



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES ADULTAS JÓVENES (20-39 AÑOS) CON RIESGO PRECONCEPCIONAL. COMUNIDAD MARÍA AUXILIADORA, YARUQUÍES, ENERO A JUNIO 2016

AUTORA: MARÍA LUISA VILLA PÉREZ

**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

Noviembre, 2016

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

CERTIFICACIÓN

EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, titulado: “DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES ADULTAS JÓVENES (20 -39 AÑOS) CON RIESGO PRECONCEPCIONAL. COMUNIDAD MARÍA AUXILIADORA, YARUQUÍES, ENERO A JUNIO 2016”, de responsabilidad de la Doctora María Luisa Villa Pérez, ha sido minuciosamente revisado por los miembros del Tribunal de Tesis, quedando autorizada su presentación.

Tribunal

Msc. Oscar Granizo Paredes

PRESIDENTE

Dra. Liana Elisa Rodríguez Vargas

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Jacqueline María Baquero Suarez

MIEMBRO

Dr. Luis Roberto Mederos Mesa

MIEMBRO

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, María Luisa Villa Pérez, soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en este Trabajo de Titulación y el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Dra. María Luisa Villa Pérez

C.I. 0603837915

DECLARACION DE AUTENTICIDAD

Yo, María Luisa Villa Pérez, declaro que el presente proyecto de investigación, es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que provienen de otras están debidamente citados y referenciados.

Como autor, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este Trabajo de Titulación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Dra. María Luisa Villa Pérez

C.I. 0603837915

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, quien en su infinita bondad me dio la oportunidad de servir a mis semejantes a través de esta hermosa especialidad.

A mis papis Luis y María, quienes con mucho cariño desde un lugar estratégico siempre me dicen avanza.

A mi esposo pues sin su comprensión y apoyo no hubiera sido posible este logro.

Y a quien tuvo que soportar largas horas sin su mami, sin poder entender a su corta edad, el por qué estaba frente a una computadora y no jugando con ella, y que a pesar de ello siempre tenía una hermosa sonrisa, a mi hija Carlita Salomé quien es la fuente de mi superación.

María Luisa

AGRADECIMIENTO

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, institución de altos estándares académicos y valores éticos, por la educación de calidad que recibí durante mi formación como especialista.

A la Dra. Liana Rodríguez Vargas, quien con su constante sentido de seriedad, orientación y rigor académico ha hecho posible mi formación como investigadora, a usted mi admiración y gratitud infinitas.

A la Dra. Jacqueline Baquero Suarez, sin su colaboración no hubiera sido posible culminar exitosamente esta meta.

A la Brigada Médica Cubana, quienes hombro a hombro sacaron adelante este posgrado.

Y a todos quienes hicieron posible que este sueño se volviera realidad.

María Luisa

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	4
1.1.1 Formulación del problema	6
1.2 Justificación de la investigación	7
1.3 Objetivos de la investigación	9
1.4 Hipótesis	9
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes del problema	10
2.1.1 Ámbito internacional	10
2.1.2 Ámbito nacional	13
2.2 Bases teóricas	14
2.2.1 Atención preconcepcional	15
2.2.1.1 Objetivos de la atención preconcepcional	15
2.2.2 Riesgo preconcepcional	15
2.2.2.1 Definición	15
2.2.2.2 Factores de riesgo preconcepcional	16
2.2.3 Métodos anticonceptivos	17
2.2.3.1 Definición	17
2.2.3.2 Clasificación según la OMS	18
2.2.3.3 Clasificación según normas y protocolos del Ecuador	22
2.2.3.4 Criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos ...	38
2.2.4 Conocimiento	39
2.2.4.1 Definición	39
2.2.4.2 Tipos de conocimiento	40
2.2.4.3 Conocimiento sobre anticoncepción	41
2.2.5 Estrategia de intervención educativa	41

	Pág.
CAPÍTULO III	
3. METODOLOGÍA.....	45
3.1 Tipo y diseño de la investigación.....	45
3.2 Localización y temporalización.....	45
3.3 Población de estudio.....	45
3.4 Variables de estudio.....	46
3.4.1 Identificación.....	46
3.4.2 Operacionalización.....	47
3.5 Técnica e instrumento de recolección de datos.....	51
3.5.1 Características del instrumento.....	51
3.5.1.1 Validación del instrumento.....	51
3.6 Procedimientos.....	53
3.7 Procesamiento y análisis de datos.....	53
3.8 Aspectos éticos.....	53
CAPÍTULO IV	
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	54
4.1 Resultados y Discusión.....	54
CAPÍTULO V	
5. PROPUESTA.....	68
CONCLUSIONES.....	78
RECOMENDACIONES.....	79
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según características biológicas.....	55
Tabla 2 Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según características sociales.....	55
Tabla 3 Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según dimensiones del conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.....	61
Tabla 4 Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según características biológicas y conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.....	62
Tabla 5 Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según características sociales y conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.....	63
Tabla 6 Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según uso actual de anticonceptivo y conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.....	63
Tabla 7 Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según características biosociales y conocimiento del concepto de método anticonceptivo.....	64
Tabla 8 Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según características biosociales y conocimiento de los tipos de métodos anticonceptivos.....	65
Tabla 9 Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según características biosociales y conocimiento de los usos de los métodos anticonceptivos...	66
Tabla 10 Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según características biosociales y conocimiento de las ventajas de los métodos anticonceptivos.....	67

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según fuentes de información sobre los métodos anticonceptivos.....	57
Figura 2 Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según antecedente de uso de método anticonceptivo.....	57
Figura 3 Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según uso actual de método anticonceptivo.....	58
Figura 4 Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según tipo de método anticonceptivo usado actualmente.....	59
Figura 5 Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según conocimiento de métodos anticonceptivos.....	60

RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo diseñar una estrategia de intervención educativa sobre métodos anticonceptivos en mujeres adultas jóvenes, de 20 a 39 años, con riesgo preconcepcional. Se realizó estudio descriptivo correlacional transversal, en el universo de 49 mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional de la comunidad María Auxiliadora, Parroquia Yaruquíes, Cantón Riobamba. Se aplicó una entrevista con cuestionario validado por expertos. Se utilizó el programa estadístico para las Ciencias Sociales SPSS y la prueba de Fisher para la relación entre variables, considerando estadísticamente significativo $p < 0,05$. En el grupo estudiado predominaron las mujeres de 35 a 39 años 36,7%, con 1 a 2 embarazos 34,7%, nivel de instrucción secundaria 44,9%, trabajadoras 55,1%, con pareja 91,8% y 67,3% católicas. El personal de salud 38,8 % fue la principal fuente de información. Utilizaban anticonceptivo 26,5%, siendo el implante el más frecuente 38,5%. Poseían conocimiento no satisfactorio sobre métodos anticonceptivos 75,5%. Por dimensiones, predominó el conocimiento no satisfactorio con excepción del concepto de anticoncepción. La relación fue significativa entre conocimiento y uso actual de anticonceptivo $p = 0,025$, entre dimensión concepto de anticoncepción con: edad $p = 0,026$, número de embarazos $p = 0,020$ y nivel de instrucción $p = 0,014$ y entre dimensión tipos de métodos anticonceptivos y nivel de instrucción $p = 0,028$. Se concluye que el conocimiento sobre métodos anticonceptivos es no satisfactorio, que sugiere la necesidad de implementar la estrategia educativa diseñada a partir de los resultados del estudio, que puede desempeñar un papel importante en el aumento del conocimiento y práctica de la anticoncepción en este grupo de alto riesgo reproductivo.

PALABRAS CLAVE: <TECNOLOGIA Y CIENCIAS MEDICAS>, <MEDICINA FAMILIAR>, <MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS>, <MUJERES ADULTAS JOVENES>, <RIESGO PRECONCEPCIONAL>, <CONOCIMIENTO PREVENTIVO>, <ESTRATEGIA EDUCATIVA>, <YARUQUIES (PARROQUIA)>

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to design an educational intervention strategy on contraceptive methods in young adult women, aged 20 to 39 years, with preconception risk. A descriptive cross - sectional study was carried out in the universe of 49 young adult women with preconceptional risk of the María Auxiliadora community, Yaruquíes Parish, Riobamba City. An interview with questionnaire validated by experts was applied. Statistical program for the Social Sciences SPSS and Fisher's test were used for the relationship between variables, considering statistically significant $p < 0.05$. In the group studied, women aged 35 to 39 years predominated 36.7%, with 1 to 2 pregnancies 34.7%, secondary education level 44.9%, female workers 55.1%, couples 91.8% and 67,3% Catholic. Health personnel 38.8% were the main source of information. They used contraceptive 26.5%, being the implant the most frequent 38,5%. They had unsatisfactory knowledge about contraceptive methods 75.5%. By dimensions, unsatisfactory knowledge predominated with the exception of the concept of contraception. The relationship was significant between knowledge and current use of contraceptive $p = 0.025$, between concept of contraception dimension with: age $p = 0.026$, number of pregnancies $p = 0.020$ and level of education $p = 0.014$ and between dimension types of contraceptive methods and level of instruction $p=0.028$. It is concluded that knowledge about contraceptive methods is not satisfactory, suggesting the need to implement the educational strategy designed from the results of the study, which may play an important role in increasing knowledge and practice of contraception in this group of high reproductive risk.

KEYWORDS: <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES>, <FAMILY MEDICINE>, <CONTRACEPTIVE METHODS>, <YOUNG ADULT WOMEN>, <PRECONCEPTIONAL RISK>, <PREVENTIVE KNOWLEDGE>, <EDUCATIONAL STRATEGY>, <YARUQUIES (VILLAGE)>

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

Reducir la tasa de mortalidad materna ha sido una de las prioridades a nivel mundial, en 2016 las Naciones Unidas proponen los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que en su tercer objetivo fija como meta para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

Las cifras de mortalidad materna son preocupantemente altas, la mortalidad por causas relacionadas al embarazo o al parto asciende aproximadamente a 830 cada día, la mayor parte de ellas se producen en países en vías de desarrollo, con bajos ingresos, y gran parte pudo haberse evitado. “El 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional”. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). “En América Latina y el Caribe en 2013, alrededor de 9.300 mujeres perdieron su vida por causas relacionadas con el embarazo (Organización Panamericana de la Salud” [OPS], 2014).

Según datos del Anuario de Nacimientos y Defunciones en Ecuador se registraron 155 muertes maternas, dando como resultado una razón de muerte materna de 45,71, lo cual lo ubica como uno de los países con elevada tasa de mortalidad materna. Chimborazo, provincia serrana de gran presencia indígena, con una razón de 128,88 es una de las provincias que más muertes maternas presenta (Anuario de Nacimientos y Defunciones, 2013).

La importancia de la mortalidad materna radica en que es uno de los indicadores que expresa la inequidad y exclusión social, al igual que importante es la morbilidad materna. (Santos, Luna y González, 2010). Con el fin de evitar los embarazos no deseados y los consiguientes resultados adversos, el uso de métodos anticonceptivos ha sido priorizado como una intervención clave.

El uso de métodos anticonceptivos se ha convertido en un factor esencial en la vida de la mayoría de mujeres que se encuentran en edad fértil. Con el fin de promover la salud reproductiva de las mujeres y prevenir el riesgo de embarazos no deseados, el uso de anticonceptivos eficaces es de primordial importancia. Es evidente que el uso de métodos anticonceptivos eficaces previene un alto porcentaje de abortos, morbilidad relacionada con el embarazo y concomitantemente de muerte materna.

La disponibilidad de métodos anticonceptivos eficaces ha ofrecido a la mujer la posibilidad de planificar su maternidad, permitiendo promover su salud reproductiva y reducir el número de veces que la madre y su producto se exponen al peligro que conlleva estar embarazada en circunstancias desfavorables; sin embargo, no todas las mujeres tienen el mismo nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

Las estadísticas muestran que las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, así como se sabe también que las mujeres del sector rural tienen más embarazos que las mujeres del sector urbano, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. “Se estima además que 222 millones de niñas y mujeres que no desean quedar embarazadas, o que quieren retrasar su próximo embarazo, no utilizan ningún método anticonceptivo” (OMS, 2014).

En Ecuador la planificación familiar constituye una de las principales estrategias para lograr las metas propuestas y reducir la mortalidad materna (CONASA, 2010). A pesar de que se han realizado grandes esfuerzos por reducir la morbi mortalidad materna por parte del sector educación y salud especialmente, todavía existe una brecha en relación al uso de anticonceptivos, fundamentalmente en áreas rurales, los factores culturales y lingüísticas son barreras para el uso de anticonceptivos en esta población, aunque también lo son el poco conocimiento de las opciones anticonceptivas y su utilización.

El correcto y oportuno conocimiento de planificación familiar a través de la anticoncepción 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 de los métodos anticonceptivos.

Sobre la base de lo anteriormente expuesto, resulta relevante la presente investigación que tiene como objetivo determinar el conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su relación con el uso de anticonceptivo y factores biosociales, en las mujeres adultas jóvenes (20 a 39 años) con riesgo preconcepcional. Los resultados de este estudio podrían aportar a los responsables y planificadores de políticas y otras organizaciones interesadas que trabajan en el ámbito de la planificación familiar y la salud materna.

1.1 Planteamiento del problema

El embarazo no intencionado, tanto el no planificado como el no deseado, en las mujeres de edad fértil, es un problema de salud pública frecuente en todo el mundo. Los embarazos repetidos en los extremos de la vida ocurren con frecuencia y al tener mayor riesgo reproductivo en dichas edades, están relacionados con resultados adversos para las madres y sus hijos (Ramos, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (2015) afirma que:

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

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

Las muertes relativas al embarazo y al parto representan la causa número uno de muerte de mujeres en edad fértil, cerca de 800 mujeres mueren al día por éstas causas según la OMS. Cerca de 2 millones de mujeres, presentan enfermedad crónica o discapacidad a causa del embarazo o el parto, las mismas que pueden provocar crisis personales o familiares. Las mujeres en los extremos de la vida fértil y que a menudo tienen pocos recursos son quienes más riesgos tienen. Aproximadamente 4 millones de mujeres recurren a abortos inseguros, los cuales contribuyen en gran medida a la mortalidad materna, la misma que se produce mayormente en países subdesarrollados, siendo la mayor parte prevenible. (OMS, 2015).

En el Análisis Situacional Integral de Salud [ASIS] (2014), de la población asignada al médico posgradista en Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad Asistencial Docente Yaruquíes, se determinó que el total de mujeres en edad fértil de la comunidad

María Auxiliadora, conformado por setenta y seis (76) personas, fueron dispensarizadas como riesgo preconcepcional, de ellas, cuarenta y nueve (49) son mujeres adultas jóvenes.

Los líderes comunitarios especialmente los informales, encabezados por mujeres de la comunidad en concordancia con los datos obtenidos en el ASIS, demuestran que la mayor parte de las mujeres riesgo preconcepcional no utilizan método anticonceptivo, siendo la principal barrera para su uso, la falta de conocimiento sobre dichos métodos.

El conocimiento y uso del método anticonceptivo más adecuado para las mujeres adultas jóvenes de la comunidad María Auxiliadora, resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres, puesto que da tiempo para controlar el riesgo preconcepcional y planificar el mejor momento para un embarazo, a la vez que apoya la salud individual, familiar y el desarrollo de las comunidades.

1.1.1 *Formulación del problema*

¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos con la edad, número de embarazos, nivel de instrucción, ocupación, relación de pareja, religión y uso actual de método anticonceptivo en las mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional de la comunidad María Auxiliadora en el período de enero a junio de 2016?

¿Qué componentes pueden ser incorporados en una estrategia de intervención educativa sobre los métodos anticonceptivos para la prevención de embarazos no planificados en las mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional de la comunidad María Auxiliadora?

1.2 Justificación de la investigación

Los grupos, familias e individuos vulnerables, deben ser identificados oportunamente por el médico de familia, para poder ejercer acciones de salud que contribuyan a disminuir la probabilidad que ellos presentan de enfermar.

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, que especialmente si es no planificado o no deseado, conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre y la de su futuro hijo. Numerosos autores coinciden en que detrás de un embarazo no intencionado hay una frustración de planes y sueños, y en muchos casos la mujer embarazada pasa a depender completamente de su familia. Las mujeres con embarazos no deseados o no planificados constituyen un reto para el médico de la familia, ya que factores psíquicos y sociales determinan un aumento de riesgo, tanto para la madre como para su hijo, que incrementa con los pocos ingresos económicos que la mayor parte de mujeres de las comunidades rurales presentan pues especialmente en las comunidades estos embarazos provocan rechazo y malos tratos.

En el marco de la renovación de la APS y con el nuevo programa de formación del médico familiar comunitario se ha desarrollado un proceso de dispensarización donde se identificaron setenta y seis (76) mujeres con riesgo preconcepcional en la comunidad María Auxiliadora, de ellas 49 son mujeres adultas jóvenes. Se identificó al cien por ciento (100%) de las mujeres en edad fértil con alguna condición de riesgo preconcepcional. Al lograr una profundización en la identificación de los factores de riesgo en este grupo vulnerable, se puede observar que la falta de conocimiento sobre los tipos, uso, efectos secundarios, beneficios, entre otros, de los métodos anticonceptivos es la mayor limitante para el uso de algún método; existen otros factores socioculturales como las falsas creencias que pasan de generación en generación, tabúes y motivos religiosos, que también limitan el acceso de la mujer a la anticoncepción.

La atención preconcepcional forma parte de la asistencia perinatal, ya que la salud durante el embarazo depende principalmente del estado de salud de la mujer antes de la concepción. Actualmente se sabe que la atención y el consejo preconcepcional son factores que pueden contribuir al curso normal del embarazo y a obtener un hijo sano. La mujer con múltiples o graves factores de riesgo va a ser la más beneficiada en el

asesoramiento preconcepcional. La utilidad no se limita exclusivamente a las mujeres que tienen antecedentes ginecobstétricos desfavorables o con alguna enfermedad, sino que también sus beneficios se extienden a todas las mujeres que parecen estar sanas y en las que no se reconocen factores de riesgo que pueden afectar su gestación. Sin embargo, en nuestro medio no es frecuente que las mujeres realicen una consulta especialmente dedicada a prepararse para su embarazo, y la atención preconcepcional es una alternativa poco utilizada para mejorar el pronóstico de la gestación. Con el advenimiento de la Medicina Familiar y Comunitaria se brinda una atención integral a las mujeres y se pone en marcha el programa de control del riesgo preconcepcional.

El uso de métodos anticonceptivos nos da la posibilidad de estudiar a la mujer con riesgo preconcepcional, y lograr durante su uso, eliminar, disminuir o compensar el riesgo preconcepcional con un enfoque clínico epidemiológico, para promover su salud reproductiva y reducir el número de veces que la mujer y su producto de la concepción se exponen al riesgo que conlleva estar embarazada en circunstancias desfavorables.

De todo lo anterior se deriva la justificación del presente estudio, pues permitirá identificar el nivel de conocimiento que tienen las mujeres adultas jóvenes sobre métodos anticonceptivos, se diseñará una estrategia de intervención educativa con acciones de información, comunicación y educación, dirigido a las mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional de la comunidad María Auxiliadora, lo que contribuirá a la prevención de embarazos no planificados y embarazos en circunstancias adversas con el propósito de mejorar la salud reproductiva de la mujer, evitando complicaciones.

1.3 Objetivos de la investigación

Objetivo general

Diseñar estrategia de intervención educativa sobre los métodos anticonceptivos en mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional de la comunidad María Auxiliadora en el período de enero a junio de 2016.

Objetivos específicos

1. Caracterizar la población de estudio según variables seleccionadas.
2. Determinar la prevalencia de uso de método anticonceptivo en mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional.
3. Determinar el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional.
4. Identificar la posible relación entre el conocimiento, uso de método anticonceptivo y características biosociales seleccionadas.
5. Diseñar estrategia de intervención educativa sobre los métodos anticonceptivos en mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional.

