



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL EN MUJERES EN EDAD FERTIL NO CONTROLADAS. COMUNIDAD MERCEDES CADENA, GUAMOTE, ENERO - JUNIO 2016.

AUTOR: EDGAR ARCECIO ESCOBAR GONZÁLEZ

TUTOR: Dr. Delvis Oliva de León

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

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Riobamba – Ecuador

Diciembre, 2016



CERTIFICACIÓN

EL TRIBUNAL DE TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y desarrollo, titulado: DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL EN MUJERES EN EDAD FERTIL NO CONTROLADAS. COMUNIDAD MERCEDES CADENA, GUAMOTE, ENERO - JUNIO 2016.; de responsabilidad de la Edgar Arcecio Escobar González, ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

Dr. Leonel Rodríguez Álvarez. M.Sc.

PRESIDENTE

FIRMA

Dr. Delvis Oliva de León

Director

FIRMA

Dr. Reinerio Rubio Rojas

Miembro

FIRMA

Dr. Carlos Ladrón de Guevara Gainza

Miembro

FIRMA

Riobamba, 2016

DERECHOS INTELECTUALES

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

FIRMA
C.I. 0603059171

DEDICATORIA

Dedicado a un ser especial que a guiado mi camino y que me ha colmado de bendiciones Dios, y a las tres personas más importantes de mi vida mis hijas Micaela Valentina, Danna Alejandra Escobar y mi esposa Doctora Nancy Guacho ya que sin el amor y comprensión de ellos no hubiese podido salir adelante.

A mis padres Luis Escobar y Carmen González por haberme apoyado uno desde el cielo y aquí en la tierra, para alcanzar la meta propuesta.

A mi hermano – padre al Doctor Milton Escobar González por el apoyo moral, y la demostración de superación y trabajo, al Doctor Javier Escobar González a su esposa Lic. Marianela Coronal y mis sobrinos que me impulsaron a salir adelante sin desinterés alguno, por apoyarme y estar en los momentos difíciles.

AGRADECIMIENTOS

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Al Instituto de Posgrado, por haberme abierto sus puertas e impartido el conocimiento que necesito para poder ser alguien en la vida.

Al Doctor Delvis Oliva de León Director de Tesis a la Doctora Liana Rodríguez Vargas por haberme guiado en esta parte importante de mi vida y participar en el desarrollo de esta investigación con paciencia dedicación por sus ideas para conmigo y animarme de mi éxito al terminar mi trabajo con esfuerzo y dedicación.

Al Área de Salud Colta-Guamote, al micropuesto de salud Mercedes Cadena por facilitarme el desarrollo de mi investigación. A los maestros del Posgrado por haber impartido sus sabios conocimientos para poder desenvolverme en mi vida profesional.

RESUMEN

El presente estudio diseño de estrategia de intervención educativa sobre anticoncepción hormonal en mujeres en edad fértil no controladas. Comunidad Mercedes Cadena, enero-junio 2016, perteneciente al Cantón Guamote, tuvo como objetivo diseñar una estrategia de intervención educativa sobre anticoncepción hormonal en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años no controladas. Se realizó un estudio descriptivo - correlacional de corte transversal. La población de estudio fue el universo de 101 mujeres. Los datos fueron recolectados mediante entrevista. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21 con la prueba Chi-Cuadrado (χ^2) para determinar la relación y diferencias significativas entre las variables de estudio, con un nivel de significancia del 0.05. El grupo predominante fue de 35 a 39 años con 29,7% (30), mujeres sin ningún embarazo con 38,6 % (39), instrucción primaria 54,4 % (55), ocupación trabajadora 62,4 % (63). El 52,5% (53) tenía antecedente de uso de método anticonceptivo. Predominó el conocimiento no satisfactorio sobre anticoncepción hormonal con un 87,1 % (88). Se encontró relación estadísticamente significativa entre conocimiento sobre anticoncepción hormonal y nivel de instrucción con ($p=0.003$) y entre conocimiento sobre anticoncepción hormonal y antecedentes de uso con ($p=0.034$). El conocimiento sobre anticoncepción hormonal es no satisfactorio en mujeres en edad fértil, por lo que se requiere del diseño de una estrategia de intervención educativa que contribuya a elevar el conocimiento sobre este tema. La estrategia que se propone es oportuna y pertinente, recomendando al Distrito Colta-Guamote 06D04, al Centro Anidado del Hospital Guamote se implemente la investigación científica.

PALABRAS CLAVE: <MÉTODO ANTICONCEPTIVO>, <ANTICONCEPTIVO HORMONAL>, <CONOCIMIENTO ANTICONCEPCIÓN HORMONAL>, <EMBARAZO EN MUJERES >, <MUJERES EN EDAD FERTIL>, <MERCEDES CADENA (COMUNIDAD)>, <GUAMOTE (CANTON)>

ABSTRACT

The present study designed a strategy of educational intervention on hormone anti-contraception in uncontrolled fertile age women of the Community Mercedes Cadena from January to June , belonging to the Guamote canton. Its objective was designing an educational intervention strategy on hormone anti-contraception in uncontrolled fertile-age women from 15 to 49. A descriptive —correlational cross-sectioned study was carried out. The study population was the universe of 101 women. The data were collected through interview. The statistical pack. SPSS ,version 21 with the Chi-Square (X²) was used to determine the relationship and significant differences between the study variables with 0.05 significance level. The predominant group was from 35 to 39 with 29.7% (30) women with no pregnancy with 38.6 % , primary instruction 54.4% (55), working occupation 62.4(63). The 52.5% (53) had a background of anti-contraceptive method use. A non-satisfactory knowledge over the hormone anti-contraceptive predominated with an 87.1 % (88) .A statistically significant difference was found between hormone anti-contraception knowledge and instruction level with (p=0.003 and between the hormone anti-contraception and use background with (p=0.034). The anti-contraception hormone knowledge is not satisfactory in fertile-age women; this is why, the educational intervention strategy design is required which will contribute to increase the knowledge on the theme. The proposed strategy is opportune and pertinent . The District Colta -Guamote 06D04 and the Nested Center of the Guamote Hospital are recommended to implement the scientific investigation .

KEY WORDS; <ANTICONTRACEPTIVE METHOD>,< HORMONE ANTICONTRACEPTIVE>, <HORMNE ANTICONTRACEPTIVE >,<HORMONE ANTICONTRACEPTIVE KNOWLEDG E>,<WOM EN PREG NANCY>,<FERTI LE-AG E WOMEN>,<MERCEDES CADENA (COMM UN ITY)>,<G UAMOTE (CANTON) >

ÍNDICE	Pág.
CERTIFICACIÓN.....	ii
DERECHOS INTELECTUALES	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT.....	vii
ÍNDICE.....	viii

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del problema	2
1.1.1. <i>Formulación del problema</i>	3
1.2. Justificación del problema	4
1.3. Objetivos de la investigación	6
1.4. Hipótesis de investigación	6

CAPÍTULO II

2.1.1. <i>Elección del método anticonceptivo</i>	8
2.1.2. <i>Anticonceptivo hormonal</i>	11
2.2.1. <i>La educación sexual en el Ecuador</i>	13
2.2.2. <i>Situación de la Salud sexual y reproductiva en el Ecuador</i>	15
2.2.3. <i>La población indígena registra mayor mortalidad materna</i>	16
2.2.4. <i>El VIH golpea también a la población indígena</i>	19
2.2.5. <i>Características de la población del cantón Guamote</i>	20
2.2.6. <i>Edad</i>	22
2.2.8. <i>Escolaridad</i>	23
2.2.9. <i>Religión</i>	23
2.2.10. <i>Idioma</i>	24

2.2.11.	<i>Procedencia</i>	25
2.2.12.	<i>Ocupación</i>	25
2.2.13.	<i>Factor económico</i>	26
2.2.14.	<i>Factores culturales</i>	26
2.3.1.	<i>Intervención o Intervenciones</i>	27
2.3.2.	<i>Intervención educativa</i>	28
2.3.3.	<i>Modelo de intervención educativa</i>	30
2.3.4.	<i>Momentos de la intervención educativa</i>	30
2.3.5.	<i>Diseño</i>	30
2.3.5.	<i>Planificación</i>	31
2.3.6.	<i>Desarrollo</i>	31
2.3.7.	<i>Evaluación</i>	31
2.3.8.	<i>Modelos</i>	31
2.3.9.	<i>Intervención comunitaria</i>	33
2.3.9.1.	<i>Proceso de intervención comunitaria</i>	33
2.3.10.	<i>Estrategias y técnicas de intervención comunitaria</i>	36

CAPÍTULO III

3.	METODOLOGÍA	38
3.1.	Tipo y diseño de la investigación:	38
3.2.	Localización y temporalización:	38
3.3.	Población de estudio:	38
3.4.	Variables de estudio	39
3.4.2.	<i>Operacionalización de variables</i>	40

CAPÍTULO IV

4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	45
----	-------------------------------------	----

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA.....	56
5.1. Estrategia de intervención educativa sobre anticoncepción hormonal en mujeres en edad fértil no controladas.....	56
5.1.1. <i>Fundamentos</i>.....	56
5.1.2. <i>Diagnóstico educativo</i>.....	57
5.2. Objetivos	58
5.2.1. <i>General</i>	58
5.2.2. <i>Específico</i>	58
5.3. Límites:.....	58
5.4. Estrategia:.....	58
5.5. Actividades:	59
5.6. Recursos:	59
5.7. Temporalización:.....	60
5.8. Indicadores:	60
5.9. Evaluación:	60
5.10. Presentación del programa.....	60
5.11. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA	62
5.11.1. <i>Fundamentación del Programa</i>	62
5.12. PLAN TEMÁTICO	63
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1-4: Mujeres de 15 a 49 años no controladas según características biosociales.....	47
Tabla 2-4: Mujeres de 15 a 49 años no controladas según el uso de anticoncepción hormonal	49
Tabla 3-4: Mujeres de 15 a 49 años no controladas según vías de información sobre anticoncepción hormonal.....	49
Tabla 4-4: Mujeres de 15 a 49 años no controladas según conocimiento sobre anticoncepción hormonal.....	50
Tabla 5-4: Mujeres de 15 a 49 años no controladas según dimensiones y conocimiento sobre anticoncepción hormonal.....	50
Tabla 6-4: Mujeres de 15 a 49 años no controladas según grupo de edades y conocimiento sobre anticoncepción hormonal.....	51
Tabla 7-4: Mujeres de 15 a 49 años no controladas según número de embarazos y conocimiento sobre anticoncepción hormonal.....	52
Tabla 8-4: Mujeres de 15 a 49 años no controladas según nivel de instrucción y conocimiento sobre anticoncepción hormonal.....	53
Tabla 9-4: Mujeres de 15 a 49 años no controladas según ocupación y conocimiento sobre anticoncepción hormonal.....	54
Tabla 10-4: Mujeres de 15 a 49 años no controladas según antecedentes de uso y conocimiento sobre anticoncepción hormona.....	55

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a (Berrones, 2011) la necesidad y el deseo de limitar la fertilidad ha sido un hecho reconocido desde el principio de la historia, la planificación familiar se ha desarrollado a partir de 2 criterios, la salud y el bienestar del individuo. El concepto de planificación familiar se basa en el derecho de los individuos y las parejas a regular su fertilidad y está fundamentado en las áreas de la salud.

La planificación familiar implica una concepción muy amplia, de acuerdo al contexto; se refiere a la toma de decisiones sobre cuándo y cuántos niños desea tener una pareja, higiene corporal, salud integral, entre tantos aspectos la elección del método anticonceptivo para evitar el embarazo no deseado. Cuando el término de planificación familiar se empezó a utilizar, creo cierto desconcierto entre mucha gente; pero hoy en día la persona no puede efectuar su vida con normalidad si no la planifica. El planificar el área reproductiva, es muy importante, ya que así optaremos a una calidad de vida mejor.

En América Latina se ha logrado el desarrollo de políticas, planes, programas y servicios de planificación familiar para las diferentes parejas en la región. El supuesto es que cuando la sociedad no atiende ni protege los derechos de las parejas y fracasa en ayudar a los mismos a conseguir un desarrollo sexual y reproductivo saludable, entonces es cuando surgen una diversidad de problemas: conyugales, sociales, psicológicos, económicos, laborales.

La elección del método es una decisión personal en la que entran en consideración diversos factores que van desde las preferencias individuales o la historia médica, hasta los riesgos, ventajas y efectos secundarios de cada método.

La falta de planificación familiar en Ecuador incide en que este sea el país con mayor densidad poblacional de Sudamérica (54,82 habitantes por cada km²), sobre todo en los sectores más pobres, donde a mayor número de hijos, menores las posibilidades de

lograr educación media y empleo. Una responsabilidad que se vive entre mitos, ignorancia y machismo, que han abonado para que el Ecuador sea la nación con mayor densidad poblacional de Sudamérica.

1.1. Planteamiento del problema

La 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. En Ecuador, el acceso universal a la Salud Sexual y Reproductiva es considerado fundamental para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que no pueden ser alcanzados si no se progresa en lo relativo a planificación familiar. A pesar de los esfuerzos emprendidos en los últimos años todavía existe una brecha en relación al acceso, por el poco conocimiento de las opciones anticonceptivas y su utilización.

Más de 222 millones de mujeres de países en vías de desarrollo desearían evitar embarazos no planificados, sin embargo no usan ningún método anticonceptivo, esto 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.

El cumplimiento en el uso de ACO, como en el tratamiento de muchas enfermedades se ha definido como una circunstancia común, por ello se plantea como un factor fundamental a corregir, si se quiere mejorar los resultados de control de embarazos no deseados. A nivel 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 América Latina y el Caribe pasó de 66.7% a 67.0%.

Según el ENIPLA (Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación y Prevención de Embarazo en Adolescentes), en Ecuador actualmente de cada 100 embarazos, 37 no fueron planificados.

Bajo conocimiento en mujeres en edad fértil sobre anticoncepción hormonal. El cumplimiento de la toma es uno de los mayores problemas que presenta la anticoncepción hormonal. Esta circunstancia deriva de una falta de información y de educación y de las dificultades para mantener la rutina que requiere la toma diaria de la píldora. Las consecuencias en forma de embarazos no deseados y repercusiones sociales, psicológicas y económicas son muy grandes. Especialmente si damos por buenas las cifras que indican que un 20% de los abortos se producen por fallos en el cumplimiento.

