, con jabón o sin él, y orinar para que no queden espermatozoides en la uretra. Se

debe informar a las parejas que practican el coito interrumpido acerca de la anticoncepción de emergencia como método de respaldo en caso de que algún eyaculado haya entrado en contacto con la vagina. El coito interrumpido no protege contra las ITS, incluida la infección por el VIH. Las lesiones genitales pueden transmitir agentes patógenos de ITS, y el preeyaculado puede contener el VIH.” (MCDS, 2013)

2.2.7 Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. Evita los embarazos no deseados, incluidos los de mujeres de más edad, para quienes los riesgos ligados al embarazo son mayores. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna.

Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos.

2.2.7.1 Reducción de la mortalidad infantil

La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad infantil más elevadas del mundo. Las criaturas cuya madre muere a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar.

2.2.7.2 Prevención de la infección por el VIH y el SIDA

La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de

criaturas infectadas y huérfanas. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH.

2.2.7.3 Poder de decisión y una mejor educación

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos.

2.2.7.4 Disminución del embarazo de adolescentes

Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pretérmino o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad.

2.2.7.5 Menor crecimiento de la población

La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo.” (OMS, 2014).

“Es importante que los servicios de planificación familiar estén ampliamente disponibles y sean de fácil acceso, por medio de parteras y otros agentes de salud capacitados, para toda persona sexualmente activa, en particular los adolescentes. Las parteras están capacitadas para facilitar (en los lugares en que estén autorizadas) los métodos anticonceptivos localmente disponibles y culturalmente aceptables. Otros agentes de salud calificados, por ejemplo, los agentes de salud comunitarios, también pueden facilitar asesoramiento y algunos métodos de planificación familiar, entre ellos

píldoras y preservativos. Para métodos tales como la esterilización, tanto los hombres como las mujeres deben ser remitidos a un médico.” (OMS, 2014)

“El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57.4% en 2014. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2014. En África pasó de 23.6% a 27.64%; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60.9% a un 61%, y en América Latina y el Caribe pasó de 66.7% a 67.0%.

El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización (vasectomía).” (OMS, 2014)

2.2.8 Conocimiento

“Proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. El fin del conocimiento estriba en alcanzar la verdad objetiva. En el proceso del conocimiento, el hombre adquiere saber, se asimila conceptos acerca de los fenómenos reales, va comprendiendo el mundo circundante. Dicho saber se utiliza en la actividad práctica para transformar el mundo, para subordinar la naturaleza a las necesidades del ser humano. El conocimiento y la transformación práctica de la naturaleza y de la sociedad son dos facetas de un mismo proceso histórico, que se condicionan y se penetran recíprocamente.” (Ecured, 2016).

2.2.8.1 Definición

“La definición de conocimiento ha sido trabajada por diferentes autores desde diferentes disciplinas, como por ejemplo la Filosofía, la Psicología, la Gestión empresarial y la Informática; por ejemplo, según Jorge Raúl Díaz Muñante, 2004:

“«*Conocimiento significa entonces apropiarnos de las propiedades y relaciones de las cosas, entender lo que son y lo que no son*»”. El conocimiento puede ser entendido, con relación a Datos e Información, como "información personalizada"; con relación al estado de la mente, como "estado de conocer y comprender"; puede ser definido también como "objetos que son almacenados y manipulados"; "proceso de aplicación de la experiencia"; "condición de acceso a la información y potencial que influye en la acción". El Diccionario filosófico de Rosental&Iudin (1973), acorde al Materialismo dialéctico, define al conocimiento como: “«*el proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica*»” (Ecured, 2016)

2.2.8.2 Objeto del conocimiento

“El objeto del conocimiento es objetivo en sentido de que su contenido es independiente de cada hombre y de la humanidad. En cada caso particular, la elección que hace el hombre de los conocimientos aparentemente puede ser arbitraria y subjetiva, más en último término dicha elección está determinada por las necesidades y el nivel de desarrollo de la práctica social.” (Ecured, 2016)

2.2.8.3 Características

“Según Israel Adrián Núñez Paula (2004), el conocimiento tiene un carácter individual y social; puede ser: personal, grupal y organizacional, ya que cada persona interpreta la información que percibe sobre la base de su experiencia pasada, influida por los grupos a los que perteneció y pertenece. También influyen los patrones de aceptación que forman la cultura de su organización y los valores sociales en los que ha transcurrido su vida. Esto determina que el conocimiento existe, tanto en el plano del hombre como de los grupos y la organización, y que estos se encuentran determinados por su historia y experiencia social concreta.” (Ecured, 2016)

2.2.8.4 Conocimiento a priori y a posteriori

“Las expresiones a priori (en previo a) y a posteriori (en Latín: posterior a), se utilizan para distinguir entre dos tipos de conocimiento: el conocimiento a priori es aquel que, en algún sentido importante, es independiente de la experiencia; mientras que el

conocimiento a posteriori es aquel que, en algún sentido importante, depende de la experiencia.” (Ecured, 2016)

“Tradicionalmente, el conocimiento a priori se asocia con el conocimiento de lo universal y necesario, mientras que el conocimiento a posteriori se asocia con lo particular y contingente. Como la experiencia sensorial en la que generalmente se basan las justificaciones de las proposiciones a posteriori no siempre es confiable, estas proposiciones pueden rehacerse sin caer en contradicciones. Sin embargo, y especialmente a partir del trabajo de Saul Kripke, se debate la posibilidad del conocimiento contingente a priori y el conocimiento necesario a posteriori.” (Ecured, 2016)

2.2.8.5 Conocimiento directo o intuición

“Saber obtenido sin ayuda de la demostración, contemplación inmediata de la verdad, a diferencia del saber discursivo o demostrativo, siempre mediatizado no sólo por los datos de la experiencia, sino, además, por los razonamientos lógicos. En el desarrollo de la teoría del conocimiento se ha establecido la diferenciación entre dos tipos de conocimiento directo: el sensorial y el intelectual (intuición sensorial e intuición intelectual), que en las teorías metafísicas se contraponen de manera tajante uno a otro. Hasta Kant, el conocimiento directo sensorial se consideraba siempre como un saber experimental por su fuente. Kant afirmó que aparte del conocimiento directo de procedencia experimental, existen formas de conocimiento directo sensorial (espacio y tiempo), anteriores a toda experiencia (apriorísticas). Rechazó la posibilidad de la intuición intelectual para la mente humana, si bien la consideraba posible para una mente superior a la del hombre.” (Ecured, 2016)

2.2.9 Estrategia de intervención educativa

Es evidente que el embarazo es consecuencia de las relaciones sexuales pero hay que señalar que el embarazo adolescente es mucho más probable allí donde se les niega la anticoncepción a los jóvenes y donde no se les ofrece información sobre la sexualidad y sus consecuencias. (UNICEF, 2014)

2.2.9.1 Estrategia 1: Prevención primaria

Es la base de la prevención y procura actuar sobre los factores de riesgo que favorecen u originan la aparición del problema. Al analizar las causas del embarazo adolescente, y

conscientes de que hay factores difíciles de modificar (estado socioeconómico), debe proponerse una actuación dirigida a implementar los programas de educación sexual y mejorar la accesibilidad de los jóvenes a los métodos anticonceptivos. (Navarro, 2014)

2.2.9.2 Estrategia 2: Programas de Educación Sexual

Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas haciendo dejación de su derecho y deber de educar, en materia de sexualidad, a sus hijos. La consecuencia de este hecho es que hasta el 57% de los padres no hablan de temas de sexualidad con sus hijos y que hasta el 50% de éstos obtienen información sobre esta materia de sus amigos o medios de comunicación. (Navarro, 2014)

La sociedad, en su conjunto, puede tener derecho a preservar unos valores éticos y culturales que le han sido transmitidos y considere que no debe facilitar información a los jóvenes, creyendo que los adolescentes no deben tener relaciones sexuales y, por ello, no necesitan información o bien que la información pueda suponer un aliento a mantener relaciones sexuales. Las actitudes de ciertas sociedades modernas han demostrado lo erróneo de esta presunción poniendo de manifiesto que el fenómeno habitual es el contrario: a mayor educación e información sexual menor tasa de embarazo adolescente.

2.2.9.3 Estrategia 3: Educación Sexual en las escuelas.

Otras experiencias similares llevadas a cabo en países como EEUU han demostrado que el hecho de proporcionar consejo anticonceptivo a los jóvenes no parece promocionar, de forma significativa, el inicio de las relaciones sexuales entre los no activos, si bien aumenta, significativamente, el empleo de métodos anticonceptivos entre los sexualmente activos.

2.2.9.4 Estrategia 4: Mejora de la accesibilidad a los métodos anticonceptivos

Esta debe ser una responsabilidad que asumamos los profesionales sanitarios considerando, además, que no es suficiente con prescribir un determinado método sino que también, hay que dialogar e informar, faceta en la que los jóvenes no encuentran la respuesta esperada para sus necesidades. Los servicios tradicionales de Planificación Familiar han jugado un importante papel en la prevención del embarazo adolescente,

pero todavía queda mucho por hacer. Debemos innovar estos servicios, para reducir el impacto social desfavorable de la fertilidad adolescente, dotándolos de nuevas estrategias de captación, relación y responsabilidad. (Castro, Peniche, & Peña, 2012)

2.2.9.5 Estrategia 5: Prevención secundaria

El embarazo adolescente necesita una mayor atención sanitaria para prevenir y tratar las incidencias que lo complican haciendo especial énfasis en los programas de Educación Sanitaria, puesto que se ha demostrado que las jóvenes embarazadas acogidas en los programas de Educación Prenatal presentan una menor incidencia de morbi- mortalidad, materna y perinatal y utilizan más los métodos anticonceptivos después del parto.

2.2.9.6 Estrategia 6: Prevención Terciaria

Es responsabilidad de la Administración proveer y garantizar los recursos necesarios a las madres adolescentes para que las repercusiones, a corto, medio y largo plazo, de su maternidad sean lo menos graves posibles. Son necesarias políticas comunitarias de acogida a estas madres que posibiliten la continuación de sus estudios y formación, de forma que alcancen el desarrollo socioeconómico que les corresponde. La mejora de las condiciones socioeconómicas es uno de los caminos más importantes para resolver este espinoso problema.

2.2.9.7 Elementos de la Estrategia de Intervención

En la elaboración de la estrategia de intervención deben estar presentes los siguientes elementos:

- Existencia de insatisfacciones respecto a los fenómenos, objetos o procesos en un contexto; diagnóstico de la situación actual, qué es lo que se necesita intervenir.
- Definición de la misión, referida a delimitar, qué se debe hacer.
- Planteamiento de objetivos, cuáles son los propósitos de la intervención.
- Establecimiento de las metas, es importante por cuatro razones: proporcionan un sentido de dirección, y la organización del sistema refuerza su motivación y encuentran una fuente de inspiración para rebasar los inevitables obstáculos que encuentran; permiten enfocar los esfuerzos e integrar las acciones; guían la planificación de las actividades y ayudan a evaluar el progreso.

- Análisis del ambiente, facilita la identificación de cuáles aspectos del ambiente ejercerán influencia para alcanzar los objetivos, así mismo permite descubrir cuáles son las oportunidades disponibles para la organización y las amenazas que enfrentan.

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de la investigación se realizó una investigación aplicada (Artiles, 2008), descriptiva, correlacional, de corte transversal

3.2 Localización y temporalización: Comunidades San Francisco de La Providencia y San José de Tanquis de la parroquia Columbe, pertenecientes al Distrito Colta - Guamote, Provincia Chimborazo, en el período comprendido enero – junio 2016.

3.3 Población de estudio: La población de estudio estuvo constituida por las mujeres en edad fértil de San Francisco la Providencia 50 y San José de Tanquis 20. Se trabajó con el universo de 70 mujeres.

Criterios de inclusión:

- ♦ Estar comprendida en el grupo mujeres de 15-49 años de edad.
- ♦ Dar su consentimiento informado para participar en este estudio, en el caso de las menores de edad, tener la aprobación de los padres o representantes.
- ♦ Residir en la comunidad San Francisco La Providencia y Tanquis al momento del estudio.

Criterios de exclusión:

- ♦ Mujeres histerectomizadas.
- ♦ Presentar enfermedad invalidante y/o discapacidad mental

3.4 Variables de estudio

3.4.1 Identificación

Variable dependiente: conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

Variables independientes: edad, estado civil, nivel de instrucción y ocupación

3.4.2 Operacionalización

Ver ANEXO B

3.5 Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la entrevista por parte del investigador. Como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario diseñado por el investigador, que sometido a la consideración de expertos y pilotaje de prueba con veinte 20 mujeres con características similares a las del grupo de estudio y que no formaron parte de la investigación, con el objetivo de valorar su inteligibilidad y aceptación. (ANEXO A)

3.5.1 Características del instrumento

El cuestionario estuvo estructurado en partes, una parte inicial que recogió datos sobre variables sociodemográficas y otra que contempló un test de conocimientos. El conocimiento sobre métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años, fue evaluado por cada dimensión y de forma general, mediante ítems de opción múltiple, donde se consideró una sola alternativa correcta. El sistema de puntuación que fue empleado es el simple, a través de la sumatoria de respuestas correctas, calificándolo como: conocimiento satisfactorio cuando respondió correctamente el 60 % o más de los ítems realizados y no satisfactorios cuando respondió correctamente menos del 60 % de los ítems realizados.

3.5.1.1 Validación del instrumento

Para comprobar la validez de apariencia y contenido se consultaron expertos, escogidos teniendo en consideración la experiencia profesional e investigativa, con conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Se seleccionaron jueces expertos, todos docentes universitarios.

Por medio de un formulario, se les solicitó la valoración de cada ítem utilizando como guía los criterios de Moriyama (1968), el examen de la estructura básica del instrumento, el número y alcance de las preguntas; y adicionar cualquier otro aspecto que en su experiencia fuera importante. Los criterios para la valoración fueron:

Comprensible: se refiere a que el encuestado entienda qué se le pregunta en el ítem.

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 obtuvieron calificación de mucho por menos del 70 % de los expertos. Esos ítems fueron 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 con 20 mujeres con características similares a las del grupo de estudio y que no formaron parte de la investigación.

3.6 Estrategia de intervención educativa.

Para la presentación de la estrategia de intervención educativa se partió de plantear los fundamentos teóricos y metodológicos que le servirán de base y de un diagnóstico educativo, el cual justificó el propósito de modificar la situación actual para incrementar el conocimientos y las habilidades fundamentales de los sujetos de investigación para el abordaje del tema (conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en las mujeres de 15 a 49 años de edad de las Comunidades San Francisco de La Providencia y San José de Tanquis) logrando modificaciones en sus actitudes y las prácticas de autocuidado asumidas.

La propuesta de metodología para la estrategia de intervención educativa se estableció a partir de tres momentos:

1. Fase de introducción. Fundamentación y justificación, diagnóstico y análisis de los problemas y de las necesidades.

- Se establece el contexto y ubicación de la problemática a resolver, ideas y puntos de partida que fundamentan la estrategia
- Información sobre la situación cultural e informativa relativa a conocimientos, actitudes y motivaciones de los sujetos y demás necesidades de aprendizaje.

- Definición de los riesgos y situaciones de malestar respecto al tema de acuerdo con las informaciones halladas.

2. Fase de programación. Diseño de la estrategia

- Definición de los objetivos a corto, medio y largo plazo que permiten la transformación del sujeto desde su estado real hasta el estado deseado.

- Elección de la metodología de actuación en relación a los objetivos definidos y a las condiciones presentes, a través de acciones, métodos, medios y recursos a través de los cuales es posible introducir conocimientos y experiencias dirigidos a modificar actitudes y comportamientos de forma consciente y duradera cumpliendo los objetivos.

- Explicar cómo se aplicará, bajo qué condiciones, durante qué tiempo, responsables, participantes.

- Fomentar procesos de comunicación destinados a reducir factores de riesgo y a potenciar aquellas situaciones que producen bienestar y salud de forma sostenible.

- Evaluación de los procesos y actividades valoración de los resultados.

La estrategia de intervención educativa está constituida por un conjunto de técnicas educativas, afectivo-participativas, de educación para la salud, sociométricas, de afrontamiento, estrategias multimodales, incluyendo técnicas de corte terapéutico con énfasis en la consideración de las particularidades de los sujetos.

Los temas seleccionados se agrupan por sesiones, que responden a los resultados obtenidos en el diagnóstico educativo. La evaluación de la estrategia educativa se realizara de tres formas: para la evaluación de los resultados se aplicara el mismo cuestionario utilizado en el diagnóstico, para la evaluación de las actividades emplearemos la técnica del PNI que consiste en que los participantes expresan su criterio sobre lo positivo, lo negativo y lo interesante al finalizar cada tema y para las evaluaciones del proceso se aplicara una encuesta que incluirá los aspectos relacionados con el análisis y cumplimiento de los objetivos propuestos, el cumplimiento de la planificación(cronograma y tareas previstas para cada fase), adecuado uso de los recursos y técnicas empleadas. El currículo de la estrategia de intervención educativa aparece en el anexo número 3.

3.7 Procedimientos

La investigación fue dividida en varias etapas: en una primera se estableció la comunicación con los participantes, los cuales recibieron una breve explicación sobre la naturaleza del estudio, su importancia y las consideraciones éticas con que se manejarán

los datos, protegiendo sus identidades, lo que quedó validado a través del consentimiento informado obtenido de las mujeres sujetos de la investigación.

Inicialmente se estableció comunicación con los participantes, los cuales recibieron una breve explicación sobre la naturaleza del estudio, lo que quedo validado a través del consentimiento informado.

Con la aplicación del cuestionario se caracterizó al grupo de estudio que dio salida al primer objetivo específico y se determinó el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años que dio salida al segundo objetivo específico.

Se procedió a identificar la posible relación entre el conocimiento y las variables sociodemográficas seleccionadas sobre los métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años, que dio salida al segundo objetivo específico.

Para dar salida al tercer objetivo específico, a partir de los resultados obtenidos se diseñó una estrategia de intervención educativa sobre los métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años, que incluyó acciones de información, educación y comunicación, así como sus indicadores de ejecución e impacto.

3.8 Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos se incluyeron en una base de datos creada al efecto. La descripción de los resultados se hizo utilizando porcentajes y medias. Los datos fueron analizados con SPSS22 y para la comparación entre los grupos se utilizó la prueba del chi-cuadrado. El nivel de significancia fue de 5% ($p < 0.05$).

Los resultados se reflejarán en tablas y gráficos para su mejor representación y comprensión.

3.9 Aspectos éticos

Previo a la realización de la investigación se explicó a los participantes los objetivos del estudio y se solicitó la autorización a través de un formulario de consentimiento informado. Se aplicó los principios éticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia.

Se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio y la información obtenida fue utilizada con fines científicos de acuerdo a los postulados éticos de la convención de Helsinki. El anteproyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Ministerio de Salud Pública. (ANEXO C)

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados y discusión

En la tabla número uno se presenta la distribución en cuanto a las variables sociodemográficas, en nuestro estudio predominó las mujeres del grupo de edad de 15 a 24 años 27 (38,6), enseñanza básica 30 (42,9%), las casadas 33 (47,1%), las amas de casas 50 (71,4%) y las que no tienen hijos 17 (24,3 %).

En una investigación reciente (Bermeo & Cazho, 2016) se encontró que el grupo etario mayoritario está conformado por jóvenes 15-24 años 47%, instrucción básica 65,8 %, solteras 41,1 %, obreras agrícolas 34,5% y número de hijos de uno a dos 35,5%, las dos primeras variables se corresponde con nuestro estudio no así el estado civil, ocupación y el número de hijos que en el nuestro prevalecieron las casadas 47,1 %, las amas de casa 71,4 % y las que no tienen hijos 24,3%. Otro estudio realizado en Perú coincide con el nuestro (Coronado & Pérez, 2014) en cuanto al estado civil, las casadas 34,5% y la escolaridad básica 45,9%.

En Guatemala en un estudio similar al nuestro (Chávez, 2011) los resultados encontrados fueron coinciden con los nuestro en cuanto al grupo de edad 55% de 15 a 25 años, casadas 61%, escolaridad básica 40% y amas de casa 92%.

Tabla 1-4. Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas, San Francisco la Providencia- Tanquis, enero - junio 2016

Variables sociodemográficas	N = 70	
	N°	%
Grupo de Edades		
15 a 24 años	27	28,6
25 a 34 años	25	35,7
35 a 44 años	18	25,7
Nivel de Instrucción		
Básica sin terminar	28	40,0
Básica	30	42,9
Bachiller	12	17,1
Estado civil		
Casada	33	47,1
Soltera	18	25,7
Unión libre	18	25,7
Divorciada	1	1,4
Ocupación		
Ama de casa	50	71,4
Estudiante	16	22,9
Trabajadora	4	5,7
Número de hijos		
No tiene hijos	17	24,3
Un hijo	14	20,0
Dos hijos	15	21,4
Tres hijos	15	21,4
Cuatro o más hijos	9	12,9

La vía de la información a través de la cual conocieron acerca de los métodos anticonceptivos está representada en la tabla número 2. En la misma se puede evidenciar que el personal de salud fue el de mayor porcentaje con un 42,9 %.

En 2016, Bermeo y Cazho estudiaron el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y encontraron que la información las mujeres la obtuvieron en su mayor porcentaje 37,5 a través del personal médico, estos resultados son similares a los encontrados en nuestro estudio personal médico 42,9 %.

No coincidiendo nuestro estudio, con uno realizado en Perú (Carmona, 2008) donde la información se adquirió por la vía de los amigos 42, 0 % y otro realizado en la provincia de Ambato (González, 2015) en el cual los profesores representaron el mayor porcentaje a través del cual adquirieron la información las mujeres en edad fértil con un 36%.

En nuestro estudio el personal de salud presento mayor porcentaje porque a nuestro entender con el trabajo realizado en estos casi tres años por nosotros a través de las visitas a los hogares, las charlas educativas, etcétera hemos aportado información a la población.

Tabla 2.4 Mujeres de 15 a 49 años según vías de información. San Francisco la Providencia- Tanquis, enero - junio 2016

Vías de información	N=70	
	Nº	%
Personal de Salud	30	42,9
Familiares	27	38,6
Profesores	21	30,0
Medios de comunicación	7	10,0
Amigos/as	1	1,4

En la tabla número 3 se evidencia el conocimiento que poseen las mujeres en edad fértil acerca de los métodos anticonceptivos, en la cual predomina el conocimiento no satisfactorio en un 62,9 porcentaje.

Estos resultados coinciden con los encontrados en una intervención educativa realizada en costa rica (Posada & Mora, 2015) se encontró que el conocimiento del grupo de estudio sobre los métodos anticonceptivos son deficientes para un porcentaje del 57, 3.

Coronada (2014) encontró que el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos eran regulares 40,23% y deficientes en un 34,48 %.

En un informe del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC, 2006), se concluye que el conocimiento de las mujeres ecuatorianas sobre los métodos anticonceptivos es de un 92,5 %, no existiendo coincidencia con nuestro estudio.

Tabla 3.4 Mujeres de 15 a 49 años según conocimiento sobre los métodos anticoncepción. San Francisco la Providencia- Tanquis, enero - junio 2016.

Conocimiento	Nº	%
No satisfactorio	44	62,9
Satisfactorio	26	37,1
Total	70	100,0

En la presentación de los datos relativo a la distribución de las mujeres en edad fértil y las dimensiones del conocimiento sobre los métodos anticonceptivos aparecen en la tabla número 4. En la misma se evidencia que en tres dimensiones del conocimiento es no satisfactorio y en una de ellas, las ventajas el 100,0% no conocen acerca de ella.

En un estudio realizado en Guatemala (Chávez, 2011) se analizó la dimensión efectos adversos de los métodos anticonceptivos donde el grupo de estudio no conocía acerca de los mismos 67%, estos resultados fueron similares a los nuestro donde encontramos que el 77,1% el conocimiento era no satisfactorio. Acerca de las otras dimensiones que se analiza en la tabla no encontramos estudios que trataran las mismas.

Tabla 4.4 Mujeres de 15 a 49 años según dimensiones del conocimiento sobre los métodos de anticoncepción. San Francisco la Providencia- Tanquis, enero - junio 2016

Dimensiones	N= 70			
	No satisfactorio		Satisfactorio	
	Nº	%	Nº	%
Concepto	28	40,0	42	60,0
Tipos	41	58,6	29	41,4
Ventajas	70	100,0	0	0,0
Efectos adversos	54	77,1	16	22,9

La presentación de los datos relativos a la correlación entre las variables sociodemográficas y el conocimiento de las mujeres en edad fértil acerca de los métodos anticonceptivos aparece en la tabla 5. En ella se aprecia que solamente existe correlación entre la ocupación y el conocimiento con un nivel de significancia $<0,05$, valor de P de 0,01.

No existen estudios correlacionales semejantes al nuestro con los cuales podamos establecer una comparación de sus resultados con los nuestros.

Tabla 5.4 Mujeres de 15 a 49 años según relación entre las variables sociodemográficas y conocimiento sobre métodos anticonceptivos. San Francisco la Providencia- Tanquis, enero - junio 2016

Variables socio-demográficas	Conocimiento						p
	No satisfactorio		Satisfactorio		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Edad							
15 a 24 años	18	40,9	9	34,6	27	38,6	0,63
25 a 34 años	14	31,8	9	34,6	23	32,9	
35 a 44 años	12	27,3	8	30,8	20	28,5	
Nivel de instrucción							
Básica si terminar	19	43,2	9	34,6	28	40,0	0,18
Básica	20	45,4	10	38,5	30	42,9	
Bachiller	5	11,4	7	26,9	12	17,1	
Estado civil							
Casada	21	47,7	12	46,1	33	47,1	0,88
Unión libre	14	31,8	4	15,4	18	25,7	
Soltera	8	18,2	10	38,5	18	25,7	
Divorciada	1	2,3	0	0,0	1	1,5	
Ocupación							
Ama de casa	38	86,4	12	46,2	50	71,4	0,01
Estudiante	6	13,6	10	38,5	16	22,9	
Trabajadora	0	0,0	4	15,3	4	5,7	
Número de hijos							
No tiene hijos	8	18,2	9	34,6	17	24,3	0,79
Un hijo	8	18,2	6	23,1	14	20,0	
Dos hijos	10	22,7	5	19,2	15	21,4	
Tres hijos	11	25,0	4	15,4	15	21,4	
Cuatro o más hijos	7	15,9	2	7,7	9	12,9	

La presentación de los datos relativos a la correlación entre las variables sociodemográficas y la dimensión concepto de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil aparece en la tabla 6. En ella se aprecia que no existe correlación entre esta dimensión y las variables sociodemográficas.

En las bibliografías revisadas no se encontraron estudios donde se correlacionaran dichas variables.

Tabla 6.4 Mujeres de 15 a 49 años según relación entre las variables sociodemográficas y dimensión concepto de métodos anticonceptivos. San Francisco la Providencia- Tanquis, enero - junio 2016

Variables socio-demográficas	Concepto						p
	No satisfactorio		Satisfactorio		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Edad							
15 – 24 años	14	50,0	13	31,0	27	38,6	0,16
25 – 34 años	8	28,6	15	35,7	23	32,9	
35 – 44 años	6	21,4	14	33,3	20	28,6	
Nivel de instrucción							
Básica si terminar	11	39,3	17	40,4	28	40,0	0,84
Básica	13	46,4	17	40,4	30	42,9	
Bachiller	4	14,3	8	19,1	12	17,1	
Estado civil							
Casada	7	25,0	11	26,2	18	25,7	0,66
Unión libre	14	50,0	19	45,2	33	47,1	
Soltera	7	25,0	11	26,2	18	25,7	
Divorciada	0	0,0	1	2,4	1	1,4	
Ocupación							
Ama de casa	21	75,0	29	69,0	50	71,4	0,51
Estudiante	6	21,3	10	23,9	16	22,9	
Trabajadora	1	3,7	3	7,1	4	5,7	
Número de hijos							
No tiene hijos	8	28,6	9	21,2	17	24,3	0,38
Un hijo	4	14,3	10	23,9	14	20,0	
Dos hijos	9	32,1	6	14,3	15	21,4	
Tres hijos	5	17,9	10	23,9	15	21,4	
Cuatro o más hijos	2	7,1	7	16,7	9	12,9	

La presentación de los datos relativos a la correlación entre las variables sociodemográficas y la dimensión tipos de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil aparece en la tabla 7. En ella se aprecia que solamente existe correlación entre el nivel de instrucción y el conocimiento acerca de los tipos de métodos anticonceptivos con un nivel de significancia $<0,05$, valor de P de 0,03.

En las bibliografías revisadas no se encontraron estudios donde se correlacionaran dichas variables.