1.4 Hipótesis

Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos con la edad, número de embarazos, nivel de instrucción, ocupación, relación de pareja, religión y uso actual de método anticonceptivo en las mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional de la comunidad María Auxiliadora.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema

2.1.1 *Ámbito internacional*

Pandey, Garg & Salhan (2014) en la India, realizaron una investigación titulada: “Study of knowledge and contraception practices in low socio-economic women of Delhi.” El objetivo fue evaluar el conocimiento y la práctica de la anticoncepción entre las mujeres de bajos recursos socioeconómicos del grupo de edad reproductiva en Delhi. Se realizó estudio transversal en 272 mujeres de bajo nivel socioeconómico -según la escala modificada Kuppuswamy- que asistieron al departamento de planificación familiar en un hospital del municipio de Delhi. Los datos se recolectaron a través de un cuestionario estructurado pre-diseñado, para evaluar sus conocimientos y prácticas hacia los métodos anticonceptivos regulares, la anticoncepción de emergencia y el aborto médico. Resultados: de 272 mujeres, 39% (106) acudieron por interrupción médica del embarazo, mientras que el 61% (166) acudieron por asesoramiento de planificación familiar. La edad media de las mujeres estudiadas fue de 26,4 años, teniendo el 43,7% cuatro hijos o más, 22,1% eran analfabetas, mientras que el 68,4% tenía sólo educación primaria, 65% pertenecía a la clase socioeconómica más baja de la clase baja; mientras que el 35% pertenecía a la clase alta de la clase socioeconómica baja según la escala modificada Kuppuswamy. Observaron que el 47,8% no tenía ningún conocimiento de los métodos anticonceptivos, el 21,7% estaban usando dispositivo intrauterino, seguido por el uso de anticonceptivos de barrera en un 18,8%. Las píldoras anticonceptivas orales fueron utilizadas solamente en un 4,4%. 24,2% sabían del aborto con medicamentos, mientras que sólo el 17% lo había utilizado. Del mismo modo, el 38,3% sabían de la anticoncepción de emergencia, mientras que el 24,6% la había utilizado. De 106 mujeres que acudieron para interrupción del embarazo, el 62,3% tenían embarazos no planificados, mientras que en el 35,8% había fracasado la contracepción, 65% de las mujeres no tenían conocimiento de los beneficios no anticonceptivos de los distintos

métodos. Las conclusiones este estudio pone de manifiesto que la falta de educación, falta de conocimiento y falta de conciencia condujo a un uso inadecuado de los métodos habituales de anticoncepción en mujeres de edad fértil de bajo nivel socio-económico. Por tanto, sólo la disponibilidad no es suficiente para alcanzar la salud femenina óptima. Es necesario incrementar el nivel de conocimiento mediante la educación y motivación de las mujeres para hacer uso adecuado de los métodos y recursos de planificación familiar existentes.

Khajehei, Ziyadlou, & Ghanizadeh (2010) en Irán, realizaron una investigación titulada: "Knowledge of and attitudes towards sexual and reproductive health in adults in Shiraz: a need for further education". El objetivo fue evaluar el nivel de conocimientos y las actitudes sobre salud sexual y reproductiva en los adultos. El estudio fue cuantitativo de tipo transversal, participaron 276 hombres y 281 mujeres que acudieron a los cursos de preparación al matrimonio entre enero y marzo del 2010. La información se recopiló a través de un cuestionario. Las variables estudiadas fueron el sexo, la edad, el nivel de instrucción, trabajo, uso de anticonceptivos, actitudes hacia salud sexual y reproductiva y conocimiento. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para evaluar las diferencias entre las variables nominales. En los resultados se describe que la edad media de los hombres fue de 25,5 (SD 5,1) años, rango 17-58 años y de las mujeres fue de 21,2 (SD 4,4) años, rango 13-58 años. Los participantes (hombres y mujeres) de 20-29 años tenían más conocimientos acerca de todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva que los de otros grupos de edad (13-19 años, 30-39 años, 40-49 años y 51-58 años) ($p < 0,05$). Por otra parte, las personas que tenían un nivel de educación más bajo tenían menos conocimientos sobre los 3 aspectos de la salud sexual y reproductiva ($p < 0,05$). Se describe que el nivel general de conocimiento de los hombres y mujeres era bajo. La mayoría de los hombres y mujeres tenían conocimiento incorrecto o no sabían sobre el uso de anticonceptivos. Las mujeres superaron a los hombres en cuanto a su nivel de conocimiento sobre que "el embarazo puede ocurrir en la primera relación sexual" y que las "píldoras anticonceptivas orales y progesterona inyectables sólo son métodos anticonceptivos temporales" ($p < 0,05$). Se concluyó que los hombres y las mujeres en la República Islámica de Irán deben estar mejor informados sobre la salud sexual y reproductiva; mientras que los temas de salud sexual y reproductiva son difíciles de hablar y discutir abiertamente, las políticas de promoción de la salud tienen que ser emitido por formuladores de políticas sanitarias. Para lograr este objetivo, debe haber programas

educativos eficientes y una variedad de estrategias de enseñanza y aprendizaje que proporciona una información actualizada.

Arbab, Bener & Abdulmalik (2011) en Qatar, realizaron una investigación titulada: Prevalence, awareness and determinants of contraceptive use in Qatari women. El objetivo fue determinar el conocimiento, la actitud y la práctica de la anticoncepción y los factores sociodemográficos asociados con una muestra representativa de mujeres casadas de Qatar de entre 18-49 años. Se realizó un estudio transversal prospectivo, con las mujeres que acuden a los consultorios de atención primaria de salud de Qatar. La encuesta fue llevada a cabo sólo entre las mujeres casadas de entre 18-49 años de edad que no habían llegado a la menopausia. Con el fin de asegurar una muestra representativa de la población de estudio, el muestreo fue estratificado con asignación proporcional de acuerdo al tamaño del estrato. La estratificación se basa en la ubicación geográfica. El tamaño de la muestra se determinó con el conocimiento a priori que la prevalencia de la planificación familiar en Qatar permitiendo un error de límites de confianza del 2,5% y el 95%. Así, el tamaño de la muestra necesario para alcanzar los objetivos de nuestro estudio se estimó en 1300 personas. Se utilizó el test de Student para determinar la significancia de las diferencias entre los valores medios de 2 variables continuas y la prueba de Mann-Whitney se utilizó para la distribución no paramétrica. Se realizó un análisis de Chi-cuadrado para comprobar las diferencias en las proporciones de las variables categóricas entre 2 o más grupos. El coeficiente de correlación de Spearman se utilizó para evaluar la fuerza de la relación entre las variables $p < 0,05$ fue considerado como el valor de corte para la significación estadística. La edad media de las mujeres fue de 32,5 (SD 7,6) años. La gran mayoría (94,6%) 1070, sabía sobre los métodos anticonceptivos pero solamente 694 (64,9%) estaban a favor de la anticoncepción. El conocimiento de métodos anticonceptivos aumentó al aumentar el nivel de educación ($p < 0,001$), pero disminuyó mientras más bajo es el ingreso de los hogares ($p = 0,002$). Sólo 511 (47,8%) mujeres utilizaban actualmente anticonceptivos, que se asoció significativamente con la edad, la edad del marido, años de matrimonio, nivel de educación, nivel de ingresos y la actitud a la planificación familiar. Los anticonceptivos más comúnmente conocidos y utilizados fueron los dispositivos intrauterinos y las píldoras. Amigos eran la fuente más común de conocimientos sobre métodos de planificación familiar (80,0%). Los resultados mostraron que el conocimiento de la anticoncepción fue alto entre las mujeres entrevistadas (95%), aunque sólo una pequeña

mayoría tenía una actitud positiva a la misma (61%) y la minoría usaba la anticoncepción. La investigación sugiere que los programas educativos son importantes para enseñar cómo la familia, factores culturales, personales y de relación con el entorno influyen en la toma de decisiones sobre el uso de anticonceptivos y el espaciamiento de los nacimientos.

Ticona (2016) realizó una investigación titulada: “Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero 2016”. El objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de las puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal y determinar si existe asociación entre las variables demográficas obstétricas y el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos. El nivel de conocimiento se midió a través de una encuesta de 21 preguntas con 5 alternativas y de respuesta única. Se halló que el 53,8% de las puérperas tuvo un nivel de conocimiento deficiente; el 26,3% tuvo un nivel de conocimiento regular; el 18,8%, el nivel de conocimiento bueno; y el 1,3%, nivel de conocimiento excelente. Se concluyó que el 53,8% de las puérperas tuvieron un nivel de conocimiento deficiente y existió asociación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos ($p = 0.006$).

2.1.2 *Ámbito nacional*

Cuenca (2014) en Loja, Ecuador, realizó una investigación titulada: “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la anticoncepción en las mujeres en período de lactancia atendidas en el Centro de Salud N° 1 de la ciudad de Loja”. El estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimiento sobre anticoncepción en las mujeres en periodo de lactancia, que fueron atendidas en el Centro de Salud N°1 de la ciudad de Loja durante el periodo abril-septiembre del 2014; así como también determinar actitudes y prácticas relacionadas con los métodos anticonceptivos. Se realizó un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal; el universo y muestra fueron 72 mujeres; los datos se recabaron a través de una entrevista. Del total de la muestra el 69,44% tienen instrucción secundaria y el 23,61% instrucción superior, en cuanto al conocimiento sobre las desventajas y beneficios de los métodos anticonceptivos el 44,44% tuvieron calificación muy bueno y el 43,063% calificación bueno, y que guarda relación con el nivel de instrucción ya que a un nivel más alto de educación mayor es el conocimiento. Los anticonceptivos orales

son los más usados con un 27,78%, los implantes lo usan el 25% y un 26,39% no utilizan métodos anticonceptivos. El 31,94% han tenido en alguna ocasión dificultades para el acceso al uso y/o conocimiento de métodos anticonceptivos, la causa más frecuente fue la timidez de acudir a los centros de salud. En cuanto a las actitudes, la gran mayoría están de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos para la planificación familiar.

Mejía, Matute y Argudo (2012) en Sigsig, Cuenca, realizaron una investigación titulada: “Prevalencia de anticoncepción y factores asociados a su uso en pacientes de consulta externa del hospital “San Sebastian”. Sigsig, 2012. El objetivo fue determinar la prevalencia y factores asociados al uso de anticoncepción en las pacientes de 12 a 45 años, que acudieron a consulta externa del servicio de ginecología del hospital “San Sebastián” del Sigsig. Realizaron un estudio transversal en una muestra de 270 pacientes del hospital, donde se determinó el uso de métodos anticonceptivos, y se buscó asociación con la edad, número de gestaciones, residencia, número de hijos y años de educación. Se encontró que la prevalencia del uso de anticoncepción fue del 63,3%; las mujeres casadas lo utilizan en un 58,8%; la edad promedio fue de 28.4 años. El método anticonceptivo más utilizado fue el Implante Subdermico con el 25.9%. No existió significancia estadística con los factores asociados. Los autores concluyeron que ha incrementado el uso de anticonceptivos pero el incremento es inferior al nivel mundial. No se encontró asociación con factores asociados.

2.2 Bases teóricas

En la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (como se citó en la Sociedad Española de Contracepción (2016) se menciona que:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos. La

salud y los derechos sexuales suponen el ejercicio de la sexualidad y la orientación sexual, libre de discriminación, coacción o violencia, así como el acceso a la información sobre el cuerpo y a la educación sexual.

2.2.1 Atención preconcepcional

Promover la salud de la mujer y sus futuros hijos es el principal objetivo de la atención preconcepcional, la misma que se centra en minimizar los riesgos reproductivos por medio de la sensibilización y la concienciación de las mujeres en edad fértil. Es importante aprovechar la especial predisposición que presentan las parejas a efectuar cambios de conducta saludables cuando están planificando un embarazo.

Para Ortiz (2014) la atención preconcepcional es un “conjunto de intervenciones que identifican condiciones de tipo biológico, hábitos, comportamientos o condiciones sociales que puedan convertirse en riesgos para la salud materno-perinatal. Para producir el mejor resultado posible, se requiere que estos riesgos se intervengan antes del embarazo”.

2.2.1.1 Objetivos de la atención preconcepcional

Orientar hacia estilos de vida saludables tanto a la mujer como a su pareja, identificar los riesgos, y de existir alguno postergar el embarazo hasta que la paciente se encuentre en las mejores condiciones posibles para una gestación.

Previo al embarazo debe realizarse una consulta programada para identificar los riesgos que la mujer y su pareja presentan, para poder eliminar, atenuar o corregir el riesgo y evitar complicaciones.

2.2.2 Riesgo Preconcepcional

2.2.2.1 Definición

El riesgo reproductivo preconcepcional es la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto), si se involucrara en el proceso de reproducción”. (Álvarez, 2014, p. 654)

2.2.2.2 Factores de riesgo preconcepcional

Todos los factores o circunstancias que predisponen o desencadenan morbilidad tanto en la pareja como en el producto, y que están relacionados con el proceso de reproducción, se denominan factores de riesgo preconcepcional. Este concepto abarca tanto los factores biológicos como psicológicos, socioeconómicos y ambientales, lo cual indica que uno o varios de ellos pueden afectar de diferente manera dependiendo del contexto en el que se desenvuelve la mujer. Por tal motivo es importante individualizar la valoración a cada paciente.

La importancia del manejo del riesgo preconcepcional, especialmente en la atención primaria, radica en la repercusión que tiene éste sobre la salud de la mujer y su producto de ocurrir un embarazo, ya que según varios autores las mujeres con alto riesgo preconcepcional tienen mayor riesgo obstétrico.

Se describen a continuación algunos factores que se mencionan en varias literaturas como factores de riesgo preconcepcional.

Edad: la OMS menciona que las mujeres en las edades extremas de la vida, es decir muy jóvenes o por el contrario añosas, tienen mayor riesgo de morir que el resto de las mujeres de edad fértil, sin embargo no hay un consenso en la edad ideal para la procreación, así como tampoco hay un consenso para determinar que significa ser muy joven. Se consideran de riesgo para el embarazo las mujeres mayores de 35 años y menores de 20 años.

Período intergenésico: es el período entre embarazo y embarazo, varios autores consideran que el tiempo óptimo es de 2 años para recuperar los recursos biológicos y nutritivos, aunque aún existe discrepancia ya que algunos autores consideran que el período mínimo debe ser de 18 meses y otros de 5 años.

Paridad: tener múltiples embarazos o más es un factor de riesgo, a ello se denomina multiparidad.

Embarazo no deseado: generalmente este tipo de embarazos termina en abortos, con las consecuencias que ello determina, o con un parto sin cuidados adecuados.

Estado nutricional de la madre: un factor de riesgo importante es la desnutrición materna.

Baja talla, menos de 150 cm: usualmente se establece relación entre la talla de la gestante y la de su producto.

Condiciones sociales desfavorables: pareja inestable, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato, etc.

Relación de pareja: embarazos que no son respaldados por una pareja traen consigo desequilibrio psicosocioeconómico, puesto que la mujer enfrenta sola el embarazo, cuidado y atención del futuro niño.

Nivel cultural e intelectual: Instrucción deficiente o insuficiente desarrollo intelectual.

Condiciones de trabajo: Ocupación que requiera contacto con productos químicos y radioactivos, o extenuantes jornadas.

Hábito de fumar: Existe controversia en el número de cigarrillos que debe la mujer fumar para entrar en riesgo preconcepcional, algunos consideran que 10 o más son un factor de riesgo, mientras que otros consideran que el hecho de fumar en sí es un factor de riesgo preconcepcional.

Ingestión de alcohol o drogas: mujeres que ingieran alcohol o drogas de cualquier tipo.

Antecedentes obstétricos desfavorables: mujeres con antecedentes de hijos con bajo peso al nacimiento, muertes perinatales o infantiles, malformaciones congénitas, alteraciones genéticas importantes.

Antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores: haber presentado diabetes gestacional o preeclampsia.

Mujeres con afecciones biológicas conocidas que constituyan riesgos: enfermedades crónicas no transmisibles biológicas o psicológicas.

Dependiendo de las características socioeconómicas de cada país, provincia o sector estudiado, la valoración de los factores de riesgo preconcepcional es diferente, no todos los médicos consideran los mismos factores de riesgo preconcepcional que en el presente trabajo se describen.

2.2.3 Anticonceptivos

2.2.3.1 Definición

La palabra anticonceptivo según el Dicciomed de la Universidad de Salamanca (2014) es una palabra híbrida del Griego/Latino que etimológicamente viene del prefijo griego **anti** que indica opuesto o contrario, **con** prefijo latino que indica unión, convergencia, cep del verbo latino capere que quiere decir coger, recibir, y **tivo** que es un sufijo latino que indica relación activa. En general se entiende como algo que previene el embarazo.

En el diccionario de la Clínica de la Universidad de Navarra (2015), se determina anticonceptivo “al medio por el que se impide la fecundación del óvulo por el espermatozoide.”

Según el Diccionario de la Real Academia Española (2014), el anticonceptivo es un medio, una práctica o un agente que evita el embarazo, mientras que la anticoncepción es acción y efecto de impedir la concepción.

Los métodos anticonceptivos son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo. Pueden utilizarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil de la persona. (MSN, 2012).

Asesoría en anticoncepción

No existe método anticonceptivo, cien por ciento efectivo, y tampoco puede considerarse a un método mejor que otro por sí mismo. Las características son particulares en cada método anticonceptivo así como el modo de uso, ventajas y desventajas, por lo que es necesario junto a la persona que requiere el anticonceptivo buscar el método más adecuado según sus preferencias, costumbres y estado de salud.

El Ministerio de Salud Pública (2010) menciona que:

La asesoría en anticoncepción consiste en brindar con calidad y respeto todas las herramientas necesarias para que la usuaria/o pueda elegir el método anticonceptivo más apropiado. Representa una estrategia fundamental que requiere del proveedor una adecuada capacitación para lograr una anticoncepción eficaz y duradera. (p. 36)

2.2.3.2 *Clasificación según la OMS*

La OMS (2015) clasifica a los métodos anticonceptivos en modernos y tradicionales.

Métodos modernos:

Anticonceptivos orales en combinación: son las llamadas pastillas o píldoras que contienen estrógeno y progestágeno, evitan la ovulación, al usarlos correctamente su

eficacia llega al 99%, mientras que al 92% como lo hacen usualmente. Estos anticonceptivos disminuyen el riesgo de cáncer endometrial y ovárico.

Pastillas de progestágeno solo: se las conoce como minipíldora y contiene únicamente progesterona, hace más espeso el moco cervical y previene la ovulación. Su eficacia llega al 99% si se usa de manera correcta y sostenida, pero como se usa usualmente su eficacia está entre el 90% y 97%. Estos anticonceptivos pueden administrarse durante la lactancia y debe ingerirse todos los días a la misma hora.

Implantes: Son cilíndricos, pequeños y flexibles, se colocan debajo de la piel del brazo; únicamente contienen progestágeno. Hacen más espeso el moco cervical y evita la ovulación. Son 99% efectivos, personal de salud calificado debe colocarlos y extraerlos; se puede usar durante 3 a 5 años, según el tipo; las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas pero se presentan en un grupo reducido de mujeres. (OMS, 2015).

Progestágeno en forma inyectable: mediante inyección intramuscular se aplica cada 2 o 3 meses, según el producto, hace más espeso el moco cervical y evita la ovulación. Es más del 99% efectivo si se usa de manera correcta y sostenida, pero su efectividad se reduce a 97% como lo suelen utilizar comúnmente. La fertilidad reaparece tras 4 meses aproximadamente de haber suspendido el método, las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas.

Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación: Se inyectan mensualmente por vía intramuscular; contienen estrógeno y progestágeno. Impide la ovulación y tienen una eficacia mayor al 99% si se usan de manera correcta y sostenida. En este grupo también las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas.