En el Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS) de la comunidad Mercedes Cadena, se identificó como problema de salud, un elevado número de mujeres en edades comprendidas entre 15 a 49 años que tienen cuatro hijos o más (60), que representa el 31.2% de este grupo poblacional. Del total de mujeres en edad fértil, solo 39 utilizan algún método anticonceptivo, que representa el 33.0% y de la totalidad de embarazos ocurridos en el año 2014, el 30.0% fueron no planificados, todo lo cual traduce una inadecuada planificación familiar en esta comunidad.

Durante la actividad extramural del posgradista en Medicina Familiar y Comunitaria se ha evidenciado a través de las visitas domiciliarias y las entrevistas con los líderes comunitarios que existe un bajo nivel de conocimiento sobre anticoncepción hormonal en mujeres en edad fértil.

1.1.1. Formulación del problema

¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre anticoncepción hormonal y las variables: edad, nivel de instrucción, número de embarazos, ocupación y antecedentes de uso en mujeres en edad fértil no controladas de la comunidad Mercedes Cadena en el período de enero a junio 2016?

¿Qué componentes pueden ser incorporados en una estrategia de intervención educativa sobre anticoncepción hormonal en las mujeres en edad fértil no controladas de la comunidad Mercedes Cadena para el control de la paridad?

1.2 . Justificación del problema

En toda sociedad hay individuos, familias y hasta grupos, conocidos como vulnerables, cuya probabilidad de enfermar o morir es mayor que la de otros. Estos grupos pueden y deben ser identificados en la medicina preventiva, para que, al detectar el riesgo, se puedan ejercer acciones de salud que tiendan a disminuir la probabilidad de enfermar.

La promoción y el desarrollo de la salud reproductiva es uno de los pilares más importantes para la prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de la reproducción.

La Organización Mundial de la Salud en 1992 definió la salud reproductiva como el estado del completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción.

Cuando se analiza la mortalidad materno infantil, se encuentran aspectos comunes: es mayor en países menos desarrollados, zonas rurales, mujeres con bajo nivel educacional y económico, edades tempranas o tardías, etc. Por lo que existe un conjunto de elementos o circunstancias que predisponen o condicionan la aparición de estos eventos.

El comportamiento de este indicador varía, en dependencia del nivel de desarrollo. Así vemos que las 2/3 partes de las muertes en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo.

Los principales instrumentos para lograr una salud reproductiva adecuada son la educación en salud, y el manejo del concepto de riesgo reproductivo, que es "la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de la reproducción que afectará fundamentalmente a la madre, al feto o al recién nacido". Es un indicador de necesidad que nos permite identificar aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables, y encaminar hacia ellos los recursos disponibles para priorizar su atención; engloba al riesgo preconcepcional, obstétrico y perinatal.

El riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) se aplica a mujeres en edad reproductiva no embarazadas, que de acuerdo con la presencia de condiciones o factores de riesgos tienen incremento en la posibilidad de sufrir daños a su salud o la del futuro hijo si se involucran en el proceso reproductivo.

En Ecuador el acceso universal a la Salud Sexual y Salud Reproductiva es considerado fundamental para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, al considerar que estos no podrían ser alcanzados si no se progresa en lo relativo a la Planificación Familiar.

Anualmente se podrían evitar miles de muertes maternas si las mujeres que no desean tener hijos utilizaran métodos anticonceptivos eficaces, 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 nuestro país. La 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 gente que necesite planificación familiar, con todos sus componentes: control preconcepcional, anticoncepción y atención de infertilidad.

La planificación de la familia redundará en inmensos beneficios para las mujeres, las familias y las comunidades en todo el mundo. Al posibilitar que las personas determinen la cantidad y el espaciamiento de sus hijos, la planificación de la familia ha cambiado radicalmente el acceso de las mujeres a la educación, los medios de acción y la actividad económica (OPS, 2014).

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad.

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/os usuarias/os utilizan anticonceptivos para evitar el embarazo, pero fracasan.

La importancia del estudio radica en que a partir del conocimiento que tengan las mujeres en edad fértil no controladas sobre anticoncepción hormonal y los factores relacionados, se diseñara una estrategia educativa con acciones de información, educación y comunicación, sobre la importancia de la anticoncepción hormonal que

contribuirá al control de la paridad en mujeres en edad fértil no controladas de la comunidad Mercedes Cadena.

1.3 Objetivos de la investigación

Objetivo general

Diseñar una estrategia de intervención educativa sobre anticoncepción hormonal en mujeres en edad fértil no controladas de la comunidad Mercedes Cadena en el período de enero a junio 2016.

Objetivos específicos

- Caracterizar el grupo de estudio según variables seleccionadas.
- Determinar el conocimiento sobre anticoncepción hormonal en mujeres en edad fértil no controladas.
- Identificar la posible relación entre el conocimiento sobre anticoncepción hormonal y las variables biosociales seleccionadas.
- Diseñar una estrategia de intervención educativa sobre anticoncepción hormonal en mujeres en edad fértil no controladas.

1.4. Hipótesis de investigación

Existe relación significativa entre el conocimiento sobre anticoncepción hormonal y las variables edad, nivel de instrucción, número de embarazos, ocupación y antecedentes de uso en mujeres en edad fértil no controladas de la comunidad Mercedes Cadena.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

De acuerdo a (Navarro Martín, 2014) el cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar y la información en este campo, no sólo es una intervención clave para mejorar la salud de los hombres y las mujeres, sino que es además un derecho humano. Todos los individuos tienen derecho al acceso, la elección y los beneficios del avance científico en la selección de métodos de planificación familiar (OMS).

Según la VII Encuesta de Anticoncepción en España 2011, realizada por el equipo Daphne, el método más utilizado es el preservativo (35,6%) seguido por la píldora combinada (16,3%), la vasectomía (5,7%), otras presentaciones hormonales como el anillo, el parche o el inyectable (5,3%), el DIU (5,2%) y la ligadura de trompas (3,3%); el doble método es usado en el 1,3% de los casos.

La elección de un determinado método anticonceptivo es una opción voluntaria ante las ventajas y los inconvenientes que éste representa respecto a los demás. Por lo tanto es necesario dar una información adecuada sobre cada uno de los métodos anticonceptivos para que se produzca una elección informada y objetiva, teniendo en cuenta las características de los usuarios.

El objetivo principal del consejo contraceptivo es que la mujer obtenga los conocimientos suficientes para optar por el método anticonceptivo más apropiado a sus características y a las de su pareja, teniendo en cuenta su deseo de evitar embarazos no deseados y la prevención de ITS.

Tanto el consejo contraceptivo como la indicación inicial pueden realizarse desde la consulta a demanda. En caso necesario se solicitarán las pruebas complementarias que se consideren oportunas pero no deben considerarse como un requisito previo ni como

un obstáculo para la provisión de un método anticonceptivo, aunque sí como un complemento.

La información debe incluir por lo menos:

- Comprensión de la eficacia contraceptiva del método.
- Uso correcto.
- Cómo funciona.
- Efectos secundarios comunes.
- Riesgos y beneficios para la salud inherentes al método. Signos y síntomas que requieren una visita al centro de salud.
- Información sobre el retorno a la fertilidad después de la interrupción del método.
- Información sobre protección contra las ITS.

2.1.1. Elección del método anticonceptivo

A la hora de realizar el consejo contraceptivo, es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

2.1.1.1. Perfil del método

1. **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 (OMS).
2. **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. Como ejemplos tenemos 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.

3. **Reversibilidad:** Informa sobre si es posible el retorno a la fertilidad después de la interrupción de un método determinado.
4. **Complejidad:** Algunos métodos como el del calendario o el diafragma necesitan unos conocimientos mínimos y unas habilidades especiales con un mínimo de destreza.
5. **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.
6. **Relación con el coito:** Distinguimos 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.
7. **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 Sistema Nacional de Salud, como algunos anticonceptivos hormonales combinados y aquéllos que sólo contienen gestágenos.

2.1.1.2. Perfil del usuario

1. **Frecuencia coital:** Otro 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, debemos recomendar un método más seguro. Este factor es importante a la hora de elegir el método anticonceptivo.
2. **Objetivo de la contracepción:** Puede ser el espaciar los embarazos o la contracepción definitiva.

3. **Edad de la usuaria y su perfil de salud:** Puede influir en la selección de algunos métodos.
4. **Riesgo de ITS:** En el caso de que exista ese riesgo, siempre debemos recomendar el uso del preservativo.
5. **Grado de colaboración de la pareja:** Es un factor importante a considerar, por ejemplo con los métodos naturales o con el preservativo masculino. Es importante además tener en cuenta las creencias religiosas o normas confesionales del potencial usuario.

2.1.1.3. Criterios médicos

Debemos valorar los criterios de elección del método elegido y evitarlo cuando nos encontramos 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.

2.1.1.4. 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.

Así por ejemplo, la evidencia de que la anticoncepción hormonal, en ausencia de factores de riesgo, puede mantener un grado elevado de seguridad, la mantiene como una alternativa válida en el periodo premenopáusico; igualmente, una chica joven podría tomar anticonceptivos desde el inicio de sus relaciones sexuales (solos o asociados al preservativo en función del riesgo de ITS).

2.1.2. Anticonceptivo hormonal

Los anticonceptivos hormonales (AH) constituyen un método basado en el uso de hormonas que suministradas al organismo, producen un efecto anticonceptivo bastante eficaz y son la ayuda para una buena planificación familiar. Extraído de (http://www.fertilab.net/gineclopedia/anticoncepcion/anticoncepcion_hormonal/aspectos_generales/que_son_los_anticonceptivos_hormonales_1#)

La mayoría de los métodos hormonales de control de la natalidad, tratan de evitar que un óvulo (ovulación) se libere cada mes y así se evita de quedar embarazadas. Otros métodos espesan el moco en la parte delantera del cuello uterino y así impedir que los espermatozoides lleguen al útero.

Todos estos métodos funcionan muy bien cuando se utiliza según las indicaciones, aunque no protegen contra las enfermedades de transmisión sexual. Estos métodos hormonales de control de la natalidad previenen el embarazo alrededor del 99% de las veces, si se usan sistemática y correctamente.

Fueron introducidos por primera vez en 1960, para administración oral y han evolucionado de la siguiente manera:

- Se ha logrado mantener un efecto anticonceptivo excelente a dosis cada vez menores.
- Los efectos secundarios se han reducido al mínimo.
- Los efectos beneficiosos han sobrepasado los efectos negativos del pasado.
- Se pueden administrar por largo tiempo.
- Existen múltiples vías de administración para satisfacer las necesidades de la usuaria.

2.1.2.1. Clasificación

Los anticonceptivos hormonales, se clasifican de acuerdo a su vía de administración, de la siguiente manera:

- Los anticonceptivos orales combinados (AOC), los preparados hormonales de depósito (PHD) combinados, el parche transdérmico (PT) y el anillo vaginal (AV), tienen estrógenos y progestágenos (todos los que tienen estrógenos, contienen la misma hormona en la forma de etinilestradiol).
- La píldora de sólo progestágenos (PSP), los preparados hormonales de depósito (PHD) de sólo progestágenos, los implantes subdérmicos (IS), y los endoceptivo (EP), no tienen el estrógeno y su efecto anticonceptivo es por el progestágeno.
- ORALES (AO) Administración por vía oral
- PARENTERALES (AP) Otra vía de administración (no oral)
- Anticonceptivos orales combinados (AOC), con un estrógeno y un progestágeno en todas las pastillas.
- Píldora de sólo progestágeno (PSP), con sólo el progestágeno en todas las pastillas.
- Preparados hormonales de depósito (PHD)
 - PHD de solo 12bstettriz12ico.
 - PHD combinado.
- Parche transdérmico (PT)
- Implantes subdérmico (IS)
- Anillo vaginal (AV)
- Endoceptivo (EP)

2.1.2.2. Opciones

Las opciones para anticoncepción se presentan en varias formas, dimensiones y fórmulas. Mientras que las opciones anticonceptivas son sumamente individuales, todos los métodos para anticoncepción tienen el mismo objetivo que es “evitar el embarazo”.

Estos van desde “métodos de barrera”, que evitan que el los espermatozoides ingresen en el útero, “métodos hormonales” que evitan la ovulación, de modo tal que no exista óvulo a fertilizar, y “métodos naturales” que requieren de cierta capacidad humana para

lograr perfeccionarlos.

Los anticonceptivos hormonales actuales, nos permiten hacer uso de ellos de la siguiente forma:

- Diaria, como es el caso de la “píldora”.
- De “depósito o inyectables” porque se liberan lentamente desde el sitio de inyección y pueden ser administrados en forma mensual o trimestral.
- Una vez cada 3 ó 5 años en el caso de los “implantes subdérmicos”, que se insertan debajo de la piel.
- Una vez a la semana, como es el “parche”.
- Una sola vez al mes, como el “anillo vaginal”.
- Una vez cada cinco años, como el “endoceptivo”, que se inserta en el útero de la mujer (DIU).
- Anticoncepción de emergencia, que tiene como finalidad evitar el embarazo en la etapa fértil del ciclo menstrual.

2.1.2.3. Frecuencia

La revisión de más de 50 publicaciones escritas desde la última década, confirman que los anticonceptivos orales son el método más ampliamente usado en América Latina, aunque las políticas de planificación familiar no estén establecidas adecuadamente.

En la reciente Investigación Nacional en Demografía y Salud de la Infancia y de la Mujer (PNDS 2006), fueron entrevistadas cerca de 15.000 mujeres entre 15 y 49 años de edad; de ellas, prácticamente todas las que regulan la fecundidad utilizan métodos contraceptivos modernos: 29% de las mujeres actualmente en pareja están esterilizadas, 21% usan píldoras, 12% recurren al preservativo masculino, 5% tienen un compañero vasectomizado y sólo 3% usa métodos tradicionales.