Tabla 7.4 Mujeres de 15 a 49 años según relación entre las variables sociodemográficas y dimensión tipos de métodos anticonceptivos. San Francisco la Providencia- Tanquis, enero - junio 2016

Variables socio-demográficas	Tipos métodos anticonceptivos						p
	No satisfactorio		Satisfactorio		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Edad							
15 a 24 años	17	41,5	10	34,5	27	38,6	0,89
25 a 34 años	13	31,7	10	34,5	23	32,9	
35 a 44 años	11	26,8	9	31,0	20	28,5	
Nivel de instrucción							
Básica sin terminar	18	43,9	10	34,5	28	40,0	0,08
Básica	20	48,8	10	34,5	30	42,9	
Bachiller	3	7,3	9	31,0	12	17,1	
Estado civil							
Casada	11	26,9	7	24,1	33	47,1	0,85
Unión libre	19	46,3	14	48,3	18	25,7	
Soltera	10	24,4	8	27,6	18	25,7	
Divorciada	1	2,4	0	0,0	1	1,5	
Ocupación							
Ama de casa	32	78,1	18	62,1	50	71,4	0,03
Estudiante	8	19,5	8	27,6	16	22,9	
Trabajadora	1	2,4	3	10,3	4	5,7	
Número de hijos							
No tiene hijos	11	26,8	6	20,7	17	24,3	0,62
Un hijo	4	9,8	10	34,5	14	20,0	
Dos hijos	12	29,3	3	10,3	15	21,4	
Tres hijos	8	19,5	7	24,2	15	21,4	
Cuatro o más hijos	6	14,6	3	10,3	9	12,9	

En la tabla 8 se muestran los datos relativos a la correlación entre las variables sociodemográficas y la dimensión efectos adversos de los métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil. En ella se aprecia que no existe correlación entre la dimensión efectos adversos y las variables sociodemográficas.

En la bibliografía consultada no se encontró ningún estudio que coincida, o que no coincida sobre métodos anticonceptivos en el cual exista una correlación entre la dimensión efectos adversos y las variables sociodemográficas.

Tabla 8. Mujeres de 15 a 49 años según relación entre las variables sociodemográficas y dimensión efectos adversos. San Francisco la Providencia-Tanquis, enero - junio 2016

Variables socio-demográficas	Efectos adversos						p
	No satisfactorio		Satisfactorio		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Edad							
15 a 24 años	23	42,6	4	25,0	27	38,6	0,16
25 a 34 años	17	31,5	6	37,5	23	32,9	
35 a 44 años	14	25,9	6	37,5	20	28,6	
Nivel de instrucción							
Básica sin terminar	23	42,6	5	31,3	28	40,0	0,30
Básica	23	42,6	7	43,7	30	42,9	
Bachiller	8	14,8	4	25,0	12	17,1	
Estado civil							
Casada	15	27,8	3	18,8	18	25,7	0,31
Unión libre	24	44,4	9	56,2	33	47,2	
Soltera	15	27,8	3	18,8	18	25,7	
Divorciada	0	0,0	1	6,2	1	1,4	
Ocupación							
Ama de casa	39	72,2	11	68,8	50	71,4	0,46
Estudiante	13	24,1	3	18,7	16	22,9	
Trabajadora	2	3,7	2	12,5	4	5,7	
Número de hijos							
No tiene hijos	15	27,778	2	12,500	17	24,3	0,48
Un hijo	9	16,667	5	31,250	14	20,0	
Dos hijos	13	24,074	2	12,500	15	21,4	
Tres hijos	10	18,519	5	31,250	15	21,4	
Cuatro o más hijos	7	12,963	2	12,500	9	12,9	

CAPITULO V

5. PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE INTERVENCION EDUCATIVA.

5.1 Fundamentos:

La estrategia de intervención educativa se fundamenta desde una perspectiva filosófica, sociológica y psicológica las cuales se articulan para sustentarla. Desde una perspectiva filosófica se considera la práctica social como punto de partida, se concibe al hombre como un ser de naturaleza social, que se desarrolla según las relaciones dialécticas que establece con la realidad que le rodea como parte del sistema naturaleza-hombre-sociedad. Desde una perspectiva sociológica se concibe al individuo como históricamente condicionado, producto del propio desarrollo de la cultura que él mismo ha creado conduce a abordar la relación que existe entre la educación, cultura y sociedad: la sociedad como depositaria de toda la experiencia histórico-cultural y la educación como medio y producto de la sociedad y su transformación. Desde una perspectiva psicológica el enfoque histórico cultural del desarrollo humano, asume que el fin de la educación es la transformación del hombre y la cultura en su interrelación dialéctica: el hombre se educa a partir de la cultura creada y a la vez la desarrolla, y que necesariamente responde a las exigencias de la sociedad en cada momento histórico.

La estrategia se incluye desde la epistemología pedagógica de este tipo de intervención en el paradigma sociocrítico donde el diseño respeta y valoriza tanto el papel del salubrista como al sujeto en el medio en que ambos se desarrollan, preconcebe un protagonismo integral y dialectico donde no se entiende la intervención en salud sin un rol activo de los actores sociales, manteniendo la autoreflexión crítica en los procesos de conocimiento lo que demanda una racionalidad sustantiva que incluya los juicios, los valores y los intereses de la sociedad, su objetivo es la transformación de la estructura de las relaciones sociales dando respuesta a los problemas generados por ellas y teniendo en cuenta la capacidades activas y reflexivas de los propios integrantes de la comunidad el conocimiento y la comprensión de la realidad como praxis, la vinculación de la teoría con la práctica, integrando conocimiento, acción y valores; la orientación del conocimiento hacia la emancipación y liberación del ser humano, y su propuesta de

integración de todos los participantes, incluido el investigador, en procesos de autorreflexión y de toma de decisiones consensuadas.

Se asume que el tema sobre el conocimiento no satisfactorio sobre los métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en las comunidades de San Francisco de Providencia y San José de Tanquis, Cumbura, hoy es un importante problema de salud, de causa multifactorial, que afecta a todo el mundo, todo lo cual hace que múltiples profesionales de la salud en el ámbito internacional y de nuestro país en particular, centren sus proyectos investigativos en buscarle solución a esta problemática. “Más de 222 millones de mujeres de países en vías de desarrollo desearían evitar embarazos no planificados, sin embargo no usan ningún método anticonceptivo moderno.” (IPPF European Network, 2012) Ello se debe a que en muchos casos los suministros y servicios de planificación familiar necesarios no se encuentran disponibles, están fuera de su alcance o lo que es peor las mujeres no tienen conocimiento de su uso o los envuelven mitos que les impiden utilizarlos.

“La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto”. (OMS, 2014). “El Estado ecuatoriano plantea reducir en un 15% la tasa de fecundidad entre 15 y 19 años para el 2030, según el Plan del Buen Vivir y desde el 2012 ejecuta la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, a fin de disminuir los embarazos en este grupo. Del total de nacimientos en el 2013, más del 20% correspondieron a menores de 19 años, según el INEC. En el 2007 el porcentaje era del 18,9%.” (ENSANUT, 2012)

Por lo que la falta de educación adecuada, los niveles de pobreza, el deficiente conocimiento de métodos de planificación familiar, los riesgos que pudieran presentarse por causa de un embarazo, la inequidad de género existente en las poblaciones indígenas, hacen que el desarrollo personal de las mujeres se vea comprometido, lo que ofrece un oscuro panorama de desarrollo de la familia. Es así que en las visitas domiciliarias programadas por el posgradista en Medicina Familiar y Comunitaria, durante la actividad extramural, en los intercambios realizados con las mujeres, familias y líderes comunitarios, se evidenció el bajo conocimiento en métodos anticonceptivos.

Una vez que se realizó el análisis de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos investigativos propuestos se pudo conformar un diagnóstico de la situación inicial.

5.2 Diagnóstico educativo:

Problema de salud que va a ser sujeto a una intervención es el conocimiento no satisfactorio de los métodos anticonceptivos en las comunidades de San Francisco la Providencia y San José de Tanquis, Columbe , La población que se intervino, fueron las mujeres en edad fértil, de las comunidades San Francisco la Providencia 5 y San José de Tanquis 20, más de la mitad son riesgo preconcepcional no controlados, y una estructura poblacional muy joven, la política de salud reproductiva no significa restringir los nacimientos, sino una actuación consciente con un alto sentido de responsabilidad que significa tener hijos deseados y que nazcan en condiciones apropiadas, el insuficiente conocimiento en salud reproductiva, frecuente en estas poblaciones rurales y pobres, la más vulnerable ante las diversas problemáticas de salud y condiciones de vida, constituye un problema para el programa materno - infantil. Se propone realizar un diseño de propuesta de una estrategia de intervención educativa en este grupo de mujeres con el objetivo de mejorar el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y tener un mejor control del riesgo preconcepcional como de los embarazos de alto riesgo para de esta forma disminuir la morbilidad materna.

5.3 Objetivos

Objetivo general: Educar en conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil de las comunidades de San Francisco la Providencia y San José de Tanquis.

Objetivos específicos:

- Explicar la importancia del uso de los métodos anticonceptivos para lograr un buen control de riesgo preconcepcional.
- Identificar los principales métodos anticonceptivos que son utilizados para la planificación familiar en la Atención Primaria de Salud.

- Elevar el conocimiento relacionado con las ventajas que proporciona cada método anticonceptivo.
- Reconocer cuáles son los principales efectos adversos de los métodos anticonceptivos.

5.4 Límites:

La estrategia se aplicara durante 5 semanas, el grupo de investigación será dividido en 4 grupos, dos de 18 y dos de 17 personas, cada tema se impartirá de forma semanal con cuatro encuentros acerca del mismo.

El espacio en el que se va a actuar es el salón múltiple del Centro de Salud Columbe tipo A. Con un universo de 70 mujeres, que van a ser beneficiaria del programa educativo, integrados por amas de casa, trabajadoras y estudiantes.

5.5 Estrategia:

El diseño se realizó siguiendo los elementos señalados en la propuesta de la OPS. Está conformada con acciones de tipo instructivo-educativas a cumplir, teniendo en cuenta la forma organizativa de la enseñanza, los responsables, participantes, el periodo de cumplimiento y forma de evaluación, que finalizó con orientaciones generales para el cumplimiento de la misma.

Se seguirá una metodología activa de enseñanza lo que promoverá el desarrollo de capacidades individuales y grupales, el trabajo independiente, la participación activa, consciente y creadora de todos los participantes. Además se tendrá en cuenta el lugar de la reunión accesible y adecuada para todos, así como la fecha y hora se establecerá de mutuo acuerdo.

Las formas organizativas docentes que serán empleadas son tipo curso taller: conferencia interactiva, talleres, multimedia, discusiones grupales demostraciones y video debates. Los contenidos se presentaran de forma amena, sencilla, sin dejar de incluir todos los elementos necesarios para su comprensión y destacando las variantes que refuerzan los contenidos principales, estimulando además la realización de preguntas para evacuar las dudas existentes o profundizar en algunos aspectos, se establecerán permanentemente vínculos con la práctica y las nociones culturales de los participantes a través de “aprender haciendo”, incidiendo en la motivación de los

individuos para lograr un cambio de actitud. El material didáctico a emplear será diapositivas, rotafolios, láminas, carteles, papelografo y computadoras, se utilizarán técnicas que permitan actuar en los niveles cognitivo, afectivo y conductual de los individuos.

5.6 Actividades:

Se seleccionaron y organizaron, en función de los objetivos, coordinando los recursos, los contenidos, con el tipo de mensaje, seleccionando adecuadamente las técnicas, los espacios y los medios en función de los posibles sujetos del proceso educativo; de acuerdo a los avances y propuestas metodológicas de la pedagogía contemporánea:

Temas a tratar:

1. Introducción y generalidades sobre los métodos anticonceptivos.
2. Importancia del uso de los métodos anticonceptivos para lograr un buen control de riesgo preconcepcional.
3. Principales métodos anticonceptivos, clasificación, métodos anticonceptivos más utilizados para la planificación familiar en la Atención Primaria de Salud.
4. Ventajas y efectos adversos de los diferentes métodos anticonceptivos.
5. Recapitulación, Conclusiones sobre los métodos anticonceptivos y evaluación final.

Recursos:

Humanos: Posgradista.

Materiales: salón múltiple del centro de salud Columbe tipo A, una computadora, un infocus, 500 hojas de papel, una pizarra, 80 esferos, 5 marcadores.

5.7 Cronograma:

Se establece en función de los objetivos, de las actividades programadas sin perder de vista el problema a solucionar.

Temas		Semanas				
		1	2	3	4	5
1	Introducción y generalidades sobre los métodos anticonceptivos.	C				
2	Importancia del uso de los métodos anticonceptivos para lograr un buen control de riesgo preconcepcional.		T			
3	Principales métodos anticonceptivos, clasificación, métodos anticonceptivos más utilizados para la planificación familiar en la Atención Primaria de Salud			T/ VD		
4	Ventajas y efectos adversos de los diferentes métodos anticonceptivos.				T	
5	Recapitulación, Conclusiones sobre los métodos anticonceptivos y evaluación final.					T

5.8 Evaluación.

Evaluación de resultados: se realizará tipo test - retest, utilizando el mismo instrumento con el cual se realizó el diagnóstico inicial. Se aplicará 15 días después de terminado el curso taller.

Evaluación de actividades: se realizará al final de cada sección mediante la técnica PNI (lo positivo, lo negativo y lo interesante) de Edward de Bono, lo que nos ayudará a analizar los aspectos positivos, negativos e interesantes de los temas.

Evaluación de proceso: se realizará en el último encuentro del curso taller, se aplicará una encuesta que incluirá los aspectos relacionados con el análisis y cumplimiento de

los objetivos propuestos, el cumplimiento de la planificación (cronograma y tareas previstas para cada fase), adecuado uso de los recursos y técnicas empleadas.

5.9 Presentación del programa

Para el desarrollo del programa se prevé cinco encuentros, con una periodicidad semanal, pueden desarrollarse en cuatro sesiones de varias horas de duración (entre 1 y 2 horas cada sesión) en dependencia de la complejidad y extensión de los objetivos a lograr.

Se utilizarán métodos activos que propicien el protagonismo, la toma de decisiones y el compromiso con la tarea, por lo que deben emplear situaciones dilemáticas y asignarse roles y tareas individuales y grupales, propiciando la aceptación de la diversidad y del criterio ajeno (alteridad) en un ambiente de fraternidad, se estimula la actividad creadora y la independencia, que promuevan a los participantes a presentar sus ejercicios con iniciativas, sugiriéndose aplicar técnicas de animación para restablecer la capacidad de trabajo y la atención.

Los estilos de comunicación utilizados por el coordinador, deben estar orientados hacia la participación social, la cual se considera fundamental para los procesos de desarrollo comunitario y en la atención primaria de salud, es un requisito previo esencial para que los individuos y las familias asuman la responsabilidad de desarrollar el bienestar y la propia salud de la comunidad.

Para su realización se tendrá en cuenta las condiciones de infraestructura que permitan un desarrollo de los talleres según los fines previsto. El local en el que se trabaje debe reunir los siguientes requisitos: espacioso, ventilado y con iluminación adecuada, factores que permiten la correcta interacción entre los participantes de los talleres. Se debe tener en cuenta la privacidad del local, para que no puedan ser interrumpidos y evitar distracciones por ruidos o sonidos del exterior. Se propone la utilización de la sala múltiple del centro de salud Columbe tipo A.

Las sillas serán dispuestas en círculo, lo más cerca posible, se incluye en el grupo al facilitador. Esta estructura permite un ambiente afectivo para los sujetos, y logra un clima de trabajo favorable mediante la cercanía física y la disposición de visibilidad entre los participantes.

En general los talleres se caracterizan por incrementar el conocimiento los métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil, mediante la utilización de métodos de elaboración conjunta, demostración y el método expositivo, con la ayuda de las técnicas de apertura y cierre del taller, las cuales motivan la actividad logrando la retroalimentación de las vivencias y opiniones de los participantes, al finalizar se realizará un taller de cierre donde se evaluarán los conocimientos impartidos en los talleres, para comprobar la adquisición de conocimientos en las mujeres sobre métodos anticonceptivos.

5.10 ESTRUCTURA DEL PROGRAMA.

Título: Métodos anticonceptivos. Clasificación, ventajas y efectos adversos de los métodos anticonceptivos.

Objetivo General: Incrementar el nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil de los barrios de San Francisco la Providencia y San José de Tanquis.

Dirigido a: mujeres en edad fértil de los barrios de San Francisco la Providencia y San José de Tanquis.

Horas totales: 32 horas

Responsables: Dr. Mario Braganza Guananga.

Centro de salud: Columbe

Recursos: computadoras, videos, pizarrón, carteles, textos e infocus.

Forma organizativa docente: conferencias y talleres.

Métodos: métodos activos de enseñanza.

1. Introducción y generalidades sobre los métodos anticonceptivos.

2. Importancia del uso de los métodos anticonceptivos para lograr un buen control de riesgo preconcepcional.
3. Principales métodos anticonceptivos, clasificación, métodos anticonceptivos más utilizados para la planificación familiar en la Atención Primaria de Salud.
4. Ventajas y efectos adversos de los diferentes métodos anticonceptivos.
5. Recapitulación, Conclusiones sobre los métodos anticonceptivos y evaluación final.

5.10.1 PLAN TEMÁTICO

Tema 1: Introducción y generalidades sobre los método anticonceptivos.

Objetivos: Estimular la participación e integración entre los miembros del grupo, para propiciar la creación de un ambiente fraterno y de confianza. Explicar las generalidades de los métodos anticonceptivos.

Tema 2: Importancia del uso de los métodos anticonceptivos para lograr un buen control de riesgo preconcepcional.

Objetivos: Importancia del uso de los métodos anticonceptivos para lograr un buen control del riesgo preconcepcional.

Tema 3: Principales métodos anticonceptivos, clasificación, métodos anticonceptivos más usados en la atención primaria de salud.

Objetivos: Identificar los diferentes tipos de métodos anticonceptivos.

Tema 4: Ventajas y efectos adversos de los métodos anticonceptivos.

Objetivos: Reconocer las ventajas y los efectos adversos de los métodos anticonceptivos.

Tema 5: Taller de consolidación.

Objetivo: Consolidar los conocimientos adquiridos durante el transcurso de la estrategia educativa.

CONCLUSIONES.

- Predominan las mujeres que se encuentran entre las edades de 15 a 29 años, las que presentaron instrucción básica; de estado conyugal casado; ocupación amas de casa; las que no tuvieron hijos y que tuvieron como principal vía de información el personal de salud.
- El conocimiento es no satisfactorio en el mayor porcentaje de mujeres.
- Se observa una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la variable ocupación.
- La estrategia de intervención educativa en esta población es oportuna y necesaria para la utilización de los métodos anticonceptivos

RECOMENDACIONES.

- Aplicar por parte de las autoridades de salud pública del distrito la estrategia diseñada para elevar el conocimiento sobre métodos anticonceptivos en la población estudiada.

BIBLIOGRAFÍA

AMADA. (2012). *MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, GUIA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.

Artiles, V. L., Iglesias, O. J., Barrios, O. I. (2008). Metodología de la investigación para las Ciencias de la Salud. La Habana: ECIMED. Capítulo I, pág. 72.

Barthelmess, C. (2007). La planeación estratégica en las organizaciones. Extraído de: http://aprchile.cl/pdfs/Planificacion_Estrategica.pdf.

Beltrán, B. (2007). Estrategia de intervención para la educación en salud de la embarazada en el municipio de Ranchuelo. Villa clara. Extraído de: http://tesis.repo.sld.cu/216/1/Beltr%C3%A1n_Gonz%C3%A1lez.pdf.

Berrones, E. (2011). *DISEÑO DE UNA GUIA SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR*. Riobamba.

Cabrera, Y.; Ortega.; Orbay, M. y Sanz, L. (2005). Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Extraído de: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_3-4_05/mgi123-405.pdf.

Castro, M., Peniche, A., & Peña, J. (2012). *CONOCIMIENTOS, MITOS Y PRACTICAS SOBRE EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVO*. Cartagena: Corporación Universitaria.

CONASA (2010). Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Extraído de: https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/norma_planif_famil.pdf.

Del Carpio, L. & (2010). *Prevención del embarazo adolescente*. Lima: Chataro Editores.

Diario El Universo. (2 de Noviembre de 2014). *Madres a una edad cada vez más temprana en Ecuador*.

Díaz, S. (2011). *¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos?*. Santiago de Chile: ICMER.

Ecured. (14 de noviembre de 2016). *Ecured conocimiento con todos y para todos*.
Obtenido de <https://www.ecured.cu/Conocimiento>

Grupo Regional de Trabajo para la reducción de la muerte materna. (2012).
Estimaciones de Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe: Un breve
panorama. Extraído de:
http://207.58.191.15:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/359/GTR_SP_Layout.pdf?sequence=1.

IPPF European Network (2012). Planificación familiar, empoderamiento de la mujer e igualdad de género. Extraído de: http://www.countdown2015europe.org/wp-content/uploads/2012/07/IPPF_Factsheet-1_Empowerment3_3.pdf

Lemes, A. (2010). Estrategia dirigida a preparar a los Cuadros de dirección del IPA “Ernesto Guevara de la Serna” para el trabajo con los valores. Extraído de: http://www.eumed.net/libros-gratis/2011d/1054/preparacion_directivos.html

Lugones, M. y Quintana, T. (1997). El riesgo preconcepcional y la planificación familiar: una estrategia de salud del médico de la familia. Extraído de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251997000500001&script=sci_arttext#cita

MCDS. (2013). *Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar*. Quito.

MSP México. (2002). Introducción a los métodos anticonceptivos: Información general. Extraído de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7202.pdf>.

Navarro, J. (2014). *ANTICONCEPCIÓN Y SALUD SEXUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA*. Andalucía: Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

OMS (2014). Mortalidad materna. Extraído de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.

OMS. (2014). *Planificación Familiar*. New York.

ONU. (2010). *La terminación de la transición de la fecundidad*. New York: División de Población.

OPS (1996) Salud reproductiva: Concepto e importancia. Extraído de:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3140/Salud%20reproductiva%20concepto%20e%20importancia.pdf?sequence=1>

OPS. (2010). *Salud sexual para el Milenio*. Washigton D.C.: OPS.

Peláez, J. (2008). Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos. Extraído de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2008000200005&script=sci_arttext

Ravenet, M. (2003). Experiencias y retos del análisis sociológico en salud. Extraído de:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n4/spu05403.pdf>

UNICEF Ecuador (2012). Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en Ecuador 1990-2011. Extraído de:
http://www.unicef.org/ecuador/Edna2011_web_Parte1.pdf

UNICEF. (2014). *Vivencias y Relatos sobre el embarazo en Adolescentes*. Panamá:
Idea.

ANEXOS

Código_____

ANEXO A. CUESTIONARIO

Estamos trabajando en un estudio que servirá para elaborar una tesis profesional acerca de los métodos anticonceptivos.

Quisiéramos pedir tu ayuda para que contestes algunas preguntas que no llevarán mucho tiempo. Tus respuestas serán confidenciales y anónimas. No hay preguntas delicadas.

Las personas que fueron seleccionadas para el estudio no se eligieron por su nombre sino al azar.

Las opiniones de todos los encuestados serán sumadas e incluidas en la tesis profesional, pero nunca se comunicarán datos individuales.

Te pedimos que contestes este cuestionario con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Pueden existir preguntas en las que sólo se puede responder a una opción y otras son de varias opciones.

Muchas gracias por su colaboración.

I.- DATOS GENERALES

1. Edad:.....

2. ¿En qué grado termino los estudios?

1. Analfabeta
2. Alfabeto
3. Básica sin terminar
4. Básica
5. Bachiller
6. Superior

3. ¿Cuál es su estado civil?

1. Soltera
2. Casada
3. Unión libre
4. Viuda
5. Divorciada

6. Separada

7.

4. ¿Cuál es su ocupación?

1. Ama de casa

2. Estudiante

3. Trabajadora

4. Pensionada

5. Jubilada

5. ¿Cuántos hijos tiene usted?

1. No tiene hijos

2. Un hijo

3. Dos hijos

4. Tres hijos

5. Cuatro o más hijos

6. ¿Has recibido información acerca de los métodos anticonceptivos?

(1) Si (0) No

7. ¿A través de quien o que medios ha recibido la información de los métodos anticonceptivos?

1. Padre

2. Madre

3. Hermanos (as)

4. Profesor

5. Amigo

6. Médico

7. Internet

8. Televisión

9. Radio

10. Otros _____

II. CONOCIMIENTO SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

8. ¿Qué es para usted un método anticonceptivo?

- a) Evitar tener relaciones sexuales
- b) Conjunto de medidas para evitar el embarazo
- c) Evitar las enfermedades de transmisión sexual
- d) Desconoce

9. ¿Qué métodos anticonceptivos conoce usted?

- 1. Test del mocos cervical
- 2. Curva de la temperatura basal
- 3. Condones masculinos y femeninos
- 4. Pastillas
- 5. T de cobre
- 6. Inyecciones
- 7. Implante subdérmico (tubitos en el brazo)
- 8. Coitos Interruptus (Terminar a afuera)
- 9. Ligadura de las trompas
- 10. Vasectomía
- 11. Diafragma
- 12. No conoce

10. ¿De los siguientes Métodos Anticonceptivos conoce usted cual usa la mujer?

- a. Ligadura de las trompas
- b. Condones masculinos
- c. Pastillas
- d. T de cobre
- e. Inyecciones
- f. No conoce

11. De los siguientes métodos anticonceptivos señale cuales corresponde a los hormonales.

- a. T de cobre
- b. Pastillas

- c. Inyecciones
- d. Implante subdérmico (tubitos en el brazo)
- e. Condones masculinos
- f. No sabe

12. Señale de los siguientes métodos anticonceptivos cuales corresponde a los de barrera.

- a. T de cobre
- b. Condones femeninos
- c. Pastillas
- d. Condones masculinos
- e. Inyecciones
- f. No sabe

13. ¿Cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos son definitivos?

- a. Condones masculinos y femeninos
- b. Ligadura de las trompas
- c. T de cobre
- d. Inyecciones
- e. Implante subdérmico (tubitos en el brazo)
- f. Pastillas
- g. Vasectomía
- h.** Diafragma
- i. No sabe

14. ¿Conoce que ventajas le brinda el uso de métodos Anticonceptivos hormonales?
(tabletas e implantes)

- 1. Previene el embarazo no planificado eficazmente.
- 2. Afecta su vida cotidiana
- 3. Cómodos, puede usarse a largo plazo.
- 4. Interfiere con las relaciones sexuales.
- 5. Es un método muy seguro, conveniente y eficaz.

6. Puede suministrarse en cualquier momento que la mujer lo solicite.
7. Es abortivo.
8. Brinda protección contra: Embarazo ectópico y enfermedad pélvica inflamatoria.
9. No protege contra el cáncer de endometrio y de ovario.
10. No sabe

15. ¿De las siguientes ventajas cuales usted cree que corresponden al uso del condón masculino y femenino?

- a. Previene el embarazo eficazmente.
- b. Protege contra el cáncer de endometrio y de ovario.
- c. Ayuda a prevenir el contagio de ITS/VIH y SIDA, EPI, cervicitis.
- d. El hombre toma responsabilidad en la salud sexual de la pareja.
- e. Posee efectos secundarios de tipo hormonal.
- f. No sabe

16. ¿De los siguientes efectos adversos cuales corresponden a los métodos anticonceptivos hormonales?

- a) Ardor al orinar
- b) Cambios en los patrones de sangrado
- c) Cefalea, mareo y náusea
- d) Dolor en las mamas
- e) Disminución del deseo sexual
- f) No sabe

17. ¿De los siguientes efectos adversos cuales corresponden al uso del preservativo masculino y femenino?

1. Cambios en los patrones de sangrado
2. Alergia al látex
3. Cefalea
4. Dolor en las mamas
5. Disminución del deseo sexual

6. No sabe

18. ¿De los siguientes efectos adversos cuales corresponden a la ligadura de las trompas? (esterilización)

1. Demencia
2. Cambios en los patrones de sangrado
3. Cefalea, mareo y náusea
4. Dolor en las mamas
5. Disminución del deseo sexual
6. No ocasiona ningún efecto adverso
7. No sabe

Variable	Tipo variable	Escala	Descripción operacional	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	15-19 20 -24 25 - 29 30-34 35 - 39 40 - 44 45 – 49	Según años cumplidos	Porcentaje de mujeres en edad fértil según grupo de edad
Estado conyugal	Cualitativa nominal	Soltera Casada Unión libre Viuda Separada Divorciada	Según el estado civil	Porcentaje de mujeres en edad fértil años según estado conyugal
Nivel de instrucción	Cualitativa ordinal	Analfabeta Alfabeto Básica sin terminar Básica Bachiller Universitario	Último nivel de escolaridad culminado según la estructura del sistema educativo formal	Porcentaje de mujeres en edad fértil según nivel educacional

Ocupación	Cualitativa nominal	Ama de casa Trabajadora Estudiante Jubilada o pensionada	Según la actividad ocupacional que realiza	Porcentaje de mujeres según ocupación
-----------	---------------------	-------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	---------------------------------------

Dimensiones para evaluar la variable nivel de conocimiento				
Conocimiento sobre concepto de anticoncepción	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas al concepto de anticoncepción</p> <p>Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p> <p>No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	% de mujeres en edad fértil según conocimiento sobre concepto de anticoncepción
Conocimiento sobre tipos de métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a tipos de métodos anticonceptivos</p> <p>Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p> <p>No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	% de mujeres en edad fértil según conocimiento sobre tipos de métodos anticonceptivos

<p>Conocimiento sobre ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Satisfactorio</p> <p>No satisfactorio</p>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas sobre ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos</p> <p>Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p> <p>No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	<p>% de mujeres en edad fértil según conocimiento sobre ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos.</p>
<p>Conocimiento sobre las indicaciones de los métodos anticonceptivos.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Satisfactorio</p> <p>No satisfactorio</p>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a las indicaciones de los métodos anticonceptivos.</p> <p>Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p> <p>No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	<p>% de mujeres en edad fértil según conocimiento sobre las indicaciones de los métodos anticonceptivos.</p>

<p>Conocimiento sobre métodos anticonceptivos.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Satisfactorio</p> <p>No satisfactorio</p>	<p>Según puntuación final obtenida de todas las preguntas realizadas referidas a métodos anticonceptivos.</p> <p>Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p> <p>No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	<p>% de mujeres en edad fértil según conocimiento de los métodos anticonceptivos.</p>
----------------------------------------------------	----------------------------	----------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

ANEXO C.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Mario Israel Braganza Guananga, postgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, estoy realizando mi trabajo de tesis en el tema “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil de las comunidades San Francisco La Providencia y San José de Tanquis de la parroquia Columbe, en el período de enero a junio del 2016” como requisito para obtener el título de especialista. Se encuestará a las mujeres en edad fértil de estas dos comunidades para determinar el nivel de conocimientos que poseen sobre los métodos anticonceptivos y su relación con factores seleccionados. A partir de los resultados obtenidos, se diseñará una estrategia educativa dirigida a las mujeres del grupo de estudio, con el propósito de incrementar el uso de los métodos anticonceptivos. Se garantiza que toda la información brindada será estrictamente confidencial y solo será utilizada con fines investigativos. La participación en el estudio no supone gasto alguno.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en la investigación. La decisión de participar es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar la misma cuando considere conveniente, sin que eso traiga consigo medidas represivas contra su persona.

Yo _____ estoy de acuerdo en participar en la investigación, habiendo sido informada sobre la importancia de esta investigación.

Para que conste mi libre voluntad,

Firmo la presente el día ____ del mes _____ del año _____.

Firma _____

ANEXO D.

Cronograma de actividades

Actividades	Meses del año 2015												Meses del año 2016											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Presentación del anteproyecto a la comisión IPEC											x													
Evaluación y aprobación del anteproyecto/IPEC												x												
Validación del instrumento													x											
Recolección de datos														x	x									
Almacenamiento y procesamiento de datos																x	x							
Análisis e interpretación de los resultados																		x	x					
Redacción del informe final																				x	x			
Entrega del trabajo final a la ESPOCH																							x	
Presentación y discusión del informe final																								x

Mes de diciembre de 2015: Vacaciones

ANEXO E.

Talleres

Taller No. 1: Introducción y generalidades sobre los métodos anticonceptivos.

Objetivos: Estimular la participación e integración entre los miembros del grupo, para propiciar la creación de un ambiente fraterno y de confianza. Explicar las generalidades de los métodos anticonceptivos.

Técnica de presentación: conferencia

Material: computadora, infocus, pizarra, marcadores, Una bola de cordel o un ovillo de lana.

Momento inicial o de introducción

Presentación de la estrategia. Los temas que se tratarán en los talleres serán descritos en una pizarra o papelógrafo, dejando espacio entre uno y otro para que puedan incluirse las expectativas surgidas posteriormente. Posteriormente se pasa a realizar la técnica de la tela de araña para estimular la clase. La coordinadora da la indicación de que todos los participantes se coloquen de pie, formando un círculo.

Pasos a seguir:

- a) El facilitador le entrega a uno de ellos la bola de cordel; este tiene que decir su nombre, procedencia, tipo de trabajo que desempeña, interés de su participación, expectativas sobre el curso o actividad, etcétera.

- b) El que tiene la bola de cordel toma la punta del mismo y lanza la bola al otro compañero, quien a su vez debe presentarse de la misma manera. Luego, tomando el hilo, lanza la bola a otra persona del círculo.

- c) La acción se repite hasta que todos los participantes quedan enlazados en una especie de tela de araña.

- d) Una vez que todos se han presentado, quien se quedó con la bola debe regresársela a aquel que se la envió, repitiendo los datos por esa persona; este último hace lo mismo, de manera que la bola va recorriendo la misma trayectoria, pero en sentido inverso, hasta regresar al compañero que inicialmente la lanzó.

Objetivos:

- Permitir que los miembros del grupo se conozcan.
- Permitir la integración de los miembros al grupo.

Momento central o de desarrollo

En este paso se definen colectivamente los objetivos que se persiguen, los temas, las funciones de los participantes (según sus preferencias) y del coordinador, las evaluaciones, la duración de los talleres, la frecuencia de los encuentros, hora, lugar, entre otras condiciones que se consideren necesarias. Esto se realizará en forma de diálogo, escribiendo en la pizarra cada dato en particular.

Momento final o de cierre

Se realiza una reflexión grupal y mediante una lluvia de ideas se va reflejando en la pizarra las opiniones de los participantes acerca de las fortalezas, debilidades y amenazas que tienen para ellos esta estrategia de intervención.

Taller No. 2: Tema 2: Importancia del uso de los métodos anticonceptivos para lograr un buen control de riesgo preconcepcional.

Objetivos: Importancia del uso de los métodos anticonceptivos para lograr un buen control del riesgo preconcepcional.

Materiales y recursos: Hojas, lápices, computadora, infocus

Momento inicial o de introducción

Se da inicio al taller con la presentación del sumario que se abordará en el transcurso de la clase.

Posteriormente **el coordinador** procederá aplicar la técnica del retrato, en un primer momento el coordinador distribuirá, sobre una mesa, un número mayor que el de los representantes, de tarjetas en las que aparezcan distintas imágenes (dibujos o

ilustraciones) no figurativas, y pedirá a los presentes que elijan una que simbolice sus virtudes y otra que represente sus defectos. En un segundo momento **el coordinador** hará que los integrantes del grupo se distribuyan en círculos o semicírculo.

Luego le propondrá que cada uno, por turno, explique porque eligió esas tarjetas, ayudara con algunos de los siguientes interrogantes, ¿Qué aspecto tuyo viste en esa tarjeta? ¿Cuáles son tus Virtudes? ¿Y tus defectos? ¿Quién eres? ¿Cómo te llamas? ¿Cuántos Años tienes? ¿Qué es lo que más te gusta? ¿Qué es lo que no te Gusta?, en un tercer momento se invitara a los participantes a dibujar su propio retrato en una hoja y a escribir sus datos y características más importantes. *4to. Momento:* Cada Participante presentara su retrato y entre todos los integrantes del grupo construirán un collage con el título *Nuestros Retratos*. Es importante que el coordinador asuma el rol de participante presentándose y efectuando su propio retrato.

Momento central o de desarrollo

Se procederá a la construcción grupal del concepto los métodos anticonceptivos. Posteriormente se conforman dos grupos a partes iguales, los cuales aportarán sus ideas relacionadas con el tema, para posteriormente en plenaria y utilizando la técnica de la lluvia de ideas expongan sus conocimientos acerca de la importancia de los métodos anticonceptivos en el control del riesgo preconcepcional. El coordinador irá reflejando las mismas y en el caso de que algunas sean parecidas lo señala. En otro momento el profesor a través de una presentación en power point expondrá la importancia de los métodos anticonceptivos en el control del riesgo preconcepcional y por tanto en la disminución de las muertes maternas.

Momento final o de cierre

Una vez concluida la actividad el coordinador indagará en el grupo acerca de sus expectativas sobre el tema si fueron o no cumplimentadas y que en caso de no haber sido satisfechas que lo expresen. Además se aplicara la técnica de lo positivo, lo negativo y lo interesante del taller.

Taller No. 3: Tema 3: Principales métodos anticonceptivos, clasificación, métodos anticonceptivos más usados en la atención primaria de salud.

Objetivos: Identificar los diferentes tipos de métodos anticonceptivos.

Materiales y recursos: Hojas, lápices, computadora, infocus.

Metodología.

Momento inicial o de introducción

Se da inicio al taller utilizando la técnica de completamiento de frases para comprobar la asimilación de los contenidos abordados en la actividad anterior. Posteriormente el coordinador aplicara la técnica de Mar adentro y mar afuera para animar al grupo.

Pasos a seguir:

a) El coordinador le pedirá a los miembros que se ponga de pie. Pueden ubicarse en círculos o en una fila, en dependencia del espacio del salón y del número de participantes.

b) Se marca una línea en el suelo que representará la orilla del mar. Los participantes se ponen de tras de la línea.

c) Cuando el coordinador le da la voz de "Mar adentro", todos dan un salto hacia delante sobre la raya. A la voz de "Mar afuera", todos dan salto hacia atrás de la raya.

d) Las voces se darán de forma rápida; los que se equivocan salen del juego.

En esta técnica no hay discusión. Es importante que el facilitador le de dinamismo a su aplicación. Puede pedir comentarios de acerca como se sintieron y sobre lo más significativo.

Momento central o de desarrollo

Se utilizará la técnica del método de caso la que consiste en la presentación al grupo de un determinado problema o caso que parte de una situación lo más cercana a la realidad. El caso ha de ser descrito de tal manera que posibilite el análisis y el intercambio de ideas, ya que es una técnica de discusión y de implicación personal. Se dividirá el grupo en tres subgrupos de seis mujeres cada uno.

La exposición del caso la lleva a cabo la coordinadora y puede hacerse mediante fotocopias o bien exponerse de forma oral. Si se reparte material escrito, tener en cuenta que puede haber integrantes del grupo que tengan dificultad para leer.

Para el desarrollo de la técnica utilizaremos la siguiente estrategia: Las participantes, después de haber leído o escuchado el caso, dan su opinión inmediata; esta fase servirá para que el grupo se dé cuenta de que existen diferentes opiniones o formas de enfocar un mismo problema.

A continuación, se vuelve al punto de partida y se realiza un análisis más estricto, teniendo en cuenta aspectos más concretos, las situaciones que se dan en el caso, las causas y los efectos de las conductas que generan.

Momento final o de cierre

Una vez concluido el momento anterior la coordinadora utilizará como técnica de evaluación y cierre: “Reflexiones del día”. Con el objetivo de llegar a fomentar la experiencia vivencial de lo que significó el día para los participantes.

Tema 4: Ventajas y efectos adversos de los métodos anticonceptivos.

Objetivos: Reconocer las ventajas y los efectos adversos de los métodos anticonceptivos.

Indicaciones y requisitos del test de Papanicolaou.

Materiales y recursos: Hojas, lápices, computadora, infocus.

Metodología.

Momento inicial o de introducción

Se da inicio al taller con un pequeño recuento de la actividad anterior para después enunciar el tema que se abordará en la sesión de hoy.

Técnica mis favoritos:

Mis favoritos. Se realiza para estimular positivamente, comunicar características personales, gustos, aspiraciones, que permitan mayor conocimiento del grupo.

Se organiza el grupo en forma de semicírculo y se pasa una pelota donde el facilitador mande a detener la bola se le pregunta a la participante:

Su color favorito.

Su música favorita.

Su ciudad y lugar favorito de esta.

Su familiar favorito.

Su deporte favorito.

Responsable. La coordinadora.

Momento central o de desarrollo.

La actividad central del taller estará encaminada a realizar una discusión sobre las ventajas y efectos adversos de los métodos anticonceptivos. En un primer momento se iniciara la discusión del tema dividido el grupo en cuatro equipos a cada uno se le dará un contenido diferente y posteriormente se propiciara el debate. Posteriormente el coordinador realizará las acotaciones necesarias relacionadas con el tema en cuestión tratado realizando un resumen donde señale las principales indicaciones y requisitos del test de Papanicolaou.

Momento final o de cierre

Se realizará mediante la técnica: “La liga del saber”

Objetivo: Evaluar el conocimiento y manejo de cualquier tema trabajado.

La dinámica se basa en simular un concurso transmitido por radio o por televisión.

Pasos a seguir:

- a) Se forman varios equipos según el número de participantes.

- b) El facilitador prepara de antemano una serie de preguntas sobre el tema que se haya tratado.

- c) Se establece el orden de participación de los grupos. El equipo que responda a mayor número de preguntas correctamente es el que gana.

- d) Inicia el facilitador con una de las preguntas que tiene elaborada. Cada equipo tiene un tiempo límite para responder (de 1 a 3 minutos).

- e) Cada equipo tiene un representante para cada pregunta. En caso que el representante no pueda responder, los miembros del equipo tienen la posibilidad de discutir entre sí para dar la respuesta dentro del límite de tiempo acordado con anterioridad.

- f) Cada respuesta correcta significa dos puntos, cuando es contestada por el compañero que le correspondía por el equipo, y de un punto cuando es respondida en la segunda oportunidad por el equipo.

- g) En caso que al equipo que le corresponda no conteste correctamente, cualquiera de los otros equipos que lo solicite primero, lo puede hacer. Se gana un punto.

- h) Las preguntas no deberán ser formuladas sobre la memorización de conceptos, sino presentar problemas o situaciones concretas, cuyas respuestas requieran de la aplicación correcta de los conceptos, conocimientos, etc.

El facilitador puede poseer dos cartulinas donde se diga: correcto o incorrecto.

Una vez que un equipo haya dado su respuesta, le pregunta al resto si es correcto o no.

Independientemente de lo que diga el conjunto, voltea el cartón que corresponda. Si fuera incorrecto, cualquiera de los otros equipos que pueda responderle.

Recomendaciones:

El facilitador debe actuar como un animador de radio o televisión para darle más dinamismo a la técnica. Debe estar muy atento para afirmar las respuestas correctas o para calificar una respuesta de incorrecta.

Utilidad:

Esta técnica resulta muy útil cuando se ha estudiado un tema que el grupo debe asimilar, tanto desde el punto de vista docente para reafirmar, consolidar y para evaluar la asimilación y comprensión que ha habido, y en este sentido puede ser introducida para desarrollar seminarios o clase de consolidación.

Permite integrar los contenidos de un tema a partir de las preguntas que elabore el educador y llegar a elementos conclusivos del mismo.

Tema 5: Taller de consolidación y conclusiones.

Objetivo: Consolidar los conocimientos adquiridos durante el transcurso de la estrategia educativa.

Materiales y recursos: Hojas, lápices, rotafolio, computadora e infocus.

Metodología:***Momento inicial o de introducción***

Se da inicio al taller con un pequeño recuento de la actividad anterior para después enunciar el tema que se abordará en la sesión de hoy. Se utilizará una técnica para animar al grupo que puede ser denominada “**La doble rueda**”.

El procedimiento a utilizar será:

a) Se divide a los participantes en dos grupos iguales.

b) Se coloca a un grupo formado círculo tomados de los brazos, mirando hacia fuera.

c) Se coloca el otro grupo hacia alrededor, formando un círculo, tomados de la mano mirando hacia dentro.

d) Se les pide que cada miembro de la rueda exterior se coloque delante de uno de la rueda interior, que será su pareja, y que se fije bien en quien es pareja de cada quién.

e) Una vez identificadas las parejas, se les pide que se vuelvan de espalda y queden nuevamente tomados de la mano los de afuera, y los de adentro tomados de los brazos.

f) Se indica que se va hacer sonar una música (o el ruido de algún instrumento) y que mientras suena deberán moverse los círculos hacia su izquierda (así cada rueda girará en sentido contrario a la de la otra), y que cuando pare la música (o el ruido) deberá buscar su pareja, tomarse de las manos y sentarse en el suelo; la última pareja en hacerlo pierde y sale de la rueda. El coordinador interrumpirá la música o el ruido en cualquier momento.

g) Las parejas que salen va formando luego el jurado que determinará qué pareja pierde cada vez. El ejercicio continúa sucesivamente hasta que queda una pareja sola al centro, que es la ganadora. La coordinadora debe tener cuidado de que las instrucciones sean bien comprendidas.

Momento central o de desarrollo.

Se utilizará la técnica de “Palabras claves” cuyo objetivo es Permitir a los participantes sintetizar o resumir los aspectos centrales de una idea o un tema.

Procedimiento de aplicación: Pasos a seguir: a) Con todos los participantes o por grupos (Según el número), se le pide a cada uno que escriba o diga con una sola palabra (que sintetice o resuma), lo que piensa sobre el tema que se trata, por ejemplo, el facilitador puede preguntar: ¿Qué es lo más importante para el diagnóstico del cáncer cérvico uterino? b) Los miembros del grupo deberán responder con una sola palabra a esta pregunta. Su respuesta pueden ser: utilizar métodos anticonceptivos, peso adecuado, edad ideal, etc. Discusión: Luego se realiza una breve reflexión en torno a lo que cada palabra significa para los participantes. En este paso, el facilitador puede apoyarse en un

pápelografo en el que previamente se hayan escrito las palabras nombradas por el grupo o simplemente en el pizarrón. Se puede conducir este paso con preguntas como las siguientes: ¿Por qué es importante realizarse el test de pánico? La que mencionó dicha palabra explica el porqué. Otras integrantes pueden apoyar sus ideas o contradecirlas, y en este sentido se dirige la discusión. Pueden aplicarse diferentes variantes a la técnica. Así, por ejemplo, puede pedirse, en lugar de una palabra una frase que resuma o sintetice; la "Palabra clave" o la frase pueden ser expresadas en forma gráfica por parte de los participantes. Se puede realizar la técnica a partir de la lectura de un documento, una charla, una discusión o presentación de un medio audiovisual, se le pide a los participantes que resuman en una frase o en la que consideren conveniente, las ideas más importantes del tema tratado.

Momento final o de cierre.

Se utilizará la técnica participativa: “**Mirada Retrospectiva**” cuyo objetivo es permitir que cada miembro del grupo exprese sus vivencias en relación con el trabajo realizado grupalmente.

Procedimiento de aplicación: Esta técnica es recomendable para ser utilizada en la sesión final después de que el grupo haya hecho una evaluación del trabajo realizado, del cumplimiento de los objetivos etc. Pasos a seguir:

1er. Momento.

El capacitador presentará a los participantes las siguientes interrogantes, para ser respondidos individualmente:

- ¿Me gustó?
- ¿No me gustó?
- ¿Qué aprendí?
- ¿Qué otras cosas me gustaría aprender?
- ¿Cómo la pasé?
- ¿Cómo me sentí?

2do. Momento.

Se formaran grupos de 4 a 6 integrantes. A nivel grupal, cada participante comentara las respuestas y, entre todos producirán un afiche que dé cuenta de los aspectos positivos y negativos de la experiencia vivida.

3er. Momento

Cada grupo expondrá su producción y el capacitador dará su opinión respecto de la experiencia.

Utilidad: Sirve para hacer explícito los sentimientos y emociones que han experimentado y experimenta los participantes provocados por la actividad grupal. Le permite al coordinador valorar el impacto del trabajo grupal en cada uno de sus miembros.