Parche anticonceptivo combinado y anillo vaginal anticonceptivo combinado: Libera dos hormonas de forma continua, una progestina y un estrógeno a través de la piel por medio del parche o mediante el anillo. Impide la ovulación. Por ser métodos relativamente nuevos su eficacia no está claramente documentada pero señalan que puede ser más eficaz que los anticonceptivos orales combinados, cuando se utilizan de un modo correcto y

sostenido. El parche y el anillo vaginal proporcionan una seguridad comparable a los anticonceptivos orales combinados con formulaciones hormonales similares y su perfil farmacocinético es parecido.

Dispositivo intrauterino (DIU): de cobre: pequeño y flexible, es un dispositivo que contiene un asa o cubierta de cobre, se inserta en el útero. Su eficacia es superior al 99%. La frecuencia de cólico menstrual y los síntomas de endometriosis disminuye; amenorrea en un grupo de usuarias.

Dispositivo intrauterino (DIU): de levonorgestrel: Es un dispositivo plástico en forma de T que se inserta en el útero y libera pequeñas cantidades de levonorgestrel a diario. Su eficacia sobrepasa el 99%. Al igual que el DIU de cobre, disminuye la dismenorrea y los síntomas de endometriosis; en un grupo de mujeres se presenta amenorrea.

A este grupo pertenecen el condón o preservativo masculino y el condón femenino.

Condón masculino: Vaina o cubierta que envuelve el pene erecto, son especialmente de látex, pero existen también de poliuretano, polisopreno o tejido animal. Forma una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo. Son 98% eficaces si se usa de manera correcta y sostenida, pero disminuye su eficacia a 85% como se usa comúnmente. También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH.

Condón femenino: Es una vaina o forro que se adapta holgadamente a la vagina; está hecho de un material plástico transparente, fino y suave, usualmente hecho de nitrilo. Forma una barrera que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten. Su eficacia va del 79 al 90% dependiendo de la forma de uso. Este tipo de anticonceptivo también protege de las infecciones de transmisión sexual (ITS), en particular la causada por el VIH.

Esterilización masculina (vasectomía): Es una forma de anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan los conductos deferentes que transportan los espermatozoides desde los testículos, por lo que impide que haya espermatozoides en el semen eyaculado. La eficacia está sobre el 99% después de la evaluación del semen a los 3 meses. Tarda en actuar unos 3 meses debido a que quedan espermatozoides almacenados; no afecta el

funcionamiento sexual del hombre; es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa.

Esterilización femenina (ligadura de las trompas; salpingectomía): También es una forma de anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan las trompas de Falopio, tras el procedimiento los óvulos no pueden juntarse con los espermatozoides, su eficacia sobrepasa el 99%. Es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa.

Método de la amenorrea del amamantamiento: Es un método de anticoncepción temporal para las mujeres con parto reciente y que no han vuelto a menstruar; exige el amamantamiento exclusivo, día y noche completos, de una criatura menor de 6 meses. Impide la ovulación. Es 99% eficaz si se aplica de manera correcta y sostenida. Es un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural del amamantamiento sobre la fecundidad.

Anticoncepción de urgencia (levonorgestrel, 1,5 mg): Son pastillas de progestágeno que se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección, evita la ovulación y reduce en un 60% a un 90% el riesgo de embarazo. Es importante mencionar que no altera el embarazo si este ya se ha producido.

Método de días fijos: Consiste en determinar los periodos fértiles del ciclo menstrual y evitar el coito sin protección durante los días más fértiles. La OMS (2015). Menciona que Arévalo y Colaboradores indican que es 95% eficaz si se usa de manera correcta y sostenida, y 88% tal y como se usa comúnmente. Puede utilizarse para determinar los días fértiles en el caso de mujeres que quieran quedarse embarazadas y en el de mujeres que deseen evitar el embarazo. La pareja interviene en el uso correcto y sostenido. (OMS, 2015).

Método de la temperatura basal corporal: Se debe registrar la temperatura corporal de la mujer a la misma hora todas las mañanas antes de levantarse, prestando atención a que se produzca un aumento de 0,2°C a 0,5°C. Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días fértiles. Trussell (como se citó en OMS, 2015) afirma que la eficacia es del 99% si se usa de manera correcta y sostenida y es del 75% tal y como se

usa comúnmente. Cuando aumenta la temperatura basal y se mantiene alta durante tres días enteros, se ha producido la ovulación y el período fértil ha pasado. Las relaciones sexuales pueden reanudarse el cuarto día hasta la siguiente menstruación mensual.

Método de los dos días: Este método consiste en determinar los períodos fértiles, prestando atención a la presencia de moco cervical, impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días fértiles. Según Arévalo (como se menciona en OMS, 2015) la efectividad es del 96% si se usa de manera correcta y constante, 86% con una práctica típica o común. Es difícil de aplicar si hay infección vaginal u otra afección que altere el moco cervical. El coito sin protección puede reanudarse después de dos días consecutivos sin secreciones.

Método sintotérmico: Consiste en determinar los períodos fértiles en base a los cambios en el moco cervical, la temperatura corporal y la consistencia del cérvix, Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días fértiles. Manhart y colaboradores (como se citó en OMS, 2015) observaron una eficacia de 98% si se usa de manera correcta y sostenida este método. Se notificó un 98%, tal y como se practica comúnmente. Debe ser utilizado con precaución después de un aborto, alrededor de la menarquia y la menopausia, y en situaciones que puedan provocar un aumento de la temperatura corporal.

Métodos tradicionales:

Método del calendario o método del ritmo: Consiste en observar el ciclo menstrual durante 6 meses, restar 18 de la duración del ciclo más corto) y restar 11 de la duración del ciclo más largo. Se impide el embarazo evitando las relaciones sexuales sin protección durante el posible primer día fértil y el posible último día fértil, bien absteniéndose o utilizando un preservativo. La eficacia es del 91% si se usa de un modo correcto y sostenido. 75% tal y como se aplica comúnmente. Es importante saber que el uso de ansiolíticos, antidepresivos, AINES o determinados antibióticos pueden alterar el momento de la ovulación, por lo que debe evaluarse la necesidad de utilizar otro método.

Marcha atrás (coitus interruptus): Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación y eyacular fuera de esta, teniendo la precaución de que el semen no entre en contacto con los genitales externos. Se trata de impedir que los espermatozoides entren

la vagina para evitar la fecundación. Es 96% eficaz si se usa de forma correcta y sostenida y 73% tal y como se practica comúnmente, según lo menciona la OMS (2015). Es necesario comentar que este es uno de los métodos menos eficaces, porque a veces es difícil determinar correctamente cuando hay que retirar el pene, lo que puede provocar que se eyacule estando este aún dentro de la vagina.

2.2.3.3 *Clasificación según normas y protocolos del Ecuador*

Según las normas y protocolos de planificación familiar del Ecuador (2010), los protocolos para el uso de métodos anticonceptivos abarcan tipos, indicación, contraindicación, ventajas y desventajas de cada método, que son explicados a continuación.

Métodos temporales hormonales

Anticonceptivos hormonales combinados

A partir del uso de las tabletas anticonceptivas por los años 60, se han ido realizando cambios a la composición de las mismas, de tal manera que pueda ser más segura y tolerable para las mujeres que requieren anticoncepción y lo utilizan (De la Cuesta et al. 2011).

Se encuentran tres tipos, la anticoncepción oral combinada, inyectable combinada y la transdérmica.

Anticoncepción oral combinada

Es un método que utiliza anticonceptivos que contienen estrógeno y progestágeno que deben administrarse diariamente, el estrógeno presente en las tabletas es el Etinil estradiol < 35 mcg, junto con uno de los siguientes levonorgestrel, gestodeno, desogestrel, ciproterona, drospirenona, acetato de clormadinona como progestágenos.

En mujeres que desean anticoncepción hormonal oral y presentan síndrome premenstrual, se ha aprobado el uso de anticonceptivo oral combinado con drospirenona, De la Cuesta (2011) menciona en su artículo que “una reciente revisión de la Cochrane concluye que el tratamiento del síndrome disfórico premenstrual con éste tipo de anticonceptivos es más efectivo que el placebo”

Anticoncepción inyectable combinada

Método que requiere una inyección intramuscular mensual de estrógeno que es Valerato de estradiol 5mg o Enantato de estradiol 10 mg, junto a un progestágeno, usualmente Enantato de Noretisterona 50 mg o Acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg.

Anticoncepción transdérmica

Consiste en la aplicación de un parche que contiene dos hormonas, estrógeno como Etilnil estradiol 600 mcg y un progestágeno Norelgestromina 6 mg. (MSP, 2010)

Requisitos imprescindibles para la prescripción

La historia clínica detallada es fundamental para la prescripción de un método anticonceptivo hormonal, en la anamnesis deben constar antecedentes personales, familiares, historia obstétrica, historia sexual así como prescripción anterior de anticonceptivos si la tuviere y sus síntomas.

Se recomienda que se realice una toma de tensión arterial antes de la prescripción de anticonceptivos hormonales combinados, así como el cálculo del IMC.

No se recomienda el uso de anticonceptivos hormonales combinados en mujeres con IMC iguales o superiores a 35 kg/m² debido a un riesgo considerable de evento tromboembólico.

Es importante realizar una exploración genital y mamaria, además de una citología cervical a las usuarias no como requisito fundamental para la anticoncepción, sino como un medio de prevención de enfermedad.

Indicaciones

Los anticonceptivos hormonales combinados están indicados en mujeres de cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 40 años, que han tenido hijos o no.

Mujeres con o sin pareja estable, que han tenido abortos o embarazos ectópicos, que fuman y son menores de 35 años.

Mujeres que tengan o con antecedentes de anemia, padezcan de depresión, tengan várices, hiper o hipotiroidismo, ITS o EPI, con diabetes sin compromiso vascular, renal, visual o neurológico o que presenten con cefaleas leves.

Mujeres con patrón menstrual irregular, menorragia o hipermenorrea, quistes o tumores benignos del ovario o del seno.

Mujeres con lactancia parcial luego de 6 semanas posparto, con lactancia exclusiva luego de 6 meses posparto, sin lactancia 3 semanas posparto.

Mujeres con endometriosis o miomatosis u ovario poliquístico.

Mujeres que tengan VIH y SIDA, estén o no con terapia antirretroviral, siempre hay que recomendar en éstas pacientes el uso concomitante del preservativo.

Contraindicaciones

En el protocolo escrito por Serrano y Quilez (2013) se menciona que las contraindicaciones absolutas para la anticoncepción hormonal combinada son:

Lactancia materna en las primeras 6 semanas.

Tabaquismo de más de 15 cigarrillos/día en mayores de 35 años.

Obesidad con un IMC >40

Múltiples factores de riesgo cardiovascular.

Hipertensión arterial no controlada: sistólica mayor de 160 mm Hg o diastólica mayor de 100 mm Hg.

Antecedentes personales de trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar .

Trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar actual.

Cirugía mayor con inmovilidad prolongada.

Trombofilia familiar diagnosticada

Cardiopatía isquémica.

Ictus isquémico.

Valvulopatía complicada con hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis o prótesis metálicas.

Diabetes Mellitus de más de 20 años de evolución o asociada con vasculopatía, neuropatía o nefropatía.

Cefaleas migrañosas con aura.

Migraña sin aura en mayores de 35 años.

Historia actual de cáncer de mama en los últimos 5 años.

Hepatitis viral activa.

Cirrosis descompensada.

Adenoma hepático o hepatocarcinoma.

Tratamiento con rifampicina, fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona o topiramato.

Ventajas

Puede suministrarse en cualquier momento que la mujer lo solicite siempre que no existan contraindicaciones temporales o definitivas. Previene el embarazo no planificado eficazmente, no es abortivo ya que no interfiere en la implantación o en la evolución de un embarazo ya implantado.

No interfiere con las relaciones sexuales, no afecta su vida cotidiana ni sexual a futuro, además ofrece un retorno inmediato a la fertilidad luego de la discontinuación.

Es un método muy seguro, conveniente y eficaz, puede, puede usarse a largo plazo.

Brinda protección contra: embarazo ectópico, cáncer de endometrio, cáncer de ovario, enfermedad pélvica inflamatoria, quistes ováricos, anemia por deficiencia de hierro.

Reduce: dismenorrea, alteraciones del patrón de sangrado menstrual, hirsutismo, síntomas de síndrome de ovario poliquístico y síntomas de endometriosis.

Desventajas

Estudios en relación con la anticoncepción hormonal en 2015 concluyen que las mujeres que reciben anticoncepción hormonal pueden presentar alteraciones en las pruebas de función tiroidea y que los tratamientos con hormonas tiroideas o antitiroideas pueden ser erróneos. Sin embargo se describe también que se han realizado pocos estudios para determinar efectos adversos de los anticonceptivos hormonales y no existen muchos datos en cuanto a la interacción en la función tiroidea (Benardete, DN., Et al, 2015).

Al usar anticonceptivos hormonales aumenta el riesgo relativo de tromboembolismo venoso, sin embargo raramente se presenta en las mujeres de edad fértil, el riesgo absoluto de tromboembolismo venoso permanece bajo (González, 2013).

La enfermedad tromboembólica arterial antes de la menopausia es muy poco frecuente en la mujer, sin embargo el uso de anticonceptivos hormonales y la edad aumentan el riesgo de infarto agudo de miocardio sobre todo si existen factores de riesgo asociados como el tabaquismo, las migrañas con aura, hipertensión arterial, obesidad entre otros (González, 2013).

Levy, D (2009) de la biblioteca de salud reproductiva de la OMS, menciona en relación a la Anticoncepción hormonal combinada versus no hormonal versus anticoncepción con sólo progestina en la lactancia, que los estudios clínicos se han realizado de forma

adecuada pero no son apropiados para hacer recomendaciones con respecto a la anticoncepción hormonal en las mujeres en período de lactancia ni para establecer un efecto de la anticoncepción hormonal sobre el volumen o la calidad de la leche. En Ecuador no se recomienda el uso de anticonceptivos orales en mujeres en período de lactancia.

Dependen de la toma o administración correcta para mantener su elevada eficacia, pues el olvido o toma incorrecta disminuye la eficacia.

Anticonceptivos que solo contienen gestágenos

Este tipo de anticonceptivos tiene una hormona esteroidea sintética similar a la progesterona, a este grupo pertenecen: anticoncepción oral que solo contiene progestina, anticoncepción inyectable a base de progestina sola y los implantes subdérmicos.

Anticoncepción oral que solo contiene progestina

Método en el que se administra diariamente una tableta que contiene una sola hormona: un progestágeno que puede ser levonorgestrel, desogestrel o linestrenol, son denominadas como minipíldoras.

Anticoncepción inyectable a base de progestina sola

Este método consiste en la inyección intramuscular glútea o deltoidea de una ampolla trimestral que contiene un progestágeno de depósito: 150 mg de Acetato de Medroxiprogesterona.

Implantes subdérmicos

Métodos anticonceptivos que consisten en la colocación subdérmica de 1, 2 o 6 cartuchos o cápsulas cilíndricas plásticas no biodegradables que contienen un gestágeno de depósito: etonorgestrel o levonorgestrel que se libera progresivamente durante 3 a 5 años respectivamente, que es su tiempo de uso. (MSP, 2010).

Indicaciones

Puede prescribirse en mujeres de cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 40 años, que tenga alguna contraindicación para el uso de estrógeno, que se encuentren en período de lactancia en puerperio de más de 6 semanas,

Mujeres que hayan tenido hijos o no, con o sin pareja estable, que hayan tenido recientemente un aborto o un embarazo ectópico.

Mujeres que fuman cigarrillos, independientemente de la edad y cantidad.

Mujeres con antecedentes de anemia, depresión, várices, VIH positivas, con o sin terapia antirretroviral, a éstas últimas siempre recomendar el uso de preservativo.

Mujeres con infecciones de transmisión sexual o enfermedad pélvica inflamatoria, enfermedad benigna de la mama, hiper e hipotiroidismo, o que presenten cefaleas incluso migrañas.

Mujeres que usen antibióticos con excepción de rifampicina.

Contraindicaciones

El embarazo es una contraindicación absoluta. Además si han pasado menos de 6 semanas posparto se contraindica éste método, sin embargo el MSP (2010) menciona en sus protocolos que puede administrarse inmediatamente evaluando riesgo beneficio.

Otras contraindicaciones son el angrado vaginal de etiología desconocida, usuarias con antecedentes de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar o enfermedad cardiovascular actual. En Cáncer mamario, genital o hepático, hepatitis viral activa, cirrosis hepática, tumores hepáticos y tumoraciones dependientes de progestágenos no debe prescribirse este tipo de método anticonceptivo.

Debe usarse con precaución en los primeros años posmenarquia y tomar en cuenta que puede disminuir la densidad mineral ósea a largo plazo en adolescentes.

En las mujeres que usen tratamiento con rifampicina, fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona o topiramato también está contraindicado este método.

Ventajas

Previene el embarazo no planificado muy eficazmente ya que es un método muy seguro y conveniente, puede suministrarse en cualquier momento que la mujer lo solicite siempre que no existan contraindicaciones temporales o definitivas.

Su modo de uso es muy sencillo, es muy efectivo en mujeres en periodo de lactancia, no afecta la cantidad ni la calidad de la leche materna en mujeres que estén dando de lactar luego de las 6 semanas posparto.

Puede usarse a largo plazo, no tienen los efectos secundarios de los estrógenos y no interfiere con las relaciones sexuales.

No es abortivo ya que no interfiere en la implantación o en la evolución de un embarazo ya implantado.

Brinda protección contra: cáncer de endometrio, cáncer de ovario, enfermedad benigna de mama, enfermedad pélvica inflamatoria.

Desventajas

No previene las infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH y SIDA.

Pueden tener efectos secundarios, la mayoría de mujeres no los presentan, pero aquellas que los tienen desaparecen dentro del primer año de vida sin tratamiento.

Pueden ocasionar cambios en el patrón del sangrado menstrual.

Dependen de la toma oral o administración correcta para mantener su eficacia, el olvido en la toma o la administración incorrecta disminuye la eficacia.

Depende de un proveedor capacitado para la colocación correcta de la inyección o el implante.

Anticoncepción Oral de Emergencia

Es el método anticonceptivo de emergencia que pueden utilizar las mujeres en los 5 días siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva para evitar un embarazo no planificado. Debe usarse exclusivamente como método de emergencia y no como una forma regular de anticoncepción. La anticoncepción de emergencia está aprobada por la Organización Mundial de la Salud, la Federación Internacional de Planificación de la Familia y la Food and Drug Administration.

Mecanismo de acción

Actúa interfiriendo en el proceso de ovulación, altera el endometrio y además altera la función espermática, lo que impide la fecundación. Al actuar antes de la fecundación no debe considerarse abortiva. Este concepto lo han ratificado la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, y el Consorcio Internacional para la Anticoncepción de Emergencia en un boletín conjunto publicado en marzo de 2011 (Toro, 2011).

Forma de uso

Se administra por vía oral si está dentro de los 5 días posteriores a la relación sexual no protegida.

- Dos dosis de 0,75 mg de Levonorgestrel separadas por un lapso de 12 horas
- Una dosis de 1,5 mg de Levonorgestrel.

El método es más eficaz cuanto más cercana sea la toma a la relación sexual de riesgo.

Indicaciones

Está indicado en mujeres que han tenido relación sexual sin uso de un método anticonceptivo o por uso incorrecto o accidental de un método anticonceptivo: ruptura, filtración, deslizamiento o retención del condón masculino o femenino, desplazamiento o retiro temprano del condón masculino, femenino o diafragma, expulsión total o parcial del dispositivo intrauterino, relaciones en el período fértil u olvido de una o varias tabletas anticonceptivas.

En caso de violencia sexual, si la mujer no está usando un método anticonceptivo, así como en exposición a sustancia teratógena confirmada.

La anticoncepción oral de emergencia es segura para todas las mujeres, incluso en los casos en que no pueden utilizar métodos hormonales en forma continua.