2.2. Bases históricas

2.2.1. La educación sexual en el Ecuador

La educación sexual en el país continúa siendo un tema de discusión permanente. Por un lado están las personas que creen que la promoción de métodos anticonceptivos originaría más proliferación de embarazos adolescentes y de enfermedades de

transmisión sexual. Mientras que por el otro lado, hay personas que creen que impartir este tipo de conocimiento son indispensables ya que respetan los derechos a la salud y a la información. Extraído de. (<https://respetandonuestrasdiferencias.wordpress.com/2011/03/23/educacion-sexual-en-el-ecuador/>)

Para el año 2006, el Congreso de ese entonces decidió aprobar una resolución en la que se permitía que se impartiera la enseñanza de temas en sexualidad en colegios del Ecuador. De esta manera, con el acuerdo ministerial 403, firmado el 10 de agosto del 2006, el Ministerio de Educación y Cultura sería el encargado de comenzar a capacitar a los profesores en el tema.

Según las estadísticas del Ministerio de Salud, publicadas en diarios del país, en 2006 se presentaron 1.293 casos de VIH y 100 casos de sida. Para ese momento, Guayaquil era la ciudad con los más altos índices, ya que registró 754 casos de VIH y 189 casos de sida.

Durante 2007, la iniciativa debía comenzar bajo la responsabilidad de los directores de los colegios, que tenían que formar un comité institucional, encargado de los temas de educación sexual. Sin embargo, como consta en eldiario.com.ec, el 40% de los planteles del país no cumplían con esa normativa.

Otro problema surgió en 2008 cuando el Ministerio de Educación y Cultura distribuyó entre los docentes nueve mil textos de educación básica entre diez ciudades del Ecuador (esto como parte del proyecto iniciado en 2006).

Esta vez, la Conferencia Episcopal Ecuatoriana protestó por la difusión de dichos textos ya que, según ellos, incitaban al aborto. Este grupo veía “poco confiable” la información difundida en los textos y además alertó a los padres “sobre el atentado a la buena salud integral de las familias y de la sociedad ecuatoriana” (eldiario.com.ec).

Según una publicación de Diario Hoy, representantes de la Iglesia Cristiana Evangélica se opusieron a la difusión de los libros *Aprendiendo a Vivir* y *Mi Sexualidad* debido a que “no tenían nada que ver con nuestra realidad conservadora y moral” y por lo tanto, pedían ser incluidos para la revisión de los textos.

2.2.2. Situación de la Salud sexual y reproductiva en el Ecuador

De acuerdo al artículo investigativo de (Coello, 2016) la salud sexual y reproductiva en el Ecuador “está en retroceso” y la situación es preocupante sin que exista una política clara y efectiva por parte del Gobierno, ha considerado Virginia Gómez de la Torre, militante de la Coalición Nacional de Mujeres y del Frente ecuatoriano por la defensa de los derechos sexuales reproductivos.

Gómez de la Torre ha recordado que con la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enipla), “el embarazo entre los 15 y 19 años, disminuyó”.

Pero esa estrategia “fue desaparecida por el gobierno y sustituida por una conservadora”. Ahora, “el embarazo infantil en este país sigue al alza y es producto de la violación”.

Por otra parte, presentan índices a la baja de mortalidad materna pero no se considera que “las mujeres no se mueren en Quito, Guayaquil o Cuenca, en estas ciudades tienen atención”, ha manifestado a REDACCIÓN MÉDICA la defensora de los derechos de las mujeres.

“La mortalidad en las mujeres afroecuatorianas, indígenas, en las analfabetas y con poca educación, esa es la que está subiendo. Entonces una cosa es hablar de promedios nacionales y otra cosa es hablar desde la realidad que viven muchas mujeres”, ha mencionado Gómez de la Torre.

Por eso “queremos que nuestros derechos sean progresivos, que se planteen estrategias que apelen a la realidad, sobre todo en salud reproductiva”, ha añadido la activista.

“No se puede pensar que el gobierno crea que las adolescentes no tienen o no viven la sexualidad. O que las niñas no son abusadas sexualmente. O que nos culpen a las mujeres de la desnutrición y por eso nos están mandando a dar de lactar”, ha protestado.

Gómez de la Torre ha considerado que las mujeres ecuatorianas tienen “especial vulnerabilidad en los derechos sexuales y reproductivos” por lo que es importante promover reformas y garantizar todos los derechos humanos.

Ha resaltado la importancia de cambiar el código penal “para que se permita y se despenalice el aborto y no solo por violación sino en su totalidad, esa es la propuesta del movimiento de mujeres”, ha enfatizado.

Según datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Población, en Ecuador el embarazo prematuro alcanza al 10 por ciento de adolescentes entre los 15 y 19 años; la tasa de aborto en el país es de 34,3 por 10 mil habitantes.

Existen 350 mil madres adolescentes; la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales es de 16,6 años y una de cada 149 mujeres muere a causa de factores relacionados con el embarazo, parto y postparto.

2.2.3. La población indígena registra mayor mortalidad materna

Iba a ser su segundo bebé, pero esta vez el parto se adelantó. Virginia (nombre protegido), una madre de la etnia kichwa de 32 años de edad, tenía siete meses de embarazo cuando con dolores fue trasladada en un taxi alquilado por sus familiares del sector rural Vinchoa, donde vivía, a la capital de la provincia de Bolívar, Guaranda. Ocurrió hace un año. El trayecto duró veinte minutos, cuenta Segundo, un dirigente indígena familiar de la embarazada que pidió la omisión de su apellido. Extraído de (<http://www.eluniverso.com/noticias/2015/09/27/nota/5148611/poblacion-indigena-registra-mayor-mortalidad-materna>)

Al llegar al hospital público Alfredo Noboa, de Guaranda, fue transferida en ambulancia a Ambato. El caso era de emergencia, recuerda Segundo que le dijeron. Virginia murió en el camino a la altura del sector El Arenal, al pie del Chimborazo. “Afirmaron que había tenido complicaciones en el parto y que la guagua había fallecido, que no pudieron salvarle porque ya se había muerto en el vientre”, relata Segundo.

Virginia era kichwa hablante, lo que dificultó su atención, agrega el dirigente de Bolívar. “Falta información... Me refiero a personal que entienda la lengua kichwa, porque es un poco complejo manejar a las personas kichwas hablantes porque no tienen confianza de hablar sus intimidades”, agrega.

Hace dos meses se dio otro caso de muerte materna en el sitio Cuatro Esquinas del cantón Guaranda, en Bolívar. Irena Samaniego, encargada del centro público de salud

del lugar, asegura que sucedió porque la mujer prefería atenderse con una partera. Y que, a consecuencia de ello, también murió el bebé.

Solo el año pasado se registraron 166 muertes maternas en el país, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), lo que correspondió a una tasa de 49,16 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos.

Ecuador se comprometió en septiembre de 2000 a cumplir los denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio, entre ellos, el quinto que consistía en “mejorar la salud materna”. Este incluía como meta la reducción de la mortalidad materna que el país registró en 1990, en tres cuartas partes, hasta el 2015.

Para cumplirla, la tasa de muertes maternas debe ser este año de 21,1 fallecidas por cada cien mil nacidos vivos. Pero esto es un desafío pendiente para el país, según el informe Objetivos del milenio balance 2013, que la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (Senplades) presentó en octubre pasado. Entre 1990 y 2014 se observa una disminución del 42%.

En el informe de Senplades se determina que la tendencia al alza de la tasa de mortalidad materna responde a que ahora hay un mejor registro de los casos.

Para Cornelia Chumpi, quien fue coordinadora nacional de la Federación Interprovincial Shuar hasta el 2011, la muerte de embarazadas afecta en mayor medida a las indígenas debido a que ellas viven en zonas rurales alejadas de los servicios médicos especializados. La Encuesta de Condiciones de Vida 2014 del INEC arrojó que de 1'232.012 personas autoidentificadas como indígenas, el 76% vive en áreas rurales del país.

Chumpi agrega que otra barrera es el idioma y que los temas de sexualidad y de planificación familiar son un tabú para las mujeres indígenas, afirma.

Esto ocurre en comunidades rurales del cantón Taisha, en la provincia de Morona Santiago, donde una embarazada demoraría hasta un día en llegar a un centro poblado donde pudiera recibir atención calificada para su parto. Chumpi se refiere a comunidades alejadas como Yuramk, cuyos habitantes deben caminar diez horas en

trochas rodeadas del bosque del valle del Cutucú, avanzar cinco horas más en pangas por el río para llegar a poblados conectados por vía terrestre con Taisha.

La otra opción es llamar por radio a la ambulancia aérea, pero no siempre está disponible. Cuando llueve se dificulta el aterrizaje. Ocurrió hace tres años con una adolescente shuar de 15 años que dio a luz en la comunidad de Nayamts. Chumpi recuerda que la chica estaba morada y tenía fiebre tras el parto, y que la ambulancia aérea, que es un servicio del Gobierno, nunca llegó, dice la dirigente.

La adolescente fue trasladada a Taisha en una avioneta en la que habían ingresado unos contratistas del Municipio, luego de cinco días del parto. “El bebé nació desnutrido y tenía síndrome de Down”, recuerda Chumpi.

En Bolívar hay menores dificultades de comunicación, pero aquello no implica que las embarazadas peligren por la falta de atención médica oportuna, dice Norma Bayas, dirigente de la Ecuarunari.

Ella cuenta que hace 60 días, la esposa de su sobrino de 27 años de edad se desmayó con cuatro meses de embarazo. Fue trasladada del sitio Unión y Progreso al hospital de Guaranda, donde le inyectaron un tranquilizante, según Bayas. “Ella se recuperó, pero al día siguiente la misma cosa pasó y tuvimos que trasladar mejor directamente a Riobamba y se mejoró allá”.

Otro de los indicadores para medir el desempeño de este objetivo es el de la proporción de partos con asistencia de personal de salud calificado. Según el informe Objetivos del milenio balance 2013, el porcentaje de los partos atendidos con personal calificado subió de 54,5% en 1990 a 93,2% en 2012.

El porcentaje es menor para las embarazadas indígenas. La última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, presentada este año y que compila los datos del periodo 2007 al 2012, determinó que el 44,7% de las madres auto identificadas indígenas dieron a luz en sus casas con parteras, familiares o solas.

Un documental realizado en Morona Santiago y publicado en 2010 en la web del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, por sus siglas en inglés) muestra lo que se denomina como parto vertical humanizado, que incluye, entre otras prácticas, la

posición vertical de la mujer durante el alumbramiento y el acompañamiento del esposo y de los familiares.

Médicos rurales refieren que la mayoría de mujeres de la etnia shuar prefiere dar a luz en sus casas. La causa principal, según se sostiene en el documental, es que en los centros de salud se sienten maltratadas al hacerlas desnudar frente a los médicos.

Como parte de este proyecto, el personal del hospital de Sucúa fue capacitado para incorporar las prácticas ancestrales de las etnias en los partos.

“Hay una resistencia de mujeres kichwas hablantes... Ellas ocultan, no te dicen la verdad, no hay la confianza total. Necesitan que le hablen en kichwa”. Norma Bayas-Dirigente.

2.2.4. El VIH golpea también a la población indígena

El nuevo rostro de la enfermedad es la ruralización del virus Morona Santiago y Chimborazo tienen la mayor incidencia. Extraído de (http://expreso.ec/historico/el-vih-golpea-tambien-a-la-poblacion-indigena-DYGR_7702645)

El primer caso de VIH se presentó en el país hace casi 35 años. Desde entonces, la política pública ha enfocado las acciones en los grupos vulnerables como los GLBTI, las trabajadoras sexuales, las personas privadas de libertad y las mujeres embarazadas, pero ONU Mujeres ha detectado un cambio sustantivo en el virus.

Cada vez hay más registros de mujeres jóvenes indígenas, en áreas rurales remotas, que portan el VIH. Los casos son concentrados. Por ejemplo, en una comunidad de la región de 120 mil habitantes hay al menos diez personas que se infectan al mes. Por cada uno, hay tres casos más que se deben considerar.

Luiza Carvalho, directora regional de ONU Mujeres para las Américas y el Caribe, explica que la mayoría son muchachas incapaces de imponerse a una relación sexual forzada. “Son víctimas de trata, de explotación sexual y también están viviendo en áreas muy remotas, lejos de los accesos a los servicios y a un sistema de protección contra la violencia”.

En Ecuador, Morona Santiago y Chimborazo son las provincias con mayor incidencia del virus. Sin embargo, no hay un registro exacto. Miriam Conejo, exdirectora de Salud Intercultural del Ministerio de Salud, indica que es complejo ubicar a la población indígena con este virus. Tienen miedo a ser discriminados.

Históricamente han sido un grupo con menos acceso a un trabajo y si a eso se suma estar infectado con VIH, esa tasa disminuye aún más y no pueden darse ese lujo, dice.

En el país, el virus es considerado una de las enfermedades infecciosas relacionadas con la pobreza. En 2012, el porcentaje de niños recién nacidos con esta enfermedad (hijos de madres VIH positivas) se situó en el 4,4 %, según Senplades.

2.2.5. Características de la población del cantón Guamote

Población

Según la investigación realizada por (Campoverde P, 2012) los habitantes del cantón Guamote está conformada por: Indígena 32.632 que corresponde al 92.81%, mestiza 2.269 el 6.45%. Blanca 260 el 0.74%. Una Incidencia de la pobreza de consumo 89.4%. Incidencia de la extrema pobreza de consumo 69.2%. Pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI) 96.1. Personas que habitan viviendas con servicios inadecuados 93.6%. Personas en hogares con alta dependencia económica 7.8%.

Personas en hogares con niños que no asisten a la escuela 18.0%. Personas en hogares con hacinamiento crítico 62.0%.

El idioma predominante es el kichwa especialmente en las mujeres, los jóvenes y adultos son bilingües. Existe diversidad de cultos religiosos así tenemos la católica, evangélica y testigos de Jehová.

La vestimenta utilizada por los hombres es sombrero, poncho y en algunas comunidades zamarros; las mujeres utilizan sombreros, anacos, bayetas, fajas, collares, cintas todos estos de multicolores.

La población económicamente activa, PEA, del cantón asciende al 14.258 del total. Tasa bruta de participación laboral 40.5%, Tasa global de participación laboral 64.4%.

Dentro de la distribución sectorial del empleo, le siguen en importancia al sector primario las actividades relacionadas con la industria, el comercio y los servicios. La población de Guamote fundamenta su supervivencia en la producción agropecuaria. Sus cultivos son de secano, donde se puede realizar una sola cosecha al año.

La tenencia promedio de la tierra individual es de 2.7 has, reduciéndose en las zonas donde no tienen páramos. A pesar del alto nivel de erosión de los suelos la principal actividad de la población es la agropecuaria. Los principales cultivos son: papas, habas, cebada. Respecto a la actividad pecuaria existen bovinos, ovinos y porcinos, en orden de importancia.