Contraindicaciones

El embarazo es una contraindicación absoluta.

Ventajas

Puede suministrarse en cualquier momento que la mujer o el hombre lo solicite siempre que no existan contraindicaciones.

Es un método muy seguro y eficaz, previene el embarazo no planificado, con lo cual reduce la posibilidad de un aborto en condiciones no seguras.

No es abortivo, pues no interfiere en la implantación o en la evolución de un embarazo ya implantado. Posterior al uso existe retorno inmediato a la fertilidad.

Es una manera óptima de evitar un embarazo en caso de violencia sexual.

Desventajas

Es sólo de emergencia, no debe ser un método de anticoncepción regular.

No previene las infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH y SIDA.

Puede tener efectos secundarios: cambios en el patrón de sangrado, náusea, vómito, cefalea, mastalgia, sensibilidad mamaria aumentada.

Métodos Temporales Intrauterinos

Pertencen a este grupo el dispositivo intrauterino de cobre (DIU) y el dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG).

Dispositivo Intrauterino de Cobre

Fabricado de polietileno en forma de T, es un anticonceptivo con 2 brazos horizontales flexibles. Posee alrededor suyo alambre de cobre con una superficie de 380 mm². Se lo inserta por vía vaginal a través del cérvix y se lo coloca a nivel del fondo del útero. Este procedimiento lo debe realizar un proveedor calificado. Posee 2 hilos guía también de polietileno que se encuentra a nivel de vagina para su control y su extracción. Su uso puede ser por 10 años.

Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel.

Es un método anticonceptivo de polietileno en forma de T, que libera continuamente levonorgestrel 20ug/día. Al igual que el DIU de cobre, dos hilos se unen al extremo que queda cerca al orificio cervical externo. Se puede usar durante 5 años.

Indicaciones

Está indicado en mujeres que requieren anticoncepción a largo plazo, en mujeres que han tenido hijos o no.

Mujeres en puerperio postparto mayor de 4 semanas, con lactancia exclusiva o parcial, o en post aborto inmediato sin infección.

Mujeres de cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 35 años.

Mujeres que fuman o que padezcan de cualquier enfermedad sistémica que no afecten la coagulación.

Indicaciones particulares para el DIU hormonal:

Menorragia idiopática.

Hiperplasia endometrial sin atipias.

Miomatosis uterina.

Alternativa a la histerectomía en pacientes con miomatosis uterina, hasta tener las condiciones quirúrgicas adecuadas o en mujeres jóvenes que desean preservar su fertilidad.

Contraindicaciones

Está contraindicada en embarazo, sepsis puerperal pos evento obstétrico, VIH o EPI actual, así como también en sangrado genital de etiología desconocida, cáncer cervical o cáncer de endometrio en espera de tratamiento, anomalías uterinas y tumoraciones

uterinas que distorsionan la cavidad uterina y enfermedad trofoblástica benigna o maligna.

Contraindicaciones específicas del dispositivo intrauterino de levonogestrel:

Se contraindica este método en mujeres que presenten cáncer de mama actual, cáncer cervical, de ovario y cáncer de endometrio en espera de tratamiento, también en mujeres con tumoraciones dependientes de progestágenos.

En cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea además de anomalías uterinas congénitas o adquiridas.

En enfermedad hepática activa o tumor hepático e ictericia no debe utilizarse el dispositivo intrauterino de levonogestrel

Ventajas

Puede suministrarse en cualquier momento que la mujer lo solicite siempre que no existan contraindicaciones.

Su uso es autorizado inclusive en adolescentes, mujeres con capacidades especiales y mujeres próximas a la menopausia.

No es necesario que esté menstruando.

Es seguro, cómodo, discreto, conveniente y eficaz, no interfiere con las relaciones sexuales.

No afecta su vida cotidiana ni sexual a futuro y permite el retorno inmediato a la fertilidad luego de la discontinuación de su uso.

No es abortivo ya que no interfiere en la implantación o en la evolución de un embarazo ya implantado.

No están relacionados con mitos falsos como cambios en el peso, infertilidad, cáncer, abortos, malestar en la pareja, migración, cefaleas, etc

El DIU se puede retirar en cualquier momento, si la mujer decide que quiere embarazarse o no continuar el método.

El DIU de levonogestrel tiene efectos benéficos extraconceptivos en la menorragia idiopática, hiperplasia endometrial sin atipias, así como en la miomatosis uterina.

Es una alternativa a la histerectomía hasta tener las condiciones quirúrgicas adecuadas o en mujeres jóvenes que desean preservar su fertilidad.

Desventajas

Los DIU no previenen las ITS incluyendo VIH, ni están sugeridos en mujeres con múltiples parejas sexuales.

Una ITS no tratada en usuaria de DIU puede llevar a mayor riesgo de embarazo ectópico o una EPI y potenciales cuadros de dolor pélvico crónico e infertilidad.

Puede tener efectos secundarios como dismenorrea y menorragia, excepto del DIU de levonogestrel.

Depende de un proveedor capacitado para la colocación y el retiro.

Tiene riesgos bajos de infección, expulsión y perforación uterina.

Dependen de la inserción correcta para mantener su elevada eficacia, cabe mencionar que la inserción posparto inmediato tiene mayor posibilidad de expulsión.

La mujer debe verificar la posición correcta de las guías del DIU de manera periódica.

Métodos Temporales de Barrera

Dentro de estos métodos se encuentran el condón masculino y femenino.

El Ministerio de Salud Pública (2010) afirma. “Método de barrera que impide el contacto entre el semen y la mucosa vaginal. Único método que también protege contra infecciones de transmisión sexual. Otra denominación técnica puede ser preservativo” (p.110).

Condón masculino: Funda o cubierta de látex que se coloca sobre el pene erecto del hombre.

Condón femenino: Funda o cubierta de poliuretano que se inserta en la vagina de la mujer. Viene prelubricada con un líquido a base de silicona, consta de un anillo interno en el extremo cerrado que sirve para la inserción y otro anillo externo, más amplio que queda fuera de la vagina y recubre los genitales externos femeninos.

Indicaciones

Se indica el uso de este método en personas con múltiples parejas sexuales, con relaciones sexuales esporádicas o poco frecuentes al mes o cuando existen dudas de la monogamia de la pareja. Además como apoyo a otros métodos anticonceptivos y como apoyo durante las primeras 20 - 30 eyaculaciones posteriores a la realización de vasectomía.

Una indicación importante del preservativo es la infección de transmisión sexual del usuario o la pareja sexual.

Contraindicaciones

La única contraindicación del preservativo es la alergia conocida al látex.

Ventajas

Entre las múltiples ventajas del preservativo tenemos que previene el embarazo eficazmente, ayuda a prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual, no posee efectos secundarios de tipo hormonal, existe un retorno inmediato a la fertilidad luego de la discontinuación de su uso, son fáciles de obtener y no necesita ser suministrado por el personal de salud.

Algunas mujeres reportan mayor estimulación sexual por el contacto con el anillo externo del condón femenino.

Cabe destacar que con el uso de este método el hombre toma responsabilidad en la salud sexual de la pareja.

Requiere de su uso correcto para generar todas las ventajas y disminuir los riesgos de embarazo y de infecciones de transmisión sexual.

Desventajas

Algunos usuarios se quejan de disminución de sensibilidad o pérdida de la erección, además pueden causar irritación de los genitales por alergia al látex y pueden debilitarse, deslizarse o romperse durante su uso. El condón femenino puede ser ruidoso durante la relación sexual.

Métodos Naturales

Método de amenorrea de lactancia

Es un método de planificación familiar temporal, se basa en la lactancia exclusiva y la mujer debe cumplir obligatoriamente con 3 condiciones: Lactancia materna a libre demanda, de día y de noche, sin uso de fórmulas o sucedáneos de leche materna, amenorrea y el recién nacido debe ser menor de 6 meses (MSP, 2010).

Indicaciones

Deseo de no usar o contraindicación para métodos hormonales o de barrera, así como contraindicación de anticoncepción de índole moral, familiar o religiosa, condición médica grave que impida utilizar otro método anticonceptivo. Lactancia materna a libre demanda, de día y de noche, sin uso de fórmulas o sucedáneos de leche materna, amenorrea y recién nacido menor de 6 meses.

Contraindicaciones

Mujeres que sean portadoras de VIH.

Mujeres con contraindicación de lactancia, lactancia materna no exclusiva o con el uso de sucedáneos de leche materna, mujeres con recién nacidos con condiciones que dificulten la correcta lactancia y succión.

Mujeres que durante la lactancia estén utilizando medicamentos como: reserpina, ergotamina, antimetabolitos, ciclosporina, bromocriptina, corticoides, drogas radioactivas, litio, anticoagulantes, antidepresivos, ansiolíticos.

Ventajas

Es un método natural, se inicia inmediatamente luego del parto o cesárea, no posee efectos secundarios de tipo hormonal, no implica gasto económico, es fácil de realizar, no interfiere con el coito ni requiere supervisión estricta por parte del personal de salud.

Promueve el amamantamiento y garantiza la alimentación ideal de todo recién nacido.

Reduce el sangrado posparto.

Desventajas

Si no se cumple con las 3 condiciones mencionadas la eficacia disminuye y no es posible conocer si el nivel de eficacia es óptimo, incluso si se cumplen las 3 condiciones mencionadas. Las circunstancias sociales, laborales pueden limitar su uso.

No protege de las ITS incluyendo el VIH y SIDA

Es muy importante tener en cuenta que la pareja debe estar preparada y bien asesorada sobre otros métodos incluyendo anticoncepción de emergencia.

Conductas anticonceptivas basadas en el conocimiento de fertilidad

Las conductas anticonceptivas son conocidas como abstinencia periódica o conductas naturales. Implican la abstinencia periódica o el uso de otro método durante el período fértil de la mujer.

Para determinar el período fértil femenino existen 2 métodos:

Uso del calendario, determinan los días fértiles en base al ciclo menstrual.

Uso de los signos y síntomas del período fértil, como son: moco cervical y temperatura corporal basal.

Indicaciones

Contraindicación de índole moral, familiar o religiosa

Condición médica grave que impida utilizar otro método anticonceptivo

Contraindicaciones

Paciente de riesgo por falta de colaboración de la pareja

Portadoras o con riesgo de infección por VIH

Lactancia materna con amenorrea de más de 6 meses

Mujer con ciclos irregulares que impidan predecir la ovulación

Período postmenárquico inmediato

Período perimenopausia

Infecciones y trastornos del sistema reproductivo que alteren la temperatura corporal.

Mujeres con dificultades para la comprensión del método.

Ventajas

No posee efectos colaterales, las mujeres se involucran en el conocimiento de su cuerpo y su fertilidad, con éste método la pareja también toma responsabilidad de la anticoncepción.

Desventajas

No protege contra infecciones de transmisión sexual.

Los dos miembros de la pareja deben estar de acuerdo con el método para evitar frustraciones y puede ser una actividad muy restrictiva para algunas parejas.

Es susceptible de abandonar su uso frecuentemente.

Métodos Definitivos Quirúrgico

En este grupo se encuentran la ligadura en las mujeres y la vasectomía en los varones.

Ligadura de trompas salpingoclasia, o salpingoligadura

“Intervención quirúrgica en la cual se realiza anticoncepción quirúrgica femenina mediante la sección, corte y ligadura bilateral de las Trompas de Falopio. Puede realizarse posparto, transcesárea o en el intervalo intergenésico” (MSP, 2010, p.129).

Vasectomía

“Intervención quirúrgica en la cual se realiza anticoncepción quirúrgica masculina mediante la sección, corte y ligadura bilateral de los conductos deferentes” (MSP, 2010, p.129).

Indicaciones

Deseo o necesidad de no tener más hijos.

Ventajas

Son métodos seguros, eficaces y permanentes por lo que la posibilidad de falla tanto de la ligadura como de la vasectomía es mínima.

No interfiere con las relaciones sexuales ni la vida cotidiana ni sexual a futuro.

Las complicaciones posquirúrgicas son raras.

La ligadura de trompas es efectiva inmediatamente. No requiere otro método de refuerzo.

La vasectomía es efectiva luego de 20 a 30 eyaculaciones, por lo que se recomienda el uso de preservativo por tres meses aproximadamente luego de la cirugía.

En la vasectomía su paciente se involucra responsablemente en la salud sexual y salud reproductiva de la pareja.

La vasectomía es una cirugía menor, ambulatoria, poco dolorosa que se realiza con anestesia local y por ello no requiere de ayuno.

Los dos métodos requieren aproximadamente de una a dos horas de observación posquirúrgica en la unidad.

La vasectomía es técnicamente más sencilla, con menos efectos secundarios y menor costo que la ligadura de trompas.

Desventajas

Son métodos permanentes, definitivos, por lo que los usuarios deben estar seguros de la decisión.

Los riesgos quirúrgicos son raros, incluyen: infección, sangrado y fracaso en mínima proporción.

La vasectomía es totalmente efectiva 12 semanas después del procedimiento

No previenen las infecciones de transmisión sexual.

2.2.3.4 *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos*

Los criterios médicos de elegibilidad para el uso de los métodos anticonceptivos son criterios para orientar al personal de salud, a quién y qué método puede utilizar una pareja en forma segura, basados en la información clínica y epidemiológica más reciente. La OMS actualiza y amplía sus recomendaciones en 2015, para la adecuada prescripción de los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres con enfermedades crónicas o con condiciones personales de relevancia médica. Por su importancia para la salud pública los criterios médicos de elegibilidad de métodos anticonceptivos debe ser uno de los pilares sobre el cual se edifique la planificación familiar (OMS, 2015).

Categorías de clasificación de los criterios médicos de elegibilidad

Adecuadamente, la OMS conserva el sistema de clasificación establecido desde la primera edición de los criterios médicos de elegibilidad, utiliza una escala de cuatro categorías numéricas descritas a continuación:

1. Para la que no existen restricciones del uso de anticonceptivo en cuestión
2. En la que las ventajas de utilizar el método generalmente superan a los riesgos teóricos o demostrados. En general se puede usar el método.
3. En la que los riesgos teóricos o demostrados generalmente superan a las ventajas de utilizar el método. El uso del método no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados.
4. En la que el método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud. No se debe usar el método.

En el Anexo 6 se encuentran las recomendaciones para iniciar y continuar el uso de prácticamente todos los métodos anticonceptivos disponibles.

Hay que mencionar que en la actualización de la OMS se incorporan recomendaciones para el uso de cuatro métodos anticonceptivos que no habían sido incluidos en ediciones previas: el anillo vaginal liberador de progesterona, una nueva formulación de la píldora anticonceptiva de emergencia (acetato de ulipristal), una formulación de acetato de medroxiprogesterona para administración subcutánea y un implante subdérmico liberador de levonorgestrel de manufactura china. (Cravioto, 2016).

2.2.4 *Conocimiento*

2.2.4.1 *Definición*

Según el glosario de filosofía (2015) se entiende por conocimiento todo saber que se puede justificar racionalmente y que es objetivo. En este sentido se distingue el conocimiento de la mera opinión, de la creencia, de la fe o de las ilusiones de la imaginación.

En el diccionario de la real academia española (2014), se menciona al conocimiento como la acción y efecto de conocer, el entendimiento, inteligencia o razón natural. Como la noción, saber o noticia elemental de algo.

“El conocimiento es un saber que posee dos características: tiene una justificación racional y es objetivo. La justificación racional hace referencia a como hemos alcanzado ese conocimiento; la objetividad, a su relación con la verdad” (Tarrío, 2016, p.100).

Davenport y Prusak (como se citó en Lopera, 2012) piensan que el conocimiento es una “mezcla de experiencia, valores, información y “saber hacer” que sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información, y es útil para la acción”.

Existen varias formas de acceder al conocimiento, así tenemos:

Directa: que corresponde a la experiencia o percepción inmediata del objeto, cuando está existencialmente presente frente al sujeto. Por ejemplo conocer una iglesia visitándola.

Indirecta: que corresponde a la representación del objeto por medio de imágenes intermediarias que mientan o describan su realidad y consistencia de modo que el sujeto no tiene ante sí a la cosa misma ni puede percibirla, sino por medio de una representación. Como sería conocer la iglesia mediante fotos, videos, etc.

2.2.4.2 *Tipos de conocimiento*

Varios autores concuerdan en que el conocimiento puede ser de varios tipos, donde la percepción de la realidad adquiere distintas formas, entre ellos tenemos los siguientes:

El conocimiento cotidiano se adquiere a través de la experiencia y el contacto con la realidad de la vida; es un conocimiento razonable, meritorio y estimable.

El conocimiento religioso o revelado, el cual proviene de las tradiciones y de las manifestaciones divinas; no admite dudas y no se puede someter a pruebas. Se cree en ello por la fe.

El conocimiento filosófico se adquiere a través de la reflexión metódica y sistémica, representa la búsqueda de lo cierto de las grandes verdades de la vida y del universo.

El conocimiento científico se considera como una verdadera explicación de la realidad ya que es accesible a la observación constante y a la enmienda apropiada.

Fundamentalmente, el conocimiento científico se concibe de la misma manera para los fenómenos sociales y los fenómenos naturales; en ambos casos la hipótesis debe ser examinada con los datos de la observación o de la experimentación (Alfonzo, 2012).

Siempre es posible hallar a alguien ubicado en el lugar del saber y a otro situado en la necesidad de acceder a ese conocimiento, por ello es necesario comprender que es el conocimiento, como adquirirlo y como impartirlo.

A partir de la industrialización la transmisión de conocimiento como fenómeno masivo, fue apropiada por el estado y reservada sólo a los espacios intramuros de las instituciones educativas, en la actualidad existen varios espacios en los que se puede impartir conocimiento, como profesionales de la salud es importante que se aproveche cada uno de estos espacios y se contextualice el conocimiento en base a las necesidades de la población y a los problemas de salud que se detecten, permitiendo el desarrollo individual, familiar y comunitario.

2.2.4.3 *Conocimiento sobre anticoncepción*

Es de gran importancia saber el nivel de conocimiento y prevalencia de uso de método anticonceptivo ya que este es el determinante próximo más importante de la fecundidad,

y también por la gran utilidad que se pueden dar a los resultados encontrados, ya que sirven para formular políticas de salud y evaluar la efectividad de los programas que se ponen en práctica en cuanto a salud sexual y reproductiva en nuestro país.

Por tal motivo cobra vital importancia el conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos que permiten tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada, así como contribuir al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, además de mejorar y mantener el nivel de salud.

2.2.5 Estrategia de intervención educativa

Estrategia

Una estrategia se define generalmente como “conjunto de tareas, procedimientos o acciones previamente planificadas que conducen al cumplimiento de objetivos preestablecidos y que constituyen lineamientos para el proceso de perfeccionamiento de los programas” (González, 2014, p.32). Para ello se requiere tener claridad en el estado deseado que se quiere lograr y convertirlo en metas, logros, objetivos a largo, mediano y corto plazo y después planificar y dirigir las actividades para lograrlo, lo que generalmente implica una constante toma de decisiones, de elaboración y reelaboración de las acciones de los sujetos implicados en un contexto determinado. Al final se obtiene un sistema de conocimientos que opera como un instrumento, que permite a los sujetos interesados una determinada forma de actuar sobre el mundo para transformar los objetos y situaciones que estudia.

Intervención educativa

Jordán, Pachón, Blanco y Achiong (2011) definen:

La intervención educativa es entendida, en general, como el conjunto de actuaciones, de carácter motivacional, pedagógico, metodológico, de evaluación, que se desarrollan por parte de los agentes de intervención, bien sean institucionales o personales, para llevar a cabo un programa previamente diseñado, y cuyo objetivo es intentar que las personas o grupo con los que se interviene alcance, en cada caso, los objetivos propuestos en dicho programa.

Cualquier intento de renovar la realidad educativa ha de partir de una reflexión, en profundidad, acerca del tipo de intervención que se propone.

La intervención es un proceder que se realiza para promover un cambio, generalmente de conducta en términos de conocimientos, actitudes o prácticas, que se constata evaluando los datos antes y después de la intervención, por lo que se hace necesario tener en cuenta la metodología a seguir. Uno de los factores que asegura más el éxito de una intervención educativa es la planificación previa de la actuación docente. Aunque cuando se lleve a la práctica la intervención sea necesario realizar algunas modificaciones, e incluso improvisar para dar respuesta a las incidencias que se produzcan, disponer de un buen plan básico de actuación, llevar bien pensadas las actividades de aprendizaje que se van a proponer a los estudiantes y tener a punto los recursos educativos que se van a utilizar siempre facilitará las cosas (Jordán et al., 2011).

La inclusión de las estrategias educativas como resultado científico de la investigación, es cada vez más extensa y se diseñan para resolver problemas de la práctica con optimización de tiempo y recursos, porque: (1) permiten proyectar un cambio cualitativo en el sistema a partir de eliminar las contradicciones entre el estado actual y el deseado; (2) implican un proceso de planificación en el que se produce el establecimiento de secuencias de acciones orientadas hacia el fin a alcanzar; lo cual no significa un único curso de las mismas y (3) interrelacionan dialécticamente en un plan global los objetivos o fines que se persiguen y una metodología para alcanzarlos que propicia la sostenibilidad en el tiempo.

Al elegir una estrategia de intervención educativa, se debe recordar que lo más probable es que en ningún método particular sea ideal para los capacitados; más bien, los capacitadores habrán de reconocer la necesidad de utilizar una amplia variedad de estrategias didácticas; por la tanto la estrategia de intervención educativa deberá favorecer la aptitud natural de la mente para hacer y resolver preguntas esenciales y correlativamente estimular el empleo total de la inteligencia general (Vidal y Fernández, 2009, p.1-14).

González (2014) describe 5 etapas en el diseño y aplicación de estrategias de intervención educativa:

1. Un diagnóstico de la situación actual, que informe acerca del estado real del objeto de estudio y sobre el problema en torno al cual se desenvuelve la estrategia.
2. Una descripción del estado deseado, expresado en la formulación de objetivos y metas previstos para un período de tiempo en un contexto determinado.
3. Una planeación estratégica que identifique las actividades y acciones que respondan a los mencionados objetivos propuestos y a los recursos logístico-materiales que se emplearán, así como a los recursos humanos e instituciones a cuyo cargo está el cumplimiento de esos objetivos.
4. La instrumentación de la estrategia, que consiste en explicar cómo y en qué condiciones se aplicará, durante qué tiempo, y con la participación de los factores claves.
5. La evaluación de la estrategia, contentiva de indicadores e instrumentos de medición y validación de los resultados esperados y obtenidos, así como para identificar los logros alcanzados y los obstáculos encontrados, teniendo como referente axiológico el de la aproximación lograda al estado deseado (p.35)

Una estrategia de intervención educativa debe estar conformada por los siguientes elementos: objetivo, acciones, planeación, sistematización y evaluación; pero en ciertas revisiones bibliográficas mencionan que también se debe considerar la reevaluación.

Estas estrategias se pueden ejecutar a corto, mediano y largo plazo y se clasifican en:

- Informativas. Blogs, trípticos, boletines, revistas, libros, documentales
- Comunicativas: conferencias, mesas redonda, debates, talleres, seminarios.
- Persuasivas: campañas mediáticas, sociales y políticas.

Educación para la salud

Una estrategia de educación para la salud, efectiva, tiene como propósito esencial la proyección del proceso de transformación del objeto de estudio desde su estado real hasta un estado deseado. Una educación para la salud efectiva, puede producir cambios a nivel de los conocimientos, de la comprensión o de las maneras de pensar; puede influenciar o clarificar los valores, determinar cambios de actitudes y de creencias, facilitar la adquisición de competencias e incluso producir cambios de comportamientos de forma voluntaria. 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 educación para la salud permite la transmisión de información, supone la comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidos a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan a la salud. Es evidente que la elaboración de programas educativos y de promoción para la salud, tiene un fuerte componente pedagógico y comunicativo (Vargas, Villegas, Sánchez y Holthuis, 2003, p.26-37).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de la investigación: Se realizó una investigación no experimental y aplicada, por el interés en la aplicación de los resultados de manera inmediata en la solución del problema objeto de la investigación. (Artiles, Iglesias y Barrios, 2008), con enfoque cuantitativo y un diseño de tipo descriptivo correlacional de corte transversal.

3.2 Localización y temporalización: La presente investigación se llevó a cabo en la comunidad María Auxiliadora, Parroquia Yaruquíes, Distrito Chambo Riobamba, Provincia Chimborazo, con un tiempo de duración de 6 meses (enero a junio de 2016).

3.3 Población de estudio: La población de estudio estuvo conformada por la totalidad de mujeres de 20 a 39 años con riesgo preconcepcional de la comunidad María Auxiliadora (49).

Criterios de inclusión:

- Mujeres comprendidas en el grupo de edad de 20 a 39 años con riesgo preconcepcional.
- Dar su consentimiento informado para participar en el estudio.
- Residir en la comunidad al momento del estudio.

Criterios de exclusión:

- Presentar alguna enfermedad invalidante y/o discapacidad intelectual.

Criterio de salida:

- Abandono del estudio por cualquier causa.

3.4 Variables de estudio

3.4.1 Identificación

- Edad
- Nivel de instrucción
- Ocupación
- Relación de pareja
- Religión
- Número de embarazos
- Información sobre los métodos anticonceptivos
- Fuentes de información sobre los métodos anticonceptivos
- Antecedente de uso de métodos anticonceptivos
- Uso actual de método anticonceptivo
- Tipo de métodos anticonceptivo usado actualmente
- Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos

Definición conceptual de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos

Es el conjunto de información que tiene la mujer adulta joven con riesgo preconcepcional sobre los métodos anticonceptivos, adquirida como resultado de las experiencias y/o aprendizaje.

3.4.2 Operacionalización

Variable	Tipo variable	Escala	Descripción	Indicador
Edad (en años)	Cuantitativa continua	20 – 24 25 – 29 30 – 34 35 – 39	Según años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista	Porcentaje de mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional por grupos de edad
Nivel de instrucción	Cualitativa ordinal	Ninguno Primaria Secundaria Superior	Según grado de escolaridad terminado al momento de la entrevista	Porcentaje de mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según nivel de instrucción
Ocupación	Cualitativa nominal	Ama de casa Estudiante Trabajadora Pensionada	Según la ocupación que realiza actualmente	Porcentaje de mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según la ocupación
Relación de pareja	Cualitativa nominal	Con pareja Sin pareja	Según la relación que tenga con una pareja	Porcentaje de mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según relación de pareja
Religión	Cualitativa nominal	Ninguna Católica Evangélica Otra	Según práctica de una religión determinada	Porcentaje de mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según religión
Número de embarazos	Cuantitativa discreta	Ninguno 1 a 2 3 a 4 5 y más	Se refiere al número de embarazos que ha tenido incluyendo abortos y partos	Porcentaje de mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según número de embarazos

Información sobre métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal	Sí No	Se refiere a si ha recibido información sobre los anticonceptivos	Porcentaje de mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según información sobre los anticonceptivos
Fuentes de información sobre los métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal	Personal de salud Familiares Profesores Amigos/as Medios de comunicación Otras	Se refiere a la procedencia de la información sobre los anticonceptivos	Porcentaje de mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según fuentes de información sobre los anticonceptivos
Antecedente de uso de método anticonceptivo	Cualitativa nominal	Sí No	Según el antecedente de uso de anticonceptivo	Porcentaje de mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según antecedente de uso de anticonceptivo
Uso actual de método anticonceptivo	Cualitativa nominal	Sí No	Según el uso de anticonceptivo al momento de la entrevista	Prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional
Tipo de métodos anticonceptivo usado actualmente	Cualitativa nominal	Tabletas Inyecciones Implante Dispositivo intrauterino Preservativo masculino Preservativo femenino Diafragma Esterilización masculina Ligadura Métodos naturales Ninguno	Según el tipo de anticonceptivo usado al momento de la entrevista	Porcentaje de mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según tipo de anticonceptivo usado actualmente

VARIABLE CONOCIMIENTO SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS				
Dimensión del conocimiento concepto de método anticonceptivo	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Respuesta a un conjunto de preguntas referidas al concepto de método anticonceptivo Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas	Porcentaje de mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según conocimiento sobre concepto de método anticonceptivo
Dimensión del conocimiento tipos de métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a tipos de métodos anticonceptivos Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas	Porcentaje de mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según conocimiento sobre tipos de métodos anticonceptivos
Dimensión del conocimiento usos de los métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a los usos de los métodos anticonceptivos Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas	Porcentaje de mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según conocimiento sobre los usos los métodos anticonceptivos

Dimensión del conocimiento ventajas de los métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a ventajas de los métodos anticonceptivos Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas	Porcentaje de mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según conocimiento sobre ventajas de los métodos anticonceptivos
Dimensión del conocimiento efectos secundarios de los métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a efectos secundarios de los métodos anticonceptivos Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas	Porcentaje de mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según conocimiento sobre efectos secundarios de los métodos anticonceptivos
Conocimiento general sobre los métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Según puntuación final obtenida de todas las preguntas Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas	Porcentaje de mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según conocimiento general sobre los métodos anticonceptivos

3.5 Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica de recolección de datos utilizada fue la entrevista estructurada. El instrumento fue diseñado y aplicado de forma individual por la autora de la investigación, durante los horarios de 8:00 am a 1:00 pm y de 2:00 pm a 6:00 pm. Se entrevistaron a las mujeres en los domicilios, en un ambiente previamente acondicionado en un tiempo aproximado de 20 minutos.

3.5.1 Características del instrumento

El cuestionario (Anexo A) estuvo estructurado en dos partes, la primera, con diez (10) preguntas, destinada a recoger datos de variables biosociales que incluyeron: edad, número de embarazos, nivel de instrucción, ocupación, relación de pareja, religión, información sobre los métodos anticonceptivos, fuentes de información, antecedente de uso de método anticonceptivo y uso actual de método anticonceptivo y la segunda, compuesta de dieciocho 18 preguntas para determinar el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, todas cerradas. Se establecieron preguntas por dimensiones:

- Concepto de anticoncepción: Preguntas 1 y 2
- Tipos de métodos anticonceptivos: Preguntas 3 a la 8
- Usos de los métodos anticonceptivos: Preguntas 9 a la 11
- Ventajas de los métodos anticonceptivos: Preguntas 12 a la 14
- Efectos secundarios de los métodos anticonceptivos: Preguntas 15 a la 18

El conocimiento sobre los métodos anticonceptivos fue evaluado de forma general y por dimensiones, mediante ítems de opción múltiple. El sistema de puntuación utilizado fue a través de la sumatoria de respuestas correctas, calificándolo como: satisfactorio cuando el 60 % o más de los ítems fueron respondidos correctamente y como no satisfactorio cuando menos del 60 % de los ítems fueron respondidos correctamente.

3.5.1.1 Validación del instrumento

Para la validación del contenido del instrumento se consultaron expertos, seleccionados teniendo en consideración la experiencia profesional e investigativa. Participaron 7 expertos, especialistas vinculados con el tema (5 especialistas en Medicina Familiar y 2

especialistas en Ginecología y Obstetricia). 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 que adicionaran cualquier otro aspecto que en su experiencia fuera importante.

Los criterios para la valoración fueron:

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

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

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

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

Cada experto evaluó el ítem asignando 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.

En la primera ronda, se eliminó una pregunta del cuestionario ya que su contenido estaba incluido en otra pregunta. La opción que se les dio de sugerir que modificaran, eliminaran o incluyeran en el cuestionario, permitió modificar el uso de términos y mejorar la formulación de algunos ítems, lo que contribuyó a una mayor claridad en la redacción, por lo que en la segunda ronda, el 100 % de los expertos estuvieron de acuerdo con la redacción final de cada uno de los ítems. Los resultados de la evaluación de cada uno de los ítems realizada por los expertos se recogen en el Anexo B.

Se aplicó el cuestionario a diez (10) mujeres con características similares a las del grupo de estudio que no formaron parte de la investigación, con el objetivo de valorar su inteligibilidad y aceptación.

Tomando en cuenta las valoraciones de los expertos y las respuestas de las participantes en la prueba piloto, se modificó, ajustó y se elaboró la versión final del cuestionario.

3.6 Procedimientos

En un primer momento, antes de iniciar la investigación, se intercambió con las mujeres de 20 a 39 años con riesgo preconcepcional de la comunidad María Auxiliadora, con el fin de lograr su participación y la obtención del consentimiento informado, las cuales recibieron una breve explicación de la naturaleza del estudio y la confidencialidad de los datos, protegiendo sus identidades, lo que quedó validado a través del consentimiento informado.

Con la aplicación del cuestionario se obtuvo la información sobre las características biosociales seleccionadas y se determinó el conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos. Seguidamente se procedió a identificar la posible relación entre el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, uso actual de método anticonceptivo y las características biosociales seleccionadas.

Finalmente, a partir de los resultados obtenidos se diseñó una estrategia de intervención educativa sobre los métodos anticonceptivos dirigida a mujeres adultas jóvenes (20 a 39 años) con riesgo preconcepcional.

3.7 Procesamiento y análisis de datos

La información recogida se registró en una base de datos en Excel (programa de Microsoft Office 2010). Para el análisis se utilizó el programa llamado Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 19.0, que permitió realizar el análisis de las variables utilizadas. La prueba exacta de Fisher se utilizó con el fin de hallar la posible relación entre las variables de estudio, con un nivel de significancia de $p < 0.05$. Los resultados se presentaron en tablas mediante números absolutos y porcentajes.

3.8 Aspectos éticos

Antes de iniciar la investigación se explicó los objetivos de la misma. Se utilizó el consentimiento informado basado en el principio de autonomía, mediante el cual todas las personas deben decidir teniendo toda la información necesaria, por lo que se solicitó las firmas de los consentimientos informados. (Anexo C). La aceptación a participar fue voluntaria y se les indicó que podían retirarse en el momento que desearan. La investigación no produjo ningún tipo de perjuicio o daño, por lo que se cumplió con el principio de beneficencia y no maleficencia. Se garantizó la confidencialidad de la información y su uso exclusivo para la presente investigación.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados y Discusión.

La distribución de mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según características biológicas se presenta en la Tabla 1. De las mujeres estudiadas, el 36,7 % tenían de 35 a 39 años, con una edad media de 30,6 años. El 34,7% tenían de 1 a 2 embarazos, seguido del 24,5% que tuvieron 5 y más embarazos. Estos datos son similares a los obtenidos por Pandey et al. (2014), que encontraron una edad media de las mujeres estudiadas de 26,4 años y 43,7% tenían cuatro hijos o más. De igual manera Chandrashekhar, T., Sudhakar, M., Vikas, K., & Vikas G. (2010) hallaron que el 56% de las entrevistadas tenían uno o dos hijos y Arbab et al. (2011), observaron que la edad media de las mujeres fue de 32,5, mientras que Khajehei et al. (2010), encontraron una edad media de 21,2 años.

Cabe resaltar que del total de mujeres estudiadas con riesgo preconcepcional, el predominio de las mujeres de 35 a 39 años traduce la importancia de intervenir con actividades educativas sobre este grupo que representa un elevado riesgo reproductivo, teniendo en cuenta que las mujeres de los extremos de la vida son las que más aportan en la morbimortalidad materna.

Con relación al número de embarazos, los datos obtenidos en el presente trabajo se corresponden con la alta natalidad y fecundidad general que existe en Ecuador según el Anuario de Nacimientos y Defunciones (2013). Es conocido que las mujeres del sector rural tienen más embarazos que las mujeres del sector urbano, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida, que guarda relación con las características rurales y de etnia indígena de las mujeres de este estudio, donde el 24,5% tenían 5 y más hijos, que se traduce en un problema de salud pública que merece la implementación de intervenciones eficaces, que ayuden a controlar la natalidad y la fecundidad general de las mujeres que viven en el sector, mediante un adecuado uso de

métodos de planificación familiar, contribuyendo así a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna.

Tabla 1: Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según características biológicas. María Auxiliadora, enero a junio 2016.

Características biológicas	N=49	
	N°	%
Grupos de edad (años)		
20-24	12	24,5
25-29	9	18,4
30-34	10	20,4
35-39	18	36,7
Número de embarazos		
Ninguno	10	20,4
1 – 2	17	34,7
3 – 4	10	20,4
5 y más	12	24,5

En la Tabla 2 se observa que de las mujeres entrevistadas el 44,9% tenía instrucción secundaria y solo el 2,0% instrucción superior; el 55,1% eran trabajadoras, 91,8% tenía relación de pareja y el 67,3% eran católicas. Pandey et al (2014) encontró en su estudio que 22,1% de las mujeres eran analfabetas, mientras que el 68,4% tenía solo educación primaria; Cuenca (2014) en Loja, observó que del total de mujeres de la muestra el 69,44% tuvo instrucción secundaria y el 23,61% instrucción superior.

Tabla 2: Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según características sociales. María Auxiliadora, enero a junio 2016.

Características sociales	N=49	
	N°	%
Nivel de instrucción		
Ninguno	8	16,3
Primaria	18	36,7
Secundaria	22	44,9
Superior	1	2,0
Ocupación		
Trabajadora	27	55,1
Ama de casa	16	32,7
Estudiante	5	10,2
Pensionada	1	2,0
Relación de pareja		
Con pareja	45	91,8
Sin pareja	4	8,2
Religión		
Católica	33	67,3
Evangélica	14	28,6
Otra	2	4,1

El 69,4% (34), de las mujeres estudiadas habían recibido información sobre los métodos anticonceptivos. De ellas, 55,9% (19) de personal de salud, 29,4% (10) de familiares, 26,5% (9) de profesores, 26,5% (9) de amigos/as y 5,9% (2) de los medios de comunicación. (Figura 1)

El personal de salud como principal fuente de información sobre métodos anticonceptivos fue similar a lo encontrado por Chandrashekhar et al. (2015), donde los médicos fueron la fuente más común de información sobre anticonceptivos en 50.62%, contrario a lo observado por Arbab (2011) que identificó que los amigos fueron la fuente más común de conocimientos sobre métodos de planificación familiar (80,0%).

Las características de la población estudiada podría estar incidiendo en el porcentaje obtenido de información sobre los métodos anticonceptivos, partiendo que en las zonas rurales se ofrece una menor exposición a la información sobre planificación familiar a través de medios impresos y electrónicos.

Existe un amplio consenso de que las mujeres tienen que poder acceder a todos los conocimientos necesarios sobre los métodos de planificación familiar, incluida la información sobre dónde obtener los anticonceptivos de su elección y cómo utilizarlos correctamente.

Es importante para el diseño de la estrategia de intervención educativa sobre los métodos anticonceptivos tener presente el papel central que ocupa el personal de salud como principal vía de información sobre los métodos anticonceptivos.

Los programas de salud reproductiva deben adaptarse de manera estratégica para abordar las preocupaciones específicas culturales o tradicionales. Los profesionales de la salud deben ser capaces de reducir las barreras culturales, en cierta medida con el fin de abordar adecuadamente las preocupaciones de las mujeres en los métodos anticonceptivos y estar suficientemente formados en la información correcta sobre estos métodos.