Para atenuar la crítica erosión se inicia acciones de forestación y reforestación, principalmente en la parroquia Palmira, donde se crea la primera cooperativa forestal del país. Una actividad ocupacional importante de los guamoteños es el comercio. Un reflejo del dinamismo de esta actividad es la existencia de una de las ferias más importantes del país, que tiene lugar los días jueves.

Esta tiene carácter provincial y funciona a partir de nueve plazas en donde se comercializan productos agrícolas y pecuarios. En los últimos años han venido surgiendo varias microempresas en actividades relacionadas con la artesanía la industrialización de los productos pecuarios (quesos y embutidos) y con la piscicultura. Estas microempresas son familiares y comunitarias.

La migración temporal y definitiva es otro rasgo característico de la población del cantón. Este fenómeno ocasionado por los bajos ingresos y la falta de empleo en el ámbito rural se ha extendido en los últimos años a tal punto que emigra no solamente la población en edad de trabajar, sino también los niños/as. Lo hacen posteriormente a la siembra y cosecha. Se estima que el 18% de la población rural emigra hacia la cabecera provincial y a otras provincias del país y al exterior

La información es fundamental para las personas que deseen planificar, ya que está vinculada al uso adecuado y a una acertada elección del método; sin embargo, cuando el conocimiento es deficiente, predominan otros factores que conllevan al cambio o abandono de los mismos, siendo estos del orden socio cultural principalmente

2.2.6. Edad

La edad es un factor importante de la fecundidad; en los países subdesarrollados como el nuestro, donde predomina una población joven, es necesario tener en cuenta que la edad materna influye enormemente en el bienestar del binomio madre hijo.

La edad al momento del matrimonio o unión de hecho estable, es una variable demográfica que puede jugar un rol significativo en la reducción general de la fecundidad, asumiendo que la actividad sexual femenina se limita principalmente al matrimonio.

Al casarse tardíamente acorta la duración de la edad reproductiva de la mujer, y es probable que tengas menos hijos.

El uso de anticonceptivos aumenta a las par de la edad de la mujer, probablemente porque ésta ha adquirido más conocimiento sobre los métodos o bien porque ya tiene varios hijos.

En las mujeres que se estudió en el área de influencia del Hospital Cantonal Guamate se observó que se casan e inicia relaciones sexuales a muy cortas edades siendo el embarazo en adolescentes un problema social grave en esta población.

El uso de métodos anticonceptivos también es preferencial dependiendo la edad en que se encuentran, las mujeres de 15-19 años prefieren la discreción siendo lo más utilizados los implantes, los inyectables y preservativos recalando que estos los proporciona el MSP de manera gratuita, las mujeres de 20-30 años existe mayor demanda de métodos anticonceptivos orales, DIU y la ligadura, las mujeres de 30-49 años prefieren

La ligadura ya que en esta población en estudio son mujeres que han tenido de promedio de 6-7 hijos.

2.2.7. Estado Civil

El tener múltiples compañeros influye sobre el nivel de fecundidad, elevándolo. Si las mujeres son jóvenes y tiene un nivel de educación bajo, es más probable que se encuentren en unión libre y no formalmente casados.

En Guamote la mitad de las parejas jóvenes conviven en unión libre. Casi la mitad de las solteras no conocen los métodos anticonceptivos, debido a que muchas de ellas no han iniciado vida sexual activa y son estudiantes estas jóvenes buscan una mejor oportunidad de vida, la población indígena de Guamote en cuanto a sus costumbres y tradiciones establece que la mujer debe empezar su vida sexual cuando se ha casado.

2.2.8. Escolaridad

El bajo nivel escolar es una seria limitante para la aceptación de los métodos de planificación familiar, ya que al no lograr captar el mensaje los potenciales usuarios recurren a fuentes de información inapropiadas, como son amigos o familiares, jefes de comunidad, yagchas, curanderos con un nivel educativo similar. El analfabetismo y la baja escolaridad tanto de la mujer como del cónyuge, influyen directamente en el no uso de los métodos de planificación familiar.

Son las mujeres más educadas las que van a contar con un estilo de vida mejor, hijos más sanos, espacios 23bstetriz23ico adecuados, mejor nivel socioeconómico, elegibilidad de un método anticonceptivo más adecuado.

En el Cantón Guamote menos de la tercera parte de la población estudia ya que para esta población es más importante el traba de las tierras y miran a sus hijos como entes productivos para el trabajo.

2.2.9. Religión

En América Latina, la religión de manera general no aparenta ejercer gran influencia sobre la utilización de los métodos anticonceptivos. Sin embargo, aunque la religión no tenga efectos sobre las decisiones individuales, en algunos países ejercen un efecto importante sobre la disponibilidad de los métodos anticonceptivos, pues los dirigentes políticos y los proveedores de los servicios de planificación familiar vacilan

en ofrecer este tipo de servicio por temor a enfrentarse a poderosas instituciones religiosas.

Concuerta en afirmar que la planificación familiar constituye una obligación de paternidad responsable siempre que se respeten los designios de la Iglesia, tal es el caso de la católica que considera el método del ritmo como la única forma aceptable.

Sin embargo existen comunidades en donde la religión juega un factor significativo en relación con la baja prevalencia de la práctica anticonceptiva, sobre todo en áreas remotas con baja escolaridad, en las cuales se considera que no se debe hablar sobre temas relacionados con sexualidad o planificación familiar por estar en contra de las buenas costumbres.

Es importante hacer hincapié en el hecho que los métodos aprobados por la Iglesia alcanzan apenas un 80% de efectividad en condiciones óptimas, lo cual conlleva a un alto índice en embarazos no deseados especialmente entre los adolescentes y mujeres jóvenes solteras. Esto es paradójico, ya que la misma Iglesia condena los embarazos fuera de matrimonio, y obliga a las mujeres a buscar alternativas muchas veces fatales, como lo son los abortos ilegales.

2.2.10. Idioma

El idioma es otro de los factores que influyen en la planificación Familiar en el Ecuador los idiomas oficiales son el Español y el kiwchua según el último censo realizado por el INEC en el 2011 el 71,9 % se identificó como mestizo, el 7 % como indígena y otros con el 21,1 %, de los cuales la mayoría de la población indígena se encuentra ubicada en la Provincia de Chimborazo.

En el Cantón Guamote el 82% se identifica como indígena y hablan kiwchua por lo cual para el personal que trabaja en salud sexual y reproductiva se le hace difícil llegar a sensibilizar y explicar cuán importante es la planificación familiar.

En el Cantón Guamote el 82% se identifica como indígena y hablan kiwchua por lo cual para el personal que trabaja en salud sexual y reproductiva se le hace difícil llegar a sensibilizar y explicar cuán importante es la planificación familiar.

El Hospital Cantonal Guamote cuenta con 2 obstetricas que han tenido que estudiar kichwa para llegar a los usuarios para los cuales prestan sus servicios, además a la capacidad de parteras.

2.2.11. Procedencia

El uso de anticonceptivos varía de acuerdo al lugar de residencia; un mayor porcentaje de mujeres urbanas, especialmente las que habitan en la capital, usan más anticonceptivos en comparación con las mujeres del área rural, lo que puede reflejar una mayor accesibilidad de los mismos en la ciudad.

Las mujeres con mayores riesgos son las que viven en condiciones de pobreza o pobreza extrema con residencia rural o urbana marginal y con bajo nivel de instrucción. Una Incidencia de la pobreza de consumo 89.4%. Incidencia de la extrema pobreza de consumo 69.2%. Pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI) 96.1. % Personas que habitan viviendas con servicios inadecuados 93.6%. Personas en hogares con alta dependencia económica 7.8%.

Muchas mujeres que dan a luz en las comunidades, son atendidas a domicilio por las parteras, las cuales en la mayoría de los casos son familiares de la parturienta, por lo cual no reciben asesoramiento acerca de anticonceptivos.

2.2.12. Ocupación

Está estrechamente relacionada con la procedencia. Si las mujeres están en zonas urbanas utilizan más métodos anticonceptivos vs las que viven en zonas rurales por factores como la poca accesibilidad al servicio de salud.

El grupo de mujeres en estudio son mujeres que se dedican a la agricultura, a la crianza de animales y el acudir al hospital para ellas es “un día de trabajo” por lo cual el hospital tiene un programa de visitas domiciliarias donde la 25bsteriz promociona la Salud Sexual y Reproductiva no con muchos resultados ya que existen todos estos factores sociales, culturales que no permiten que las usuarias accedan a métodos de planificación familiar.

2.2.13. Factor económico

Aunque en las unidades del Ministerio de Salud Pública se distribuye los métodos anticonceptivos de forma gratuita, algunas veces no abaste la demanda de estos, cuando las usuarias tienen que adquirir un método de planificación de su dinero esta abandonan el método perdiendo la continuidad y eficacia de los mismos ya que para su economía son demasiado caros.

2.2.14. Factores culturales

Debido a que Ecuador es un país con una rica y variada cultura, los mitos y creencias se hallan profundamente arraigados entre la población, influenciado todos los aspectos de nuestra vida cotidiana. Los métodos anticonceptivos no son la excepción, como lo demuestra la gran cantidad de mitos y creencias que sobre los mismos existen en nuestro país

Es importante señalar que muchas veces el abordaje realizado al usuario y la estrategia de mercadeo utilizada, es fundamental para lograr un efecto positivo en la población, ya que el primer contacto de la misma con los métodos, va a determinar una actitud positiva o negativa hacia los mismos. La campaña educativa se debe de adecuar a las características de la población hacia la cual va dirigida, ya que muchas veces la información recibida por el usuario es tergiversada por su limitada comprensión de la misma.

2.3. Estrategia de intervención educativa

La Organización Mundial de la Salud definió en el artículo 11 de su Carta constitutiva (1946) a la salud como “el más completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” lo que representó un verdadero cambio cualitativo respecto a las concepciones anteriores y amplió ilimitadamente el horizonte de la salud y las inversiones necesarias para lograrlo. Aprender a apreciar la salud de manera diferente a la tradicional tiene importantes implicaciones prácticas: entender la salud de tipo holístico, global, centrada en los determinantes sociales y los factores personales que influyen en ella, permiten apreciarla en toda su complejidad y en consecuencia, posibilita incidir en la capacidad de los diversos actores sociales para afrontar los problemas de salud, tanto las formas de comportamiento individual y colectivas que afectan todo el entramado vital y social, y no solo las cuestiones biológicas y de la

organización del sistema de salud. La inclusión de factores de tipo cognitivo y actitudinales apuntan a la creación de una nueva cultura de salud, que implica la posibilidad de transmisión social de los mismos, y el instrumento socialmente más extendido para ello sigue siendo la educación en su sentido más amplio.

Desde los inicios de estas propuestas de la Organización Mundial de la Salud y las sucesivas reformas sanitarias subsecuentes (que permitieron la organización y generalización de la Atención Primaria de Salud como base del sistema sanitario) se ha destacado la especial importancia otorgada a las actividades de promoción y prevención en el tratamiento de la salud y la enfermedad poblacional. En estas iniciativas se han incluido, desde lo individual y lo colectivo, procesos y estrategias generales de movilización y gestión comunitaria, dirigidas al fomento de la participación y la cohesión social, la potenciación de los propios recursos personales y comunitarios o la formación de coaliciones como forma de colaboración entre diferentes agentes comunitarios para hacer frente a los problemas y necesidades de salud de la población.

De acuerdo a la investigación de (Montero, 2012), la intervención es una palabra usada en la vida cotidiana, por lo cual todos creemos saber que significa, pero si se quiere buscar una definición clara y precisa de lo que es intervención, quien lo haga no tendrá fácil la tarea, pues en el campo de la psicología social y de las ciencias sociales en general, se suele tratar el tema de manera extensa e informativa, pero dándose por sentado que ya los lectores saben que es intervención. Pero esa no es una buena nueva, pues la vida cotidiana puede ser muy compleja, como también lo es el concepto de intervención. Desde su sentido habitual, el concepto de intervención pasó, casi simultáneamente, al trabajo social y a ciencias sociales tales como sociología, o como las áreas de aplicación de los servicios de salud y bienestar social, de donde pasa a la psicología.

2.3.1. Intervención o Intervenciones

La intervención social no es una forma única de acción en lo social, ni es una forma de hacer codificada dentro de un canon. Hay diferentes formas de intervenir y esta es otra de las causas para esa primera diferenciación en función del carácter e interés democrático o autocrático que pueda haberla motivado. Así según su origen, la intervención social puede ser oficial o independiente, conforme a su ubicación como

parte de políticas públicas o en formas participativas provenientes de la acción organizada de grupos o comunidades dentro de una población. Y en el caso de las primeras, puede ocurrir que algunas de ellas busquen incorporar la participación popular, acotada de acuerdo con la planificación hecha en alguna institución estatal; si bien puede haber dudas sobre la calidad participativa y transformadora de dicha participación. También hay diferencias según la finalidad de la intervención. En este caso se habla de:

1. Intervenciones dirigidas a la satisfacción de alguna necesidad normativa en un grupo o sector específico de la población;
2. Intervenciones dirigidas a la transformación de condiciones de vida en general, o en aspectos particulares de ella. Aquí entran las intervenciones mediadoras, que son aquellas en las cuales se busca interceder ante grupos que se enfrentan por el control de algún recurso, o bien entre grupos ciudadanos que demandan alguna obra o servicio y la propuesta del Estado al respecto.
3. Intervenciones para la concertación, en las cuales agentes externos (personas ajenas a un determinado sector o grupo social) o agentes pertenecientes a grupos o comunidades intervienen para lograr la unión de esfuerzos, recursos y conocimientos para la consecución de alguna acción o proyecto juzgado conveniente para diversos grupos o personas interesados; o bien de acuerdos generales de cooperación que pueden luego desglosarse en los anteriores.
4. Intervenciones cuya finalidad es la consulta sobre asuntos e intereses en diversos grupos o comunidades. De las intervenciones para concertación y consulta, Nicolas-Le Strat (1996) dice que ellas pueden ser una forma de “plusvalía democrática”. Es decir, que aprovechan el carácter aparente o superficialmente participativo, “para manipular a las poblaciones en forma antidemocrática” (1996:13). Otra razón más para la consideración negativa del concepto.