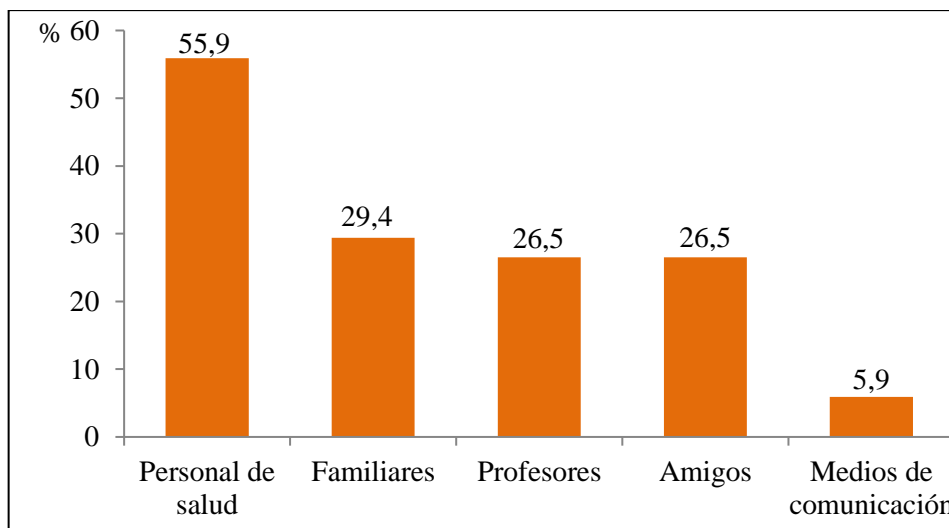


Figura 1: Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según fuentes de información sobre los métodos anticonceptivos. María Auxiliadora, enero a junio 2016.

Predominaron las mujeres que nunca habían usado método anticonceptivo anteriormente 29 (59,2%) y solo 20 mujeres (40,8%) tenían antecedente de uso de método anticonceptivo. Según datos de ENDEMAIN (2013), 80,1% usó algún método anticonceptivo. (Figura 2)

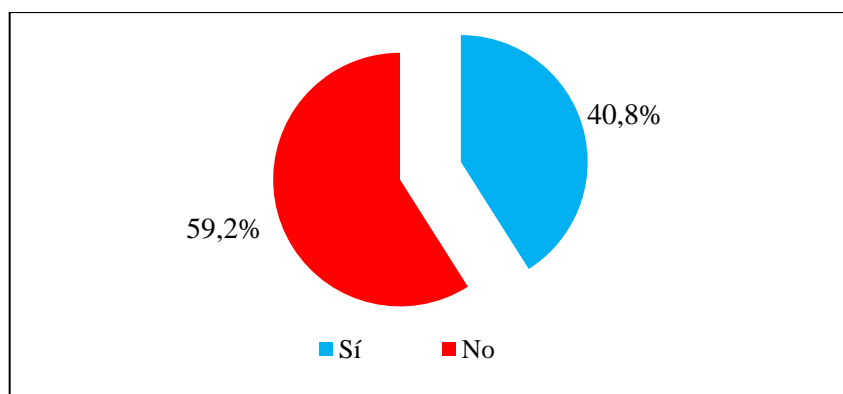


Figura 2: Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según antecedente de uso de método anticonceptivo.

La distribución de mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según uso actual de método anticonceptivo se describe en la Figura 3, observándose que 36 mujeres (73,5%) no utilizaban método anticonceptivo al momento del estudio y solo 13, que representó el 26,5% lo usaban, porcentaje muy inferior a lo reportado a nivel del Ecuador del 83,2% (INEC, 2013). Resultados similares se observaron en los estudios de Lindstrom y Hernández (2009) que determinaron un nivel de uso actual de anticonceptivos para la

zona rural del 20%. Otros estudios encontraron porcentajes muy superiores, Arbab et al. (2011) con el 47,8%, Adjei et al. (2014) con 33% y la Sociedad Española de Contracepción en 2014, reportó el 72,2 % de las mujeres con uso de método anticonceptivo. De igual manera, según datos del Consejo Nacional de Población de México en 2014, a nivel nacional la prevalencia de uso de anticonceptivos fue de 72,3% y Mejía et al. (2012) en su estudio realizado en Cuenca, determinaron una prevalencia de uso de anticoncepción del 63.3%.

Las estadísticas a nivel nacional muestran una diferencia en el comportamiento del uso de anticonceptivos en la zona rural y la urbana, el porcentaje de uso de al menos un método anticonceptivo es menor en el área rural con 77.2% que en el área urbana 81.3% (ENSANUT, 2013). La discordancia de datos con algunos estudios puede estar dada por la diferencia del contexto sociocultural en los que se realizaron, así como también por no haberse considerado el coito interrumpido como método anticonceptivo en el presente estudio, por no estar considerado como método anticonceptivo en las normas y protocolos del MSP del Ecuador. Datos de la OMS (2015) manifiestan que en los países en vías de desarrollo, existen aún necesidades insatisfechas en cuanto a anticoncepción, donde aproximadamente 225 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo.

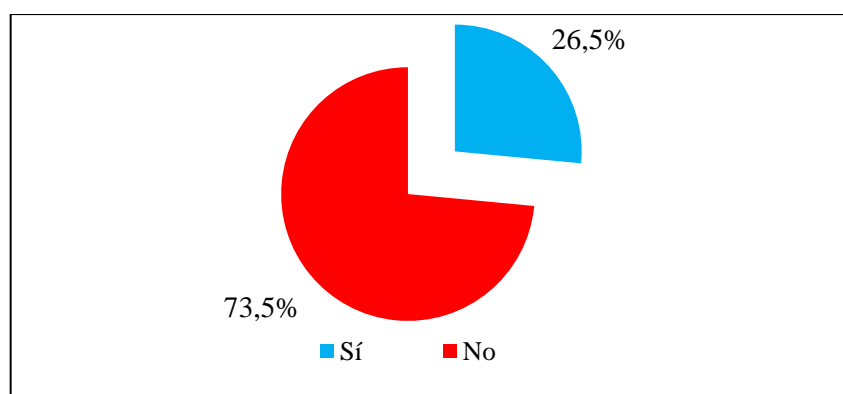


Figura 3: Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según uso actual de método anticonceptivo.

En la Figura 4 observamos que el método anticonceptivo más usado fue el implante con el 38,5% (5), seguido de la anticoncepción inyectable y el método natural con el 30,8% (4) en los dos casos. Estudios con resultados diferentes se encontraron, como el de Pandey et al. (2014), que encontró que el 21,7% estaban usando dispositivo intrauterino, seguido

por los anticonceptivos de barrera en un 18,8%; así mismo Arbab (2011), observó que los anticonceptivos más utilizados fueron los dispositivos intrauterinos y las píldoras. Cuenca (2014), identificó a los anticonceptivos orales como los más usados con un 27,78% seguido de los implantes con el 25%.

Estos datos podrían deberse al hecho de que a pesar de la disponibilidad de diversos métodos anticonceptivos, las mujeres prefieren el implante por la comodidad que este método implica. El uso de los métodos naturales es característico de la zona rural, lo que se corresponde con este estudio.

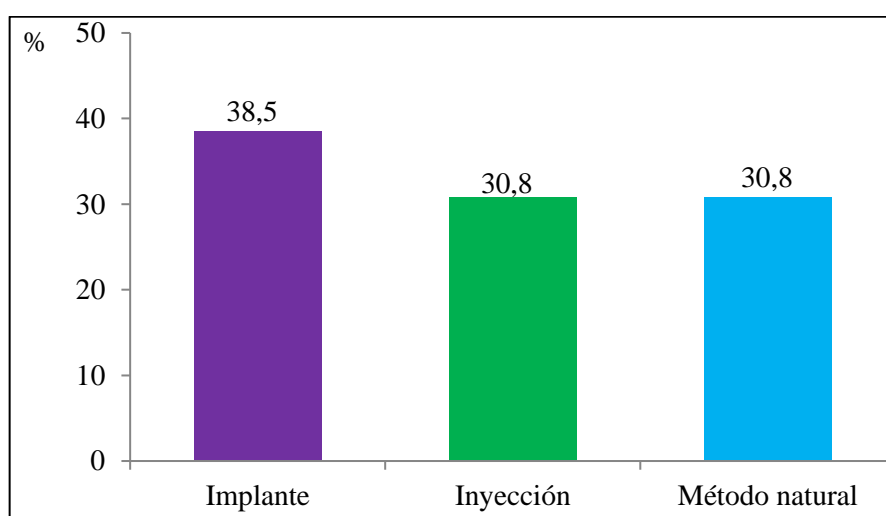


Figura 4: Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según tipo de método anticonceptivo usado actualmente.

La Figura 5 presenta la distribución de mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, donde predomina el conocimiento no satisfactorio con el 75,5%, similar a lo encontrado por Ticona (2016) en su investigación, donde halló un 53,8% de las mujeres con nivel de conocimiento deficiente. Contrario a los resultados obtenidos en la presente investigación, Pandey et al. (2014) y Arbab et al. (2011) observaron predominio de mujeres que sabían sobre los métodos anticonceptivos, 52,2% y 94,6% respectivamente.

Los resultados obtenidos en el estudio se corresponden con los datos descritos por ENSANUT 2013, en los que se determina que el porcentaje de conocimiento de al menos un método anticonceptivo es bajo en las provincias de Cotopaxi, Cañar y Chimborazo.

El conocimiento no satisfactorio sobre los métodos anticonceptivos observado en las mujeres estudiadas, que son predominantemente jóvenes, con nivel de instrucción secundaria y que la mayor parte había recibido información sobre este tema, evidencia que las intervenciones llevadas a cabo sobre los métodos anticonceptivos no han sido efectivas, lo que sugiere la necesidad de reforzar las actividades de educación para la salud por todos los sectores involucrados que permitan elevar el conocimiento sobre anticoncepción.

La disponibilidad de anticonceptivos no es suficiente para alcanzar la salud femenina óptima, por lo que es necesario incrementar los conocimientos mediante la educación y motivación de las mujeres para hacer uso adecuado de los métodos anticonceptivos.

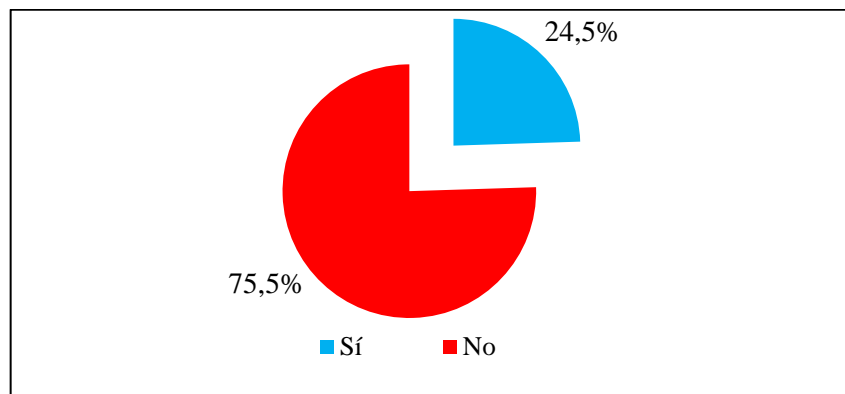


Figura 5: Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según conocimiento sobre métodos anticonceptivos.

La distribución de mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según dimensiones del conocimiento sobre los métodos anticonceptivos se observa en la Tabla 3, donde predomina el conocimiento no satisfactorio en todas las dimensiones, excepto el conocimiento del concepto de anticoncepción con el 85,7% de conocimiento satisfactorio. Cuenca (2014) en Loja, observó predominio del conocimiento no satisfactorio sobre las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos.

El conocimiento satisfactorio sobre el concepto de anticoncepción podría estar relacionado al hecho de que frecuentemente es mencionado entre las mujeres, sin embargo profundizar en las otras dimensiones del conocimiento sobre los anticonceptivos es completamente diferente, razón por la cual el conocimiento es no satisfactorio.

Se hallaron pocos estudios en los cuales se haga referencia a la evaluación del conocimiento sobre los métodos anticonceptivos por las diferentes dimensiones analizadas en este estudio, lo que dificultó realizar la comparación con los resultados de esta investigación y a su vez limitó la discusión.

Tabla 3: Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según dimensiones del conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. María Auxiliadora, enero a junio 2016.

Dimensiones	Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos			
	No satisfactorio		Satisfactorio	
	Nº	%	Nº	%
Efectos secundarios	49	100,0	0	0,0
Ventajas	36	73,5	13	26,5
Usos	35	71,4	14	28,6
Tipos	29	59,2	20	40,8
Concepto	7	14,3	42	85,7

Los resultados no demostraron relación estadísticamente significativa del conocimiento sobre los métodos anticonceptivos con la edad ni con el número de embarazos (Tabla 4); mientras que en el estudio realizado por Khajehei et al. (2010) encontraron que el grupo de 20-29 años tenía más conocimientos acerca de todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva que los otros grupos de edad ($p < 0,05$).

En la presente investigación, a pesar de no haberse encontrado relación significativa entre el conocimiento y el número de embarazos, se constató que del total de mujeres con conocimiento satisfactorio sobre los métodos anticonceptivos, el menor porcentaje lo tenían las mujeres con 5 y más embarazos, lo que traduce la importancia de elevar el conocimiento para lograr controlar la elevada fecundidad existente en este grupo.

Tabla 4: Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según características biológicas y conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. María Auxiliadora, enero a junio 2016.

Características biológicas	Conocimiento				Total		p
	No satisfactorio		Satisfactorio		N=49		
	N=37		N=12				
	N°	%	N°	%	N°	%	
Grupos de edad (años)							
20-24	10	27,0	2	16,7	12	24,5	0,245
25-29	7	18,9	2	16,7	9	18,4	
30-34	5	13,5	5	41,7	10	20,4	
35-39	15	40,5	3	25,0	18	36,7	
Número de embarazos							
Ninguno	8	21,6	2	16,7	10	20,4	0,340
1 - 2	12	32,4	5	41,7	17	34,7	
3 - 4	6	16,2	4	33,3	10	20,4	
5 y más	11	29,7	1	8,3	12	24,5	

No se encontró correlación entre el conocimiento y las características sociales estudiadas (Tabla 5); sin embargo, varios estudios como el de Arbab (2011) señalan que mientras mayor es el nivel de educación mayor es el conocimiento ($p < 0,001$), de igual manera Khajehei et al. (2010) encontraron que las personas que tenían un nivel de educación más bajo tenían menos conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva ($p < 0,05$).

Lindstrom y Hernández (2006) observaron que las mujeres que tienen niveles más bajos de educación, tienen menores niveles de conocimiento de anticonceptivos y Ticona (2016) identificó una asociación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos ($p = 0.006$).

Los resultados encontrados en los diferentes estudios demuestran que el nivel de instrucción influye de forma significativa en el conocimiento, aspecto que es muy importante tener en cuenta si se desea elevar el conocimiento, pues habrá que precisar el nivel de instrucción predominante entre las mujeres que recibirán la intervención educativa.

Tabla 5: Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según características sociales y conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. María Auxiliadora, enero a junio 2016.

Características biológicas	Conocimiento				Total		p
	No satisfactorio		Satisfactorio		N=49		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Nivel de instrucción							
Ninguno	8	21,6	0	0,0	8	16,3	0,127
Primaria	13	35,1	5	41,7	18	36,7	
Secundaria	16	43,2	6	50,0	22	44,9	
Superior	0	0,0	1	8,3	1	2,0	
Ocupación							
Trabajadora	23	62,2	4	33,3	27	55,1	0,117
Ama de casa	11	29,7	5	41,7	16	32,7	
Estudiante	2	5,4	3	25,0	5	10,2	
Pensionada	1	2,7	0	0,0	1	2,0	
Relación de pareja							
Con pareja	34	91,9	11	91,7	45	91,8	0,688
Sin pareja	3	8,1	1	8,3	4	8,2	
Religión							
Católica	26	70,3	7	58,3	33	67,3	0,492
Otra	11	29,7	5	41,7	16	32,7	

En la Tabla 6, se observa que existió relación estadísticamente significativa entre el uso actual de métodos anticonceptivos y el conocimiento con $p=0,025$. Datos diferentes reporta Arbab et al. (2011) en su investigación, donde el conocimiento de la anticoncepción fue alto entre las mujeres entrevistadas 95% y sin embargo la minoría usaba anticoncepción. Según varios autores la decisión de usar anticonceptivos está determinada principalmente por el conocimiento que se tenga de ellos y por su accesibilidad. Estos resultados evidencian que para alcanzar un correcto y oportuno uso de anticonceptivos se debe incrementar los conocimientos sobre anticoncepción.

Tabla 6: Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según uso actual de anticonceptivo y conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. María Auxiliadora, enero a junio 2016.

Uso actual de método anticonceptivo	Conocimiento				P
	No satisfactorio		Satisfactorio		
	N°	%	N°	%	
No	32	86,5	4	33,3	0,025
Sí	5	13,5	8	66,7	
Total	37	100,0	12	100,0	

Existió relación estadísticamente significativa entre la dimensión concepto de método anticonceptivo con la edad $p=0,026$, el número de embarazos $p=0,020$ y el nivel de instrucción $p=0,014$ (Tabla 7). A mayor edad y mayor número de embarazos, mayor porcentaje de mujeres con conocimiento no satisfactorio, que podría deberse a menor nivel de instrucción con relación a las más jóvenes, mientras que a menor nivel de instrucción menor es el conocimiento sobre el concepto de método anticonceptivo. No existen estudios que evalúen la dimensión del conocimiento concepto de método anticonceptivo lo que dificulta la comparación de los resultados.

Tabla 7: Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según características biosociales y conocimiento de la dimensión concepto de método anticonceptivo. María Auxiliadora, enero a junio 2016.

Características biológicas	Conocimiento				Total		P
	No satisfactorio		Satisfactorio		N=49		
	N=7		N=42		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Grupos de edad (años)							
20-24	0	0,0	12	28,6	12	24,5	0,026
25-29	1	14,3	8	19,0	9	18,4	
30-34	0	0,0	10	23,8	10	20,4	
35-39	6	85,7	12	28,6	18	36,7	
Número de embarazos							
Ninguno	0	0,0	10	23,8	10	20,4	0,020
1 - 2	1	14,3	16	38,1	17	34,7	
3 - 4	1	14,3	9	21,4	10	20,4	
5 y más	5	71,4	7	16,7	12	24,5	
Nivel de instrucción							
Ninguno	3	42,9	5	11,9	8	16,3	0,014
Primaria	4	57,1	14	33,3	18	36,7	
Secundaria	0	0,0	22	52,4	22	44,9	
Superior	0	0,0	1	2,4	1	2,0	
Ocupación							
Ama de casa	0	0,0	16	38,1	16	32,7	0,087
Estudiante	0	0,0	5	11,9	5	10,2	
Trabajadora	7	100,0	20	47,6	27	55,1	
Pensionada	0	0,0	1	2,4	1	2,0	
Relación de pareja							
Con pareja	6	85,7	39	92,9	45	91,8	0,472
Sin pareja	1	14,3	3	7,1	4	8,2	
Religión							
Católica	5	71,4	28	66,7	33	67,3	0,588
Otra	2	28,6	14	33,3	16	32,7	

Se observa en la Tabla 8, que existió relación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre los tipos de métodos anticonceptivos y el nivel de instrucción, no así con el resto de las variables biosociales analizadas. ENSANUT (2013), en sus datos reporta que el nivel de conocimiento de los tipos de métodos anticonceptivos es mayor en mujeres con mayor nivel de instrucción.

Tabla 8: Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según características biosociales y conocimiento de la dimensión tipos de anticonceptivos. María Auxiliadora, enero a junio 2016.

Características biológicas	Conocimiento				Total		P
	No satisfactorio		Satisfactorio		N=49		
	N=29		N=20		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Grupos de edad (años)							
20-24	7	24,1	5	25,0	12	24,5	0,198
25-29	6	20,7	3	15,0	9	18,4	
30-34	3	10,3	7	35,0	10	20,4	
35-39	13	44,8	5	25,0	18	36,7	
Número de embarazos							
Ninguno	6	20,7	4	20,0	10	20,4	0,190
1 - 2	11	37,9	6	30,0	17	34,7	
3 - 4	3	10,3	7	35,0	10	20,4	
5 y más	9	31,0	3	15,0	12	24,5	
Nivel de instrucción							
Ninguno	8	27,6	0	0,0	8	16,3	0,028
Primaria	10	34,5	8	40,0	18	36,7	
Secundaria	11	37,9	11	55,0	22	44,9	
Superior	0	0,0	1	5,0	1	2,0	
Ocupación							
Ama de casa	7	24,1	9	45,0	16	32,7	0,063
Estudiante	2	6,9	3	15,0	5	10,2	
Trabajadora	20	69,0	7	35,0	27	55,1	
Pensionada	0	0,0	1	5,0	1	2,0	
Relación de pareja							
Con pareja	26	89,7	19	95,0	45	91,8	0,636
Sin pareja	3	10,3	1	5,0	4	8,2	
Religión							
Católica	22	75,9	11	55,0	33	67,3	0,215
Otra	7	24,1	9	45,0	16	32,7	

En la Tabla 9 se presenta la distribución de mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según características biosociales y conocimiento de la dimensión usos de los métodos anticonceptivos. No se observó relación estadísticamente significativa del conocimiento sobre los métodos anticonceptivos con ninguna de las características biosociales analizadas. Se limita la discusión por no contar con estudios que analicen la dimensión usos de los métodos anticonceptivos para la comparación con los resultados de la presente investigación.

Tabla 9: Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según características biosociales y conocimiento de la dimensión usos de los métodos anticonceptivos. María Auxiliadora, enero a junio 2016.

Características biológicas	Conocimiento				Total		p
	No satisfactorio N=35		Satisfactorio N=14		N=49		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Grupos de edad (años)							
20-24	6	17,1	6	42,9	12	24,5	0,135
25-29	6	17,1	3	21,4	9	18,4	
30-34	7	20,0	3	21,4	10	20,4	
35-39	16	45,7	2	14,3	18	36,7	
Número de embarazos							
Ninguno	7	20,0	3	21,4	10	20,4	0,707
1 - 2	12	34,3	5	35,7	17	34,7	
3 - 4	6	17,1	4	28,6	10	20,4	
5 y más	10	28,6	2	14,3	12	24,5	
Nivel de instrucción							
Ninguno	8	22,9	0	0,0	8	16,3	0,189
Primaria	12	34,3	6	42,9	18	36,7	
Secundaria	14	40,0	8	57,1	22	44,9	
Superior	1	2,9	0	0,0	1	2,0	
Ocupación							
Ama de casa	12	34,3	4	28,6	16	32,7	0,124
Estudiante	2	5,7	3	21,4	5	10,2	
Trabajadora	21	60,0	6	42,9	27	55,1	
Pensionada	0	0,0	1	7,1	1	2,0	
Relación de pareja							
Con pareja	31	88,6	14	100,0	45	91,8	0,312
Sin pareja	4	11,4	0	0,0	4	8,2	
Religión							
Católica	24	68,6	9	64,3	33	67,3	0,512
Otra	11	31,4	5	35,7	16	32,7	

No se encontró relación estadísticamente significativa entre el conocimiento de las ventajas de los métodos anticonceptivos con ninguna de las características biosociales analizadas. (Tabla 10), contrario a lo encontrado por Cuenca (2014), observó sobre el conocimiento de las desventajas y beneficios de los métodos anticonceptivos que el 44,44% tuvieron calificación muy bueno y el 43,063% calificación bueno.

Tabla 10: Mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional según características biosociales y conocimiento de la dimensión ventajas de los métodos anticonceptivos. María Auxiliadora, enero a junio 2016.

Características biológicas	Conocimiento				Total		p
	No satisfactorio N=36		Satisfactorio N=13		N=49		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Grupos de edad (años)							
20-24	9	25,0	3	23,1	12	24,5	0,538
25-29	6	16,7	3	23,1	9	18,4	
30-34	6	16,7	4	30,8	10	20,4	
35-39	15	41,7	3	23,1	18	36,7	
Número de embarazos							
Ninguno	6	16,7	4	30,8	10	20,4	0,237
1 - 2	13	36,1	4	30,8	17	34,7	
3 - 4	6	16,7	4	30,8	10	20,4	
5 y más	11	30,6	1	7,7	12	24,5	
Nivel de instrucción							
Ninguno	8	22,2	0	0,0	8	16,3	0,064
Primaria	14	38,9	4	30,8	18	36,7	
Secundaria	14	38,9	8	61,5	22	44,9	
Superior	0	0,0	1	7,7	1	2,0	
Ocupación							
Ama de casa	10	27,8	6	46,2	16	32,7	0,469
Estudiante	3	8,3	2	15,4	5	10,2	
Trabajadora	22	61,1	5	38,5	27	55,1	
Pensionada	1	2,8	0	0,0	1	2,0	
Relación de pareja							
Con pareja	33	91,7	12	92,3	45	91,8	0,716
Sin pareja	3	8,3	1	7,7	4	8,2	
Religión							
Católica	24	66,7	9	69,2	33	67,3	0,577
Otra	12	33,3	4	30,8	16	32,7	

El cien por ciento de las mujeres estudiadas no sabía sobre los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, por lo que no se determinó la relación de esta dimensión con las características biosociales analizadas.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA

Propuesta de intervención educativa

En términos generales y como primera aproximación el programa educativo en salud es prácticamente un programa docente, que necesita de los elementos que la planificación de un proceso docente demanda (objetivos, contenidos, estrategia educativa, actividades, cronograma, ejecutores, lugar y recursos, así como el diseño de la evaluación y los indicadores, entre otros elementos pertinentes). El programa educativo se concibe a partir de un paradigma o modelo de enseñanza y debe corresponder con los valores sociales generales y los principios del sector a que responde, en este caso de tipo activo participativo incorporando todos los elementos del proceso de enseñanza aprendizaje centrado en el desarrollo humano: auto-estima, trabajo en grupos, desarrollo de capacidades, planificación conjunta, responsabilidad compartida. En cualquiera de los casos la base de un buen programa educativo es una investigación exhaustiva, la que generalmente algunos la denominan como diagnóstico educativo y comunicacional.

Para la presentación de la estrategia de intervención educativa se partió de plantear los fundamentos teóricos y metodológicos que le servirán de base y de un diagnóstico educativo, el cual justificó el propósito de modificar la situación actual para lograr elevar el conocimiento de anticoncepción en las mujeres adultas jóvenes de María Auxiliadora.

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

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

- Se establece el contexto y ubicación de la problemática a resolver, ideas y puntos de partida que fundamentan la estrategia

- Información sobre la situación cultural e informativa relativa a conocimientos, actitudes y motivaciones de los sujetos y demás necesidades de aprendizaje.
- Definición de los riesgos y situaciones de malestar respecto al tema de acuerdo con las informaciones halladas.

2. Fase de programación. Diseño de la estrategia

- Definición de los objetivos a corto, medio y largo plazo que permiten la transformación del sujeto desde su estado real hasta el estado deseado.
- Elección de la metodología de actuación en relación a los objetivos definidos y a las condiciones presentes, a través de acciones, métodos, medios y recursos a través de los cuales es posible introducir conocimientos y experiencias dirigidos a modificar actitudes y comportamientos de forma consciente y duradera cumpliendo los objetivos.
- Explicar cómo se aplicará, bajo qué condiciones, durante qué tiempo, responsables, participantes.
- Fomentar procesos de comunicación destinados a reducir factores de riesgo y a potenciar aquellas situaciones que producen bienestar y salud de forma sostenible.
- Evaluación de los procesos y actividades valoración de los resultados.
- La estrategia de intervención educativa está constituida por un conjunto de técnicas educativas, afectivo-participativas, de educación para la salud, sociométricas, de afrontamiento, estrategias multimodales, incluyendo técnicas de corte terapéutico con énfasis en la consideración de las particularidades de los sujetos.

Los temas seleccionados se agrupan por sesiones, que responden a los resultados obtenidos en el diagnóstico educativo.

Estrategia de intervención educativa

Fundamentación teórica

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, preconiza un protagonismo integral y dialectico donde no se entiende la intervención en salud sin un rol activo de los actores sociales, manteniendo la autoreflexión crítica en los procesos de conocimiento lo que demanda una racionalidad sustantiva que incluya los juicios, los valores y los intereses de la sociedad, su objetivo es la transformación de la estructura de las relaciones sociales dando respuesta a los problemas generados por ellas y teniendo en cuenta la capacidades activas y reflexivas de los propios integrantes de la comunidad el conocimiento y la comprensión de la realidad como praxis, la vinculación de la teoría con la práctica, integrando conocimiento, acción y valores; la orientación del conocimiento hacia la emancipación y liberación del ser humano, y su propuesta de integración de todos los participantes, incluido el investigador, en procesos de autorreflexión y de toma de decisiones consensuadas.

Se asume que el conocimiento no satisfactorio sobre los métodos anticonceptivos influye en el bajo porcentaje de mujeres que usan anticonceptivos. A su vez el bajo conocimiento está condicionado por diversos factores sociales, económicos, culturales, religiosos. Esta situación representa un problema de salud pública, pues repercute en la morbilidad materna, al proporcionar elevado número de mujeres con riesgo preconcepcional con embarazos no deseados o planificados, 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.

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.

Diagnóstico educativo

La propuesta de intervención educativa que se define a continuación tiene como finalidad el desarrollo de un programa de educación dirigido a las mujeres adultas jóvenes (20 a 39 años) con riesgo preconcepcional de la comunidad María Auxiliadora, que permita minimizar el problema detectado (75,51% de mujeres con conocimiento no satisfactorio sobre los métodos anticonceptivos y la baja prevalencia de uso de métodos anticonceptivos 26,5 %).

Objetivos

General:

Elevar el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos mediante una estrategia educativa que contribuya a incrementar el porcentaje de mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional con prácticas anticonceptivas de la comunidad María Auxiliadora.

Específico:

Ofrecer a las mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional información sobre concepto de anticoncepción, tipos, usos, ventajas y efectos secundarios de los métodos anticonceptivos.

Beneficiarios:

Con esta propuesta se beneficiarán las 49 mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional de la comunidad María Auxiliadora.

Límites:

La estrategia tendrá una duración de dos meses. El lugar para los encuentros será la casa barrial de la comunidad, accesible y adecuada para todos, así como la hora, que se establecerá de mutuo acuerdo.

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 promueve el desarrollo de capacidades individuales y grupales, el trabajo independiente, la participación activa, consciente y creadora de todos los participantes.

Los temas seleccionados se agrupan por sesiones, que responden a los resultados obtenidos en el diagnóstico educativo. Las sesiones educativas deberán favorecer el contacto y las relaciones interpersonales del grupo con el fin de reforzar los contenidos educativos de las sesiones y favorecer el soporte emocional individual. Cada sesión educativa se estructura de forma teórico-práctica, con el fin de fijar en la práctica, todo lo explicado en la teoría. Las sesiones deben motivar a la participación y aclaración dudas, tendiendo a dinamizar el grupo.

Los contenidos se presentan de forma amena, sencilla, sin dejar de incluir todos los elementos necesarios para su comprensión y destacando las invariantes que reforzaban los contenidos principales, estimulando además la realización de preguntas para evacuar las dudas existentes o profundizar en algunos aspectos, se establecieron permanentemente vínculos con la práctica a través de “aprender haciendo”, incidiendo en la motivación de los individuos para lograr un cambio de actitud. Se conformarán grupos para facilitar la mejor comprensión de los contenidos del programa. En la exposición de los contenidos educativos debe centrarse en conceptos básicos y de fácil comprensión. Por ello, se deberá tener en cuenta las características socio-culturales, el lenguaje y la forma de expresión del grupo y adaptarse a ello.

El material didáctico empleado fueron diapositivas, transparencias, láminas y computadoras y se utilizaron técnicas que permitieron actuar en los niveles cognitivo, afectivo y conductual de los individuos, tales como lluvia de ideas y reflexión, debate, charlas educativas, dinámicas grupales, así como entrega de folletos.

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.

Recursos:

Se seleccionan en función de las actividades, los medios didácticos o los soportes para el aprendizaje, con frecuencia y dependiendo del universo y la estrategia seleccionada, deben ser seleccionados respondiendo a las normas que para ese tipo de soporte en particular, estén establecidas y se utilizarán como medios de enseñanza pizarra, láminas, infocus, entre otros.

Cronograma de implementación: Se refiere a los plazos específicos en los que se implementará la estrategia, definidos en las etapas de planificación, ejecución y evaluación y control de la estrategia, en el caso que nos ocupa solo se planifica el diseño el resto de los pasos son motivo de otra investigación por requerir un tiempo más prolongado para su cumplimiento. El cronograma se establece en función de los objetivos, de las actividades programadas sin perder de vista el problema a solucionar.

Evaluación:

Se realizará evaluación sistemática mediante preguntas de comprobación inicial y al finalizar cada actividad educativa. En cada sesión se solicitará el PNI, que nos permitirá analizar los aspectos positivos, negativos e interesantes de cada tema. La evaluación final de la estrategia, tendrá en cuenta los resultados alcanzados con las evaluaciones frecuentes y por la evaluación del test de conocimientos post intervención, utilizando el mismo instrumento que fue aplicado al inicio del estudio para identificar el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, al menos dos semanas después de concluida la intervención, para así evaluar el cambio producido.

Sostenibilidad de la estrategia:

La estrategia desarrollada es posible la sostenibilidad, partiendo de los recursos humanos que sean capacitados como facilitadores del proceso de educación para la salud y los grupos de apoyo que participen, así como la disposición de la Dirección del Centro de

Salud, para que los resultados del estudio se continúen llevando a la práctica con otras mujeres adultas jóvenes con riesgo preconcepcional de otras comunidades, por los beneficios aportados a la salud reproductiva.

Metodología:

La estrategia educativa cuenta con un total de 24 horas distribuidas en dos horas por encuentro, programando dos semanal. Se propone un total de 6 sesiones de trabajo, programando 2 encuentros por semana, pues el grupo a intervenir será dividido en 2 grupos, con el objetivo de facilitar la comprensión de contenidos. Se propone que si en el transcurso de las diferentes actividades alguna de las mujeres 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.

ORIENTACIONES METODOLÓGICAS:

Actividad 1

Introducción al programa educativo. Bienvenida a las participantes de la intervención educativa y su presentación.

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

Técnica utilizada: Los nombres escritos.

Recursos: Lápices, tarjetas y alfileres o maskin tape

Desarrollo: El profesor dará la bienvenida a las mujeres y posteriormente se aplicará la técnica de “los nombres escritos”, la que permite al grupo conocerse. Las mujeres son invitadas a que formen un círculo y cada una de ellas se prende en el pecho una tarjeta con su nombre. Se da un tiempo prudencial para que traten de memorizar el nombre de las demás compañeras. Al terminarse el tiempo estipulado, se quita la tarjeta y la hace circular hacia la derecha durante unos minutos, y detiene el movimiento. Como cada mujer se queda con una tarjeta que no es la suya, debe buscar a su dueña y entregársela, en menos de diez segundos.

Actividad 2

Tema 1: Concepto de anticoncepción y tipos de métodos anticonceptivos.

Objetivos:

1. Definir la anticoncepción.
2. Identificar los diferentes tipos de métodos anticonceptivos.

FOD: Conferencia interactiva

Técnicas utilizadas: palabras clave

Recursos: Apoyo de material audiovisual (transparencias, diapositivas), lápiz, hojas de papel.

Contenido: Concepto de anticoncepción y tipos de métodos anticonceptivos.

Desarrollo: El profesor motivará la actividad y brindará una pequeña introducción destacando la importancia del tema y los elementos necesarios para su abordaje. Se introduce la actividad educativa mediante una interrogante ¿Conocen ustedes qué es la anticoncepción? ¿Cuáles anticonceptivos existen?, después de analizadas las respuestas a estas interrogantes y aclarar sobre las mismas, se proyecta la presentación de un power point elaborado para el tema y a partir de esta presentación se genera la discusión grupal, aplicando en la misma para el consenso de la información transmitida una técnica de participación palabras clave, donde se solicitará a las madres que traten de resumir, sintetizar en una sola palabra o frase muy corta los elementos esenciales del tema tratado. A continuación las madres escribirán en papel la expresión seleccionada. Pueden escribir todas las palabras que quieran, sin embargo, sólo escribirán una cada vez. Luego se realizarán discusiones grupales acerca de las palabras analizadas y lo que significan para cada una de ellas.

Conclusiones: Se solicitará a algún miembro del grupo que trate de integrar los diferentes elementos planteados.

Evaluación: Las respuestas de los participantes se utilizarán para evaluar, lo que se les comunicará al final de la actividad.

Actividad 3

Tema 2: Usos de los métodos anticonceptivos.

Objetivos:

1. Reconocer los usos más frecuentes de los métodos anticonceptivos.
2. Identificar las indicaciones y contraindicaciones más frecuentes de los métodos anticonceptivos.

FOD: Taller

Técnica utilizada: Video Debate

Recursos: Televisor, video o DVD

Contenido: Usos más frecuentes de los métodos anticonceptivos. Indicaciones y contraindicaciones más frecuentes de los métodos anticonceptivos.

Desarrollo: Se recomienda que el video no sea demasiado largo y realmente relacionado con el tema a abordar. Por otra parte, es importante garantizar una buena calidad de sonido. El profesor ha de realizar una breve introducción del tema para centrar el debate y posteriormente, formular una pregunta al grupo para que éste inicie la discusión, por ej. ¿Cuáles son los usos de los métodos anticonceptivos?, ¿Cuándo se puede usar métodos anticonceptivos?. Asimismo, como en todo debate, hay que propiciar que todas participen. A medida que avanza el debate el profesor puede introducir más preguntas sobre el tema, que han de seguir un orden lógico y ser ilustrativas para que el tema pueda ser analizado en su globalidad. Cada mujer tiene su tiempo y su manera de expresarse, y es importante no obligar a hablar a nadie, puesto que podemos crear un rechazo.

Conclusiones: Se solicitará a algún miembro del grupo que trate de integrar los diferentes elementos planteados.

Evaluación: Las respuestas de los participantes se utilizarán para evaluar, lo que se les comunicará al final de la actividad.

Actividad 4

Tema 3: Ventajas de los métodos anticonceptivos.

Objetivo: Reconocer las ventajas de los métodos anticonceptivos.

FOD: Taller

Técnica utilizada: Lluvia de ideas

Recursos: Papelógrafo, plumones o marcadores.

Contenido: Reconocer las ventajas de los métodos anticonceptivos

Desarrollo: El coordinador debe hacer una pregunta clara, que exprese el objetivo que se persigue. La pregunta debe permitir que las participantes puedan responder a partir de su realidad, de su experiencia. Ejemplo: ¿Qué beneficios o ventajas puede tener en la mujer el uso de métodos anticonceptivo? Luego, cada participante debe decir una idea sobre lo que piensa acerca del tema. Todas las participantes deben decir por lo menos una idea. Se elegirá una facilitadora que anotará en un papelógrafo todas las opiniones, a la vista de todos, y se da paso al análisis, debate y aceptación de las más valoradas, seleccionando aquellas ideas que resuman la opinión de la mayoría del grupo.

Conclusiones: Se solicitará a algún miembro del grupo que trate de integrar los diferentes elementos planteados.

Evaluación: Las respuestas de los participantes se utilizarán para evaluar, lo que se les comunicará al final de la actividad.

Actividad 5

Tema 4: Efectos secundarios de los métodos anticonceptivos.

Objetivo: Identificar los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos.

Técnica utilizada: Charla educativa

Recursos: Papelógrafos, plumones o marcadores

Contenido: Efectos secundarios de los métodos anticonceptivos.

Desarrollo: Se introduce la actividad educativa mediante una interrogante ¿Qué daños puede producir el uso de métodos anticonceptivos en la salud de la mujer?, después de analizadas las respuestas a estas interrogantes y aclarar sobre las mismas se comienza a suministrar información sobre el tema a tratar mediante una charla educativa. Posteriormente agrupamos a las madres y explicamos que tienen que dialogar sobre los usos de los métodos anticonceptivos, que plasmarán en un papelógrafo y lo comentarán, generando la discusión grupal.