2.3.2. Intervención educativa

Es el proceso realizado por un especialista, en el ámbito educativo, un especialista en educación. Consiste en realizar un plan de mejora siguiendo las fases y creando estrategias que se implementaran en el programa o proyecto que se intervendrá, este tiene que estar bien realizado y prevenido para los imprevistos, si se lleva a cabo el plan se estará cumpliendo el objetivo de la intervención educativa. (Vega, 2013)

La intervención es el elemento nuclear de todo proceso de enseñanza-aprendizaje. Cualquier intervención parte de una evaluación previa, a la que sigue un entrenamiento estratégico que finaliza con una evaluación final, útil para contrastar la eficacia de todo el procedimiento desarrollado.

En el ámbito educativo, la evaluación trata de identificar inicialmente y de comprobar, finalmente, el grado de las capacidades que los sujetos pueden desarrollar sobre unos contenidos concretos. Por este motivo, la evaluación debe ser adaptada mediante ejecuciones concretas. A partir de ahí, se ajusta la programación, la cual debe estar estructurada en torno a objetivos de aprendizaje, con un diseño de capacidades sobre contenidos, con el fin de poder hacerla flexible y adaptable en cada momento. En este contexto, las capacidades identifican el proceso estratégico que conviene poner en marcha; de ahí que hablemos fundamentalmente de procesos estratégicos de comprensión (contenidos conceptuales) y de aplicación (contenidos procedimentales). Ahora bien, en el rendimiento académico, no sólo debe potenciarse lo intelectual, sino también lo atencional y lo emocional. Por este motivo, además de hablar de estrategias de comprensión y de aplicación, es preciso abordar estrategias de atención y de autorregulación y control. La labor de la Intervención consiste en planificar un proyecto con la finalidad de producir un cambio.

Funciones de la Intervención en situaciones de riesgo:

- Sustitutoria
- Asistencial
- Terapéutica
- Integral
- Rehabilitadora
- Educativa
- Preventiva
- Promocional

Es una estrategia que conlleva a mejorar o cambiar un ámbito o contexto determinado, en el que inciden los actores sociales. La participación activa en el proceso permitirá

que la intervención este enfocada en las necesidades reales de los grupos a quienes va dirigida.

La Intervención Engloba

- Problemas Sociales
- Problemas Ambientales
- Problemas Culturales
- Problemas Educativos
- Grupos excluidos o en situación de riesgo.

En la intervención se investigan las problemáticas para actuar con un objetivo a través de estrategias y herramientas para una solución posible.

2.3.3. Modelo de intervención educativa

Es el esquema a través del que se intenta dar una interpretación de qué es, cómo y por qué es así una enseñanza. (Galo Sánchez, 2010)

Hay diferentes respuestas posibles y cada respuesta se encuentra asociada a formas de entender y pensar sobre la enseñanza, el currículo, los estudiantes, la escuela, el contenido, etc.

2.3.4. Momentos de la intervención educativa

- Diseño
- Desarrollo
- Evaluación

2.3.5. Diseño

Incorpora una forma de entender:

- El profesorado
- El alumnado
- La intencionalidad de la comunicación
- Las actividades académicas

- La participación
- Los recursos
- El aprendizaje
- La evaluación

Y la estructura y la dinámica entre ellos.

2.3.5. Planificación

Pensar, valorar y tomar decisiones sobre lo que supuestamente va a ocurrir en el aula.

- Finalidad del proceso de enseñanza-aprendizaje
- Tipo de conocimiento a promover
- Papel del profesorado y del alumnado
- Características y motivaciones del alumnado
- Contexto donde se desarrolla la acción
- Materiales y recursos educativos a utilizar

2.3.6. Desarrollo

- Puesta en práctica o implementación del diseño.
- Valoración de los obstáculos que surgen.

2.3.7. Evaluación

- Proceso que determina el ajuste existente entre diseño y desarrollo.
- Depende del modelo de intervención.
- Evaluación cuantitativa.
- Evaluación cualitativa.
- Evaluación formativa

2.3.8. Modelos

Formas de plantear las fases de la intervención educativa.

- Metodología tradicional
- Metodología innovadora
- Metodología investigativa

2.3.8.1. Metodología Tradicional

- El profesor es el protagonista de la actividad docente.
- “Los conocimientos” pueden transmitirse verbalmente.
- La enseñanza como una actividad dirigida al logro de productos.
- El profesor se preocupa de cómo hacer y no de para qué hacer.
- Desarrollo de un currículo cerrado, concebido como un conjunto estático.
- Para la presentación de los conocimientos, al profesorado se le supone:
 - Un dominio de los contenidos.
 - Una ordenada y clara exposición.
- El profesorado es quien legitima el conocimiento.
- El único recurso complementario es el libro de texto.
- Estructura disciplinar del conocimiento.
- El aprendizaje se observa como la suma de actividades (tareas aisladas y fragmentadas)
- Se promueve el aprendizaje memorístico.
- El alumno es mero activista y resolutor.
- El aprendizaje es individual ("en silencio") y así se organiza el aula.
- Planteamiento acontextual. Primero se aprende y ya se aplicará.
- Se planifica en función del conocimiento a explicar y ejercicios a realizar.
- Imposibilidad de contraste entre lo esperado y lo conseguido.
- La validez se centra en la información aportada por exámenes. Conocimiento memorizado.
- Evaluación como proceso sancionador.

2.3.8.2. Metodología innovadora

- Papel más activo del alumnado.
- Consideración de aquellos intereses que motiven al alumnado a actuar.
- Combina planteamientos dirigidos junto a participativos.
- Relación con otras áreas y aplicación del conocimiento. Pero manteniendo la estructura disciplinar del conocimiento.
- Los contenidos son fijados por el profesor.
- La actuación no ha tiene porque ser negociada.
- La explicación verbal ocupa un papel más de introducción o cierre del proceso.

- Prima lo conceptual sobre lo procedimental.
- Actividades mixtas:
 - Constructivistas.
 - Simulación del método científico.
 - Corrección de errores.
- Utilización de gran diversidad de recursos didácticos y trabajo en grupo.

2.3.8.3. *Metodología investigativa*

- El alumnado no llega a la escuela con un pensamiento vacío y ajeno al entorno. Se presentan con ideas o aprendizajes que parten de su experiencia social.
- Caracterización de conocimiento escolar frente al conocimiento disciplinar.
- El alumnado y el profesorado son sujetos-observadores del medio natural y social.
- Selección de problemas significativos a investigar.
- Trabajo colaborativo y no lineal.
- El alumno no sólo es activo, sino que ha de ser reflexivo y fuente emisora de mensajes para el profesor.
- El profesorado es un investigador dentro y fuera del aula.
- Las actividades no son recursos para generar aprendizajes previstos, sino situaciones en las que el alumnado se relaciona con el entorno.
- Organización dinámica del aula.

2.3.9. **Intervención comunitaria**

2.3.9.1. **Proceso de intervención comunitaria**

Aspectos a tener presentes en la elaboración de un Programa de intervención.

1. Definición y análisis del tema, problema de la comunidad

De lo anterior se desprende que nuestra intervención puede organizarse para actuar sobre la comunidad o un sector de ella.

2. Evaluación inicial

Diagnosticar las necesidades de la comunidad en relación con la primera etapa, es decir con relación a una población específica de esa comunidad o a un problema de esta.

Para referirnos a las fases del proceso de evaluación de necesidades

- a. Identificación del problema o necesidad que requiere de algún tipo de intervención.
- b. Aplicación de técnicas que posibiliten la recogida de la información con el mayor rigor científico: Entrevista, observación, encuestas etc.
- c. Resumen e integración: Se trata de analizar la información.
- d. Valoración y asignación del significado: Se analiza con los referentes teóricos de partida para poder comprender su significado y plantearnos como abordar su cambio.
- e. Comunicación: Los resultados de la evaluación inicial deben comunicarse tanto a quienes directamente hayan solicitado el diagnóstico como a la propia comunidad.

En el diagnóstico se indica el estado actual del objeto que justifica la existencia del problema que se pretende contribuir a darle solución.

2. Diseño y organización de la intervención

La intervención se diseña a través de un Programa que no es más que la sistematización de las acciones que seleccionamos para alcanzar los objetivos propuestos en la intervención para lograr los cambios deseados.

Esta contiene las siguientes partes:

- a. Determinación de los objetivos de la intervención.
- b. Establecimiento del contenido del programa.
- c. Análisis de la conexión entre objetivos y componentes.
- d. Organización del Programa y obtención de los recursos materiales y humanos.

2. Ejecución o implementación de la intervención

Una vez que se dispone del programa y de los recursos se puede implementar la intervención.

En esta fase los vínculos relacionales establecidos con la comunidad, emergen como un factor importante para la continuidad del trabajo; de su fortaleza depende en gran medida que podamos llevar exitosamente a cabo la implementación del programa y ello se constituye desde el inicio, desde la entrada en la comunidad.

2. Finalización y evaluación de los resultados

Ella define cuan eficiente o no ha sido nuestra intervención la que debe estar bien concebida desde el inicio del proceso.

La evaluación es una fase compleja que requiere de mucho rigor científico para que realmente podamos decir que el programa responde a los objetivos para el cual fue diseñado y en este sentido puede ser útil para condiciones similares.

El proceso de intervención comunitaria será evaluado de forma sistemática por sus ejecutores, la directora ejecutiva del subprograma, y los miembros de la comunidad le darán seguimiento.

2. Diseminación de la intervención

Esta etapa se refiere a la información que debemos brindar acerca de la eficiencia del programa y sus posibles usos en otros contextos que guardan similitud con aquel que ya se probó. La diseminación puede realizarse tanto a través de la demostración práctica de su eficiencia, como de la divulgación a través de publicaciones o materiales.

La conciencia pública puede considerarse como la percepción social de un problema o el sentimiento o estimulación en que coincide un colectivo acerca de determinado asunto; relacionado según nuestro interés con la integración de las personas con discapacidad intelectual, dado el conocimiento de sus principales necesidades y potencialidades y la divulgación de sus logros en las diferentes esferas de la vida social.

Este programa tiene una dimensión comunitaria e involucra a todos los factores y a medios masivos de comunicación. Su propósito es lograr que todos comprendan que los niños y niñas, con necesidades educativas especiales; son primero personas; y tienen los mismos derechos y deberes. Su segundo propósito es ponderar las potencialidades de las personas con discapacidad y sus posibilidades de prepararse para una vida adulta independiente.

2.3.10. Estrategias y técnicas de intervención comunitaria

Dentro de las estrategias que se conjugan para poder llevar a cabo una intervención comunitaria, se debe considerar que cada situación estará estructurada con elementos propios, tales como, percepción de la comunidad, cultura, actitudes y a la vez, la situación en la cual se encuentra la comunidad. (Muñoz, 2011)

Lo más relevante antes de poder accionar una estrategia de intervención y hacerla operativa mediante una técnica, es saber, claramente la finalidad de nuestra intervención, la cual, es alcanzada con la optimización y desarrollo eficaz de las estrategias y técnicas de diagnóstico.

En consecuencia a lo planteado, estamos en condiciones de entender que las estrategias tienen un carácter “focalizador” de las ideas de intervención, las cuales cual fueron evaluadas y analizadas en la etapa anterior de diagnóstico.

Dentro de las estrategias de intervención hacemos mención a la divulgación y sensibilización, promoción y motivación.

Cada una de estas estrategias se articulará en concordancia a la intencionalidad de la intervención ocupando técnicas que se ajusten a los requerimientos planteados.

Por ejemplo en una comunidad se evidencio tras el análisis y estructuración de un diagnostico problemas de participación y seguridad.

Para esto es menester articular una estrategia que vaya enfocada en la motivación de los vecinos, y para esto es necesario recurrir a una técnica que sea capaz de reunir a una parte considerable de la población, para que de esta manera se cumplir con los objetivos trazados.

Dentro de las técnicas que se ofrecen o permiten desarrollar esta estrategia en tal situación, sería un operativo cívico, el cual reuniría una gama de servicios a la comunidad la cual estaría enmarcada en dar respuesta a la estrategia motivando a la población con las actividades participativas aportando al derroque del problema de la participación comunitaria.

En términos generales, diremos que las estrategias dependerán de las características propias de la comunidad, la intencionalidad que se quiera lograr con tal intervención de las cuales, las más recurrentes son:

- divulgación y/o sensibilización
- promoción – motivación.

Y en cuanto a las técnicas, estarán de la misma manera, condicionadas de la estrategia, tales como talleres motivacionales, talleres de manualidades, capacitaciones, operativos Cívicos, etc.

La Promoción de la Salud constituye hoy un instrumento imprescindible y una estrategia básica en la respuesta a los problemas y situaciones de salud más relacionales desde la conceptualización de la Atención Primaria, no sólo para el abordaje de un problema o enfermedad sino por la obtención de un nivel de salud compatible con una buena calidad de vida; pero necesita de un cambio de actitudes en los decisores y planificadores de la salud, seguido de la sensibilización y capacitación técnica correspondiente que se haga posible y efectiva en los individuos, las familias, los colectivos sociales y las comunidades, convirtiéndolos a todos en actores que por ellos mismos se responsabilicen en la solución de los problemas de salud, conjuntamente con las organizaciones e instituciones públicas de los distintos sectores implicados.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación:

Se realizó una investigación no experimental, aplicada (Artiles, 2008), con enfoque cuantitativo y un diseño de tipo descriptivo-correlacional de corte transversal.

3.2. Localización y temporalización:

El estudio se realizó en la comunidad Mercedes Cadena, distrito Colta- Guamote, enero a junio 2016.

3.3. Población de estudio:

Estuvo constituida por el universo de mujeres en edad fértil no controladas de la comunidad Mercedes Cadena, ciento uno (101). Se tomaron en cuenta criterios de inclusión, exclusión y de salida:

Criterios de Inclusión:

- Está comprendida entre 15 a 49 años
- Que no utilicen método anticonceptivo.
- Estar residiendo en la comunidad Mercedes Cadena al momento del estudio
- Dar el consentimiento informado de participación en el estudio, en el caso de las menores de edad, tener la aprobación de los padres o representantes.

Criterios de exclusión:

- Enfermedad invalidante y/o discapacidad intelectual.

Criterios de salida:

- Abandono de la investigación por cualquier causa

3.4. Variables de estudio

3.4.1. Identificación:

Variable dependiente: conocimiento

Variables independientes: edad, sexo, nivel de instrucción, número de embarazos, ocupación y antecedentes de uso.

Para dar salida la variable conocimiento sobre anticoncepción hormonal se establecieron (6) dimensiones.

- Conocimiento sobre concepto de anticoncepción hormonal
- Conocimiento sobre tipos de anticoncepción hormonal.
- Conocimientos sobre indicaciones de la anticoncepción hormonal.
- Conocimiento sobre contraindicaciones de la anticoncepción hormonal.
- Conocimiento sobre beneficios de la anticoncepción hormonal.
- Conocimiento sobre efectos adversos de la anticoncepción hormonal.

3.4.2. Operacionalización de variables

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 no controladas según grupo de edad
Nivel de instrucción	Cualitativa ordinal	Ninguno Primaria Secundaria Superior	Según último año de educación terminado	Porcentaje de mujeres en edad fértil no controladas por nivel de instrucción
Número de embarazos	Cuantitativa discreta	Ninguno 1 a 2 3 a 4 5 y más	Se refiere al número de embarazos, incluyendo abortos y partos	Porcentaje de mujeres en edad fértil no controladas según número de embarazos
Ocupación	Cualitativa nominal	Ama de casa Trabajadora Estudiante Jubilada o pensionada	Se refiere a la actividad laboral que realiza	Porcentaje de mujeres en edad fértil no controladas según ocupación

<p>Conocimiento sobre concepto de anticoncepción hormonal</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Satisfactorio</p> <p>No satisfactorio</p>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a concepto de anticoncepción hormonal</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 no controladas según conocimiento sobre concepto de anticoncepción hormonal</p>
<p>Conocimiento sobre tipos de anticoncepción hormonal</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Satisfactorio</p> <p>No satisfactorio</p>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a tipos de anticoncepción hormonal</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 no controladas según conocimiento sobre indicaciones de la anticoncepción hormonal</p>
<p>Conocimiento sobre indicaciones de la anticoncepción hormonal</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Satisfactorio</p> <p>No satisfactorio</p>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a indicaciones de la anticoncepción hormonal</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 no controladas según conocimiento sobre indicaciones de la anticoncepción hormonal</p>

3.5. Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la entrevista. Como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario diseñado por el investigador, el que fue sometido a la consideración de expertos y pilotaje de prueba con diez 10 mujeres en edad fértil no controladas de 15 a 49 años, 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.

3.5.1 Características del instrumento

El cuestionario estuvo estructurado en dos partes, una parte inicial que recogió datos sobre variables: Nivel de instrucción, edad, sexo, número de embarazos, ocupación y antecedentes de uso, con siete preguntas y otra que contempló un test de conocimientos con once preguntas. El conocimiento sobre anticoncepción hormonal, 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 responde correctamente el 60 % o más de los ítems realizados, y no satisfactorio cuando responde 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 anticoncepción hormonal. 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 adición de 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 las variables medidas.

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 incluyeron 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 10 mujeres en edad fértil no controladas con características similares a las del grupo de estudio y que no formaron parte de la investigación.

3.6. Procedimientos

En una primera etapa, se estableció comunicación con las mujeres en edad fértil no controladas de 15 a 49 años, las cuales recibieron una breve explicación sobre la naturaleza del estudio y la confidencialidad con que se manejaron los datos, protegiendo sus identidades, lo que quedó validado a través del consentimiento informado.

Con la aplicación del cuestionario en el primer encuentro se caracterizó al grupo de estudio según las variables seleccionadas y se determinó el conocimiento sobre anticoncepción hormonal.

Seguidamente se procedió a identificar la relación existente entre el conocimiento sobre anticoncepción hormonal y las variables seleccionadas.

A partir de los resultados obtenidos se diseñó una estrategia de intervención educativa sobre anticoncepción hormonal, que incluyó acciones de información, educación y comunicación, así como sus indicadores de ejecución e impacto.

3.7. Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos se incluyeron en una base de datos creada al efecto. La descripción de los resultados se realizó utilizando porcentajes. Se empleó el estadístico Chi-Cuadrado (χ^2) para determinar la relación y diferencias significativas entre las variables de estudio, con un nivel de significancia < 0.05 . Los resultados se reflejaron en tablas para su mejor representación y comprensión.

3.8. Aspectos éticos

Antes de llevar a cabo la investigación se dio a conocer a las mujeres participantes, los objetivos de la investigación, además se pidió autorización por medio de un consentimiento informado y de las menores de edad la autorización de los padres o representantes para la participación en la investigación.

Se puso en práctica los principios éticos de autonomía, confidencialidad, 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.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados y Discusión

Al analizar la distribución de mujeres de 15 a 49 años no controladas según características biosociales, podemos observar que predominó el grupo de edad de 35 a 39 años con un (29,7%), seguido del de 15 a 19 con un (26,7%). En relación con el número de embarazo predominaron las mujeres sin ningún embarazo para un (38,6%), seguido de las de 1 a 2 para un (32,7%). Al analizar el nivel de instrucción predominó la primaria con un (54,4%), seguido de secundaria con un (31,7%). En cuanto a la ocupación, predominaron las trabajadoras para un (62,4%), seguido de las estudiantes con un (34,6%). Tabla 1.

Estos resultados no coinciden con el estudio de Ruiz (2015) donde los grupos de mayor predominio fueron de 21 a 30 años con el 51,3%, seguido del 15 a 20 años con el 26,7% mientras que el grupo de 31 a 45 años representan el 22%. No coincidiendo con los de Berrones 2011, donde el mayor por ciento, 27% se encuentran en las edades entre 22 a 26 años y el 24% están entre 27 a 31 años. No coincide además con el estudio de Ávila (2014), donde el mayor porcentaje 61,5% pertenecen al intervalo de edad 18 a 22, seguido 25,6% intervalo de edad 23-27 años. No coincidiendo con el estudio de Wallace (2015) donde de las mujeres de 20 a 27 años (145) fue el grupo etáreo más representativo con 44%.

Los resultados no coinciden con el de (Berrones, 2011) donde el 65% de encuestados tienen de 1 a 4 hijos. No existe coincidencia con el estudio de Campoverde (2012) donde el 45% de mujeres tiene de 4 a 7 hijos, el 25% de 1 a 3 hijos, el 10% más de 7 hijos, mientras que el 20% de mujeres no tiene hijos.

Los resultados coinciden con los de (Ruiz, 2015), donde se evidencia que el mayor porcentaje (28,7%) de mujeres tienen una educación básica, el 26% son bachilleres, el 13,3% tienen básica incompleta, el 12,7% bachillerato incompleto, el 8% están

cursando el bachillerato, únicamente el 4% tienen un nivel de escolaridad superior, el 2,7% superior incompleta, el 0,7% cursa la educación superior, mientras que el 1,3% no tienen ningún nivel de instrucción. Además coincide con (Berrones, 2011), donde el nivel de instrucción básico es el equivalente al 49%. Coincidiendo con el estudio de (Wallace, 2015) donde la escolaridad que más prevalece en las encuestadas es secundaria, (195 mujeres) con 59% siendo las analfabetas y los técnicos medio los grupos menos representativo con 13 para 4% cada uno.

Coincide con el estudio de (Campoverde P, 2012) donde del universo estudiado se encontró que el 47% de usuarias tienen primaria incompleta y apenas el 38% terminó la escuela, el 14% tiene un nivel secundario y apenas el 0.7 tiene estudios superiores. Existe relación con el estudio de (Carvajal, 2014) donde dentro del grado de escolaridad que presentan las mujeres el 78 por ciento tiene Primaria, un 19 por ciento la Secundaria, un 3 por ciento preparatoria. Ninguna mujer cuenta con escolaridad a nivel profesional.

No existe coincidencia en relación a lo planteado por (Ruiz, 2015), donde la mayoría de mujeres que participaron en el estudio con un porcentaje del 66% son amas de casa, es decir realizan un trabajo no remunerado, en tanto que el 18,7% son empleadas públicas. De igual forma no coincide con el estudio de (Wallace, 2015) donde la ocupación que más prevalece en estas es ama de casa (277) con un 84%. Coincide con el estudio de (Campoverde P, 2012) donde la agricultura con el 43% hacen que sea la principal fuente de trabajo para nuestra población en estudios, el 26% es ama de casa, 10% de las mujeres se encuentran en la desocupación, el 13% son estudiantes.

Debemos señalar que pese a que el estudio se realizó en una población rural e indígena, el conocimiento sobre el tema es bajo y el nivel intelectual es bajo, las mujeres tienen antecedentes de uso de anticoncepción hormonal.

Tabla 1-4: Mujeres de 15 a 49 años no controladas según características biosociales. Mercedes Cadena, enero a junio 2016.

Grupos de edades	N°	N=101	
		%	
15-19	27	26,7	
20-24	20	19,8	
25-29	9	8,9	
30-34	12	11,9	
35-39	30	29,7	
40-44	3	3,0	
45-49	0	0,0	
Número de embarazos			
Ninguno	39	38,6	
1 a 2	33	32,7	
3 a 4	23	22,8	
5 y más	6	5,9	
Nivel de instrucción			
Primaria	55	54,5	
Secundaria	32	31,7	
Superior	3	3,0	
Ninguna	11	10,9	
Ocupación			
Trabajadora	63	62,4	
Estudiante	35	34,7	
Ama de casa	3	3,0	

Fuente: Encuesta

Realizado por: Dr. Edgar Arcecio Escobar González

En la tabla 2, se presenta las mujeres de 15 a 49 años no controladas según el uso de anticoncepción hormonal, de las cuales el 52,5% tenían antecedentes de uso, muy similar a las que nunca la habían usado para un 47,5%.

No coincidiendo con el estudio de Ávila (2014) donde el mayor porcentaje utilizan algún método anticonceptivo 28,8%. No coincide con el estudio de Carbajal (2014) donde se determinó que 97 mujeres lo que corresponde al 41 % de la muestra, ha usado algún tipo de método de planificación familiar; sin embargo, 139 mujeres, el equivalente al 59 %, no ha utilizado ningún método.

El mayor por ciento de las mujeres posee antecedentes de uso, esto puede deberse a la accesibilidad de los anticonceptivos por parte del ministerio de salud, pese a que el conocimiento sobre el tema es pobre.

Tabla 2-4: Mujeres de 15 a 49 años no controladas según antecedentes del uso de anticoncepción hormonal. Mercedes Cadena, enero a junio 2016.

Antecedente	Nº	%
Si	53	52,5
No	48	47,5
Total	101	100,0

Fuente: Encuesta

Realizado por: Dr. Edgar Arcecio Escobar González

Cuando analizamos, las mujeres de 15 a 49 años no controladas según información recibida el 68,3 % no habían recibido información sobre anticoncepción hormonal, en relación a vías de información sobre anticoncepción hormonal, se aprecia que el 54,4 % la recibió del centro de salud, seguido de las que la recibieron del hospital o clínica con un 39,6 %, en un porcentaje menos significativo se encuentran las que la recibieron de la escuela para un 30,7% y casi con igual comportamiento las que la recibieron de los medios de comunicación con un 27,7 %. Tabla 3.

No coincidiendo con el estudio de (Ávila, 2014), donde el mayor porcentaje de información sobre métodos anticonceptivos la obtuvo de los padres de familia 15,8.

No existe coincidencia con el estudio de donde el 48% de las mujeres en estudio han obtenido información de anticoncepción de amigos, familiares y vecinos, el 33% en internet, tan solo el 17% del personal de salud, y con el 1% de la iglesia y otros medios.

Debemos señalar que la población de estudio la mayor fuente de información la poseen de las instituciones de salud, esto puede estar relacionado con la accesibilidad y confianza en el personal médico, no ocurriendo así con las instituciones escolares donde es escasa la información sobre el tema.

Tabla 3-4: Mujeres de 15 a 49 años no controladas según vías de información sobre anticoncepción hormonal. Mercedes Cadena, enero a junio 2016.

Vías de información	N=101			
	N°	Sí %	No N°	No %
Centro de Salud	55	54,5	46	45,5
Hospital o clínica	40	39,6	61	60,4
Escuela	31	30,7	70	69,3
Medios de comunicación	28	27,7	73	72,2
Familiares	3	3,0	98	97,0
Comité local de Salud	1	1,0	100	99,0

Fuente: Encuesta

Realizado por: Dr. Edgar Arcecio Escobar González

Cuando analizamos el conocimiento sobre anticoncepción hormonal en mujeres de 15 a 49 años no controladas, el 87,1 % no poseían conocimiento alguno. Tabla 4.

No coincidiendo con el estudio de Ávila (2014) donde solo el 1,7 % el conocimiento fue deficiente. Coincide con el estudio de donde Respecto al conocimiento sobre los métodos de planificación familiar en mujeres de entre 15 y 44 años, predomina el indicador de Malo con un porcentaje de 51 por ciento, con 23 por ciento conocimiento Bueno y con 26 por ciento conocimiento Regular.

El conocimiento sobre anticoncepción hormonal en el grupo de estudio es bajo, señalar que la población encuestada es rural e indígena, existen prejuicios sobre el tema, el machismo y la religión puede influenciar el escaso conocimiento sobre el tema.

Tabla 4-4: Mujeres de 15 a 49 años no controladas según conocimiento sobre anticoncepción hormonal. Mercedes Cadena, enero a junio 2016.

Nivel de conocimiento	N°	%
No satisfactorio	88	87,1
Satisfactorio	13	12,9
Total	101	100,0

Fuente: Encuesta

Realizado por: Dr. Edgar Arcecio Escobar González

Las dimensiones estudiadas en la investigación y el conocimiento, fue no satisfactorio en todas, comportándose de forma muy similar en cada una de ellas, efectos adversos 89,1%, contraindicaciones 85,1%, beneficios 80,2%, tipos 73,2%, concepto 71,3% e indicaciones 69,3 %. Tabla 5.

En relación a ese tema, insistir que es una población rural e indígena con un nivel intelectual bajo, estos temas no se abordan en las instituciones educativas por lo que el conocimiento es escaso.

Tabla 5-4: Mujeres de 15 a 49 años no controladas según dimensiones y conocimiento sobre anticoncepción hormonal. Mercedes Cadena, enero a junio 2016.

Dimensiones	N=101			
	No Satisfactorio		Satisfactorio	
	N°	%	N°	%
Efectos adversos	90	89,1	11	10,9
Contraindicaciones	86	85,1	15	14,9
Beneficio	81	80,2	20	19,8
Tipos	74	73,3	27	26,7
Concepto	72	71,3	29	28,7
Indicaciones	70	69,3	31	30,7

Fuente: Encuesta

Realizado por: Dr. Edgar Arcecio Escobar González

En relación al conocimiento sobre anticoncepción hormonal y los grupos etáreos, se aprecia que el grupo que menor conocimiento posee es el de 15 a 19 años con un 29,5 %, seguido del de 20 a 24 con un 17,0 %, señalando que no existió una relación estadísticamente significativa entre estas dos variables. Tabla 6.

En la bibliografía revisada no se encontró correlación con estas variables por lo que no se pudo establecer comparación.

Como se aprecia no existió relación estadísticamente significativa entre estas dos variables, puede estar relacionado con la edad promedio de las encuestadas, el nivel intelectual y la ocupación.

Tabla 6-4: Mujeres de 15 a 49 años no controladas según grupo de edades y conocimiento sobre anticoncepción hormonal. Mercedes Cadena, enero a junio 2016.

Grupos de edades	Conocimiento				p
	No satisfactorio		Satisfactorio		
	Nº	%	Nº	%	
15-19	26	29,5	1	7,7	0,076
20-24	15	17,0	5	38,5	
25-29	8	9,1	1	7,7	
30-34	9	10,2	3	23,1	
35-39	28	31,8	2	15,4	
40-44	2	2,3	1	7,7	
Total	88	100,0	13	100,0	

Fuente: Encuesta

Realizado por: Dr. Edgar Arcecio Escobar González

Según conocimiento sobre anticoncepción hormonal y el número de embarazos, no existió relación estadísticamente significativa entre estas dos variables. Tabla 7.

En la bibliografía revisada no se encontró correlación con estas variables por lo que no se pudo establecer comparación.

Debemos señalar que no existió relación estadísticamente significativa entre estas dos variables pudiendo estar relacionado con la accesibilidad a los anticonceptivos por parte del ministerio de salud pública.

Tabla 7-4: Mujeres de 15 a 49 años no controladas según número de embarazos y conocimiento sobre anticoncepción hormonal. Mercedes Cadena, enero a junio 2016.

Número de embarazos	Conocimiento				p
	No satisfactorio		Satisfactorio		
	Nº	%	Nº	%	
Ninguno	34	38,6	5	38,5	0.969
1 a 2	28	31,8	5	38,5	
3 a 4	20	22,7	3	23,1	
5+	6	6,8	0	0,0	
Total	88	100,0	13	100,0	

Fuente: Encuesta

Realizado por: Dr. Edgar Arcecio Escobar González

Cuando se relacionó el conocimiento sobre anticoncepción hormonal y nivel de instrucción que existió una relación estadísticamente significativa con un valor de 0.003. Tabla 8

En el instituto nacional de estadísticas y censos (INEC), en las Mujeres Ecuatorianas que Conocen y Usan los Métodos Anticonceptivos, el conocimiento sobre la metodología de la Planificación Familiar no necesariamente implica el uso de la misma. La relación de las variables Conoce sobre Métodos Anticonceptivos por Nivel de Instrucción muestra que el porcentaje asciende a medida que las mujeres avanzan en su nivel de instrucción, así, el porcentaje más alto se ubica en aquellas mujeres con nivel de instrucción Superior (99,2%). El porcentaje mayor de desconocimiento sobre estos métodos recae en las mujeres cuyo nivel de instrucción es Ninguno.

La relación del uso del Método Anticonceptivo con el Nivel de Instrucción, refleja que a medida que avanza el nivel de instrucción, mayor es el conocimiento y el control de la planificación familiar. El bajo nivel de instrucción constituye una barrera para la mujer impidiéndole no planificar su familia. En cambio, las mujeres cuyos niveles de instrucción alcanzados son altos, tienen mayor oportunidad de practicar la anticoncepción sobre todo la Hormonal.

Cuanto mayor sea el nivel de educación, es más probable que las mujeres conozcan y usen los Métodos Anticonceptivos, sus indicaciones y contraindicaciones para la salud.

Señalar que la relación entre estas dos variables, está relacionado con el bajo nivel de instrucción que poseen las mujeres encuestadas.

Tabla 8-4: Mujeres de 15 a 49 años no controladas según nivel de instrucción y conocimiento sobre anticoncepción hormonal. Mercedes Cadena, enero a junio 2016.

Nivel de instrucción	Conocimiento				p
	No satisfactorio		Satisfactorio		
	Nº	%	Nº	%	
Ninguna	53	60,2	2	15,4	0.003
Primaria	22	25,0	10	76,9	
Secundaria	3	3,4	0	0,0	
Superior	10	11,4	1	7,7	
Total	88	100,0	13	100,0	

Fuente: Encuesta

Realizado por: Dr. Edgar Arcecio Escobar González

En la tabla 9, se estableció la relación entre el conocimiento sobre anticoncepción hormonal y la ocupación, no existiendo relación estadísticamente significativa entre estas dos variables.

En la bibliografía revisada no se encontró correlación con estas variables por lo que no se pudo establecer comparación.

Entre estas dos variables no existió relación estadísticamente significativa entre estas dos variables lo que pudo estar relacionado con la profesión de las encuestadas.

Tabla 9-4: Mujeres de 15 a 49 años no controladas según ocupación y conocimiento sobre anticoncepción hormonal. Mercedes Cadena, enero a junio 2016.

Ocupación	Conocimiento				p
	No satisfactorio		Satisfactorio		
	N°	%	N°	%	
Ama de casa	3	3,4	0	0,0	0,846
Trabajadora	54	61,4	9	69,2	
Estudiante	31	35,2	4	30,8	
Total	88	100,0	13	100,0	

Fuente: Encuesta

Realizado por: Dr. Edgar Arcecio Escobar González

En la tabla 10, se analiza la relación entre el conocimiento sobre anticoncepción hormonal y los antecedentes de uso, existiendo una relación estadísticamente significativa de 0,034.

Existió relación estadísticamente significativa entre estas dos variables, pese a que existe antecedentes de uso el conocimiento sobre el tema es bajo.

En el instituto nacional de estadísticas y censos (INEC), en las Mujeres Ecuatorianas que Conocen y Usan los Métodos Anticonceptivos, la predilección por el uso de la mayoría de los Métodos se observa en las mujeres que tienen instrucción Primaria y Secundaria con predominio de los Hormonales, de Barrera y Otros. En tanto que las mujeres con instrucción Superior/Postgrado hacen mayor uso de los Métodos de Barrera y Naturales. En el caso de las mujeres que no tuvieron la oportunidad de alcanzar ningún nivel de instrucción y apenas se encuentran en un Centro de Alfabetización, el grado de utilización de algún método es sumamente bajo.

Tabla 10-4: Mujeres de 15 a 49 años no controladas según antecedentes de uso y conocimiento sobre anticoncepción hormonal. Mercedes Cadena, enero a junio 2016.

Antecedentes de uso	Conocimiento				p
	No satisfactorio		Satisfactorio		
	N°	%	N°	%	
Si	37	42,0	10	76,9	0,034
No	51	58,0	3	23,1	
Total	88	100,0	13	100,0	

Fuente: Encuesta

Realizado por: Dr. Edgar Arcecio Escobar González

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA

5.1. Estrategia de intervención educativa sobre anticoncepción hormonal en mujeres en edad fértil no controladas.

5.1.1. *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, preconice un protagonismo integral y dialectico donde no se entiende la intervención en salud sin un rol activo de los actores sociales, manteniendo la autorreflexión 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 anticoncepción hormonal en mujeres en edad fértil no controladas es hoy un importante problema de salud, de causa multifactorial, que afecta todo el mundo, todo lo cual hace que múltiples profesionales de la salud en el ámbito internacional y del Ecuador en particular, centren sus proyectos investigativos en buscarle solución a esta problemática...

El limitado conocimiento de la población en cuanto a la anticoncepción hormonal en mujeres en edad fértil no controladas, fundamenta la estrategia.

Después de realizar un análisis de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos investigativos propuestos se pudo conformar un diagnóstico de la situación inicial.

5.1.2. Diagnóstico educativo:

- Escasos conocimientos sobre anticoncepción hormonal en mujeres en edad fértil no controladas
- La necesidad de dotar a esas mujeres de los conocimientos necesarios sobre factores de riesgo y beneficios sobre anticoncepción hormonal.

5.1.2.1. Como problema de salud a intervenir se plantea

¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento sobre anticoncepción hormonal y las variables: ¿edad, estado civil, nivel de escolaridad, auto identificación en mujeres en edad fértil no controladas de la comunidad Mercedes Cadena en el periodo de enero – septiembre 2016?

¿Qué elementos pueden ser incorporados en una estrategia de intervención educativa sobre anticoncepción hormonal en mujeres en edad fértil no controladas en el periodo de enero - septiembre 2016?

En cuanto a los elementos educativos están los conocimientos sobre anticoncepción hormonal en mujeres en edad fértil no controladas.

5.1.2.2. Recursos disponibles

Casa comunal de la comunidad Mercedes Cadena, computadora, infocus, folletos, papelográficos, pizarra.

5.2. Objetivos:

5.2.1. General:

Educar a la población sobre anticoncepción hormonal en mujeres en edad fértil no controladas

5.2.2. Específico

- Incrementar el conocimiento en relación a la anticoncepción hormonal.
- Elevar el conocimiento relacionado con la importancia de anticoncepción hormonal en mujeres en edad fértil no controladas.

5.3. Límites:

El límite de tiempo para llevar a cabo el programa será con una periodicidad semanal, pueden desarrollarse en una ó más sesiones de varias horas de duración (entre 1 y 2 horas cada sesión), se utilizará como escenario para el desarrollo de los talleres la casa comunal de la comunidad Mercedes Cadena y con el mismo se beneficiarán 101 mujeres en edad fértil no controladas.

5.4. Estrategia:

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.

El diseño se realizó siguiendo los elementos señalados en la propuesta de la OPS

Se siguió 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.

Las formas organizativas docentes empleadas fueron. Curso Taller y conferencia

Además, se tuvo en cuenta el lugar de la reunión accesible y adecuada para todos, así como la fecha y hora se establecerá de mutuo acuerdo.

Los contenidos se presentan de forma amena, sencilla, sin dejar de incluir todos los elementos necesarios para su comprensión y destacando las invariantes 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 cultura de los participantes a través de “aprender haciendo”, incidiendo en la motivación de los individuos para lograr un cambio de actitud.

5.5. Actividades:

Se seleccionan y organizan, 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.

5.6. Recursos:

Se seleccionan en función de las actividades, los medios didácticos o los soportes para el aprendizaje, en este caso se utilizaron: papelógrafo, lápices, computadoras, pizarra, computadora, infocu, folletos y el salón de reunión que es la casa comunal de la Comunidad Mercedes Cadena.

5.7. Temporalización:

Se establece un cronograma de 5 sesiones con una duración de 2 horas de duración y en función de los objetivos, de las actividades programadas sin perder de vista el problema a solucionar.

5.8. Indicadores:

- Conocimiento de las mujeres en edad fértil sobre anticoncepción hormonal.
- Conocimiento de las mujeres en edad fértil sobre importancia de la anticoncepción hormonal

5.9. Evaluación:

Se describen y organizan los pasos que se van a seguir en los diferentes momentos de la evaluación, ya sea de proceso, resultado o impacto.

La evaluación se basa, en este estudio, en un alto componente de intercambio entre las mujeres en edad fértil que forman parte del estudio y el investigador, con el objetivo de mostrar los resultados en el seno del colectivo.

Se propone que si en el transcurso de las diferentes actividades alguna de las personas demuestra que no ha alcanzado los conocimientos suficientes de acuerdo a los objetivos propuestos, el profesional a cargo de la actividad podrá diseñar otras acciones con el fin de cumplir la finalidad de la estrategia.

5.10. Presentación del programa

Para el desarrollo del programa se prevé cinco encuentros, con una periodicidad semanal, pueden desarrollarse en una ó más sesiones de 2 horas de duración 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 las 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.

Por lo que constituye un elemento indispensable a tener en cuenta para el diseño de talleres que contribuyan a incrementar el conocimiento sobre anticoncepción hormonal en mujeres en edad fértil no controladas de la comunidad Mercedes Cadena durante el período de enero a septiembre de 2016.

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.

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

En general los talleres se caracterizan por incrementar el conocimiento sobre anticoncepción hormonal en mujeres en edad fértil no controladas, 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 en edad fértil en relación a la anticoncepción hormonal.

5.11. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

Título: Anticoncepción hormonal, como referente para incrementar el conocimiento sobre anticonceptivos hormonales en mujeres en edad fértil, comunidad Mercedes Cadena.

Objetivo General: Educar a las mujeres en edad fértil en relación a la anticoncepción hormonal

Dirigido a: Mujeres en edad fértil no controladas.

Horas totales: 10 h

Responsables: Dr. Edgar escobar González

Centro de salud: Mercedes Cadena.

Recursos: Computadoras, videos, pizarrón, carteles, textos.

Forma organizativa docente: Taller.

Métodos: Métodos activos de discusión en grupos, de situaciones, de grupo para la solución creativa de problemas, métodos de reflexión y debate.

5.11.1. Fundamentación del Programa

El programa se fundamenta sobre la base de la necesidad de satisfacer el conocimiento de las mujeres en edad fértil con relación a la anticoncepción hormonal, teniendo en cuenta que esto es una problemática, de ahí la importancia de diseñar un programa que contribuya a elevar el conocimiento sobre anticoncepción hormonal en mujeres en edad fértil no controladas para de esta manera favorecer una vida sexual saludable en las personas y lograr modificar la planificación familiar

5.12. PLAN TEMÁTICO

Tema 1: Introducción al programa educativo

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

FOD: taller

Técnicas utilizadas: técnica de presentación “Conociendo a otras personas “

Tema 2: Concepto y tipos de anticoncepción hormonal.

Objetivos: Adquirir conocimientos acerca del concepto y tipos de anticoncepción hormonal.

FOD: taller

Técnicas utilizadas: “*La lluvia de ideas*” y *PNI (positivo, negativo, interesante)*

Tema 3: Conocimiento sobre indicaciones y beneficios de la anticoncepción hormonal.

Objetivos: Adquirir conocimientos sobre indicaciones y beneficios de la anticoncepción hormonal.

FOD: taller

Técnicas utilizadas: “*La lluvia de ideas*” y “*Reflexiones del día*”.

Tema 4: Conocimiento sobre contraindicaciones y efectos adversos de la anticoncepción hormonal.

Objetivos: Adquirir conocimientos acerca de contraindicaciones y efectos adversos de la anticoncepción hormonal.

FOD: taller

Técnicas utilizadas: “*El completamiento de frases*”

Tema 5: Anticoncepción hormonal, vida sexual, cierre y evaluación.

Objetivo: consolidar los conocimientos adquiridos en los temas impartidos, a partir de situaciones problemática y de esta manera elevar el nivel de conocimiento en relación a la anticoncepción hormonal en mujeres de edad fértil, de la comunidad Mercedes Cadena.

FOD: taller

Técnicas utilizadas: *“El regalo de la alegría.”*

Referencias bibliográficas.

CONCLUSIONES

- Predomina el grupo de edad de 35 a 39 años, las mujeres sin ningún embarazo, el nivel de instrucción primaria, las trabajadoras y el antecedente de uso de anticoncepción hormonal.
- El conocimiento sobre anticoncepción hormonal es no satisfactorio en mujeres en edad fértil.
- Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento, el nivel de instrucción y el antecedente de uso.
- El diseño de la estrategia de intervención educativa es pertinente y necesario en el grupo de estudio.

RECOMENDACIONES

- Socializar los resultados de la investigación a los responsables del distrito Colta-Guamote y director del Centro Anidado del Hospital de Guamote.
- Implementar la estrategia diseñada para elevar el conocimiento sobre anticoncepción hormonal.
- Desarrollar futuros estudios sobre el tema.

BIBLIOGRAFÍA

- BOLÓN, S.** (2015). Intervención educativa Consultado el 30 de octubre de http://es.slideshare.net/saraibolon/intervencion-educativa-intervencion-educativa?from_action=save
- CAMPOVERDE, W.** (2012). Aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres en período fértil en el área de influencia del hospital Guamote en el período abril a agosto 2012. Riobamba-Ecuador
- CARRETO, J.** (2009). Planeación estratégica. Consultado el 31 de agosto de 2016 de <http://planeacion-estrategica.blogspot.com/2008/07/qu-es-estrategia.html>
- CASTILLO, F.** (2012). Concepto de estrategia. Consultado el 11 de noviembre de 2016 de <http://blog.pucp.edu.pe/blog/freddycastillo/2012/03/14/el-concepto-de-estrategia/>
- COELLO, C.** (2016). Redacción Médica. Consultado el 08 de agosto de 2016 de <http://www.redaccionmedica.ec/noticia/salud-sexual-y-reproductiva-en-el-ecuador-est-en-retroceso-87327>
- DÍAZ, M.** (2011). Modelos y estrategias de cambios de comportamientos. Consultado el 10 de agosto de 2016 de: <http://www.ligasida.org/esload.php&vid=o/leng=es/29/modelocambiodecomportamiento.htm>
- DIARIO EL EXPRESO.** (2015). Consultado el 13 de noviembre de 2016 de http://expreso.ec/historico/el-vih-golpea-tambien-a-la-poblacion-indigena-DYGR_7702645
- DIARIO EL UNIVERSO.** (2015) Población indígena registra mayor mortalidad materna Consultado el 30 de octubre de 2016 de <http://www.eluniverso.com/noticias/2015/09/27/nota/5148611/poblacion-indigena-registra-mayor-mortalidad-materna>
- ECUADOR-SECRETARÍA NACIONAL DE COMUNICACIÓN.** (2012). Consultado el 10 de octubre de 2016 de <http://www.comunicacion.gob.ec/en-ecuador-se-impulsa-la-educacion-sexual-responsable/>
- EYMIN, D.** (2014). Enfermedades de Transmisión Sexual. Consultado el 10 de julio de 2016 de: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/TemasMedicinaInterna/pdf/EnfTransmisionSexual.pdf>

- FERTILAB.** (2015). Anticoncepción hormonal Consultado el 23 de octubre de 2016 de:http://www.fertilab.net/gineclopedia/anticoncepcion/anticoncepcion_hormonal/aspectos_generales/que_son_los_anticonceptivos_hormonales_
- FICH, D** (2012). Metodología en la educación sanitaria . Consultado el 13 de agosto de 2016 de <http://www.gencat.net/salut/pdf/esmetodologia.pdf>
- GALO J** (2010). Intervención educativa Consultado el 11 de agosto de 2016 de <http://es.slideshare.net/jrgalo/la-intervencion-educativa-modelos>
- ICHOW, D** (2013). Enfermedades de transmisión sexual. Consultado el 23 de julio de 2016 de <http://sibidi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed6.pdf>
- MONTERO, R** (2012). El Concepto de Intervención Social desde una Perspectiva PsicológicoComunitaria. Revista MEC-EDUPAZ, Universidad Nacional Autónoma de México / Reserva 04-2011-040410594300-203 ISSN en trámite.
- MUÑOZ, M.** (19 de noviembre de 2011). Metodología de comunidad. Consultado el 03 de julio de 2016 de <http://melissa-mu.blogspot.com/2011/11/estrategias-y-tecnicas-de-intervencion.html>
- NAVARRO M** (2014). Anticoncepción y salud sexual en atención primaria. Whitehouse Station, NJ, Estados Unidos: MSD.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)** (2013). INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. Consultado el 26 de octubre de 2016 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).** (2014). Enfermedades de infección sexual e infecciones del tracto urinario. Consultado el 09 de octubre 2016 de http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243592653_spa.pdf
- PALACIOS, D. (2014).** Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Consultado el 23 de agosto de 2016 de http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243592653_spa.pdf
- VEGA, E.** (2013). Intervención educativa Consultado el 30 de julio de 2016 de 2016 de <https://es.scribd.com/doc/123915639/En-que-consiste-la-intervencion-educativa>
- WORDPRESS** (2011). Vivimos respetando nuestras diferencias. Consultado el 20 de noviembre de 2016 Obtenido de <https://respetandonuestrasdiferencias.wordpress.com/2011/03/23/educacion-sexual-en-el-ecuador/>

ANEXO

ANEXO A. CUESTIONARIO

Buenos días/tardes

Srita/Sra. _____, mi nombre es Dr. Edgar Arcecio Escobar González, del Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, que me encuentro realizando una investigación titulada. Diseño de estrategia de intervención educativa sobre anticoncepción hormonal en mujeres en edad fértil no controladas, que tiene como objetivo identificar el nivel de conocimiento sobre anticoncepción hormonal y realizara intervención educativa según los resultados que se obtengan. Se realizará una entrevista que durará aproximadamente 20 minutos utilizando un cuestionario. La información brindada y los resultados serán de uso exclusivo para la investigación por lo que se solicita que responda con veracidad las preguntas. Agradezco anticipadamente su colaboración

Fecha: _____

1.- ¿Cuántos años tiene usted?: _____

2.- ¿Cuál fue su último año escolar aprobado?

- 1) ____ Primaria
- 2) ____ Secundaria
- 3) ____ Superior
- 4) ____ Ninguna

3- ¿Cuántos embarazos usted ha tenido?

- 1) ____ Ninguno
- 2) ____ 1 a 2
- 3) ____ 3 a 4
- 4) ____ 5 y mas

4- ¿Ha utilizado usted algún método anticonceptivo?

- 1) ____ Si
- 2) ____ No

5- Si la respuesta es afirmativa ¿Cual ha utilizado?

- 1) ____ Píldoras o pastillas
- 2) ____ Inyecciones
- 3) ____ Parches
- 4) ____ Implante
- 5) ____ Condón masculino y/o femenino

- 6) ____ Diafragma
- 7) ____ T de cobre
- 8) ____ Ligadura de las trompas
- 9) ____ Coito Interruptor
- 10) ____ Curva temperatura basal.
- 11) ____ Moco cervical
- 12) ____ Método del ritmo

6- ¿A qué labores (ocupación) se dedica usted?

- 1) ____ Ama de casa
- 2) ____ Trabajadora
- 3) ____ Estudiante
- 4) ____ Pensionada

7- ¿Usted ha recibido información sobre anticoncepción hormonal?

- 1) ____ Si
- 2) ____ No

8 - Si la respuesta es afirmativa ¿por qué vía la recibió?

- a) ____ Familiares
- b) ____ Comité Local de Salud
- c) ____ Centro de salud
- d) ____ Hospital o clínica
- e) ____ Escuela
- e) ____ Medios de comunicación
- f) ____ Otras fuentes

9- El método anticonceptivo consiste en:

- 1) ____ Un conjunto de métodos para evitar el embarazo
- 2) ____ Es un método de planificación familiar
- 3) ____ Es un método para abortar
- 4) ____ Es un método para evitar las enfermedades de transmisión sexual
- 5) ____ No sabe

10 - Los métodos anticonceptivos pueden ser:

- 1) ____ Píldoras o pastillas

- 2) ___ Inyecciones
- 3) ___ Parches
- 4) ___ Implante
- 5) ___ Barrera
- 6) ___ Ligadura
- 7) ___ Natural
- 8) ___ No sabe

11- De los siguientes métodos anticonceptivos cuáles están disponibles en las instituciones del ministerio de salud:

- 1) ___ Píldoras o pastillas
- 2) ___ Inyecciones
- 3) ___ Parches
- 4) ___ Implante
- 5) ___ T de cobre
- 6) ___ No sabe

12 - De los siguientes métodos cuáles considera usted son anticonceptivos hormonales:

- 1) ___ Pastillas
- 2) ___ Inyecciones
- 3) ___ Implante
- 4) ___ Parche
- 5) ___ Dispositivo intrauterino
- 6) ___ Ligadura
- 7) ___ Diafragma

13- Los métodos anticonceptivos hormonales se utilizan para:

- 1) ___ Evitar embarazo
- 2) ___ Evitar Infecciones de transmisión sexual
- 3) ___ Regular la menstruación
- 4) ___ Para tratar la inflamación pélvica

14- ¿Qué efectos negativos pueden provocar en su salud los anticonceptivos hormonales?

- 1) ___ Dolor de cabeza
- 2) ___ Sangramiento
- 3) ___ Flujo vaginal
- 4) ___ Aumento de peso

- 5) ___ Náuseas y vómitos
- 6) ___ No evita el embarazo
- 7) ___ Disminución del deseo sexual
- 8) ___ Dolor bajo vientre
- 9) ___ No sabe

15- ¿En cuáles de las siguientes condiciones está contraindicado los anticonceptivos hormonales?

- 1) ___ Enfermedades de las venas
- 2) ___ La insuficiencia hepática grave
- 3) ___ Cáncer de mama diagnosticado o sospechado
- 4) ___ Fumadoras de más de 35 años
- 5) ___ Hipertensión Arterial no controlada
- 6) ___ Asma bronquial
- 7) ___ Neumonía
- 8) ___ Enfermedad inflamatoria pélvica aguda
- 9) ___ No sabe

16- ¿Cuáles considera usted son beneficios de los métodos anticonceptivos hormonales?

- 1) ___ Regula los ciclos menstruales
- 2) ___ Evita la enfermedad inflamatoria pélvica.
- 3) ___ Disminuye el riesgo de embarazo ectópico
- 4) ___ Evita las enfermedades de transmisión sexual
- 5) ___ Evita el cáncer de cuello
- 6) ___ Brinda cierta protección contra cáncer de ovario y de endometrio
- 7) ___ No sabe

ANEXO B. TABLA DE MORIYAMA

Dimensiones	Comprensible		Sensible		Pertinente		Factible	
	%	%	%	%	%	%	%	%
	1ra	2da	1ra	2da	1ra	2da	1ra	2da
Concepto de anticoncepción hormonal	0	0	0	0	0	0	0	0
Tipos de anticonceptivos hormonales	15,6	0	28,6	0	28,6	0	28,6	0
Beneficios de los anticonceptivos hormonales	29,5	0	43,8	14,3	43,8	14,3	43,8	0
Indicaciones de los anticonceptivos hormonales	0	0	14,3	0	14,3	0	0	0
Contraindicaciones De los anticonceptivos hormonales	0	0	15,4	0	15,4	0	15,4	0
Efectos adversos de los anticonceptivos hormonales	0	0	14,3	0	14,3	0	0	0

ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Edgar Arcecio Escobar González, posgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, estoy realizando mi trabajo de tesis sobre el tema “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre anticoncepción hormonal en mujeres en edad fértil no controladas. Comunidad Mercedes Cadena. Guamote, enero a junio 2016” como requisito para obtener el título de especialista. Se encuestará a las mujeres de esta comunidad para determinar el nivel de conocimientos que poseen sobre anticoncepción hormonal y su relación con factores seleccionados. A partir de los resultados obtenidos, se diseñará una estrategia de intervención educativa con el propósito de controlar la paridad. 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. RECURSOS/PRESUPUESTO

Los recursos que se utilizarán en el proyecto serán financiados por el investigador.

Gastos del proyecto

1. Material de oficina

Producto	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Hojas de papel	Resma	5	4	20.00
Impresora de tinta	Unidad	2	30	60.00
Calculadora	Unidad	1	1	10.00
Perforadora	Unidad	1	5	5.00
Total				95.00

Total de gastos por material de oficina: \$ 95.00

2. Equipamiento

Equipo	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
PC Portátil	Unidad	1	1000.00	1000.00
Impresora Tinta	Unidad	1	370.00	370.00
Total				1370.00

Total de gastos por equipos: \$ 1370.00

3. Servicios

Servicios	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Anillado	Hoja	5	2	10.00
Fotocopias	Hoja	100	0,05	5.00
Impresión	Hoja	5	10	50.00
Total				65.00

Total de gastos por servicios: \$ 65.00

4. Otros gastos

Otros gastos	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Combustible para viajes	Galón	20	1.50	30.00
Alimentación	Unidad	256	2.00	512.00
Total				542.00

Resumen del presupuesto en gastos directos

Gastos directos	Costo en dólares
Material de oficina	95.00
Equipos	1370.00
Servicios	65.00
Otros gastos	542.00
Total	2072.00

Total de gastos directos: \$ 2072.00