Conclusiones: Se solicitará a algún miembro del grupo que trate de integrar los diferentes elementos planteados.

Evaluación: Las respuestas de los participantes se utilizarán para evaluar, lo que se les comunicará al final de la actividad.

CONCLUSIONES

En el grupo de estudio predominan las mujeres de 35 a 39 años, con 1 a 2 hijos, nivel de instrucción secundaria, trabajadoras, con pareja, católicas y sin antecedente de uso de método anticonceptivo.

Existe baja prevalencia de uso de métodos anticonceptivos.

Las mujeres estudiadas presentan un conocimiento no satisfactorio sobre los métodos anticonceptivos en todas las dimensiones estudiadas, con excepción del conocimiento del concepto de método anticonceptivo.

Se identifica una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento general sobre métodos anticonceptivos y el uso actual de método anticonceptivo, del conocimiento del concepto de método anticonceptivo con la edad, el número de embarazos y el nivel de instrucción, y entre el conocimiento de los tipos de métodos anticonceptivos y el nivel de instrucción.

La estrategia de intervención educativa es acertada y necesaria para que las mujeres estudiadas adopten prácticas anticonceptivas seguras que contribuya a una adecuada salud reproductiva.

RECOMENDACIONES

Presentar los resultados del estudio a la dirección del Centro de Salud Tipo A de Yaruquies.

Implementar la estrategia de intervención educativa sobre los métodos anticonceptivos para elevar el conocimiento en las mujeres de riesgo reproductivo.

Continuar nuevos estudios sobre la temática.

BIBLIOGRAFÍA

Alfonzo, M. (16 de septiembre de 2012). Conocimiento científico y ciencia [blog]. Recuperado de <http://mercedesalfonzo.blogspot.es/1347817560/conocimiento-cientifico-y-ciencia/>

Alvarez, R., et al. (2014). *Medicina General Integral*. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas.

American Psychological Association (2010). Manual de Publicaciones de la American Psychological Association (6 ed.). México, D.F.: Editorial El Manual Moderno.

ANDES (8-6-2012). *Chimborazo y tres provincias amazónicas tienen mayor porcentaje de población indígena*. <http://www.andes.info.ec/es/actualidad/3068.html>

Arbab, A. A., Bener, A., & Abdulmalik, M. (2011). Prevalence, awareness and determinants of contraceptive use in Qatari women/Prevalence et determinants de l'utilisation de la contraception et connaissances en la matiere chez les femmes qataries. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 17(1), 11+. Retrieved from http://go.galegroup.com/ps/i.do?p=GPS&sw=w&u=esepoch_cons&v=2.1&id=GALE%7CA248578314&it=r

Benardete-, D., Navarro, C., Meraz, D., Alkon, T., Nellen, H., y Halabe, J. (2015). Anticonceptivos hormonales y alteración de las pruebas de función tiroidea. *Revistas Medicina Interna de México*. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=61762>

Chandrashekhar, T., Sudhakar, M., Vikas, K., & Vikas G. (2010). "La prevalencia de las prácticas anticonceptivas en un barrio pobre de la ciudad de Pune, India." *Revista Internacional de Ciencias Médicas y de la Salud Pública* 4.12 (2015): Recuperado el 27 de de septiembre de 2016 de http://go.galegroup.com/ps/i.do?p=GPS&sw=w&u=epoch_cons&v=2.1&id=G ALE%7CA437877958&it=r

Consejo Nacional de Poblaciones México [CONAPO] (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), 2009 y 2014.* Recuperado de [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Prevalencia de uso de metodos anti conceptivos 2009 y 2014](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Prevalencia_de_uso_de_metodos_anti_conceptivos_2009_y_2014)

Cravioto, M., (2016, febrero). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. *Cielo.* Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000100016

Cuenca, J. (2015). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la anticoncepción en las mujeres en periodo de lactancia atendidas en el Centro de salud nro. 1 de la ciudad de Loja* (tesis de pregrado). Universidad Técnica de Loja, Loja, Ecuador.

De la cuesta, R., Tejada, F., e Iglesias, G. (2011). Actualización en anticoncepción hormonal. *IT del Sistema Nacional de Salud..* Recuperado de http://www.mssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol35n3Anticoncepcion.pdf

Diccionario de la Lengua Española. (2014). Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=2qM4bib>

Diccionario médico (2015). Clínica de la Universidad de Navarra. Recuperado de <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/anticonceptivo>

ENSANUT. 2013. http://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_TOMOII.pdf

Glosario de filosofía. (2015). *Conocimiento.* Recuperado de <http://www.webdianoia.com/glosario/display.php?action=view&id=363&from=action=search%7Cby=C>

González, J. (2013). *Anticoncepcion hormonal y riesgo cardiovascular.* Recuperado de http://sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_hormonal_y_riesgo_cardiovascular.pdf

González, V. (2014). *Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción de riesgo ante el cáncer bucal* (tesis doctoral). Universidad de Ciencias de Matanzas, Cárdenas-Cuba. Recuperado de <http://tesis.repo.sld.cu/867/1/ValentinGlez.pdf>

Instituto Cervantes. (2016). *Estrategias de Aprendizaje.* Recuperado de http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/estrategias.htm

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador [INEC]. (2013). *Anuario de estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones 2013.* pp. 33. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web->

[inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf](#)

Jordán, M., Pachón, L., Blanco, M., y Achiong, M. (2011). Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. *Rev Méd Electrón*, 33(4). Recuperado de <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema17.htm>

Khajehei, M., Ziyadlou, S., & Ghanizadeh, A. (2013). Knowledge of and attitudes towards sexual and reproductive health in adults in Shiraz: a need for further education/Connaissances et attitudes en matiere de sante sexuelle et genesique chez des adultes de Chiraz : necessite de renforcer l'action educative. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 19(12), 982+. Retrieved from http://go.galegroup.com/ps/i.do?p=GPS&sw=w&u=esepoch_cons&v=2.1&id=GALE%7CA361943107&it=r

Kumar, D., Kalia, M., Goel, N., & Sharma, M. (2016). Impact of health education on unmet needs of contraception in urban slums of Chandigarh, India. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 5(7), 2317+. Recuperado de http://go.galegroup.com/ps/i.do?p=GPS&sw=w&u=esepoch_cons&v=2.1&id=GALE%7CA459171305&it=r

Lopera, M. (2012). REALIDAD, CONOCIMIENTO Y SABER Aproximaciones conceptuales. Metodología de la Investigación PROFESIONALIZACIÓN EDUCACIÓN BÁSICA EN DANZA COLOMBIA Creativa - Facultad de Artes Universidad de Antioquia 2012. Recuperado de: http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/733/MODULO_1/1.REALIDAD_CONOCIMIENTO_y_SABER.pdf

Mejía, J., Argudo, F., y Mtute, A. (15,10,2013). Prevalencia de anticoncepcion y factores asociados a su uso en pacientes de consulta externa del hospital “San Sebastian”. Sigsig, 2012. *Revista de la Facultad de Medicina de la universidad de Cuenca*. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20052/1/Jorge%20M%C3%A9jia%20y%20otros.pdf>

Ministerio de Salud Nacional de Argentina [MSN]. (2012). *Métodos anticonceptivos: Guía práctica para profesionales de la salud*. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/b02/pdf/Guia-Pract-MAC-completa.pdf>

OMS (2014). *Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126318/1/9789243506746_spa.pdf?ua=1&ua=1

OMS. (2014). *La OMS publica una nueva orientación sobre cómo proporcionar información y servicios de anticoncepción*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/guidance-contraceptive/es/>

OMS. (2015). Medical eligibility criteria wheel for contraceptive use 2015. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173585/1/9789241549257_eng.pdf?ua=1&ua=1

OMS. (2015). *Mortalidad materna*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

OMS. (2015). *Planificación familiar.* Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Organización de Naciones Unidas (ONU). (2016). *Objetivos de desarrollo Sostenible.* Recuperado de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2014). *Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU.* Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9552%3A2014-11-countries-latin-america-caribbean-reduced-maternal-mortality-new-data-show&Itemid=1926&lang=es

Ortiz, E., Vasquez, G., Arturo, M., y Medina, V. (2014). *Protocolo de atención preconcepcional.* Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-preconcepcional.pdf>

Pandey, D., Garg, D., & Salhan, S. (2014). Study of knowledge and contraception practices in low socio-economic women of Delhi. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 3(4), 1022+. Recuperado de http://go.galegroup.com/ps/i.do?p=GPS&sw=w&u=esepoch_cons&v=2.1&id=G ALE%7CA396325449&it=r

Ramos, S. (2011). Intervenciones para prevenir embarazos no deseados en adolescentes. Recupero de http://apps.who.int/rhl/adolescent/cd005215_ramoss_com/es/

Serrano, J., Quilez, J. (2013). *PROTOCOLOS SEGO/SEC ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA ORAL, TRANSDÉRMICA Y VAGINAL*. Recuperado de http://sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_Hormonal_Combinada_Oral_Transdermica_Vaginal.pdf

Sociedad Española de Contracepción (SEC). (2014). *Encuesta de anticoncepción SEC 2014*. Recuperado de <http://sec.es/la-encuesta-de-anticoncepcion-sec-2014-revela-que-casi-el-16-de-las-mujeres-mantiene-relaciones-sexuales-sin-proteccion/>

Sociedad Española de Contracepción. (2016). *Observatorio de salud Sexual y reproductiva*. Recuperado de <http://sec.es/area-cientifica/observatorio/>

Tarrío, J. (2016). *Filosofía*. Madrid, España: EDITEX

Ticona, L., (2016). *Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal* (tesis de postgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, PERÚ. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4688>

Toro, J. (2011). Anticoncepción de emergencia. *Rev Obstet Ginecol Venez.* Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322011000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Vargas, I., Villegas, O., Sánchez, A. y Holthuis, K. (2003). *Promoción, Prevención y Educación para la Salud*. Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS).

- Vidal, M., y Fernández, J.** (2009). Investigación educativa. *Educ Med Super*, 23(4), 1-14. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-1412009000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=esble
- Viegas, W. J.** (10 de Agosto de 2008). Transmitir conocimiento o crear conocimiento. *Reflexión Académica en Diseño y Comunicación*. Recuperado de http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/publicacionesdc/vista/detalle_articulo.php?id_libro=124&id_articulo=1379

ANEXOS

ANEXO A. CUESTIONARIO

I. PRESENTACIÓN

Buenos días, mi nombre es María Luisa Villa Pérez, soy posgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, que me encuentro realizando un proyecto de investigación que tiene por objetivo determinar el número de mujeres de 20 a 39 años con riesgo preconcepcional que utilizan métodos anticonceptivos y el conocimiento que tienen acerca de ellos.

Agradezco anticipadamente su colaboración, respondiendo el siguiente cuestionario, que tomará un tiempo aproximado de 20 minutos. Toda la información que se obtenga será tratada con estricta confidencialidad, de uso exclusivo para la investigación, por lo que se le solicita responda con toda honestidad y veracidad las preguntas, una vez que le haya leído detenidamente las distintas opciones de respuesta, seleccionando una o varias opciones según indique la pregunta.

II. DATOS GENERALES

1. ¿Cuántos años usted tiene? _____

2. ¿Cuál fue su último año de educación culminado?
 Ninguno
 Primaria
 Secundaria
 Superior

3. ¿Qué actividad ocupacional usted realiza?
 Ama de casa
 Estudia
 Trabaja
 Pensionada

4. ¿Tiene usted relación de pareja?
 Sí
 No

5. ¿Qué religión usted practica?
 Católica
 Evangélica
 Ninguna
 Otra ¿Cuál? _____

6. ¿Cuántos embarazos usted ha tenido incluyendo abortos y partos? _____

7. ¿Usted ha recibido información sobre los métodos anticonceptivos?

- Sí
- No

8. Si la respuesta es afirmativa, ¿Por qué vía la recibió?

- De personal de salud
- De familiares
- De profesores
- De amigos/as
- De los medios de comunicación (radio, TV, prensa, internet)

9. ¿Usted ha utilizado alguna vez un método anticonceptivo?

- Sí
- No

10. ¿Cuál método anticonceptivo usted usa actualmente?

- Tabletas
- Inyecciones
- Implante
- Dispositivo intrauterino
- Preservativo o condón masculino
- Preservativo o condón femenino
- Diafragma
- Métodos naturales
- Ninguno

III. CONOCIMIENTO SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1. En relación a la anticoncepción, diga la respuesta que usted considere correcta.

- Permite detectar una infección vaginal
- Alivia el dolor de cabeza
- Ayuda a bajar de peso
- Impide el embarazo
- No sabe

2. El método anticonceptivo consiste en:

- Conjunto de medicamentos que permite disminuir de peso.
- Un procedimiento para detectar cáncer cervicouterino.
- Una sustancia, fármaco o método que evita el embarazo.
- Un grupo de sustancias para controlar el acné.
- No sabe

3. ¿Cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos usted conoce?

- Tabletas
- Inyecciones
- Implante
- Dispositivo intrauterino

- Preservativo o condón masculino
- Preservativo o condón femenino
- Diafragma
- Esterilización masculina
- Ligadura
- Métodos naturales

4. Los métodos anticonceptivos pueden ser:

- Temporales
- Definitivos
- Ambos
- No sabe

5. ¿Cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos son temporales?

- Tabletas
- Inyecciones
- Implante
- Ligadura
- Dispositivo intrauterino
- Preservativo o condón
- Esterilización masculina
- No sabe

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

- Dispositivo intrauterino
- Esterilización masculina
- Preservativo o condón
- Inyecciones
- Implante
- Tabletas
- Ligadura
- No sabe

7. ¿El preservativo o condón es un método de barrera?

- Sí
- No
- No sabe

8. Los métodos anticonceptivos hormonales pueden ser:

- Tabletas
- Inyectables
- Implante
- Parche
- No sabe

9. Los métodos anticonceptivos hormonales pueden usarse en mujeres:

- Que han tenido hijos o no
- Con várices
- Adolescentes
- Con cáncer del seno o del útero

- Con menstruación irregular
- Fumadoras de más de 35 años
- No sabe

10. Diga las opciones que considere correctas con respecto al uso del preservativo o condón.

- Usar uno nuevo en cada relación sexual.
- Puede ser reutilizado en las relaciones posteriores.
- Usar cuando su pareja tiene una infección que puede transmitirse por las relaciones sexuales.
- Usar cuando hay más de una pareja sexual.
- Se puede usar el mismo condón si la relación siguiente es con la misma persona.
- Usar cuando las relaciones sexuales son aisladas o poco frecuentes.
- No sabe

11. ¿En cuáles de estas condiciones puede usarse el dispositivo intrauterino?

- Enfermedad pélvica inflamatoria activa
- Mujeres que han tenido hijos
- Mujeres fumadoras de más de 35 años
- Dolor menstrual
- Mujeres multíparas que no puedan usar otros métodos anticonceptivos
- Sangramiento genital de causa desconocida
- No sabe

12. ¿Cuáles usted considera ventajas del uso de los anticonceptivos hormonales?

- Evita el embarazo eficazmente.
- No afecta la relación sexual.
- No interfiere en la evolución de un embarazo.
- No afecta la fertilidad.
- No sabe

13. ¿Cuáles usted considera ventajas del uso del dispositivo intrauterino?

- No afecta la relación sexual.
- Se puede retirar en cualquier momento.
- No interfiere en la evolución de un embarazo.
- No afecta la fertilidad.
- No sabe

14. ¿Cuáles usted considera ventajas del uso del preservativo o condón?

- Evita una infección que puede transmitirse por relaciones sexuales.
- Evita enfermedades como la enfermedad pélvica inflamatoria.
- No afecta la fertilidad.
- Fáciles de obtener.
- No sabe

15. ¿Qué efecto secundario puede ocasionar el uso del preservativo o condón?

- Infecciones
- Disminución del placer en la relación sexual
- Alergia al látex
- Ninguno
- No sabe

16. ¿Qué efectos secundarios puede ocasionar el uso de anticonceptivos hormonales?

- Dolor de cabeza
- Disminución del deseo sexual
- Aumento de peso
- Dolor en el seno
- Cambios en el sangrado menstrual
- Ninguno
- No sabe

17. ¿Qué efectos secundarios puede ocasionar el uso de dispositivo intrauterino?

- Dolor menstrual
- Dolor de cabeza
- Sangramiento vaginal
- Dolor en el seno
- Esterilidad
- Ninguno
- No sabe

18. ¿Qué efecto secundario puede ocasionar la ligadura?

- Pérdida de la fuerza
- Trastorno mental
- Disminución del deseo sexual
- Dolor de cabeza
- Ninguno
- No sabe

ANEXO B. CRITERIOS DE MORIYAMA

Porcentaje de ítems evaluados desfavorablemente por expertos de las dimensiones del conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en dos rondas según criterios de Moriyama.

Dimensiones	Comprensible		Sensible		Pertinente		Factible	
	%	%	%	%	%	%	%	%
	1ra	2da	1ra	2da	1ra	2da	1ra	2da
Concepto de métodos anticoncepción	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tipos de métodos anticonceptivos	14,3	0,0	28,6	0,0	28,6	0,0	28,6	0,0
Usos de los métodos anticonceptivos	28,6	0,0	42,8	14,3	42,8	14,3	42,8	0,0
Ventajas de los métodos anticonceptivos	0	0,0	14,3	0,0	14,3	0,0	0	0,0
Efectos secundarios de los métodos anticonceptivos	0	0,0	14,3	0,0	14,3	0,0	0	0,0

ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, María Luisa Villa Pérez, posgradista de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, estoy realizando mi trabajo de tesis sobre el tema “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre los métodos anticonceptivos en mujeres de 20 a 39 años con riesgo preconcepcional. Comunidad María Auxiliadora. Yaruquíes, enero a junio 2016” como requisito para obtener el título de especialista. Se entrevistará a las mujeres de este grupo de edad de esta comunidad para determinar el nivel de conocimientos que poseen sobre los métodos anticonceptivos. A partir de los resultados obtenidos, se diseñará una estrategia educativa dirigida a estas mujeres, con el propósito de lograr la prevención de embarazos no planificados. 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 los objetivos de la investigación.

Para que conste mi libre voluntad,

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

Firma _____

ANEXO E. RECURSOS/PRESUPUESTO

Presupuesto

Los recursos que se utilizaron en el proyecto fueron financiados por la autora de la investigación.

1. Salario

Recurso humano	Salario devengado	% Seguridad Social	Salario Total	% Tiempo a la investigación	Total mensual
Médico posgradista	1300	6,4%	1216,2	10%	121,6

Total de gastos por concepto de salario: \$ 2796,8

2. Material de oficina

Producto	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Hojas de papel	Resma			
Carpetas	Unidad	10	0,3	3,0
Cuadernos	Unidad	2	5,0	10,0
Esferos	Unidad	80	1,0	80,0
Marcadores	Unidad	1	2,5	2,5
Tonner impresora láser	Unidad	1	30,0	30,0
Grapadora	Unidad	2	3,0	6,0
Perforadora	Unidad	2	3,0	6,0
Total				137,5

3. Equipamiento

Equipo	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
PC Portátil	Unidad	1	600	600
Impresora Láser	Unidad	1	400	400
Total				1000

4. Servicios

Servicios	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Impresión	Hoja	1000	0,05	50,00
Anillado	Hoja	10	1,20	12,00
Fotocopias	Hoja	500	0,03	15,00
Empastado	Hoja	4	10,0	40,00
Escaneados	Hoja	20	0,25	5
Total				122,00

5. Otros gastos

Otros gastos	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Combustible para viajes	Galón	40	1,5	60,0
Alimentación	Unidad	40	2	80,0
Total				140

Resumen del presupuesto en gastos directos

Gastos directos	Costo en dólares
Personal (Salario)	2796,8
Material de oficina	137,5
Equipos	1000,0
Servicios	122,0
Otros gastos	140
Total	4196,3

Total de gastos directos: \$ 4196,3

**ANEXO F. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD DE LOS MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS**