

# UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



## FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

### ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

---

**Tema** “IMPACTO DE ESTRATEGIA EDUCATIVA QUE INFLUYE SOBRE FACTORES SOCIOCULTURALES EN ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, SANTA ROSA DE PICHUL, 2015-2016”

---

Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

**Autora:** Md. Silvana Paola Parra Robalino

**Directora:** Dra. Misladys Baldemira Álvarez, Esp.

Ambato – Ecuador

2016

## **A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud**

El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por Doctor José Marcelo Ochoa Egas, Magíster, e integrado por los señores Doctora Yanet del Carmen Pérez Ferreiro Especialista, Doctor José Ignacio Izurieta Izurieta, Especialista, Doctor Otoniel Fajardo Rodríguez, Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Investigación con el tema: “IMPACTO DE ESTRATEGIA EDUCATIVA QUE INFLUYE SOBRE FACTORES SOCIOCULTURALES EN ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, SANTA ROSA DE PICHUL, 2015-2016”, elaborado y presentado por la señora Médica Silvana Paola Parra Robalino, para optar por el Grado Académico de Especialista en medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

-----  
*Dr. José Marcelo Ochoa Egas, Mg.*  
**Presidente del Tribunal**

-----  
*Dra. Yanet del Carmen Pérez Ferreiro, Esp.*  
**Miembro del Tribunal**

-----  
*Dr. José Ignacio Izurieta Izurieta, Esp.*  
**Miembro del Tribunal**

-----  
*Dr. Otoniel Fajardo Rodríguez, Esp.*  
**Miembro del Tribunal**

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: “IMPACTO DE ESTRATEGIA EDUCATIVA QUE INFLUYE SOBRE FACTORES SOCIOCULTURALES EN ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, SANTA ROSA DE PICHUL, 2015-2016”, le corresponde exclusivamente a la: Médica Silvana Paola Parra Robalino, Autora bajo la Dirección de la Doctora Misladys Baldemira Álvarez Especialista, Directora del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

-----  
Md. Silvana Paola Parra Robalino

*c.c. 0603923699*

**AUTORA**

-----  
Dra. Misladys Baldemira Álvarez, Esp.

**DIRECTORA**

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

-----  
Md. Silvana Paola Parra Robalino  
c.c. 0603923699

## ÍNDICE GENERAL

### PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA .....	i
A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud ..	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE TABLAS .....	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	viii
AGRADECIMIENTO .....	ix
RESUMEN EJECUTIVO .....	xi
EXECUTIVE SUMMARY .....	xiii
Introducción .....	1
CAPÍTULO 1	
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.1.1 Contextualización.....	3
1.1.2 Análisis crítico .....	6
1.1.3 Prognosis .....	7
1.1.4 Problema práctico: .....	8
1.1.4.1 Problema científico .....	8
1.1.4.2 Interrogantes.....	8
1.1.4.3 Delimitación del objeto de la investigación .....	8
1.2 Justificación.....	9
1.3 Objetivos .....	11
1.3.1 Objetivo general: .....	11
1.3.2. Objetivos específicos .....	11
CAPÍTULO 2	
MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 Antecedentes investigativos .....	12
2.2 Fundamentación filosófica .....	12
2.3 Fundamentación legal .....	13
2.4 Categorías fundamentales y de riesgo esquema de variables.....	17

CAPÍTULO 3	
METODOLOGÍA .....	27
3.1. Enfoque .....	27
3.2 Modalidad básica de la investigación .....	27
3.3 Nivel o tipo de investigación (diseño aplicado en la investigación).....	27
3.4 Población y muestra .....	27
3.5 Operacionalización de las variables .....	28
3.6. Técnicas de recolección de información .....	31
3.7 Plan de procesamiento y análisis.....	33
CAPITULO 4	
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	35
4.1 FACTORES SOCIOCULTURALES Y ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	35
4.2 IMPACTO DE ESTRATEGIA EDUCATIVA .....	53
4.3 Verificación de hipótesis.....	55
CAPÍTULO 5	
CONCLUSIONES .....	56
5.1 CONCLUSIONES .....	56
5.2 RECOMENDACIONES .....	57
CAPITULO 6	
PROPUESTA .....	58
6.1 DATOS INFORMATIVOS .....	58
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA .....	58
6.3 JUSTIFICACIÓN .....	58
6.4 OBJETIVOS .....	59
6.5 ANÁLISIS DE LA FACTIBILIDAD .....	59
6.6 FUNDAMENTACIÓN .....	59
6.7 METODOLOGÍA, MODELO OPERATIVO .....	63
6.8 ADMINISTRACIÓN .....	67
6.9 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN .....	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
ANEXOS.....	72

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de la variable independiente.....	30
Tabla 2. Operacionalización de la variable dependiente.....	30
Tabla 3. Operacionalización de la variable interviniente.....	31
Tabla 4. Aceptación de métodos anticonceptivos según grupos de edad. ....	35
Tabla 5. Aceptación de métodos anticonceptivos antes y después de la estrategia educativa según grupos de edad.....	35
Tabla 6. Aceptación de métodos anticonceptivos según Estado civil.....	38
Tabla 7. Aceptación de métodos anticonceptivos antes y después de la estrategia educativa según Estado civil. ....	38
Tabla 8. Aceptación de métodos anticonceptivos según Nivel de Escolaridad. ...	39
Tabla 9. Aceptación de métodos anticonceptivos antes y después de la estrategia educativa según Nivel de escolaridad. ....	40
Tabla 10. Aceptación de métodos anticonceptivos según la Ocupación. ....	41
Tabla 11. Aceptación de métodos anticonceptivos antes y después de la estrategia educativa según Ocupación.....	42
Tabla 12. Aceptación de métodos anticonceptivos según la Religión. ....	43
Tabla 13. Aceptación de métodos anticonceptivos antes y después de la estrategia educativa según Religión. ....	43
Tabla 14. Aceptación de métodos anticonceptivos según Grupo cultural. ....	45
Tabla 15. Aceptación de métodos anticonceptivos antes y después de la estrategia educativa según Religión. ....	45

Tabla 16. Aceptación de métodos anticonceptivos según número de hijos.....	47
Tabla 17. Aceptación de métodos anticonceptivos antes y después de la estrategia educativa según Número de Hijos.....	47
Tabla 18. Aceptación de métodos anticonceptivos según nupcialidad.....	48
Tabla 19. Aceptación de métodos anticonceptivos antes y después de la estrategia educativa según Nupcialidad.....	49
Tabla 20. Aceptación de métodos anticonceptivos según edad de inicio de vida sexual.....	50
Tabla 21. Aceptación de métodos anticonceptivos antes y después de la estrategia educativa según edad de inicio de la vida sexual.....	50
Tabla 22. Modelo operativo .....	65

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 Categorización de variables .....	18
Gráfico 2. Variables Independientes y Dependientes .....	19



## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer a Dios, por cada paso que me ha permitido dar y todo lo que he podido aprender día a día

Agradezco a la Universidad Técnica de Ambato y a mis maestros quienes han fomentado en mi, el amor por la Medicina Familiar y Comunitaria.

A los Barrios Santa Rosa y San José de Pichul donde se encuentran personas tan importantes que me han abierto las puertas de sus casas y de sus corazones en mi trabajo diario.

A mis padres quienes me han apoyado incondicionalmente

Y en especial a mi Esposo Fredy quien ha luchado día con día esta especialidad, apoyándome, inspirándome a dar más y poder lograr la meta que me fije

Y a mi chiquita Damaris quien lucho junto a nosotros y me acompañó cada día para llegar a éste logro.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Dios, por darme la vida.

A mis padres, quienes han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos, valores y han sabido guiarme en cada paso.

A mi Esposo Fredy y mi niña Damaris quienes han sido mi fortaleza, mi guía y la inspiración para lograr día a día esta meta.

Parra Robalino, Silvana Paola

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD/DIRECCIÓN DE POSGRADO**

**ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA: “IMPACTO DE ESTRATEGIA EDUCATIVA QUE INFLUYE SOBRE FACTORES SOCIOCULTURALES EN ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, SANTA ROSA DE PICHUL, 2015-2016”**

**AUTOR:** Médico Silvana Paola Parra Robalino

**DIRECTOR:** Doctora Mislady Baldemira Álvarez Especialista

**FECHA:** 8 de agosto del 2016

**RESUMEN EJECUTIVO**

La planificación familiar se compone de varios métodos usados por parejas o individuos con una sexualidad activa cuyo objetivo es evitar el embarazo, además incluye la elección voluntaria de alguna forma de anticoncepción. A pesar de la implementación de las estrategia de Información, Educación y Comunicación y la amplia disponibilidad y accesibilidad de los diferentes métodos de control de la fecundidad existente como parte por parte del Ministerio de Salud Pública y de otras instituciones como Ministerio de educación, Ministerio de Inclusión Económica y social y otras, en las mujeres en edad fértil de la comunidad de Santa Rosa de Pichul, se observó poca aceptación para usar los métodos anticonceptivos por lo que se implementó una estrategia educativa para elevar el nivel de conocimiento a través de la información; siendo entonces el objetivo de éste trabajo evaluar el impacto de la estrategia educativa utilizada en la Atención Primaria de Salud que influye sobre los factores socioculturales para la aceptación del uso de métodos anticonceptivos, Santa Rosa de Pichul, 2015-2016, mediante una investigación cualitativa y cuantitativa; modalidad de campo de tipo analítica, cuasi-experimental, longitudinal prospectiva de diseño pre-post con mujeres en edad fértil (15 a 49 años) de la comunidad de Santa Rosa de Pichul año 2015-2016

Los resultados obtenidos fueron: los factores que influyeron en la aceptación del uso de métodos anticonceptivos fueron la edad, estado civil, ocupación, nivel de instrucción, nupcialidad, número de hijos y principalmente el grupo cultural; El nivel de información se elevó en un 63.5% y la aceptación de los métodos anticonceptivos aumentó en un 22.3%.

Concluyendo que los factores individuales, sociales y culturales están relacionados al nivel de información bajo sobre métodos anticonceptivos, influyendo negativamente en la aceptación del uso de ellos. El grupo cultural es el principal factor influyente en ésta aceptación, el impacto de la estrategia fue positiva pues elevó el nivel de información lo que aumentó la aceptación del uso de métodos anticonceptivos.

**Descriptor:** Planificación familiar, estrategia educativa, métodos anticonceptivos, factores socioculturales.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD/DIRECCIÓN DE POSGRADO**

**ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**THEME:** “IMPACT OF EDUCATIONAL STRATEGY ON SOCIO-CULTURAL FACTORS INFLUENCES IN ACCEPTANCE OF CONTRACEPTIVES METHODS, SANTA ROSA DE PICHUL, 2015-2016”

**AUTHOR:** Doctor Silvana Paola Parra Robalino

**DIRECTED BY:** Doctor Mislady Baldemira Álvarez Especialist.

**DATE:** August 8, 2016

**EXECUTIVE SUMMARY**

Family planning consists of several methods used by couples or individuals with an active sexuality which aims to prevent pregnancy, also includes the voluntary choice of some form of contraception. Despite the implementation of the Strategy of Information, Education and Communication and the wide availability and accessibility of different control methods existing fertility in women of childbearing age in the community of Santa Rosa de Pichul, low uptake was observed to use contraception so an educational strategy was implemented to raise the level of information this objective is to evaluate the impact of the educational strategy followed in Primary Health Care influencing sociocultural factors for acceptance of contraceptive use Santa Rosa de Pichul, 2015-2016. The Methodology. Of this investigation is qualitative and quantitative research; mode field of analytical type, quasi-experimental, longitudinal prospective pre-post design with one group. Study universe: women of childbearing age (15-49 years) from the community of Santa Rosa de Pichul 2015-2016.

The results were factors that influenced the acceptance of contraceptive use were age, marital status, occupation, education level, marriage, number of children and

mainly cultural group; The level of information rose by 63.5% and acceptance increased by 22.3%.

The conclusions are individual, social and cultural factors are related to the low level of contraceptive information, negatively influencing the acceptance of using them. The cultural group is the main influential factor in this acceptance, the impact of the strategy was positive because it raised the level of information and increased acceptance of contraceptive use

**Keywords:** Family planning, education strategy, contraceptive methods, sociocultural factors.

## **Introducción**

La planificación familiar, anticoncepción o control de la natalidad se compone de varios métodos usados por parejas o individuos que practiquen una sexualidad activa con el objetivo de evitar el embarazo, además incluye la elección voluntaria de alguna forma de anticoncepción, para conseguir una maternidad y paternidad responsable y poder desarrollar una sexualidad completa, más plena y satisfactoria sin tener el miedo de la concepción.

En la comunidad de Santa Rosa de Pichul, se ha notado el predominio de las necesidades no satisfechas de anticoncepción, puesto que a pesar de su deseo de no tener más hijos, no usan un método anticonceptivo debido a varias circunstancias que involucran numerosos factores socio culturales y económicos como la religión, el machismo y otros, que acarrear desde sus grupos de procedencia, que influyen directamente en las decisiones de las mujeres para la no aceptación de los métodos anticonceptivos.

Es importante indicar que el nivel socioeconómico y educacional se ve deteriorado, empeorando los índices de natalidad y de fecundidad, además de la repercusión social que trae como consecuencia concebir hijos no deseados, en la edad de riesgo, en la adolescencia o no tener las condiciones suficientes para asumir tal responsabilidad.

A pesar de la implementación de la Estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC) sobre salud reproductiva y planificación familiar y la amplia disponibilidad y accesibilidad de los diferentes métodos de control de la fecundidad por parte del Ministerio de Salud Pública, en las mujeres en edad fértil de la comunidad de Santa Rosa de Pichul, se observó poca aceptación para usar los métodos anticonceptivos por lo que se implementó una estrategia educativa donde mediante la información se eleve el conocimiento.

Con el estudio se pretendió identificar las características socioculturales que influyen en la decisión del uso de los métodos anticonceptivos desde el primer nivel de atención, y mejorar los indicadores demográficos.

Fue conveniente y pertinente realizarlo para resolver un problema de salud identificado y que puede ser modificado desde la Atención Primaria de Salud.

Teniendo relevancia social e implicaciones prácticas porque se beneficiarán las mujeres en edad fértil, se llevarán a cabo una serie de acciones de salud, identificando los factores que influyen en la aceptación del uso de métodos anticonceptivos, las actitudes, etc.

Tiene un gran valor teórico porque pueden surgir recomendaciones para estudios posteriores relacionados a la salud sexual y reproductiva en mujeres con características culturales y sociales similares.

Basado en los planteamientos anteriores y la escasez de estudios sobre el tema en el país, se decidió realizar esta investigación para que sirva de guía a los profesionales de otras comunidades donde exista este problema de salud.



## **CAPÍTULO 1**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### 1.1 Planteamiento del problema

##### 1.1.1 Contextualización

La salud reproductiva se reconoce como un derecho fundamental de las personas, definida en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, celebrada en el Cairo, en 1994 (CIPD- 94), como: "el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias relacionadas con el sistema reproductor, sus funciones y procesos"<sup>1</sup>.

En 1984, el Programa Euro de la Organización Mundial de la Salud de Sexualidad y Planificación Familiar, incluyó entre sus objetivos el incrementar la calidad de vida de individuos, parejas, familias, adolescentes y otros grupos, a través de la promoción de la salud materna infantil, la planificación familiar y la sexualidad responsable.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, la Conferencia Mundial de la Mujer, la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social y la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos, han ratificado el derecho a elegir el número de hijos que se desea tener<sup>2,3</sup>.

La fecundidad es el potencial reproductivo de un organismo o población, en el caso del ser humano, es la capacidad que tiene el individuo, hombre o mujer, de reproducirse y transmitir sus genes a su descendencia<sup>4</sup>.

La fertilidad es la posibilidad fisiológica de procrear, ha sido desde los inicios de la humanidad objeto de culto, puesto que garantizaba la supervivencia del clan, la transmisión del poder y el mantenimiento de las estructuras sociales<sup>5</sup>.

La planificación familiar, anticoncepción o control de la natalidad se compone de varios métodos usados por parejas o individuos que practiquen una sexualidad activa cuyo objetivo es evitar el embarazo, además incluye la elección voluntaria de alguna forma de anticoncepción, para conseguir una maternidad y paternidad responsable y poder desarrollar una sexualidad completa, más plena y satisfactoria sin tener el miedo de la concepción.

Existen varias razones por las que se puede utilizar algún método anticonceptivo, entre ellos están dejar de tener hijos, no tener ninguno ó aplazar el deseo de un embarazo, así como también los problemas médicos que puedan poner en peligro la vida de la mujer en caso de embarazo, sobre todo por enfermedades crónicas o infecciones de transmisión sexual por ejemplo del virus de inmunodeficiencia humana.

Bajo éstas definiciones se conceptualiza la anticoncepción y los métodos anticonceptivos como el conjunto de medios que permiten controlar la fecundidad de manera deliberada, al limitar el número de procreaciones y el tiempo entre ellas, sin abstenerse de tener relaciones sexuales cuando se es fértil, es decir, es el conjunto de medios para evitar un embarazo no deseado <sup>5</sup>.

En efecto, se ha observado en las últimas décadas una visión antinatalista vinculada con el debate del desarrollo económico, y más tarde con el del desarrollo sustentable. Se ha acentuado la visión de que la pobreza es consecuencia de una fecundidad alta y que para lograr el desarrollo, es necesario controlar la natalidad a través del diseño y la aplicación de programas de planificación familiar; es decir, controlar la natalidad es empezar a desarrollarse, al menos económicamente, de ahí que su control no es sólo una problemática académica, sino también una problemática de orden político, nacional, regional e internacional; con énfasis en idealizar y simbolizar a la familia pequeña con pocos hijos y facilitar y garantizar el acceso pleno, la mayoría de las veces sin costo alguno a los métodos anticonceptivos. Se ha observado un aumento considerable en el uso de los servicios de anticoncepción y por ende un descenso de la fecundidad en casi todos los países y regiones del mundo <sup>5</sup>.

La tasa mundial de fecundidad es de 2.5 y la de natalidad es de 14.6 en el año 2012, si se hace una comparación con las tasas del Ecuador, en el mismo año la tasa de fecundidad fue de 2.59 y la de natalidad de 15.05, mientras que a nivel de Cotopaxi las tasas son de 3.4 y de 19.4 respectivamente <sup>6</sup>, en contraste con la comunidad de Santa Rosa de Pichul en donde la tasa de fecundidad es de 6.7 y la tasa de natalidad es de 20.4 <sup>7</sup>; superando el indicador nacional, a pesar de que el Ministerio de Salud provee de métodos anticonceptivos de manera gratuita y cuenta con políticas de promoción de los mismos. La comunidad y la cultura influyen en la actitud de una persona hacia la planificación familiar, las preferencias sobre el tamaño de la familia, las presiones familiares para tener hijos y si la planificación familiar está o no de acuerdo con las costumbres y creencias religiosas.

En la comunidad de Santa Rosa de Pichul, se ha notado el predominio de las necesidades no satisfechas de anticoncepción, puesto que a pesar de su deseo de no tener más hijos, no usan un método anticonceptivo debido a varias circunstancias que involucran numerosos factores socio culturales y económicos como la religión, el machismo y otros, que acarrear desde los grupos culturales del que proceden, estos influyen directamente en las decisiones de las mujeres para la no aceptación de los métodos anticonceptivos.

De igual manera se evidencia que el nivel de escolaridad influye en la toma de decisiones, en muchas ocasiones las mujeres con bajo nivel escolar no realizan una decisión propia, sino más bien se encuentran directamente influenciados por las decisiones de su comunidad o de su pareja.

La falta de información acerca de los métodos disponibles y de cómo surge efecto, y los temores relativos a los efectos secundarios pueden desanimar a los hombres y a las mujeres y hacer que no acepten usar anticonceptivos, además de las normas culturales, problema frecuente en los países en vías de desarrollo <sup>8</sup>.

El desarrollo de una estrategia educativa es factible, gracias al apoyo comunitario, de los actores sociales y del Ministerio de Salud Pública (MSP), pero una de las limitantes podría constituir el contexto socio cultural de la población de la

comunidad, pues podría bloquear la estrategia de educación para permitir el acceso a la información, educación y comunicación con las mujeres objeto del estudio.

### 1.1.2 Análisis crítico

Numerosos estudios científicos, sobre todo con enfoques demográficos y sociológicos, han sido realizados considerando la anticoncepción sólo como un conjunto de parámetros en la explicación de la fecundidad. Otros trabajos en cambio, se centran en la anticoncepción como objeto de estudio. Los trabajos más específicos que se abocan al estudio de las Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción que son definidas como las mujeres sexualmente activas en edades reproductivas que no utilizan métodos anticonceptivos, aun cuando señalan no desear tener más hijos o no desean tenerlos durante algún tiempo, son pocos pero han empezado a cobrar mayor importancia en las dos últimas décadas<sup>8</sup>.

En los estudios sobre el uso de métodos anticonceptivos y las necesidades no satisfechas de anticoncepción, se muestra que la situación socioeconómica observada a través de los bienes del hogar o del patrimonio de las mujeres, es un factor muy importante. Las mujeres que viven en situación de pobreza y marginación, caracterizada por una situación de privación o de carencias acentuadas de los bienes básicos, residencia en zonas rurales aisladas y con ingresos muy bajos o nulos, no tienen acceso a los servicios básicos, entre ellos, los servicios de atención a la salud reproductiva y los servicios de anticoncepción, como consecuencia, presentan niveles de uso de métodos anticonceptivos muy bajos, a pesar de que pudieran desear limitar o espaciar sus nacimientos, es decir, encontrarse en situación de necesidades no satisfechas de anticoncepción<sup>9</sup>.

Desde la antropología simbólica, autores como Geertz,<sup>10</sup> en su libro sobre “Necesidades no satisfechas de anticoncepción” en el año 1973 define la cultura como un "sistema de concepciones expresadas en formas simbólicas por medio de las cuales la gente se comunica, perpetúa y desarrolla su conocimiento sobre las actitudes hacia la vida”. Así para estudiar el comportamiento o la acción humana,

en este caso el comportamiento reproductivo, conviene entenderlo dentro de los patrones y símbolos construidos en la cultura, lo que ha interpretado y dado significados a la reproducción humana desde tiempos inmemoriales.

Las necesidades no satisfechas de anticoncepción han mostrado que en varios países, algunas mujeres que declaran no desear más hijos, o que quieren espaciar, no están usando un método anticonceptivo por aspectos religiosos. A pesar del debilitamiento observado de las normas religiosas respecto del uso de métodos anticonceptivos y del aborto, en los países no industrializados, las prohibiciones religiosas siguen siendo muy fuertes <sup>11</sup>.

A pesar de la implementación de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazos en Adolescentes (ENIPLA), que fue planteado como proyecto de fortalecimiento de planificación familiar a nivel del país basado en el objetivo 3 del Plan Nacional del Buen vivir, contó con una inversión económica importante, atribuida a la información, educación y comunicación <sup>12</sup>, fue fallida su implementación, no se obtuvieron cambios en los indicadores a nivel del país y en la población de Santa Rosa de Pichul no se pudo obtener ningún resultado al respecto.

### 1.1.3 Prognosis

De no realizarse el estudio no se encontrará la explicación del fenómeno del no uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres en edad fértil, que incluso manifiestan no desear tener más hijos o de espaciarlos, pero no usan un método anticonceptivo manteniéndose durante años éstas mujeres con una natalidad y fecundidad elevada, constituyendo un problema para la comunidad, la región y el país, lo que puede incidir incluso en el índice de mortalidad materno infantil.

Es importante indicar que el nivel socioeconómico y educacional se ve deteriorado, empeorando los índices de natalidad y de fecundidad, además de la repercusión social que trae como consecuencia concebir hijos no deseados, en la edad de riesgo, en la adolescencia o no tener las condiciones suficientes para

asumir tal responsabilidad.

#### 1.1.4 Problema práctico:

A pesar de la implementación de la Estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC) sobre salud reproductiva y planificación familiar y la amplia disponibilidad y accesibilidad de los diferentes métodos de control de la fecundidad existente por parte del MSP, en las mujeres en edad fértil de la comunidad de Santa Rosa de Pichul, se observó poca aceptación para usar los métodos anticonceptivos por lo que se implementó una estrategia educativa para elevar el nivel de información y mejorar ésta aceptación.

##### 1.1.4.1 Problema científico

¿Qué impacto tiene la aplicación de una estrategia educativa para la aceptación de los métodos anticonceptivos?

##### 1.1.4.2 Interrogantes

- ¿Cuáles son los factores socioculturales que influyen en la aceptación del uso de los métodos anticonceptivos?
- ¿Cuáles son los logros que se obtienen a través de una estrategia educativa sobre la aceptación de métodos anticonceptivos?

##### 1.1.4.3 Delimitación del objeto de la investigación

CAMPO: Salud Pública.

ÁREA: Salud sexual y reproductiva

ASPECTO: Uso de métodos anticonceptivos

Delimitación espacial: Sector Santa Rosa de Pichul, Cantón: Latacunga Provincia: Cotopaxi.

Delimitación temporal: Período 2015 - 2016

Unidades de observación: Mujeres en edad fértil (15-49 años) de la comunidad de Santa Rosa de Pichul.

Línea de investigación: Salud de la mujer.

## 1.2 Justificación

El presente estudio se realizó porque se ha identificado que la población de mujeres en edad fértil de la comunidad de Santa Rosa de Pichul a pesar de la información ofrecida y las acciones de promoción realizadas por el Ministerio de Salud no acepta el uso de los métodos anticonceptivos.

Al indagar sobre la situación problemática en la consulta y en las entrevistas a las mujeres del sector “Santa Rosa de Pichul”, se ha observado que el problema de la aceptación de algún método no es solo por desconocimiento o por falta de información, sino también por razones socio-culturales.

El Ministerio de Salud Pública implementó la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazo en Adolescentes (ENIPLA),<sup>(12)</sup> la que brindó una gran campaña de educación a todos los pobladores en edad reproductiva, haciendo énfasis en la prevención y promoción de salud además de los riesgos, fundamentalmente orientada a aspectos técnicos de anticoncepción, pero además de esta información, se deben hacer estrategias de intervención para disipar mitos y creencias erróneas de anticoncepción, logrando un impacto social y tecnológico, logrando el uso de métodos anticonceptivos, además de intervenciones orientado al orden socio-cultural, sobre todo para el esclarecimiento de dudas y temores para vencer las barreras, tabúes, a mediano y largo plazo, para todo este abordaje es necesario primeramente realizar un diagnóstico de la población.

Con el estudio se pretendió identificar las características socioculturales que influyen en la decisión del uso de los métodos anticonceptivos que es posible desde el primer nivel de atención, y mejorar los indicadores y las condiciones de vida de la población.

Fue conveniente y pertinente realizarlo para resolver un problema de salud identificado en el diagnóstico situacional del sector en el año 2014 donde se evidenció que las tasas de Natalidad y Fecundidad eran muy elevadas<sup>7</sup> y que puede ser modificado desde la Atención Primaria de Salud.

Teniendo relevancia social e implicaciones prácticas porque se beneficiarán las mujeres en edad fértil, se llevarán a cabo una serie de acciones de salud, identificando los factores que influyen en la aceptación del uso de métodos anticonceptivos, las actitudes, etc.

Con gran valor teórico porque surgen recomendaciones para estudios posteriores relacionados a la salud sexual y reproductiva en mujeres con características culturales y sociales similares.

Basado en los planteamientos anteriores y la escasez de estudios sobre el tema en el país, se decidió realizar esta investigación para que sirva de guía a los profesionales de otras comunidades donde exista este problema de salud.



### 1.3 Objetivos

#### 1.3.1 Objetivo general:

Evaluar el impacto de la estrategia educativa utilizada en la Atención Primaria de Salud que influye sobre los factores socioculturales para la aceptación del uso de métodos anticonceptivos, Santa Rosa de Pichul, 2015-2016.

#### 1.3.2. Objetivos específicos

1. Caracterizar a las mujeres del estudio, según variables sociodemográficas.
2. Identificar los factores socioculturales que influyen en la aceptación del uso de métodos anticonceptivos.
3. Evaluar el impacto de la estrategia educativa sobre la aceptación del uso de métodos anticonceptivos aplicada a la población femenina en edad fértil.

## CAPÍTULO 2

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes investigativos

En cuanto al presente trabajo no existen investigaciones realizadas en torno al uso de métodos anticonceptivos, relacionados con los mitos y creencias; se han realizado investigaciones acerca de la influencia de los factores socioculturales en otros países, en el Ecuador este tema no se ha abordado en investigaciones y menos aún en la comunidad que se propone en el estudio.

Es así que se ha encontrado un solo estudio realizado en el nivel primario con un grupo similar al de estudio que puede sustentar la presente investigación.

“Factores que intervienen en el uso de métodos anticonceptivos en usuarias de una unidad de primer nivel” por Blanca Flor Mendoza Sea, quien concluyó que “menos de la mitad de las mujeres entrevistadas no utilizan métodos anticonceptivos, debido a la falta de conocimiento, pero más importante aún por aspectos culturales como la religión, estado civil, ocupación y otras que prevalecen en la zona, de ahí que los servicios de salud deben de considerar ésta condición intercultural”<sup>13</sup>

#### 2.2 Fundamentación filosófica

La presente investigación se fundamenta en el paradigma biosocial, con una visión integral hacia el individuo, en interacción con el medio, basado en el equilibrio biológico, psicológico, espiritual y social, con un enfoque materialista - histórico.

Esta investigación está proyectada hacia el beneficio obtenido a través de una estrategia educativa encaminada a influir en los factores socioculturales para la

aceptación de los métodos anticonceptivos, se sustenta en un enfoque holístico de la salud, tomando como punto de partida el medio y los aspectos socioculturales en los que se desarrolla el individuo, proyectada a mejorar su calidad de vida.

Con este estudio se busca evidenciar los resultados obtenidos a una problemática identificada <sup>14, 15</sup>

### 2.3 Fundamentación legal

La salud sexual y la salud reproductiva están vinculadas con los derechos sexuales, derechos reproductivos y los demás derechos humanos y por lo tanto su aplicación es universal, indivisible, interdependiente, interrelacionados y además irrenunciables.

Los tratados y convenios internacionales de derechos humanos implican la obligación para los estados que los suscriben de respetar, garantizar y proteger los derechos de todas las personas bajo cada jurisdicción estatal.

En la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (Programa de Acción de El Cairo) de 1994, definió el término “derechos reproductivos” de la siguiente manera:

“Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales de derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas, aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y salud reproductiva. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones, ni violencia, como está expresado en los documentos sobre derechos humanos”.<sup>16</sup>

Sobre la sexualidad humana y las relaciones entre los sexos, y por ende sobre

derechos sexuales se estableció que: “El objetivo es doble: promover el desarrollo adecuado de una sexualidad responsable que permita el establecimiento de relaciones de equidad y respeto mutuo entre ambos sexos, y velar por que el hombre y la mujer tengan acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para lograr una buena salud sexual y ejercer sus derechos y responsabilidades respecto a la procreación, a su propia salud sexual y su fecundidad y los ayude a ejercer esas responsabilidades. Las actividades educacionales deberían comenzar en la unidad familiar, pero también debe abarcar a los adultos, en particular a los hombres, mediante la educación no académica y diversas actividades con base en la comunidad. Los programas educacionales también deberían alentar y apoyar el debate activo y abierto sobre la necesidad de proteger a las mujeres, los jóvenes y los niños contra los abusos, incluido el abuso sexual, la explotación, el tráfico con fines sexuales y la violencia. Se aconseja a los gobiernos y las comunidades que adopten medidas con carácter urgente, para poner fin a la práctica de la mutilación genital de la mujer y proteger a las mujeres y las niñas contra todas las prácticas innecesarias y peligrosas de esa índole”<sup>16</sup>

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing estableció que: “Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y salud reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia”<sup>17</sup>.

La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) del año 89 establece en el artículo 12 que:

Los estados adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

En la Constitución de la República del Ecuador se recopilan varios preceptos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos y otros derechos con los

que se relacionan:

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y su Política; el Código de la Salud; el Código de la Niñez y Adolescencia, la Ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia, la Ley sobre Educación la Sexualidad y el Amor, la Ley del VIH-SIDA y otras, contemplan disposiciones específicas sobre los derechos antes señalados <sup>18</sup>.

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia se constituye en el instrumento legal más importante relacionado con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, ya que establece el acceso universal sin costo a las personas a un conjunto de atenciones esenciales de salud sexual y salud reproductiva, con un importante subsidio a la demanda como parte del salario indirecto y la redistribución de la riqueza <sup>18</sup>.

Entre la fundamentación legal se encuentran varias políticas, leyes, estatutos entre otros de los que se ha podido recolectar los siguientes:

#### Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

La construcción y fortalecimiento de la política pública social como sistema de protección integral, establece una interacción entre estado y sociedad civil, como dos espacios con la misma jerarquía de poder. Las funciones del estado social centradas en velar porque se cumplan, respeten, protejan y promuevan los derechos de las personas, mediante la implementación de políticas universales que garanticen los derechos colectivos a toda la ciudadanía y las acciones positivas orientadas a grupos especiales de la población con el objetivo de restituir sus derechos y de lograr la equidad <sup>18</sup>.

En la Cumbre del Milenio, el Ecuador conjuntamente con 188 Estados miembros de las Naciones Unidas, establecieron en el año 2000 los siguientes objetivos y suscribió el compromiso para cumplirlos los que atañen a nuestra investigación son el Objetivo 3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, Objetivo 4. Reducir la mortalidad en la infancia y el Objetivo 5. Mejorar la

salud materna.

### Marco legal ecuatoriano

Los derechos antes manifestados, están consagrados en la Constitución Política, como Derechos Civiles en el artículo 23 numerales 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 20, 25 y 26 y Derechos Económicos, Sociales y Culturales en los Art.- 37, 39, 40,41, 42, 43 párrafo dos, 49, 50 numeral 4 y 7. En América Latina y el Caribe, ha sido la primera Carta Magna en incluir los derechos sexuales y reproductivos y es un referente para todos los países <sup>18</sup>.

### Derechos sexuales y reproductivos en el Ecuador

La Ley garantiza el financiamiento de este conjunto de atenciones, reconoce la responsabilidad del estado en este ámbito y articula a diferentes proveedores de servicios, apoyando de ésta manera la construcción del Sistema Nacional de Salud <sup>18</sup>.

Establece también la articulación y complementariedad entre acciones del gobierno central y los municipios, garantizando la participación social paritaria (igual número de representantes institucionales y de la sociedad civil) en instancias de decisión como los comités de gestión y la veeduría y corresponsabilidad ciudadana en el cuidado de la salud sexual y salud reproductiva, a través de los comités de usuarias<sup>18</sup>.

La conjunción de estos elementos contribuirán considerablemente en la reducción de la mortalidad materna y perinatal, la prevención de embarazos precoces, de los embarazos no deseados, el aborto, las altas tasas de morbilidad y el incremento del VIH-SIDA y otras infecciones de transmisión sexual que son los principales problemas que enfrenta el país en el ámbito de la sexualidad y reproducción.

El marco legal internacional y nacional involucra el derecho de los ecuatorianos a tener una libertad de decisión, de acción respecto a su sexualidad y salud y el estado debe obligadamente aportar con los instrumentos para ello de manera

adecuada y suficiente para dotar el acceso libre a la población que demande de cualquier acción para lograrlo <sup>18</sup>.

#### 2.4 Categorías fundamentales y de riesgo esquema de variables

Se trata de una investigación de riesgo mínimo en donde se realizarán actividades para mejorar conocimientos y modificar actitudes, creencias y prácticas propias de la población estudiada y ayudarán en la aceptabilidad del uso de métodos anticonceptivos.

- Categorización de variables

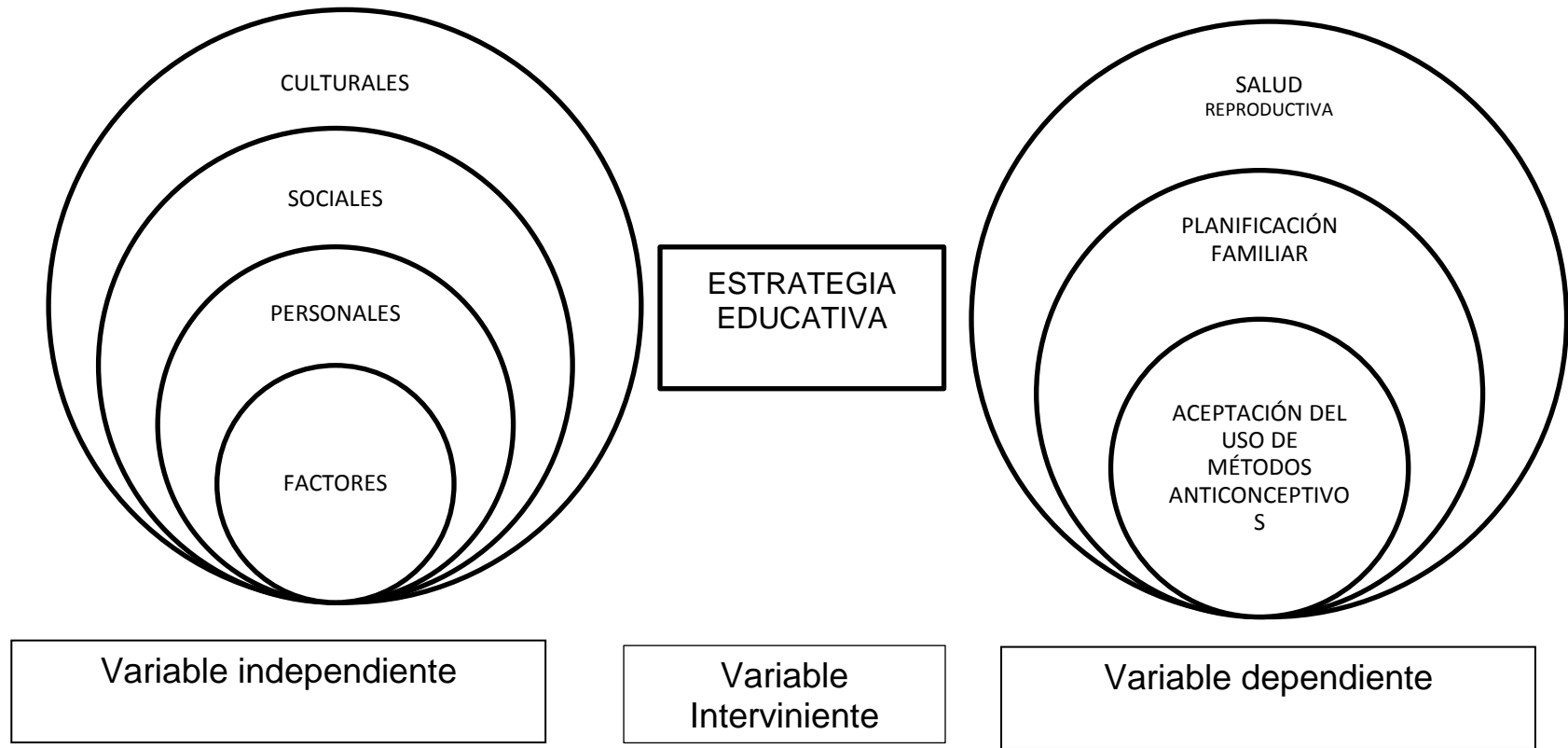
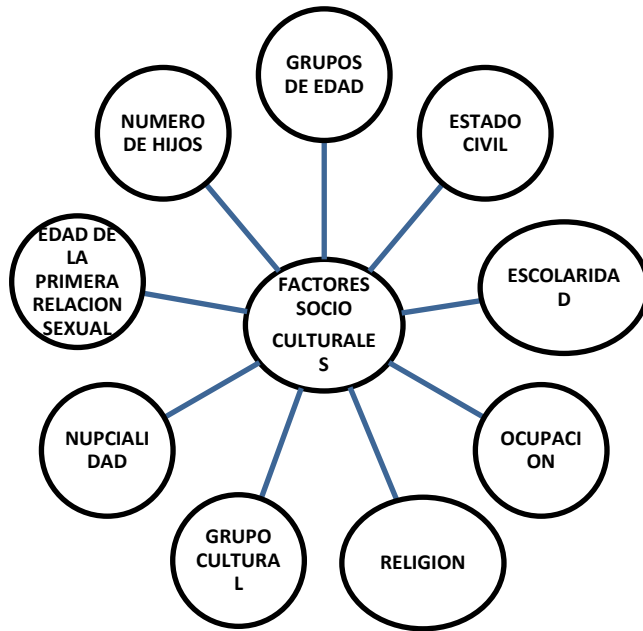


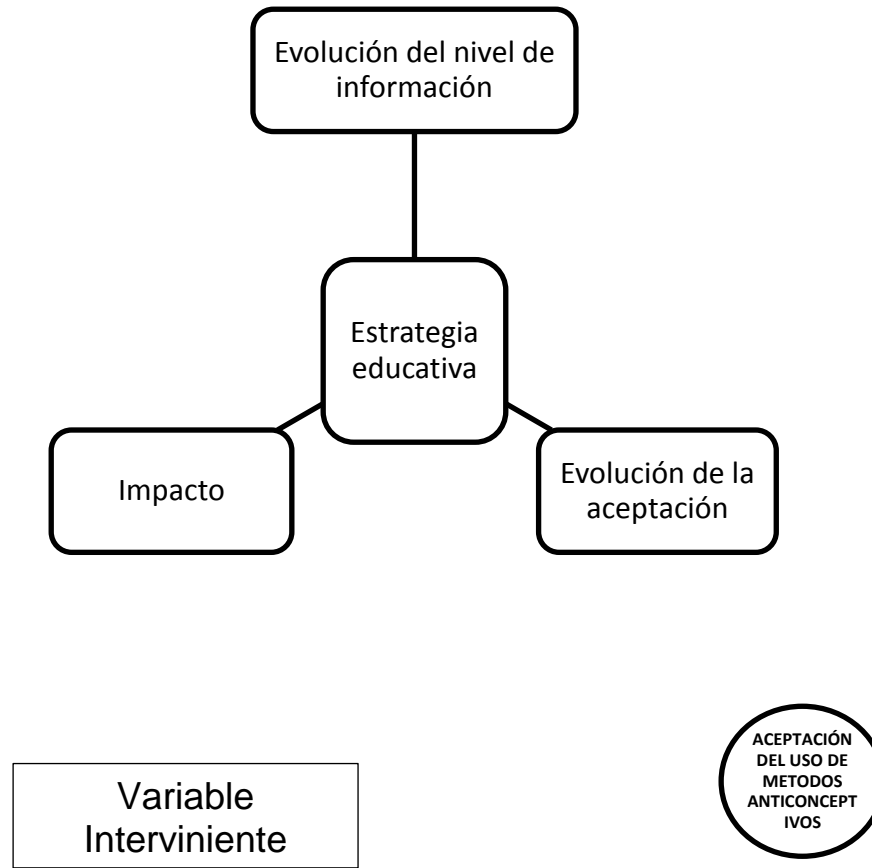
Gráfico 1 Categorización de variables

Elaborado por Silvana Parra





Variable Independiente



Variable Dependiente

Gráfico 2. Variables Independientes y Dependientes

Elaborado por Silvana Parra Robalino

Aceptabilidad de los anticonceptivos: es importante indicar que la aceptabilidad a los métodos anticonceptivos guardan relación con los aspectos socioculturales y aspectos relacionados a creencias y mitos y mucho más aún en relación al conocimiento y la información real que las personas tengan en la comunidad, de ello depende que las mujeres usen o no un método anticonceptivo.

Factores socioculturales: Factor es cada uno de los elementos que forman un producto, ósea elementos que intervienen en el proceso de la producción de un bien.

Elemento condicionante que contribuye a lograr un resultado que interviene en el apareamiento o afecta el desarrollo de una situación potencializándola de manera negativa, pueden ser internos o externos, voluntariosos o involuntarios <sup>19</sup>.

Las características socioculturales son las características personales, sociales y de cultura que pueden influir en la decisión de aceptabilidad o rechazo a los métodos anticonceptivos.

Edad: la edad es un factor importante de la fecundidad; en los países subdesarrollados como el Ecuador, donde predomina una población joven, es necesario tener en cuenta que la edad materna influye enormemente en el bienestar del binomio madre hijo. Por lo que el estudio define a la edad en años cumplidos por la mujer <sup>20</sup>.

Ocupación: trabajo o desempeño laboral que desarrolle. Esto influye en la necesidad de trabajo y mejorar económicamente, además el estar vinculada a un trabajo disminuye la actividad en el hogar y la prioridad como maternidad cambia influyendo en el uso de anticonceptivos <sup>20</sup>.

Ahora bien las familias tiene que buscar y adoptar diversas estrategias para tratar de asegurar su sobrevivencia teniendo que emigrar de sus lugares de origen en busca de nuevos rumbos de vida y laborales.

Ecuador es considerado como multicultural, ya que existen múltiples identidades construidas desde el ámbito y la influencia de la cultura, que generan diferentes

miradas acerca de la realidad.

Estado civil: estado de unión con la pareja lo que modela el tamaño familiar teniendo como pareja la decisión de cuantos hijos y cuando tenerlos y el apoyo conjunto para el uso de anticonceptivos o no para el goce de una sexualidad responsable como parte de la salud familiar <sup>21</sup>.

La familia es la unidad básica en la estructura de la sociedad y se caracteriza por ser un producto de la naturaleza, debido a que por medio de ella se continúa la especie <sup>22</sup>.

Educación: nivel educacional de la mujer (último año o nivel terminado) <sup>20</sup>.

Nunca dejará el hombre de estar de alguna manera en el ámbito de sus propias limitaciones. Educar consiste en ayudar al ser humano en ese proceso de salida, en esa búsqueda y necesidad de saber <sup>23</sup>.

La educación es el medio propicio a través del que se puede adquirir, transmitir y acrecentar la cultura; pues influye en el desarrollo del individuo y transforma la sociedad y por ende proyecta el progreso de una nación. La educación comprende todas las actividades deliberadas y sistemáticas diseñadas para satisfacer necesidades de aprendizaje e implica la comunicación, en cuanto involucra la relación entre dos o más personas <sup>21</sup>.

La educación en salud es un proceso en la sociedad donde implican teorías y métodos de ciencias médicas junto a las de la educación. El propósito es informar y motivar a la población a adoptar y mantener prácticas con estilos de vida saludables, con lo que se pretende propiciar cambios en la sociedad <sup>24</sup>.

La educación para la salud se instrumenta a partir de la reflexión acción. La promoción de la salud y la medicina preventiva incorporan factores culturales y comunicativos <sup>24</sup>.

En lo que se refiere a la educación sexual, la Organización Mundial de la Salud publicó una conceptualización de la salud sexual en la que se le considera como la

integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, en formas que sean positivamente enriquecedoras y que realcen la personalidad, la comunicación y el amor<sup>25</sup>.

Religión: Creencia o dogma que práctica la mujer con especial énfasis en el aspecto religioso, que puede ser personal o colectiva y puede ser de tipo existencial, espiritual y moral.

El género humano desde siempre ha intentado explicar su origen, los fenómenos existenciales de la vida y de la muerte de aquí la creación de divinidades para dar respuesta al medio que lo rodea lo que ha llevado al apareamiento de religiones que contienen leyes o principios individuales que promueven una relación entre el individuo y lo divino<sup>26</sup>.

Las prácticas religiosas impregnan las relaciones sociales de los adeptos de las diferentes religiones. Las personas que consideran la religión como parte importante de la vida tienden adoptar actitudes más conservadoras en la esfera sexual<sup>13</sup>.

Líderes de iglesias sostienen que las familias deben tener el número de hijos que quieran, como dice la sagrada biblia “Fructificar y multiplicaos”<sup>27</sup>.

Entre los pueblos indígenas, las religiones mantienen sus creencias y ritos a través del tiempo gracias a una tradición oral. Casi sin excepción, las grandes religiones han dado una gran importancia a la relación hombre-mujer, y muy especialmente a la naturaleza femenina, su sexualidad, sus deberes dentro del hogar y sus obligaciones con respecto a la vida matrimonial<sup>28</sup>.

La reproducción humana es un área importante para las religiones en cuanto a reproducción implica sexualidad, vida matrimonial, la continuación de pueblos o razas, la relación entre tamaño de familia y la supervivencia de éstas. Históricamente, las grandes religiones definen el rol de la mujer y su principal función en la sociedad, el de ser esposas y madres lo que transfiere al hombre un papel dominante como protector de su familia y hogar. Universalmente las

religiones ven a la sexualidad como algo que debe ser controlado y que presenta un desafío por su doble naturaleza. La sexualidad contiene elementos de lo sagrado – al crear nuevas vidas – y de lo profano, al ser utilizada para otros fines que conducen a la caída del hombre en el pecado. La preocupación con estos temas, ha continuado hasta los tiempos modernos<sup>28</sup>.

Mientras que las religiones otorgan al hombre un papel de superioridad moral y espiritual, a la mujer se le asigna un rol secundario, a menudo sumiso, dependiente o reducido a su capacidad reproductiva. También la mujer es vista como una fuente de tentación de la cual el hombre debe protegerse. El hombre, como partícipe en la reproducción, no asume mayor responsabilidad por la regulación de la fecundidad, un aspecto de la vida matrimonial que es más bien una preocupación femenina. Incluso al discutir las Metas del Milenio, organismos internacionales y países se ven sometidos a la presión de posiciones religiosas que continúan actuando para impedir el progreso de los derechos sexuales y reproductivos con argumentos que niegan a la mujer su capacidad de decisión, a menudo obligándola a sufrir embarazos no deseados, con sus riesgos de salud y consecuencias emocionales<sup>28</sup>.

Grupo cultural: Grupo de procedencia de donde interactúa su conocimiento, actitudes y prácticas de la vida diaria.

Según el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo se consideran pueblos indígenas a aquellos “pueblos tribales en países independientes, cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distinguen de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial” y a “los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenecía el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conserven sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas”<sup>29</sup>.

Mestizo se considera producto de la mezcla de españoles e indígenas en la época de conquista y colonización de América<sup>30</sup>.

Nupcialidad: número de relaciones sean matrimoniales o de unión de hecho que haya tenido<sup>18</sup>.

En términos generales, puede decirse que el incremento de las disoluciones conyugales y la formación de nuevas parejas transforman las trayectorias de vida en itinerarios complejos. La gama de arreglos familiares que esta evolución trae consigo es amplia: familias monoparentales, familias reconstituidas, complejas, además de las ya conocidas nucleares y extensas<sup>31</sup>.

Número de hijos: En las culturas incluso en el desarrollo familiar influye mucho el número de hermanos e hijos que se tiene puesto a que la familia de procedencia es un pilar fundamental en la toma de decisiones del número de hijos y por ende el uso de métodos anticonceptivos.

Siendo grupo familiar donde se organiza la población para satisfacer sus necesidades, al interior de ella se proyectan las decisiones en torno a hechos primordiales para la subsistencia y desarrollo, que inciden en su entorno social, como tener hijos, adquirir bienes, el trabajo, migración, educación a los hijos, así como salud a los integrantes de la familia<sup>32</sup>.

Edad de la primera relación sexual: edad en la que la mujer tuvo su primera relación coital con penetración vaginal.

La familia también influye en éste aspecto pues aquí es donde se fomenta la naturalidad de la identidad y el papel sexual, es importante recalcar el fundamento del vitalicio matrimonio heterosexual como exclusiva legitimación de pareja, la virginidad y la abstinencia sexual prematrimonial, la sexualidad orientada hacia la reproducción, la noción de la autoridad como garantía de estabilidad y seguridad y la subordinación de las mujeres y los niños como dispositivo de armonía familiar se funcionan en la relectura de las indicaciones bíblicas para el bienestar de las relaciones intergenéricas e intergeneracionales<sup>22</sup>.

Métodos anticonceptivos: cualquier método natural o artificial que impida la fecundación<sup>33</sup>.

Planificación familiar: es un proceso que permite a los individuos o parejas decidir de una manera libre, voluntaria y responsable cuántos hijos tener, y en el caso de infertilidad involuntaria, tener la oportunidad de buscar la ayuda pertinente<sup>33</sup>.

Es importante indicar el papel que juegan los mitos y creencias que proceden desde la historia y se han venido difundiendo respecto a los métodos y medios de planificación familiar en la sociedad en que vivimos, desde las religiones, ideologías, filosofías y políticas, que se han creado para que se tenga un control de la humanidad. Estas normas basadas en una creencia falsa comienzan a divulgarse como algo comprobado y real es por ello que se convierten en un mito.

Muchas mujeres cambian o abandonan el método ya sea por reacciones adversas hormonales como mareo, dolor de cabeza, aumento de peso y otros; razones que constituyen elementos esenciales para su abandono o su decisión de cambiar de método.

Estrategia educativa: Es una actividad coordinada, estructurada donde confluyen muchos aspectos para mejorar a través de la educación y la información, y de esta manera influir en los aspectos socio-culturales venciendo barreras antropológicas, de creencias y mitos respecto a la planificación familiar para lograr la aceptación de los métodos de planificación familiar.

En el primer diagnóstico a través del análisis de situación de salud y mediante el árbol de problema se pudo establecer que los factores individuales, sociales y culturales podían ser influidos a través de capacitación y de intervención.

El diseño de la estrategia educativa condujo a fomentar el pensamiento responsable sobre salud sexual y reproductiva en las mujeres de Santa Rosa de Pichul y a influir sobre éstos factores para mejorar la aceptación de los métodos anticonceptivos<sup>34</sup>.

## 2.5 Formulación de hipótesis e identificación de variables

### Hipótesis Alternativa

La estrategia educativa influyó en los factores socioculturales para la aceptación del uso de métodos anticonceptivos.

### Hipótesis Nula

La estrategia educativa no influyó en los factores socioculturales para la aceptación del uso de métodos anticonceptivos.

### Identificación de variables

Como variables independientes se encuentran los factores socioculturales, como variable dependiente la aceptación del uso de métodos anticonceptivos y como variable interviniente la Estrategia educativa.



## **CAPÍTULO 3**

### **METODOLOGÍA**

#### 3.1. Enfoque

El presente trabajo de investigación tiene un enfoque cualitativo (entrevista a profundidad, grupos focales) y cuantitativo; se aplicaron métodos estadísticos para la obtención de los resultados.

#### 3.2 Modalidad básica de la investigación

Se utilizó la modalidad de campo, la información se obtuvo en la comunidad donde habitan las mujeres del estudio.

#### 3.3 Nivel o tipo de investigación (diseño aplicado en la investigación)

Se trata de una investigación analítica, cuasi-experimental, longitudinal prospectiva de diseño pre-post con un solo grupo.

#### 3.4 Población y muestra

Universo del estudio: 204 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) de la comunidad de Santa Rosa de Pichul año 2015-2016 por lo que la investigación se realizó con la totalidad de ellas.

Criterios de inclusión: Mujeres en edad fértil que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de exclusión: Las mujeres en edad fértil que tengan déficit mental que impida la recolección correcta de la información, las mujeres que tengan condiciones físicas o biológicas que impidan el uso de métodos anticonceptivos.

Criterios éticos: Durante el estudio se respetaron los principios fundamentales de bioética, implementando la autonomía de ingresar y formar parte de éste, con la justicia de conocer los beneficios, objetivos del estudio y con la pertinencia de conocimiento de beneficencia y no maleficencia, se realizará el consentimiento informado (Anexo 1), en caso de aceptar se mantendrá el anonimato de sus datos personales y su información privada, los datos obtenidos serán confidenciales, utilizándolos solo con fines investigativos.

Durante la recepción de los consentimientos informados 34 mujeres no aceptaron participar en el estudio por diversas opiniones de entre las cuales sobresalió que no aceptan participar en el estudio pues se atienden de manera particular en medicina privada.

### 3.5 Operacionalización de las variables

#### 3.5.1. Variable independiente.

Factores socioculturales: Elemento condicionante que contribuye a lograr un resultado que interviene en el apareamiento o afecta el desarrollo de una situación potencializándola de manera negativa, pueden ser internos o externos, voluntariosos o involuntarios <sup>19</sup>.

Las características socioculturales son las características personales, sociales y de cultura que pueden influir en la decisión de aceptabilidad o rechazo a los métodos anticonceptivos.

<b>Dimensión</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>Escalas</b>	<b>Técnica</b>	<b>o instrumento</b>
<b>Individuales</b>	Grupo de edad	15-19	Formulario de planificación familiar en historia clínica individual	
		20-34		
		35-49		
	Escolaridad	Ninguno	Formulario	de

---

		Ciclo básico	planificación familiar
		Bachillerato	en historia clínica individual
		Superior	
	Estado civil	Soltero	Formulario de planificación familiar
		Unión libre	en historia clínica individual
		Casado	
		Separado	
	Actividad laboral	Ninguno	Formulario de planificación familiar
		Ama de casa	en historia clínica individual
		Comerciante	
		Empleada pública	
		Empleada privada	
	Edad de la primera relación sexual	Menos de 19 años	Formulario de planificación familiar
		Más de 19 años	en historia clínica individual
	Número de hijos	Ninguno	Formulario de planificación familiar
		1 o 2	en historia clínica individual
		3 o mas	
<b>Sociales</b>	Nupcialidad	Ninguno	Formulario de planificación familiar
		1	en historia clínica individual
		2 o mas	

---

	Religión	Católica	Formulario de planificación familiar en historia clínica individual
		Evangélica	
<b>Culturales</b>	Grupo cultural	Mestiza	Formulario de planificación familiar en historia clínica individual
		Indígena	

Tabla 1. Operacionalización de la variable independiente

Elaborado por Silvana Parra

### 3.5.2. Variable dependiente

Aceptación del uso de métodos anticonceptivos: Cualidad que indica que las pacientes aceptan o no los métodos de anticoncepción

<b>Variable</b>	<b>Escalas</b>	<b>Técnica o instrumento</b>	<b>Indicador</b>
<b>Aceptación del método anticonceptivo</b>	Acepta No Acepta	Grupos focales	Porcentaje

Tabla 2. Operacionalización de la variable dependiente

Elaborado por Silvana Parra

### 3.5.3. Variable interviniente

Estrategia educativa: Es una actividad coordinada, estructurada donde confluyen muchos aspectos para mejorar a través de la educación y la información, y de esta manera influir en los aspectos socio-culturales venciendo barreras antropológicas, de creencias y mitos respecto a la planificación familiar para lograr la aceptación de los métodos de planificación familiar.

<b>Dimensión</b>	<b>Variable</b>	<b>Escalas</b>	<b>Técnica o Instrumento</b>	<b>Indicador</b>
<b>Evaluación de la estrategia</b>	Nivel de información	Buena Regular Mala	Grupos focales	Incremento de 50% o más de nivel de información bueno
	Evolución de la aceptación	Acepta No acepta	Grupos focales	Incremento de la aceptación 15% o mas
	Impacto de la estrategia educativa	Impacto positivo Impacto negativo	Grupos focales	Incremento porcentual de nivel de información y aceptación

Tabla 3. Operacionalización de la variable interviniente

Elaborado por Silvana Parra

### 3.6. Técnicas de recolección de información

La investigación se desarrolló en tres etapas: diagnóstica, intervención a través de la implementación de una estrategia educativa y evaluación del impacto de la misma.

Se recolectaron los datos a través de fuentes secundarias como historia clínicas individuales específicamente del formulario de Planificación Familiar (Anexo 2) y fuente primaria: entrevista a profundidad no estructurada, con esta primera información se elaboró la estrategia educativa que se implementó; esta estrategia fue estructurada con bloques temáticos y cada uno de ellos con subtemas,

conformado estructuralmente por: introducción y fundamentación, objetivos encaminados a solucionar un problema identificado, diagnóstico (Anexo 3), donde se identificó la situación real del problema de no aceptación de los métodos anticonceptivos, abordando los factores socioculturales influyentes en esta decisión, y la confección de la estrategia, en éste aspecto se tomaron en cuenta todos los datos que recoge la historia clínica y la entrevista a profundidad para las acciones educativas que se plantearon, apoyados en los Protocolos del Ecuador y en la bibliografía actualizada y la evaluación (Anexo 4).

En el programa se aplicó la modalidad de tiempo parcial para no afectar la actividad asistencial.

Para diagnosticar si la estrategia educativa influyó sobre los factores socioculturales para la aceptación del uso de métodos anticonceptivos, se formaron grupos focales con las mujeres del estudio (Anexo 5), organizados según las características homogéneas, entre ellos: la edad, religión, etnia, ocupación, pues estos factores influyen de manera importante en la mayoría de las interacciones, se utilizó el escenario de la Junta de agua de la comunidad de Santa Rosa de Pichul y otros escenarios en la comunidad como áreas comunes de las mujeres del estudio.

Se ejecutaron técnicas de recolección de la información como lluvia de ideas, navío cargado de... y otros y a través con la escucha activa se realizó el análisis del discurso y éstos datos se evaluaron y se midieron con las respuestas recolectadas.

Se efectuó la evaluación del impacto de la estrategia educativa, con el análisis del programa, fuentes y metodologías aplicables, además de medir los efectos del programa sobre las personas que se han beneficiado (mediante los grupos focales).

Al valorar si la intervención educativa pudo ser la causa de un cambio de conducta como es el lograr incrementar la aceptación de los métodos anticonceptivos por las pacientes no es algo que pueda evidenciarse fácilmente, debido en parte a que a pesar de la intervención existen múltiples influencias

externas que continuamente modulan la percepción que de la información adquirida tiene tanto en sentido positivo como negativo como por ejemplo la familia, la comunidad y otros. Por lo que se diseñó una intervención con un grupo control que no recibiera la intervención para comparar resultados, pero existen un impedimento ético en privar de información a un grupo poblacional para probar una teoría y finalmente no se podría controlar en este grupo control las influencias externas con lo que finalmente se contaminarían los resultados.

Por estas razones se toma un solo universo para medir con un diseño pre- post y se establece que si se logra evidenciar que al menos el 50% de las mujeres intervenidas adquirió información suficiente para tomar una decisión con respecto a su esfera reproductiva y se evidencia que al menos un 15% de ellas considera un cambio de su conducta personal hacia la aceptación entonces la estrategia educativa tiene un resultado propuesto y un impacto positivo.

Se considerara que si adquirir la información no promueve mayor aceptación entonces la estrategia habrá tenido un impacto negativo mientras que si los indicadores son superados la estrategia habrá tenido un impacto positivo.

### 3.7 Plan de procesamiento y análisis

Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva para el resumen de las variables cualitativas (análisis del discurso) y cuantitativos (porcentajes, media y desviación estándar).

Como técnica de estadística inferencial se emplearon las pruebas de Ji cuadrado de independencia y McNemar-Bowker.

Se utilizó en todos los casos un nivel de significancia de  $p$  valor  $< 0,05$  y el programa Spss 20.

Test de Ji cuadrado.- La prueba de Ji-cuadrado es cualquier prueba estadística de la hipótesis en cuál el test estadístico de la distribución del Ji-cuadrado si la hipótesis nula es verdad, determina si existe asociación entre variables cualitativas en donde si el  $p$ -valor asociado al estadístico de contraste es menor se rechazará la

hipótesis nula y se utiliza para analizar tablas de contingencia y comparación de proporciones en datos independientes

Prueba de McNemar.- Prueba estadística que sirve para comparar proporciones en datos pareados para probar la hipótesis nula de inexistencia de cambios en la proporción de sujetos que experimentan un acontecimiento, cuando cada individuo es evaluado dos veces (en condiciones diferentes) y los datos están emparejados.



## CAPITULO 4

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 FACTORES SOCIOCULTURALES Y ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Se describen los factores sociales culturales dentro de los cuales se encuentran aspectos individuales, sociales y culturales y su relación con la aceptación de los métodos anticonceptivos <sup>35</sup>.

Tabla 4. Aceptación de métodos anticonceptivos según grupos de edad.

Grupos de edad	Acepta		No acepta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15 a 19	23	13,5	8	4,6	31	18,1
20 a 34	55	32,4	37	21,8	92	54,2
35 a 49	17	10,0	30	17,7	47	27,7
Total	95	55,9	75	44,1	170	100,0

$\chi^2= 12,191$  gl 2 P=0,002

Fuente: Historias clínicas individuales.

Elaborado por Silvana Parra

Tabla 5. Aceptación de métodos anticonceptivos antes y después de la estrategia educativa según grupos de edad.

Grupos de edad	Aceptación antes de EE		Aceptación después de EE		Diferencia
	No.	%	No.	%	%
15 a 19	23	24,2	22	16,5	-7,7
20 a 34	55	57,9	77	57,9	0
35 a 49	17	17,9	34	25,6	7,7
Total	95	100,0	133	100,0	-

Fuente: Historias clínicas individuales y grupos focales.

Elaborado por Silvana Parra

En la tabla 4 el grupo predominante se encuentra en las mujeres jóvenes 54,2% seguido del grupo de adultas 27,7% y las adolescentes con el 18,1%.

El porcentaje de aceptación es de 55.9%, por grupos de edad las mujeres mayores de 35 años presentaron menor porcentaje de aceptación.

Mostrando diferencias estadísticamente significativas entre la edad y la aceptación de métodos anticonceptivos  $p=0,002$ .

En la Tabla 5 se evidencia que después de la estrategia educativa la aceptación entre las adolescentes disminuye en 7,7% y en las adultas el porcentaje aumenta en 7,7.

Según la literatura las adolescentes pueden tener problemas por no acceder a métodos de planificación familiar ya sea por desconocimiento o por que no acceden a los servicios de salud. También hay que considerar, que es problema que la joven quede embarazada por no tener un plan de vida o porque las oportunidades para llevar a cabo su proyecto eran pocas o nulas, lo que refleja una serie de inequidades y desafíos estructurales <sup>36</sup>.

Se identifica tres grupos vulnerables respecto a las adolescentes. En el primer grupo están las jóvenes de los grupos tradicionales, incluyendo los pueblos indígenas donde se vincula con una unión temprana, arraigada en prácticas culturales. En el segundo grupo se encuentran las jóvenes de estratos socioeconómicos bajos, particularmente de áreas urbanas, en los cuales la alta fecundidad en adolescentes está asociada con la falta de alternativas y proyectos de vida, combinado con la ausencia de intervenciones públicas de prevención del embarazo. Por último se encuentran las jóvenes de los grupos socioeconómicamente más favorecidos, que reconocen los riesgos de la maternidad temprana, pero no logran prevenir el embarazo por falta de acceso a métodos preventivos o comportamientos que les permitan hacer uso de ellos <sup>36</sup>.

Las jóvenes que residen en áreas rurales son sistemáticamente más proclives a ser madres adolescentes que las que viven en áreas urbanas y, dentro de cada zona,

son las jóvenes del quintil más pobre de ingresos las que registran los más altos porcentajes de maternidad adolescente <sup>36</sup>.

Los jóvenes que tienen acceso también pueden sentirse alienados del sistema de salud por diversas razones. Los servicios de salud pueden no responder a las características de atención requeridas, ya sea porque hay un desfase entre la oferta y la demanda de servicios o porque la manera de entregar estos servicios no es adecuada; el personal de salud puede demostrar prejuicios contra la juventud o no estar capacitado para tratar con esta población; y la falta de confidencialidad puede desincentivar a los jóvenes a buscar atención médica, sobre todo en las áreas de salud sexual y reproductiva y salud mental <sup>36</sup>.

Las tendencias generales indican que a edades más tempranas la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar para espaciar los nacimientos es mayor, pero a medida que las mujeres avanzan en edad, esta necesidad se orienta más a limitar los nacimientos adicionales. Sin embargo, tomadas en forma conjunta, la necesidad de planificación familiar es más alta para los grupos de edades más jóvenes <sup>41</sup>.

En los grupos focales se identificó que las adolescentes y jóvenes tienen mejor información mientras que las mujeres adultas ésta información no es buena o más bien su conocimiento estaba fundamentado en creencias incorrectas y mitos que fueron vencidas.

Las adolescentes por su parte indicaron que una de las fuentes de información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos son las instituciones educativas pero que en los colegios esta información llega de manera superficial y que su información llega de pares que en muchas ocasiones son de experiencias o vivencias que ellos tienen, además se evidenció que el grupo de donde fue más difícil lograr recolectar la información fue del grupo de mujeres adultas quienes no se expresaban con tranquilidad sino más bien sentían invadido su espacio y su privacidad y no se expresaban con soltura y claridad frente a los aspectos que se estaban interrogando.

Tabla 6. Aceptación de métodos anticonceptivos según Estado civil.

Estado civil	Acepta		No acepta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Soltera	42	24,7	8	4,7	50	29,4
Unión libre	23	13,5	15	8,8	38	22,3
Casada	26	15,3	52	30,6	78	45,9
Separada	1	0,6	0	0,0	1	0,6
Divorciada	3	1,8	0	0,0	3	1,8
Total	95	55,9	75	44,1	170	100,0

$\chi^2 = 35,611$  gl 4 P=0,000

Fuente: Historias clínicas individuales.

Elaborado por Silvana Parra

Tabla 7. Aceptación de métodos anticonceptivos antes y después de la estrategia educativa según Estado civil.

Estado civil	Aceptación antes de EE		Aceptación después de EE		Diferencia
	No.	%	No.	%	%
Soltera	42	44,2	40	30,1	-14,1
Unión libre	23	24,2	30	22,6	-1,6
Casada	26	27,4	59	44,4	17
Separada	1	1,1	1	0,8	-0,3
Divorciada	3	3,2	3	2,3	-0,9
Total	95	100,0	133	100,0	-

Fuente: Historias clínicas individuales y grupos focales.

Elaborado por Silvana Parra

En la tabla 6. las mujeres casadas representan el porcentaje más alto con un 45,9% seguido de las solteras y las de unión libre con 29,4% y 22,3% y menor porcentaje las divorciadas y separadas con 1,8% y 0,6% respectivamente.

Entre las mujeres del estudio el porcentaje de aceptación es del 55,9%, según el estado civil el grupo con mayor aceptación son las solteras 24,7% y el grupo de mayor porcentaje que no aceptación los métodos anticonceptivos son las casadas con 30,6%.

Mostrando diferencias estadísticamente significativas entre la aceptación de los

métodos anticonceptivos y el estado civil  $p=0,000$ .

La tabla 7, muestra que después de la estrategia educativa la aceptación aumentó en las casadas en un 17% y disminuyó en las solteras en un 14,1% y en el resto de los estados civiles disminuyó en porcentajes mínimos.

Las mujeres casadas o convivientes son incluidas en las necesidades insatisfechas mientras que se excluye a las solteras, que necesitan y usan anticonceptivos y que representan un área importante de monitoreo e intervención programática <sup>41</sup>.

Lo que puede mostrar los cambios significativos en las solteras luego de la estrategia puesto que en algunos de los casos se inició la vida sexual y su deseo de planificación se modificó que es lo que se logró identificar en los grupos focales y en los grupos de mujeres adultas se identificó su deseo de planificar aduciendo la edad, el número de hijos e incluso que hoy en día el aspecto económico es difícil.

Tabla 8. Aceptación de métodos anticonceptivos según Nivel de Escolaridad.

Nivel de escolaridad	Acepta		No acepta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguno	1	0,7	16	9,4	17	10,0
Ciclo básico	20	11,8	35	20,6	55	32,4
Bachillerato	46	27,1	24	14,1	70	41,2
Superior	28	16,4	0	0,0	28	16,4
Total	95	55,9	75	44,1	170	100,0

$X^2 = 50,588$  gl 3  $P=0,000$

Fuente: Historias clínicas individuales.

Elaborado por Silvana Parra

Tabla 9. Aceptación de métodos anticonceptivos antes y después de la estrategia educativa según Nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	Aceptación antes de EE		Aceptación después de EE		Diferencia
	No.	%	No.	%	%
Ninguno	1	1,1	11	8,3	7,2
Ciclo básico	20	21,1	41	30,8	9,7
Bachillerato	46	48,4	56	42,1	-6,1
Superior	28	29,5	26	19,5	-10
Total	95	100,0	133	100,0	-

Fuente: Historias clínicas individuales y grupos focales.  
Elaborado por Silvana Parra

La tabla 8, indica que el grupo predominante son las mujeres que han terminado el bachillerato con un 41,2% en segundo lugar el ciclo básico con 32,4% seguido del ciclo superior con 16,4% y con ningún nivel de escolaridad el 10%.

Entre las mujeres del estudio el porcentaje de aceptación es del 55,9%. Por nivel educacional el grupo que más acepta son los que han terminado el bachillerato con 27,1% y los que menos aceptan son las del ciclo básico con 20,6%.

Mostrando diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de escolaridad y la aceptación de métodos anticonceptivos  $p=0,000$ .

Después de la estrategia educativa la aceptación aumentó en los niveles educativos bajos (ninguno y el ciclo básico) en 7,2% y 9,7% respectivamente y disminuyó en las de niveles altos Bachillerato en un 6,1% y el superior en un 10%. Tabla 9.

La acumulación de años de escolaridad atrasa las transiciones a la formación de uniones y a la maternidad en todos los países <sup>42</sup>.

Las tendencias temporales en el tamaño ideal de la familia reflejan un modesto declive en las últimas décadas, que en ninguno de los países representó más de 0,8 hijos por mujer. En conjunto, los datos revelan que la tendencia en el tamaño ideal de la familia es relativamente homogénea en los grupos educativos y no presenta cambios significativos en las últimas décadas <sup>42</sup>.

Sin embargo, como se sabe, las tasas de fecundidad reales son muy distintas de los niveles de fecundidad deseada, sobre todo en las mujeres con menor nivel de educación. Las prácticas anticonceptivas son fundamentales para comprender la brecha de la fecundidad deseada con la observada. Por nivel educativo, el uso de métodos anticonceptivos antes de tener el primer hijo es superior en las mujeres con estudios, incluso si solo se considera a aquellas que fueron madres antes de los 18 años <sup>42</sup>.

Las personas que tienen educación superior tienen mayores ingresos en comparación con aquellas que no tienen ningún nivel educativo. Un embarazo en adolescencia influye en los años de escolarización a los que puede acceder una persona, el embarazo es causal de deserción del sistema escolar y al tener menos años de educación se reducen las posibilidades de tener acceso a un trabajo mejor remunerado. Por ello las mujeres heredan su condición de pobreza a sus hijos, porque un hogar con menores ingresos económicos no prioriza la educación de sus hijas/os, volviendo a repetir el ciclo <sup>44</sup>.

Los grupos focales mostraron que el nivel de instrucción era directamente relacionado con la información que las mujeres tenían pero surgieron sorpresas sobre todo en algunas mujeres de nivel escolar básico intercambiaban ideas respecto a la responsabilidad de planificar, el inicio de la vida sexual y la búsqueda de un futuro mejor para sus hijos.

Tabla 10. Aceptación de métodos anticonceptivos según la Ocupación.

Ocupación	Acepta		No acepta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguna	36	21,2	9	5,3	45	26,5
Quehaceres domésticos	29	17,1	39	22,9	68	40,0
Comerciante	12	7,1	11	6,5	23	13,5
Empleada privada	14	8,2	12	7,1	26	15,3
Empleada pública	4	2,3	4	2,3	8	4,7
Total	95	55,9	75	44,1	170	100,0

X<sup>2</sup>= 16,703 gl 5 P=0,005

Fuente: Historias clínicas individuales.

Elaborado por Silvana Parra

Tabla 11. Aceptación de métodos anticonceptivos antes y después de la estrategia educativa según Ocupación

Ocupación	Aceptación antes de EE		Aceptación después de EE		Diferencia
	No.	%	No.	%	%
Ninguna	42	44,2	37	27,8	-16,4
Quehaceres domésticos	23	24,2	48	36,1	11,9
Comerciante	26	27,4	19	14,3	-13,1
Empleada privada	1	1,1	24	18,0	16,9
Empleada pública	3	3,2	5	3,8	0,6
Total	95	100,0	133	100,0	-

Fuente: Historias clínicas individuales y grupos focales.  
Elaborado por Silvana Parra

La tabla 10 indica que el grupo predominante son las mujeres cuya ocupación es quehaceres domésticos con un 40% en segundo lugar las que no tienen ninguna ocupación con 26,5% seguidas de Empleada privada (15,3%), comerciante (13,5%) y empleada pública (4,7%).

Entre las mujeres del estudio el porcentaje de aceptación es del 55.9%, por ocupación el grupo que más acepta son los de ninguna ocupación y las que menos aceptan tienen ocupación quehaceres domésticos.

Mostrando diferencias estadísticamente significativas entre la aceptación de los métodos anticonceptivos y el nivel de escolaridad  $p=0,005$ .

Después de la estrategia educativa la aceptación aumentó en las mujeres que realizan quehaceres domésticos (11,9%), las empleadas privadas en un 16,9%, las empleadas públicas; disminuyeron las otras ocupaciones (ninguna 16,4%, comerciante 13,1%). Tabla 11.

En la última década el mayor número de iniciativas públicas estuvieron destinadas a debilitar la dependencia económica de las mujeres y mejorar las situaciones de los grupos con mayores desventajas. Algunas otras políticas han estado orientadas más decididamente a afectar los mecanismos de discriminación de las mujeres en



el acceso a recursos y en el mercado laboral eliminar las brechas entre mujeres y hombres y asegurar una igualdad de oportunidades <sup>39</sup>.

Al involucrar las ocupaciones de las mujeres durante los grupos focales se evidencia el predominio de las mujeres que no tienen un trabajo fijo y su condición económica depende de sus parejas se evidenció que existe un conformismo respecto a la vida que llevan incluso una mujer indicó “yo no trabajo porque mi marido dice que él debe darme todo y yo cuidar y atender a los hijos...” a ésta afirmación indicaron muchas mujeres que han intentado trabajar pero que sus esposos son celosos y les impiden trabajar y que mejor para evitar conflictos familiares no lo hacen.

Tabla 12. Aceptación de métodos anticonceptivos según la Religión.

Religión	Acepta		No acepta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Católica	75	44,1	40	23,5	115	67,6
Evangélica	19	11,2	35	20,6	54	31,8
Otra	1	0,6	0	0,0	1	0,6
Total	95	55,9	75	44,1	170	100,00%

$X^2 = 14,237$  gl 2  $P = 0,001$

Fuente: Historias clínicas individuales.

Elaborado por Silvana Parra

Tabla 13. Aceptación de métodos anticonceptivos antes y después de la estrategia educativa según Religión.

Religión	Aceptación antes de EE		Aceptación después de EE		Diferencia
	No.	%	No.	%	%
Católica	75	78,9	92	69,2	-9,7
Evangélica	19	20,0	40	30,1	10,1
Otra	1	1,1	1	0,8	-0,3
Total	95	100,0	133	100,0	-

Fuente: Historias clínicas individuales y grupos focales.

Elaborado por Silvana Parra

En la tabla 12 el grupo predominante es la religión católica con un 67,6% en segundo orden de prioridad la religión evangélica estuvo representada con 31,8%

y otra religión con 0,6%

Entre las mujeres del estudio el porcentaje de aceptación es del 55.9%. Por religión el grupo que más acepta es la católica con un 44,1%.

Mostrando diferencias estadísticamente significativas entre la religión y la aceptación de métodos anticonceptivos  $p=0,001$ .

Después de la estrategia educativa la aceptación aumentó en la religión Evangélica en un 10,1% y la católica disminuyó un 9,7%. Tabla 11.

En América Latina, las jerarquías de la iglesia católica han sido un actor de veto permanente a la incorporación de nuevas concepciones de género y al reconocimiento de nuevos derechos, sobre todo en el área sexual y reproductiva. Se han opuesto a la demanda feminista de aborto seguro y legal y a la implementación de políticas que tienen que ver con la educación sexual, las campañas de prevención del Sida, la regulación de la reproducción y el reconocimiento de identidades sexuales plurales. Medidas de políticas existentes en relación a la despenalización del aborto han sido eliminadas bajo regímenes dictatoriales y democráticos por presión de la iglesia católica y grupos religiosos<sup>39</sup>.

En lo que se refiere a la filiación religiosa, en Ecuador los datos demuestran que el 91,95% de la población afirma tener una religión, de los cuales el 80,4% pertenece a la religión Católica, el 11,3% Evangélica, 1,29% Testigos de Jehová y el restante 6,96% pertenecen a otras religiones. Tres de cada diez creyentes afirmaron asistir por lo menos una vez a la semana a algún culto religioso (cultos, misas, reuniones, etc.); dos de cada diez una vez al mes y el 15,9% asiste solo en ocasiones especiales<sup>43</sup>.

Se abordó la religión respecto a sus decisiones en los grupos focales y al analizar sus respuestas indicaron que en caso de las mujeres católicas sus decisiones son exclusivas e individuales al igual que en el caso de las cristianas pero en éstas últimas indicaron que durante el culto no se hablan de esas cosas pero que sobre

todo en reuniones familiares o con los vecinos se hablan de los “daños” que producen los anticonceptivos y los hombre “deciden” según lo que escuchan y lo que ellos entienden, incluso una mujer indica “ellos saben y es mejor hacer lo que dicen”.

Tabla 14. Aceptación de métodos anticonceptivos según Grupo cultural.

Grupo cultural	Acepta		No acepta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Mestizo	77	45,3	30	17,6	107	62,9
Indígena	18	10,6	45	26,5	63	37,1
Total	95	55,9	75	44,1	170	100,0

$X^2= 30,282$  gl 1  $P=0,000$

Fuente: Historias clínicas individuales.

Elaborado por Silvana Parra

Tabla 15. Aceptación de métodos anticonceptivos antes y después de la estrategia educativa según Religión.

Grupo cultural	Aceptación antes de EE		Aceptación después de EE		Diferencia
	No.	%	No.	%	%
Mestizo	77	81,1	91	68,4	-12,7
Indígena	18	18,9	42	31,6	12,7
Total	95	100,0	133	100,0	

Fuente: Historias clínicas individuales y grupos focales.

Elaborado por Silvana Parra

En la tabla 14 el grupo predominante es del grupo cultural mestizo con un 62,9% seguido del grupo indígena con 37,1%

Por grupo cultural el grupo que más acepta son las mestizas con un 45,3%.

Mostrando diferencias estadísticamente significativas entre la aceptación y el grupo cultural  $p=0,000$ .

Después de la estrategia educativa la aceptación aumentó en el grupo Indígena en un 12,7% y el grupo mestizo disminuyó un 12,7%. Tabla 15.

Las mujeres indígenas forman una unión estable e inician la reproducción en una

etapa de la vida que sería considerada adolescencia según un criterio cronológico occidental. Los comportamientos, las experiencias y el significado de la sexualidad y el embarazo en la juventud indígena están fuertemente determinados por las normas sociales y culturales <sup>36</sup>.

Las poblaciones indígenas y afro-ecuatorianas presentan mayores brechas de privación como consecuencia de un menor acceso al seguro de salud, así como por presentar menores ingresos <sup>37</sup>.

Rafael Correa indicó “Todos hablamos del cambio, pero “que cambie el resto, porque yo no tengo nada que cambiar”. Estos problemas culturales son especialmente graves en el mundo indígena. El principal problema indígena en nuestra América es la pobreza, fruto de siglos de exclusión; pero las víctimas no tienen supremacía moral sobre los no victimizados. El haber sido objeto de graves injusticias no hace a nadie ejemplo de buen vivir, no hace a nadie más sabio que el resto. Es más, cayendo en esta soberbia se cometen los mismos errores de los que fueron blanco durante siglos: el etnocentrismo. Finalmente, el haber sido víctimas no les exime de responsabilidad en su situación actual, no justifica la ausencia total de autocritica <sup>38</sup>. Esta victimización ha inmovilizado a nuestros pueblos ancestrales, exacerbada por cierta izquierda, muchas veces de buena fe, pero también con bastante demagogia. ¡Qué daño ha hecho el paternalismo en América Latina! Hablar no de pobre, sino de “empobrecidos”, la mitificación del mundo indígena, su eterna victimización, donde todos los males —que los hay, y muchos— son culpa de terceros. Lamentablemente, ciertos antivalores culturales pueden prevalecer como mecanismos de retraso y subdesarrollo”<sup>38</sup>.

En el caso de los pueblos indígenas, se debe considerar la fecundidad en el contexto más amplio de la concepción del buen vivir indígena; en ella los hijos representan la posibilidad de la reproducción biológica y cultural continuamente amenazada; no en vano los hijos representan la continuación de la vida y de la naturaleza, donde todo es sexuado: masculino y femenino. Una fecundidad alta es por lo tanto un valor y un recurso vinculado al tamaño ideal del hogar, al rol económico de los hijos, a la supervivencia del grupo y al bienestar en general <sup>40</sup>.

En Ecuador, Estado Plurinacional de Bolivia, México y Perú, alrededor de cinco de cada 10 mujeres indígenas no usa método alguno <sup>40</sup>.

Según el instituto nacional de estadísticas y censos INEC (2010). EL 74.4% de la población ecuatoriana pertenecen a la cultura mestiza, además podemos analizar que esta cultura es la que posee mayor acceso a los servicios de salud ya que viven en zonas cercanas a las unidades de salud <sup>43</sup>.

Se evidenció que los grupos focales de grupo cultural indígena aportaron aspectos relacionados aspectos relacionados a sus costumbre arraigadas de sus antepasados, una mujer incluso indicó “se debe tener los hijos que diosito de porque ellos ayudan en la casa y cuando ya esté viejita ellos mismo verán”. A lo que las acompañantes asentían con su cabeza de ésta aseveración.

Tabla 16. Aceptación de métodos anticonceptivos según número de hijos

Número de hijos	Acepta		No acepta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguno	30	17,7	4	2,3	34	20,0
1 a 2	40	23,5	30	17,7	70	41,2
3 y mas	25	14,7	41	24,1	66	38,8
Total	95	55,9	75	44,1	170	100,0

$X^2= 23,157$  gl 2 P=0,000

Fuente: Historias clínicas individuales.

Elaborado por Silvana Parra

Tabla 17. Aceptación de métodos anticonceptivos antes y después de la estrategia educativa según Número de Hijos.

Número de hijos	Aceptación antes de EE		Aceptación después de EE		Diferencia
	No.	%	No.	%	%
Ninguno	30	31,6	28	21,1	-10,5
1 a 2	40	42,1	57	42,9	0,8
3 y mas	25	26,3	48	36,1	9,8
Total	95	100,0	133	44,1	-

Fuente: Historias clínicas individuales y grupos focales.

Elaborado por Silvana Parra

La tabla 16 evidencia que el 41,2% de las mujeres tienen de 1 a 2 hijos seguido del grupo de 3 y más con un 38,8%, el 20% no tenía hijos; Según el número de hijos el grupo que más acepta es el grupo de 1 y 2 hijos con y el que menos acepta es el que tiene más de 3 hijos.

Mostrando diferencias estadísticamente significativas entre la aceptación y el número de hijos  $p=0,000$ .

Después de la estrategia educativa la aceptación aumentó en el grupo de 3 y más hijos en un 9,8% y disminuyó en un 10,5% en el grupo de ningún hijo. Tabla 17.

Guatemala, Honduras, Panamá, y Ecuador, son los países que presentan una fecundidad más alta para los pueblos indígenas y en estos dos últimos, se encuentran las mayores discrepancias en relación con la población no indígena se observa una mayor variabilidad entre países en las poblaciones indígenas, con promedios que van de 2,5 hijos por mujer a 6,5 hijos. Pareciera, entonces, que menores niveles de fecundidad a nivel nacional, no necesariamente implican mayor convergencia entre indígenas y no indígenas <sup>40</sup>.

Los grupos focales revelaron que en el grupo de las mestizas entre bromas decían que “ya no se debe tener hijos por tener ahora toca darles un mejor futuro no como nosotras” incluso ésta aseveración trajo un intercambio sobre el número ideal de hijos llegando a un consenso de 2 hijos; mientras que en el grupo de indígenas el número que ellas indicaban era muy variado desde 3 hasta 5 y 6 hijos.

Tabla 18. Aceptación de métodos anticonceptivos según nupcialidad

Nupcialidad	Acepta		No acepta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguno	22	12,9	2	1,2	24	14,1
1 pareja	47	27,7	53	31,1	100	58,8
2 y mas	26	15,3	20	11,8	46	27,1
Total	95	55,9	75	44,1	170	100,0

$X^2= 15,673$  gl 2  $P=0,000$

Fuente: Historias clínicas individuales.

Elaborado por Silvana Parra

Tabla 19. Aceptación de métodos anticonceptivos antes y después de la estrategia educativa según Nupcialidad.

Nupcialidad	Aceptación antes de EE		Aceptación después de EE		Diferencia
	No.	%	No.	%	%
Ninguno	22	23,2	28	21,1	-2,1
1	47	49,5	57	42,9	-6,6
2 y mas	26	27,4	48	36,1	8,7
Total	95	100,0	133	44,1	-

Fuente: Historias clínicas individuales y grupos focales.

Elaborado por Silvana Parra

La tabla 18 indica que el grupo predominante son las mujeres de uno sola pareja con 58,8% seguido del grupo de 2 y más parejas y los que no han tenido ninguna nupcialidad con 27,1% y 14,1% respectivamente.

Entre las mujeres del estudio el porcentaje de aceptación es del 55.9%, según la nupcialidad el grupo que más acepta es el grupo de una sola pareja.

Mostrando diferencias estadísticamente significativas  $p=0,000$ .

Después de la estrategia educativa la aceptación aumentó en el grupo de 2 y más parejas en un 8,7% y disminuyó en un 6,6% en el grupo de una sola pareja. Tabla 19.

No se logró encontrar literatura que corrobore los resultados de la investigación respecto a las variables nupcialidad y aceptación de métodos anticonceptivos pero en los grupos focales en cambio se logró recolectar información de que en muchos de los casos el deseo de concepción depende de si hay cambios de marido, en otros casos se indicó que como han tenido fracasos matrimoniales ahora que tienen una nueva relación deben darles hijos pues es su deseo; en uno de los casos una paciente adulta indicó que su nueva pareja es más joven que ella y desea tener hijos pero que para ella ya no los debía tener por su edad.

Tabla 20. Aceptación de métodos anticonceptivos según edad de inicio de vida sexual.

Edad de inicio de vida sexual	Acepta		No acepta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 19	78	45,9	67	39,4	145	85,3
20 y mas	17	10,0	8	4,7	25	14,7
Total	95	55,9	75	44,1	170	100,0

$X^2= 1,746$  gl 1 P=0,186

Fuente: Historias clínicas individuales.

Elaborado por Silvana Parra

Tabla 21. Aceptación de métodos anticonceptivos antes y después de la estrategia educativa según edad de inicio de la vida sexual.

Inicio de vida sexual	Aceptación antes de EE		Aceptación después de EE		Diferencia
	No.	%	No.	%	%
Menos de 19	78	82,1	111	83,5	1,3
20 y mas	17	17,9	22	16,5	-1,4
Total	95	100,0	133	100,0	-

Fuente: Historias clínicas individuales y grupos focales.

Elaborado por Silvana Parra

En la tabla 20 el grupo predominante es el grupo de mujeres que inician su vida sexual antes de los 19 años con un 85,3%.

Entre las mujeres del estudio el porcentaje de aceptación es del 55,9%, según la edad de inicio de vida sexual el grupo que más acepta es el grupo de antes de los 19 años.

Mostrando que no hay diferencias estadísticamente significativas  $p=0,186$ .

Después de la estrategia educativa la aceptación aumentó en el primer grupo en un 1,4% y en el segundo grupo disminuyó en un 1,4%. Tabla 21.

La edad de la iniciación sexual y el uso de anticonceptivos son dos variables que se relacionan directamente con la probabilidad de quedar embarazada, y en estos comportamientos se aprecian importantes diferencias según nivel



socioeconómico. La edad de iniciación sexual es consistentemente más precoz entre las jóvenes del quintil más pobre de riqueza. La tendencia de las jóvenes de estratos socioeconómicos más altos a postergar la iniciación sexual y evitar el embarazo posiblemente se vincula con que tienen proyectos de vida que incluyen estudios superiores o viven en entornos familiares que actúan como barreras contra la iniciación sexual a edades más tempranas (tienen, por ejemplo, mayor supervisión parental). Por último, algunas investigaciones en el Caribe han mostrado que tener fuertes vínculos con la escuela es un factor muy asociado con la postergación de la iniciación sexual <sup>36</sup>.

La edad de iniciación sexual es considerada un factor de riesgo para embarazo que ha adquirido una importancia creciente dada la disminución de la edad de la primera menarquia. El otro factor es el uso de anticonceptivos. El análisis de ambos factores revela que las adolescentes de menores recursos presentan una “acumulación del riesgo”, ya que registran tanto una iniciación sexual más temprana como menores niveles de uso de anticonceptivos <sup>41</sup>.

En términos generales, alrededor del 50% de las mujeres de los países analizados tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años <sup>42</sup>.

Respecto al inicio de vida sexual se logró recolectar muchas versiones entre los grupos focales entre las que resaltan “yo como era pobre a penas mi marido dijo que me case me fui con él”, “en mi casa mi papá era muy bravo y como era la única mujer no me dejó estudiar por eso apenas pude me fui con mi esposo”, “yo tenía novio ya en el colegio como mis hermanas ya eran casadas yo también ya me fui con el” a pesar de que en estas frases no indican su edad al relacionar con los grupos se evidenció que la mayor parte de las mujeres dentro del estudio iniciaron su vida sexual y su nupcialidad a edades muy tempranas (adolescencia).

#### 4.1.1 FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Los factores socioculturales que dieron significancia estadística al relacionar con la aceptación antes de la estrategia educativa y según el análisis y relacionándolo con la bibliografía seleccionada fueron:

Variable	X <sup>2</sup>	Grados de libertad	P valor
Grupo de edad	12,191	2	0,002
Estado civil	35,611	4	0,000
Escolaridad	50,588	3	0,000
Ocupación	16,703	5	0,005
Religión	14,237	2	0,001
Grupo cultural	30,282	1	0,000
Número de hijos	23,157	2	0,000
Nupcialidad	15,673	2	0,000
Edad de inicio de vida sexual	1,746	1	0,186

Fuente: Historias clínicas individuales, Programa estadístico SPSS 20.  
Elaborado por Silvana Parra

Por tanto solo la edad de inicio de vida sexual activa no influye en la aceptación de los métodos anticonceptivos.

Efectuado el análisis de cada variable atendiendo a la presencia o no de asociación estadística, se procedió a contextualizar la estrategia educativa en función de aquellas variables que demostraron estar relacionadas de forma significativa con el rechazo o no aceptación de manera que se hizo énfasis en el tratamiento de las diferencias que establecen un patrón de rechazo caracterizado por mujeres mayores de 35 años, casadas, con bajo grado de escolarización, amas de casa con 3 o más hijos, que profesan la fe cristiana desde las denominaciones evangélicas , un solo casamiento y pertenecientes al grupo cultural indígena.

## 4.2 IMPACTO DE ESTRATEGIA EDUCATIVA

El impacto de la estrategia educativa en el grupo, terminada la intervención se midió a través del cambio porcentual de las variables Nivel de información y aceptación ante los métodos, para los componentes cognitivo y conductual respectivamente. La hipótesis que se trabajó de considerar como impacto positivo de la estrategia educativa el hacer que al menos el 50% de las mujeres tuvieran un incremento en los conocimientos para asumir con responsabilidad su salud reproductiva y que al menos un 15% de ellas considerara un cambio de su conducta personal hacia la aceptación quedó probada como se evidencia en los resultados

Tabla 22. Nivel de información antes y después de la Estrategia Educativa

Calidad de la información	Después de la estrategia educativa							
	Buena		Regular		Mala		Total	
Antes de la estrategia educativa	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Buena	7	4,1	0	0,0	0	0,0	7	4,1
Regular	82	48,2	4	2,4	0	0,0	86	50,6
Mala	26	15,3	40	23,5	11	6,5	77	45,3
Total	115	67,6	44	25,9	11	6,5	170	100,0

McNemar-Bowker: 148.0 gl 1 p=0,000

Fuente: Grupos focales

Elaborado por Silvana Parra

En la medición inicial del componente cognitivo se constató que solamente el 4% tenían una información adecuada de buena calidad científica y que predominaba el grupo de nivel regular en el que se mezclaban criterios y conceptos adecuados con creencias erróneas e informaciones desactualizadas (Regular 51%).

Al terminar de aplicar la estrategia educativa se encontró una modificación significativa del nivel de información y la calidad de los conocimientos adquiridos, con 67,6% de información evaluada de Buena y la reducción a 25,9% de las previamente catalogadas de Regular. Solo en 11 mujeres no se logró modificar el pobre nivel de información (6,5%), pero el objetivo propuesto se

cumple al evidenciarse que más del 50% de las mujeres intervenidas adquirió conocimientos suficientes para tomar una decisión bien informada con respecto a su esfera reproductiva (Tabla 22).

Toda estrategia educativa establece un cambio en la dirección que se establece como propósito de ella.

En virtud del problema de investigación se logró elevar el nivel de información de las mujeres incluidas en el estudio.

Es importante indicar como muestran las tablas antes analizadas se debe continuar trabajando y fortaleciendo ésta información pues existen factores externos tanto familiares como comunitarios que pueden influir en las decisiones de las mujeres y esto no quiere indicar que disminuya el nivel de información pero pueden crear dudas que deben solventar de manera adecuada oportunamente por ello el trabajo intersectorial mantenido en el tiempo será el que fortalezca las acciones de las mujeres.

Tabla 23. Aceptación del uso de métodos anticonceptivos antes y después de la Estrategia Educativa

Aceptación del uso de métodos anticonceptivos antes de la Estrategia	Después de la estrategia educativa					
	Acepta		No acepta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Eucativa						
Acepta	84	49,4	11	6,5	95	55,9
No acepta	49	28,8	26	15,3	75	44,1
TOTAL	133	78,2	37	21,8	170	100,0

McNemar-Bowker p=0,000

Fuente: Historia clínica individual y grupos focales

Elaborado por Silvana Parra

Se elevó la aceptación en un 22.3%, con significancia estadística p 0,000

Al mejorar la información e influir indirectamente en los factores socioculturales se ha logrado una elevación en los porcentajes que pueden cambiar por factores externos o la modificación de los factores como la edad, estado civil, la educación, la situación laboral incluso la nupcialidad lo que podría involucrar el

deseo de concepción o la necesidad de cambio de métodos de planificación acorde a las individualidades.

Los cambios a nivel del componente conductual fueron más discretos como era esperado ya que es más fácil lograr y evidenciar cambios del nivel de información, que obtener la modificación de la conducta de individuo, pues ésta no está en relación directa y proporcional al conocimiento, sino que es el resultado de múltiples factores, principalmente afectivos, que actúan como modeladores sobre la información.

#### 4.3 Verificación de hipótesis

H<sub>0</sub>. La estrategia educativa no influyó en los factores socioculturales para la aceptación del uso de métodos anticonceptivos

H<sub>1</sub>= La estrategia educativa influyó en los factores socioculturales para la aceptación del uso de métodos anticonceptivos.

El nivel de significación fue de 0,05.

Para probar la hipótesis planteada se utilizó la prueba de McNemar-Broken.

Se relacionó el nivel de información y la aceptación antes y después de la intervención a través de la prueba de McNemar obteniendo en el primer caso McNemar 148.0 gl 1 p=0,000, y en la aceptación p=0,000 verificando que se incrementó el nivel de información y la aceptación antes y después.

Teniendo en cuenta los resultados del estudio, se rechazó la hipótesis nula por lo que existen diferencias significativas siendo la p menor a 0,05 entre el nivel de información y la aceptación del uso de métodos anticonceptivos antes y después de la Estrategia.

## **CAPÍTULO 5**

### **CONCLUSIONES**

#### **5.1 CONCLUSIONES**

- Los factores individuales, sociales y culturales están relacionados con el nivel de información bajo sobre métodos anticonceptivos, influyendo negativamente en la aceptación del uso de ellos.
- El grupo cultural es el principal factor influyente en la aceptación del uso de métodos anticonceptivos.
- El impacto de la estrategia fue positiva pues elevó el nivel de información y aumentó la aceptación del uso de métodos anticonceptivos.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- La estrategia debe mantenerse en el tiempo para vencer los factores externos y la desinformación de los diferentes grupos culturales que impiden alcanzar el total de aceptación.
- La información para elevar el nivel de conocimientos debe llegar de manera adecuada según el nivel los factores socioculturales para mejorar condiciones de vida y establecer estrategias para que los indicadores se mantengan en el tiempo y se fortalezcan.
- Involucrar a los diferentes actores y realizar un trabajo intersectorial articulado sobre todo en las adolescentes.

## **CAPITULO 6**

### **PROPUESTA**

#### **6.1 DATOS INFORMATIVOS**

PROGRAMA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

#### **6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA**

La presente investigación se desarrolló en virtud de un problema de la comunidad identificado en el diagnóstico de la situación de salud del sector de Santa Rosa de Pichul en donde se determinó el bajo nivel de información y conocimientos que respecto a planificación familiar tenían las mujeres.

Se estableció, y desarrolló una estrategia educativa cuyo objetivo fue elevar el nivel de conocimientos mediante la información y lograr mejorar los índices de aceptación de los métodos de planificación familiar

Con la estrategia implementada se logró elevar el nivel de información adecuada y fundamentada científicamente en un 67,7% lo que incremento la aceptación del uso de los métodos de planificación familiar en un 22.3 %.

#### **6.3 JUSTIFICACIÓN**

A pesar de las estrategias de información implementadas desde hace varios años por el ministerio de salud pública que se encuentran fundamentadas en elevar los niveles de conocimiento, vencer los mitos y creencias respecto a planificación y lograr mejorar la aceptabilidad no se ha logrado estos objetivos.

Con la implementación de la estrategia educativa dirigida a las mujeres en edad fértil de la comunidad de Santa Rosa de Pichul y luego de la identificación de los



factores socioculturales que influyen de manera directa e indirectamente en esta aceptación se decide implementar un programa que se trabaje de manera participativa con la familia y la comunidad para poder fortalecer la estrategia implementada y mejorar la aceptación a través de la participación familiar y comunitaria y con la intervención del Comité Local de Salud.

#### **6.4 OBJETIVOS**

Objetivo General. Implementar acciones sobre planificación familiar con un enfoque familiar y comunitario.

Objetivos Específicos.

- Elevar el nivel de conocimiento sobre planificación familiar.
- Fomentar acciones de salud en las familias y la comunidad.

#### **6.5 ANÁLISIS DE LA FACTIBILIDAD**

Al observar los resultados obtenidos de la estrategia educativa donde los factores que influyeron en la aceptación del uso de métodos anticonceptivos fueron la edad, estado civil, ocupación, nivel de instrucción, nupcialidad, número de hijos y principalmente el grupo cultural; El nivel de información se elevó en un 63.5% y la aceptación de los métodos anticonceptivos aumentó en un 22.3%; se pretende fortalecerla con el trabajo intersectorial en la familia y la comunidad.

Siendo la familia la unidad fundamental de desarrollo en las viviendas y siendo ellas el pilar fundamental de la comunidad y la sociedad es factible la realización de un programa que se fundamenta en la intervención familiar y comunitaria para mejorar la aceptación y los conocimientos de planificación familiar con la participación de los actores sociales y las personas de la comunidad.

#### **6.6 FUNDAMENTACIÓN**

El desconocimiento de la planificación familiar, la influencia de factores socioculturales y el incremento del embarazo en la adolescencia, son grandes y

complejos problemas que causan diversos impactos negativos en las mujeres ecuatorianas.

La Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazo en Adolescentes (ENIPLA) se propuso reducir la brecha entre embarazos deseados y observados y la mortalidad materna, esta estrategia brindó una gran campaña de educación a todos los pobladores en edad reproductiva, haciendo énfasis en la prevención y promoción de salud además de los riesgos, estuvo orientada fundamentalmente a aspectos técnicos de anticoncepción, pero es evidente que además de ésta información, se deben hacer estrategias de intervención para disipar mitos y creencias erróneas de anticoncepción, para el esclarecimiento de dudas y temores para vencer las barreras, tabúes, que son vigentes en el Ecuador, con lo que se podría lograr un impacto social y tecnológico, mejorando el uso de los métodos anticonceptivos.

En el país se evidencia alrededor del 37% de nacimientos no deseados; esto significa que de cada 100 nacimientos, 37 fueron no planificados. La cifra es mucho más preocupante cuando se incorporan variables como acceso a la educación y quintiles de pobreza, determinándose que un quintil uno con escaso acceso a educación, la brecha supera el 50%.

Por ello se plantea una respuesta intersectorial a los problemas descritos, que involucra a los Ministerio de Salud Pública, de Inclusión Económica y Social (MIES) y el Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA). Los alcances de esta iniciativa hacen que se le considere como un Programa Emblemático del Frente Social de la Revolución Ciudadana.

Si tenemos en cuenta las características de las mujeres activas sexualmente y sus conductas sexuales, podemos comprender lo importante que resulta la anticoncepción y planificación familiar en éstas edades. La planificación familiar fue reconocida como un derecho humano fundamental proclamado por la organización de las naciones unidas, en 1967.

Es un reto hablar de la salud reproductiva en Ecuador, en donde la pobreza es un

fenómeno extendido con los mitos y tabúes sobre métodos anticonceptivos y la poca participación de los hombres en la planificación familiar.

En Ecuador la situación de éste grupo poblacional no escapa a la realidad descrita para Latinoamérica, la mortalidad materna y perinatal siguen siendo un grave problema de salud, así como la alta tasa de embarazos en la adolescencia que constituye un reto para el gobierno y el Ministerio de Salud Pública.

El nuevo enfoque de la planificación familiar permite a la pareja definir el momento más apropiado para tener hijos, tomando en cuenta la salud de la mujer y los diferentes factores de riesgo reproductivo y los aspectos sociales que los rodea.

En el contexto del nuevo concepto de salud sexual y reproductiva, la planificación familiar se convierte en uno de los elementos más importantes en esta área, ya que permite a la pareja y a la mujer en particular, hacer uso de sus derechos sexuales y reproductivos para escoger libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos; la planificación familiar bajo este enfoque favorece la libre decisión sobre el comportamiento sexual y reproductivo, incidiendo favorablemente sobre el bienestar y salud de las personas y de la familia, además ofrece una forma médicamente satisfactoria de reducir el número de embarazos no deseados que en otras condiciones, podrían desembocar en la muerte de la madre o en lesiones ocasionadas por procedimientos abortivos peligrosos.

Específicamente a través de la planificación familiar, se puede reducir la mortalidad materna por los siguientes medios:

Reduciendo el número total de:

- ✓ Embarazos de cada mujer.
- ✓ Partos en las mujeres jóvenes y las de edad mayor.
- ✓ El aborto, para la terminación de embarazos no deseados en dónde no hay medios abortivos seguros.
- ✓ Embarazos de mujeres con problemas importantes de salud con riesgo

preconcepcional

Por otra parte, la mortalidad de infantes y niños puede reducirse a través de la planificación familiar, en las siguientes formas:

- Reduciendo el número de:
  - ✓ Nacimientos que se producen en periodos cortos entre parto y parto (período intergenésico corto).
  - ✓ Hijos de las mujeres jóvenes.
  - ✓ Hijos de las mujeres con mala salud.
  - ✓ Nacimientos de alta paridad.

La planificación familiar no solo significa anticoncepción, significa apoyo a la mujer y a la pareja para que ejerzan un derecho. En éste sentido, el estado ecuatoriano y el Ministerio de Salud Pública (MSP) han trabajado arduamente, invirtiendo recursos para garantizar el acceso informado a la anticoncepción, un adecuado control preconcepcional, un control prenatal adecuado y la posibilidad de espaciar un embarazo, así como apoyar a la mujer o pareja infértil, lo cual a pesar de todos los esfuerzos, constituye un problema vigente y un tema emergente al cual es ineludible darle solución.

Enfrentamos al siguiente problema científico:

¿Cómo actuar desde la Atención Primaria de Salud sobre los factores socioculturales que influyen en la aceptación de los métodos anticonceptivos?

Con el objetivo de contribuir a darle solución se propone una estrategia de intervención educativa para elevar los conocimientos sobre planificación familiar y anticoncepción en la población femenina en edad fértil de Santa Rosa de Pichul. Latacunga.

La implementación de programas educativos con participación comunitaria propicia la movilización social, comprometiendo a un gran número de personas para la acción. Permiten además cambios medibles de actitudes y

comportamientos entre audiencias específicas, se basa en sus necesidades así como requiere de intervenciones planificadas e intersectoriales que interrelacionen la información, educación y procesos motivacionales.

Se realizó un diagnóstico que permitió identificar los principales factores influyentes sobre la aceptación del uso de métodos anticonceptivos. La priorización de problemas se realizó a través del método de Ranqueo, se detectó entre los principales problemas identificados la deficiente información y educación sobre planificación familiar y anticoncepción. La realización del árbol de problemas y de objetivos (Anexo 6) con la participación de las mujeres sexualmente activas con riesgo preconcepcional permitió la elaboración de los objetivos de la estrategia educativa y su diseño.

## **6.7 METODOLOGÍA, MODELO OPERATIVO**

### **6.7.1 METODOLOGÍA**

Espacio: Santa Rosa de Pichul del Centro de salud de Loma Grande.

Universo: Familias de la comunidad y comunidad como actor de salud.

Tiempo: Un año

Audiencia Primaria

- Familias de la comunidad

Audiencia Secundaria

- Médicos y Enfermeras del centro de salud.
- Promotores de salud.
- Actores sociales y comunitarios
- Comité local de salud

Estrategias educativas

- Cara a cara

- Audiencia sanitaria
- Charlas
- Talleres
- Video debate
- Lluvia de ideas
- Conferencias dialogadas

#### 6.7.2 MODELO OPERATIVO

Tabla 22. Modelo operativo

ETAPAS	N° SESIONES	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	N° HORAS	RECURSOS	RESPONSABLES
I ETAPA	6	Elevar el conocimiento sobre planificación familiar	<p>Conferencia de Factores socioculturales que influyen como barreras frente a la sexualidad y reproducción con énfasis en la Planificación familiar.</p> <p>Discusión grupal sobre métodos de planificación familiar</p> <p>Sensibilización sobre prevención de riesgo reproductivo</p> <p>Charla informativa de Riesgo reproductivo biológico</p> <p>Sensibilización sobre riesgos biológicos</p> <p>Intervención sobre acceso a la consulta de</p>	2 horas cada sesión	Humanos y materiales	Dra. Silvana Parra

			Planificación familiar, utilización real y efectiva de los métodos anticonceptivos.  Educación sobre planificación familiar  Taller sobre mitos y creencias en planificación familiar			
II ETAPA	6	Fomentar acciones de salud en la familia y comunidad	Nivel familiar: Asesoramiento a las familias  Nivel comunitario: Audiencia sanitaria sobre planificación familiar  Video debate  Dinámicas grupales	2 horas cada sesión	Humanos y materiales	Dra. Silvana Parra

Elaborado por: Silvana Parra



## **6.8 ADMINISTRACIÓN**

Centro de salud de Loma Grande

## **6.9 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN**

- Nivel de aceptación de las mujeres en edad fértil de las mujeres de Santa Rosa de Pichul.
- Disminución del número de Embarazos
- Disminución de los embarazos de mujeres con periodo intergenésico corto
- Disminución de embarazos en las mujeres multíparas
- Disminución de los embarazos en mujeres con riesgo preconcepcional

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ugarte-Ubilluz O. Desarrollo y ejercicio de los derechos en salud sexual y reproductiva. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2013 Julio; 30(3).
2. Carazo T, Blanco N. Principios de la anticoncepción. *Semergen*. 2001 Enero; 27(1).
3. Robles R, Martinez R, Vera M, Alegria M. Factores socioculturales asociados con el uso de contraceptivos en Puerto Rico. *Refdoc*. 1988 Enero; 104(1).
4. Rodriguez N. Salud sexual y reproductiva, anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres inmigrantes latinoamericanas. *Enfermería Global*. 2011 Enero; 10(3).
5. Nuñez R, Hernandez B. Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Scielo*. 2003 Enero; 45(1).
6. UNICEF. Panorama internacional. [Online].; 2014 [cited 2014 Diciembre 24]. Available from:  
[http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/uruguay\\_statistics.html](http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/uruguay_statistics.html).
7. Parra S. Análisis de la Situación integral de Salud. ASIS. Latacunga: Centro de salud de Loma Grande, Departamento de Estadística; 2014. Report No.: 2.
8. Gonzales E, Molina T, Luttges C. Características de la educación sexual escolar recibida y su asociacion con la edad de inicio de la vida sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. Trabajos originales. Universidad de Chile, Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente; 2015. Report No.: ISBN.
9. Fetiz G, Bustos L, Lanás F. Factores asociados al uso de anticonceptivos en estudiantes de enseñanza media de la comuna de temuco. *Scielo*. 2008 Enero; 73(8).
10. Geertz C. *El antropólogo como autor*. 1st ed. Cuvil M, editor. Barcelona: Paldós; 1989.
11. Lachaud J. Análisis sociodemográfico del comportamiento de las mujeres en Haití, respecto al uso de métodos anticonceptivos y las necesidades no

- satisfechas de anticoncepción. Tesis. México: Flacso, Maestría en población y desarrollo; 2010.
12. MSP. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación. 2011-2013. consultado el 22 de Marzo del 2015.
  13. Mendoza B. Factores que intervienen en el uso de métodos anticonceptivos en usuarias de una unidad de primer nivel. Tesis para la obtención del título de enfermería. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de enfermería; 2013.
  14. Artiles L, Otero J, Barrios I. Los paradigmas contemporáneos. In Artiles L, Otero J, Barrios I. Metodología de la Investigación. Para las Ciencias de la Salud: Contexto de la Investigación. 4th ed. La Habana: ECIMED; 2008. p. 31-50.
  15. Hernández R. Los procesos mixtos de investigación. In Hernández R. Metodología de la Investigación. 4th ed. México: Mexicana; 2008. p. 751-8.
  16. Gabay S. Derechos sexuales y derechos reproductivos en la normativa constitucional e Internacional Quito; 2014.
  17. Bustamante S, Calle M, Duval A. Promoción de los Derechos sexuales en mujeres de la parroquia Checa. Tesis previa a la obtención del Título de Médico. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Medicina; 2010.
  18. Poder L. Constitución de la república del Ecuador Montecristi; 2008.
  19. Menendez M, Cabrera J. Factores que influyen en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad reproductiva de la comunidad de nuevo horizonte Santa Ana, Peten. Tesis previa a la obtención del Título de Enfermería. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de ciencias médicas; 2008.
  20. MIES. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador Quito; 2016.
  21. INE. INE. [Online]. [cited 2015 Diciembre 22. Available from: <http://palma.ine.cl/demografia/menu/glosario.pdf>.
  22. Baca L, Castañeda F, Cisneros I. Léxico de la política. 1st ed. México: Fondo de cultura económica; 2000.

23. Cagigal J. La educación física, Ciencia? Educación física y deporte. 1984 Diciembre; 4(2).
24. Salas R, Salas A. La educación en el trabajo y el individuo como principal recurso para el aprendizaje. Edumecentro. 2014 Abril; 6(1).
25. OMS. Concepto de la salud sexual. In La definición de salud sexual de 2002; 2002.
26. Cano J. La sociología de la religión y el concepto de religión: Estudios políticos; 1975.
27. 1.28 G, editor. La santa Biblia: Antigua versión de Casiodoro de Reina (1569),; 1960.
28. Mundigo A. Religión y salud reproductiva: encrucijadas y conflictos. Revisión. México.; 2005.
29. Galarza P. Inclusión de la variable etnia en las fuentes de información sociodemográfica en el Ecuador. CEPAL. 2010 Diciembre.
30. Mafla D, Yama A. Factores sociales, culturales y religiosos que impiden la utilización de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en el servicio de ginecología del hospital Marco Vinicio Iza de la provincia de Sucumbíos en el periodo marzo - agosto 2014. Tesis previo la obtención del título de Enfermería. Tulcán: Universidad Politécnica Estatal del Carchi, Escuela de enfermería; 2014.
31. Quilodran I. La nupcialidad. Los cambios mas relevantes. Apuntes de demografía. 1992.
32. Piatti M. Violencia contra las mujeres y alguien mas. Tesis doctoral. Valencia: Universidad de Valencia, Facultad de derecho; 2014.
33. MSP. Normas y procedimientos de planificación familiar Escobar j, editor. Quito: CONASA; 2010.
34. Rodriguez A, Sanabría G, Contreras MPB. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual yreproductiva en adolescentes y estudiantes universitarios. Revisata cubana de salud pública. 2013; 39(1).
35. Dapuez M. Condicionantes en la elección de un método anticonceptivo de las

- mujeres en edad fértil de villa los 40 Guasmos-Córdoba Argentina:  
Vizibilizando la equidad de género. anticonceptivos en. Tesis de maestría.  
Cordoba: FLACSO, PRIGEPP; 2009.
36. CEPAL. Juventud: Realidades y retos para un desarrollo con igualdad Trucco D, Ulman H, editors. Chile; 2015.
  37. Mideros A. Ecuador: Definición y medición multidimensional de la pobreza, 2006-2010. CEPAL. 2012 Diciembre; 108.
  38. Correa R. Reflexiones sobre el desarrollo en América latina y el Caribe. In magistrales C, editor. Los retos de la revolución ciudadana: neodespendencia, neocolonialismo y cambio estructural; 2014 Marzo; Chile: Naciones Unidas.
  39. Guzman V, Montaña S. Políticas públicas e institucionalidad de género. CEPAL. 2012 Octubre; 118.
  40. Galarza P. Inclusión de la variable etnia en las fuentes de información sociodemográfica del Ecuador. CEPAL. 2010 Diciembre.
  41. Jiménez MALRJ. Una mirada desde América latina y el Caribe al objetivo del desarrollo del milenio de acceso universal. CEPAL. 2011 Enero; 97.
  42. CEPAL. Notas de población Jasper D, editor. Snatiago de Chile: Naciones Unidas; 2014.
  43. INEC. El censo informa: Educación. Censo de población. Instituto nacional de estadísticas y censo; 2010.
  44. MSP. Estrategia Nacional Intersectorial de Articulación para la Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos Quito: Proyecto INIAP; 2014.

## ANEXOS

### Anexo 1. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y  
COMUNITARIA

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: Dra. Silvana Paola Parra Robalino

El presente documento es dirigido a las mujeres en edad fértil de la comunidad de Santa Rosa de Pichul y que se les invita a participar en la investigación titulada **IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA QUE INFLUYE EN FACTORES SOCIOCULTURALES EN ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. SANTA ROSA DE PICHUL 2015**, donde se pretende verificar el impacto de la estrategia utilizada para influir en aspectos sociales, culturales así como conocimientos y creencias para lograr la aceptabilidad de métodos anticonceptivos durante el año 2015.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Cualquiera sea su decisión, continuarán todos los servicios que reciba por parte de la investigadora y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

#### Consentimiento informado

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Anexo 2. Historia clínica del MSP que se utiliza en la consulta de Planificación Familiar

APELLIDO PATERNO		MATERNO		NOMBRES		N° DE HISTORIA CLÍNICA	
SEXO		Masculino <input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/>			
Tipo de consulta de Salud Reproductiva		1 <sup>o</sup> Sub 1		EDAD		Fecha de última consulta	
FECHA		Años Meses		Día Mes Año		Referido por:	
Escuela		ACTIVIDAD		TRABAJO		Fecha última menstruación	
Primaria <input type="checkbox"/>		Trabaja <input type="checkbox"/>		Busca 1 <sup>o</sup> vez <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Secundaria <input type="checkbox"/>		No y no <input type="checkbox"/>		Desocupado <input type="checkbox"/>		Canoca <input type="checkbox"/> corresponde <input type="checkbox"/>	
Superior <input type="checkbox"/>		ESTADO CIVIL		Soltero <input type="checkbox"/>		Unión <input type="checkbox"/>	
Ninguna <input type="checkbox"/>		Separado <input type="checkbox"/>					
Motivos de la consulta: 1				Motivos de la consulta: 2			
DESARROLLO PUBERAL				MUJER		HOMBRE	
TELARQUIA		PUBARQUIA		VELLO AXILAR		MENARQUIA	
Años <input type="checkbox"/>		Años <input type="checkbox"/>		Años <input type="checkbox"/>		Años <input type="checkbox"/>	
RITMO MENSTRUAL CICLOS		CANTIDAD		COAGULOS		Observaciones:	
Días <input type="checkbox"/>		Escaso <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/>			
DOLOR MENSTRUAL		Premenstrual		Menstrual		MASTODINIA	
NO <input type="checkbox"/>		Postmenstrual		NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	
Otras Molestias							
SEXUALIDAD		Fuentes de Información		Calidad de la información		Suficiente <input type="checkbox"/>	
PAREJA ACTUAL		TIEMPO DE RELACION		EDAD PAREJA		TRABAJO DE LA PAREJA	
no <input type="checkbox"/>		Años Meses		Años		Si trabaja <input type="checkbox"/>	
si <input type="checkbox"/>		Cuantas <input type="checkbox"/>		Cuantas <input type="checkbox"/>		No trabaja <input type="checkbox"/>	
ESTADO CIVIL DE LA PAREJA		NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA PAREJA		NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES		TIPO EXPERIENCIA SEXUAL	
Soltero <input type="checkbox"/>		Ninguno <input type="checkbox"/>		Ninguno <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
Unión estable <input type="checkbox"/>		Primario <input type="checkbox"/>		Primario <input type="checkbox"/>		Vaginal <input type="checkbox"/>	
Separado <input type="checkbox"/>		Secundario <input type="checkbox"/>		Secundario <input type="checkbox"/>		Oral <input type="checkbox"/>	
Separado <input type="checkbox"/>		Universitario <input type="checkbox"/>		Universitario <input type="checkbox"/>		Anal <input type="checkbox"/>	
FRECUENCIA COITAL (PAREJA ACTUAL)		MASTURBACION		Edad Agresor		CANTIDAD DE AGRESORES	
Veces / <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/>		Años <input type="checkbox"/>		Edad inicio del abuso	
Día <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/>		Años <input type="checkbox"/>		Tiempo <input type="checkbox"/>	
Semana <input type="checkbox"/>						Meses <input type="checkbox"/>	
Mes <input type="checkbox"/>						Años <input type="checkbox"/>	
Observaciones:							
ABUSO SEXUAL		¿Quién?		Edad inicio del abuso		TIEMPO	
Abuso Sexual único <input type="checkbox"/>		reiterado <input type="checkbox"/>		Años <input type="checkbox"/>		Años <input type="checkbox"/>	
Denuncia del Abuso		¿Dónde?		Observaciones:		TRATAMIENTO	
n/c <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/>				No <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/>						En curso <input type="checkbox"/>	
						Cumplido <input type="checkbox"/>	
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		HISTORIA ANTICONCEPTIVA					
EMBARAZO CON USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		USO PREVIO DE ANTICONCEPTIVOS					
NO corresponde <input type="checkbox"/>		GESTAGENO ORAL		GESTAGENO DEP			
no sabe <input type="checkbox"/>				D.I.U.			
si <input type="checkbox"/>				OTROS			
¿Cuál?							
Uso actual de algún método anticonceptivo		si <input type="checkbox"/>		Cuál?			
no <input type="checkbox"/>				Tiempo de uso			
				(meses)			
ADOPCIÓN DEL MÉTODO		GESTAGENO ORAL					
FECHA DE INICIO		DISPOSITIVO INTRAUTERINO (tipo)					
día mes año		Inserción					
MÉTODO ESCOGIDO		OTROS MÉTODOS (ESPECIFICAR)					
CONTROLES SUBSECUENTES							
Fecha (año, mes, día)							
Tensión Arterial (Sistólica / Diastólica)							
Peso (Kilos)							
Sangre Intermenstrual							
Flujo Genital							
Mamas (palpación)							
ÚLTIMA MENSTRUACIÓN							
Fecha (año, mes, día)							
Duración (días)							
Cantidad							
Escasa <input type="checkbox"/>							
Mediana <input type="checkbox"/>							
Abundante <input type="checkbox"/>							
EVOLUCIÓN DEL D.I.U.							
Hilo presente <input type="checkbox"/>							
Expulsión <input type="checkbox"/>							
Retiro <input type="checkbox"/>							
Reinserción <input type="checkbox"/>							
CAUSAS DE ABANDONO DEL MÉTODO							
Salud <input type="checkbox"/>							
Personales <input type="checkbox"/>							
Desea un hijo <input type="checkbox"/>							
Embarazo <input type="checkbox"/>							
Molestias Secundarias							
Cambio de Método							
Nombre del Examinador							

Este color significa ALERTA

Salud Reproductiva



**E.T.S.**

¿Conoce alguna? No  Sí  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna? No  Sí  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Pareja actual ¿Tiene alguna? No  Sí  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna? No  Sí  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Tratamiento No  Sí  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Tratamiento No  Sí  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Pareja actual ¿Ha tenido alguna? No  Sí  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

n/c  n/c  n/c

Observaciones: \_\_\_\_\_

---

**FECUNDIDAD**

EMBARAZOS  =  Abortos +  Esp. +  Provocados =  Emb. Ectópico

EMBARAZO ACTUAL  Sí  No  n/c

Lactancia actual  Sí  No  n/c

Lactancia pasada  Sí  No  n/c

Máxima Lactancia  Meses

Lactancia Exclusiva  Meses

Regulación menstrual  Sí  No  n/c

Patología en embarazo ¿Cuál? No  Sí

Hospitalizaciones No  Sí

Infecciones No  Sí

Recuerda el Peso de:  
 1er. R.N.    g  
 2do. R.N.    g  
 3er. R.N.    g  
 4to. R.N.    g

Observaciones: \_\_\_\_\_

---

**EXAMEN FÍSICO GENITO - URINARIO**

PATRON DE VELLO CORPORAL normal  anormal

Completar el examen físico el formulario 002 o 003 y 004 (Si se trata de morbilidad)

Actual  No  Escaso  Regular  Abundante  n/c

MOLESTIAS  No  Prurito  Ardor

TRATAMIENTO  No  Sí

DURACIÓN  Días

SECRECIÓN URETRAL Actual  No  Escaso  Regular  Abundante  n/c

OLOR  No  Sí

COLOR  No  Sí

DURACIÓN  Días

TRATAMIENTO  No  Sí

Observaciones: \_\_\_\_\_

---

**EXAMEN GINECOLÓGICO**

TANNER  VULVA  CLITORIS  HIMEN  VAGINA  CUELLO UTERINO  CUERPO UTERINO

Vello  Anormal  Anormal  Anormal  Anormal  Anormal  Anormal  Anormal  No se hizo  No se hizo

TACTO VAGINAL  Normal  Anormal

TACTO RECTAL  Normal  Anormal

ANEXO IZQ.  Normal  Anormal

ANEXO DER.  Normal  Anormal

EXAMEN MAMARIO  Normal  Anormal

TOMA DE MUESTRA  SI  NO

Observaciones: \_\_\_\_\_

---

**EXAMEN GENITAL MASCULINO**

TANNER  PENE CUERPO  GLANDE  PREPUCIO  SECRECIÓN  ESCROTO  TESTICULO DERECHO  TESTICULO IZQUIERDO  EXAMEN MAMARIO

Vello  Anormal  Anormal  Anormal  Anormal  Anormal  Anormal  Anormal  Anormal

Inspección y palpación detectando varicocele, hidrocele, criptorquidia o tumores.

Observaciones: \_\_\_\_\_

---

**EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

Hemograma  Resultado Pedido Adjunto

Sedimento Urinario  Resultado Pedido Adjunto

Químico de orina  Resultado Pedido Adjunto

Urocult. y Antibiógr.  Resultado Pedido Adjunto

Uremia  Resultado Pedido Adjunto

Glicemia  Resultado Pedido Adjunto

Nitrógeno ureico  Resultado Pedido Adjunto

Perfil lipídico  Resultado Pedido Adjunto

VDRL u otro  Resultado Pedido Adjunto

HIV  Resultado Pedido Adjunto

Papanicolaou  Resultado Pedido Adjunto

Test de Schiller  Resultado Pedido Adjunto

Examen flujo vaginal  Resultado Pedido Adjunto

Cultivo flujo vaginal  Resultado Pedido Adjunto

Perfil hormonal  Resultado Pedido Adjunto

Radiografía  Resultado Pedido Adjunto

Ecografía  Resultado Pedido Adjunto

Colposcopia  Resultado Pedido Adjunto

Diagnóstico 1  Tratamiento 1

Diagnóstico 2  Tratamiento 2

Diagnóstico 3  Tratamiento 3

Observaciones, Indicaciones e Interconsultas: \_\_\_\_\_

Responsable

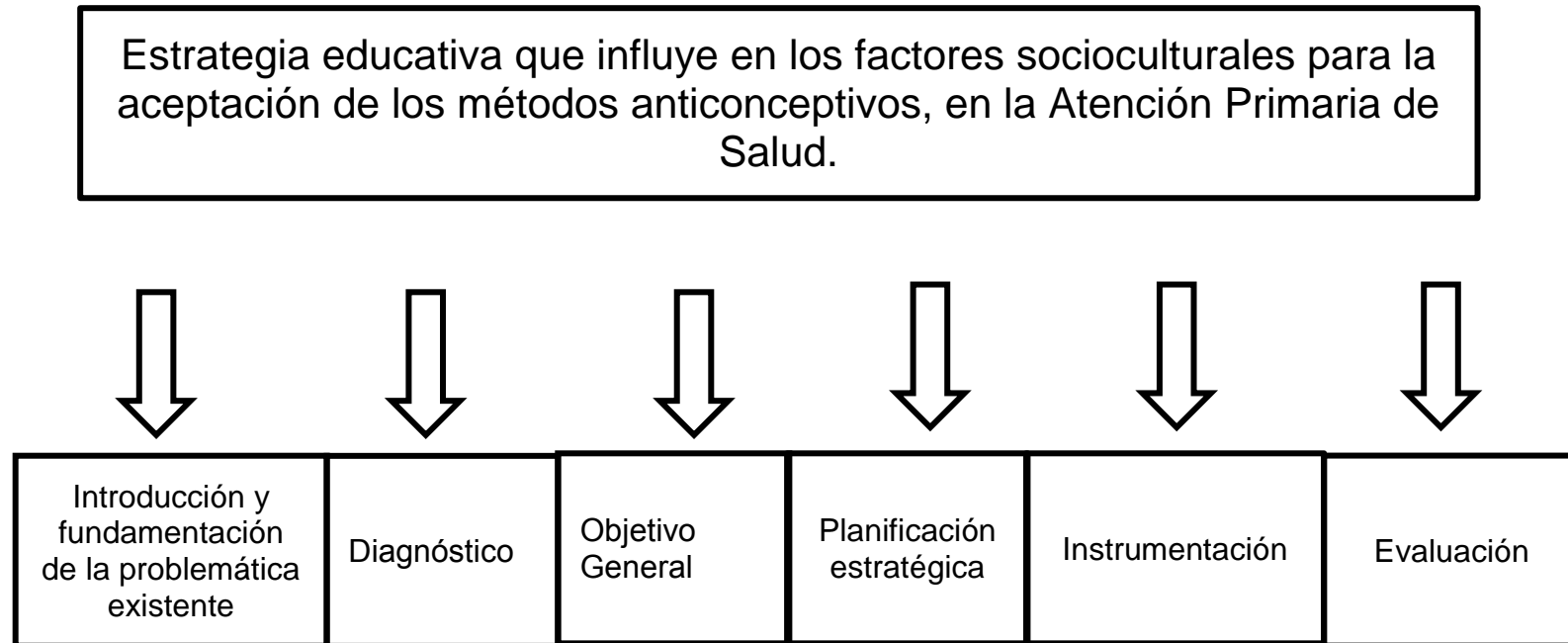
Fecha Próxima visita  DÍA  MES  AÑO

Este formulario debe ser actualizado con los datos de la paciente cada 3 años o cuando ocurra un evento importante de la salud reproductiva de la usuaria/  
 Adaptado de formulario complementario de S.R. CLAP-OPS/OMS

D.P.S.C



Anexo 3. Esquema del Programa General de la Estrategia Educativa.



Anexo 4. Estrategia educativa que influye sobre factores socioculturales

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**CIENCIAS DE LA SALUD**



**POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**ESTRATEGIA EDUCATIVA QUE INFLUYE SOBRE FACTORES  
SOCIOCULTURALES EN LA ACEPTACIÓN DE LOS MÉTODOS  
ANTICONCEPTIVOS. SANTA ROSA DE PICHUL. 2015**

**AUTORA: SILVANA PAOLA PARRA ROBALINO**

**ASESOR: LIC MSC. BERTO S SUÁREZ MORALES**

**ECUADOR 2015**

## INTRODUCCIÓN Y FUNDAMENTACIÓN

El desconocimiento de la planificación familiar, la influencia de factores socioculturales y el incremento del embarazo en la adolescencia, son grandes y complejos problemas que causan diversos impactos negativos en las mujeres ecuatorianas.

La Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazo en Adolescentes (ENIPLA) se propuso reducir la brecha entre embarazos deseados y observados y la mortalidad materna, esta estrategia brindó una gran campaña de educación a todos los pobladores en edad reproductiva, haciendo énfasis en la prevención y promoción de salud además de los riesgos, estuvo orientada fundamentalmente a aspectos técnicos de anticoncepción, pero es evidente que además de ésta información, se deben hacer estrategias de intervención para disipar mitos y creencias erróneas de anticoncepción, para el esclarecimiento de dudas y temores para vencer las barreras, tabúes, que son vigentes en el Ecuador, con lo que se podría lograr un impacto social y tecnológico, mejorando el uso de los métodos anticonceptivos.

En el país se evidencia alrededor del 37% de nacimientos no deseados; esto significa que de cada 100 nacimientos, 37 fueron no planificados. La cifra es mucho más preocupante cuando se incorporan variables como acceso a la educación y quintiles de pobreza, determinándose que un quintil uno con escaso acceso a educación, la brecha supera el 50%.

Por ello se plantea una respuesta intersectorial a los problemas descritos, que involucra a los Ministerio de Salud Pública, de Inclusión Económica y Social (MIES) y el Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA). Los alcances de esta iniciativa hacen que se le considere como un Programa Emblemático del Frente Social de la Revolución Ciudadana.

Si tenemos en cuenta las características de las mujeres activas sexualmente y sus conductas sexuales, podemos comprender lo importante que resulta la anticoncepción y planificación familiar en éstas edades. La planificación familiar

fue reconocida como un derecho humano fundamental proclamado por la organización de las naciones unidas, en 1967.

Es un reto hablar de la salud reproductiva en Ecuador, en donde la pobreza es un fenómeno extendido con los mitos y tabúes sobre métodos anticonceptivos y la poca participación de los hombres en la planificación familiar.

En Ecuador la situación de éste grupo poblacional no escapa a la realidad descrita para Latinoamérica, la mortalidad materna y perinatal siguen siendo un grave problema de salud, así como la alta tasa de embarazos en la adolescencia que constituye un reto para el gobierno y el Ministerio de Salud Pública.

El nuevo enfoque de la planificación familiar permite a la pareja definir el momento más apropiado para tener hijos, tomando en cuenta la salud de la mujer y los diferentes factores de riesgo reproductivo y los aspectos sociales que los rodea.

En el contexto del nuevo concepto de salud sexual y reproductiva, la planificación familiar se convierte en uno de los elementos más importantes en esta área, ya que permite a la pareja y a la mujer en particular, hacer uso de sus derechos sexuales y reproductivos para escoger libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos; la planificación familiar bajo este enfoque favorece la libre decisión sobre el comportamiento sexual y reproductivo, incidiendo favorablemente sobre el bienestar y salud de las personas y de la familia, además ofrece una forma médicamente satisfactoria de reducir el número de embarazos no deseados que en otras condiciones, podrían desembocar en la muerte de la madre o en lesiones ocasionadas por procedimientos abortivos peligrosos.

Específicamente a través de la planificación familiar, se puede reducir la mortalidad materna por los siguientes medios:

Reduciendo el número total de:

- ✓ Embarazos de cada mujer.
- ✓ Partos en las mujeres jóvenes y las de edad mayor.

- ✓ El aborto, para la terminación de embarazos no deseados en dónde no hay medios abortivos seguros.
- ✓ Embarazos de mujeres con problemas importantes de salud con riesgo preconcepcional

Por otra parte, la mortalidad de infantes y niños puede reducirse a través de la planificación familiar, en las siguientes formas:

- Reduciendo el número de:
  - ✓ Nacimientos que se producen en periodos cortos entre parto y parto (período intergenésico corto).
  - ✓ Hijos de las mujeres jóvenes.
  - ✓ Hijos de las mujeres con mala salud.
  - ✓ Nacimientos de alta paridad.

La planificación familiar no solo significa anticoncepción, significa apoyo a la mujer y a la pareja para que ejerzan un derecho. En éste sentido, el estado ecuatoriano y el Ministerio de Salud Pública (MSP) han trabajado arduamente, invirtiendo recursos para garantizar el acceso informado a la anticoncepción, un adecuado control preconcepcional, un control prenatal adecuado y la posibilidad de espaciar un embarazo, así como apoyar a la mujer o pareja infértil, lo cual a pesar de todos los esfuerzos, constituye un problema vigente y un tema emergente al cual es ineludible darle solución.

Enfrentamos al siguiente problema científico:

¿Cómo actuar desde la Atención Primaria de Salud sobre los factores socioculturales que influyen en la aceptación de los métodos anticonceptivos?

Con el objetivo de contribuir a darle solución se propone una estrategia de intervención educativa para elevar los conocimientos sobre planificación familiar y anticoncepción en la población femenina en edad fértil de Santa Rosa de Pichul. Latacunga.

La implementación de programas educativos con participación comunitaria propicia la movilización social, comprometiendo a un gran número de personas para la acción. Permiten además cambios medibles de actitudes y comportamientos entre audiencias específicas, se basa en sus necesidades así como requiere de intervenciones planificadas e intersectoriales que interrelacionen la información, educación y procesos motivacionales.

Se realizó un diagnóstico que permitió identificar los principales factores influyentes sobre la aceptación del uso de métodos anticonceptivos. La priorización de problemas se realizó a través del método de Ranqueo, se detectó entre los principales problemas identificados la deficiente información y educación sobre planificación familiar y anticoncepción. La realización del árbol de problemas y de objetivos (Anexo 6) con la participación de las mujeres sexualmente activas con riesgo preconcepcional permitió la elaboración de los objetivos de la estrategia educativa y su diseño.

## **DIAGNÓSTICO**

### **(Anexo 1)**

De acuerdo a las necesidades de aprendizaje identificadas a través del modelo de David Leyva (anexo 3) se realizó el diagnóstico para la propuesta de las actividades que son necesarias para modificar el problema identificado.

## **PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA**

### **(Anexo 2)**

#### **Límites**

**Espacio:** Santa Rosa de Pichul del Centro de salud de Loma Grande.

**Universo:** Mujeres en edad fértil de Santa Rosa de Pichul

**Tiempo:** Un año

#### **Audiencia Primaria**

- Población de mujeres en edad fértil de Santa Rosa de Pichul

#### **Audiencia Secundaria**

- Médicos y Enfermeras del centro de salud.
- Agentes comunitarios de salud.
- Promotores de salud.
- Esposos

#### **Estrategias educativas**

- Cara a cara
- Audiencia sanitaria
- Charlas

- Talleres
- Video debate
- Lluvia de ideas
- Conferencias dialogadas

### **Actividades**

Se realizó actividades orientadas a desarrollar: Información, Educación y Comunicación (IEC) con enfoque familiar, comunitario e intercultural.

A través de temas principales (Contexto general de sexualidad, Riesgos reproductivo preconcepcional biológico, Información educación y comunicación sobre Planificación familiar y anticoncepción, Mitos y realidades sobre planificación familiar) con diversas actividades que se desarrollaran con la audiencia primaria para lograr los objetivos trazados. (Anexo 3)

### **Recursos**

Materiales: Libretas, lápices, computadora, papel para papelógrafo, pizarra, marcadores.

Equipamiento: Computadora, televisores, videocaseteras, impresora

Comunicativo: Radio Bases, Emisoras de radio, programas de televisión

Humanos: Equipo de atención integral de salud.

Económicos: financiamiento propio con apoyo intersectorial y ministerial.

### **Cronograma**

Se realizará durante el año 2015 y se fortalecerá para su continuidad en el tiempo (anexo 2)



## **Indicadores**

Son expresiones cuantificables a través de cuya medición se puede desarrollar una evaluación de proceso, de resultado y de impacto. (Anexo 4).

## **INSTRUMENTACIÓN**

### **(Anexo 2)**

Actividades a desarrollar.

Las actividades que están propuesta en el programa educativo, incluye las actividades de grupos e individuales (entrevistas en consultas).

## **EVALUACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO**

### **(Anexo 4)**

Indicadores de proceso

La evaluación de proceso se realizará en forma sistemática para conocer los efectos del programa educativo sobre la audiencia, el cumplimiento de las acciones propuestas para cada objetivo, así como los avances, resultados y efectos a corto y mediano plazo.

Se utilizarán indicadores para medir el grado de efectividad en las mujeres beneficiadas que han participado en la estrategia educativa, se conocerá a través de los grupos focales que se conformarán, estos deben estar integrado por mujeres con características similares en cuanto a la edad, etnia, estado civil etc.

Indicadores de resultados.

Trimestralmente se aplicarán los mismos instrumentos que se utilizaron para el diagnóstico inicial que permitirán evaluar la efectividad de las acciones desarrolladas, teniendo en cuenta los conocimientos y prácticas de la población estudiada.

Indicadores de impacto.

Al año de implementado la estrategia educativa se aplicarán los mismos instrumentos que se utilizaron para el diagnóstico inicial que permitirán evaluar la efectividad del programa teniendo en cuenta los conocimientos y prácticas de la población estudiada.

## BIBLIOGRAFÍA DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA

1. Ceitlin J. (2009). Atención Primaria y Medicina Familiar en Crisis en este Comienzo de Siglo. Conferencia presentada en el Congreso Latinoamericano de Medicinan Familiar a distancia. Buenos Aires. Consulta el 22 de Marzo de 2015. Recuperado de <http://www.intramed.net/sitios/librovirtual13/index.htm>
2. Medicina Familiar. (2013).En Wikipédia. Consulta el 22 de Marzo de 2015. Recuperado en [http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina\\_familiar](http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_familiar)
3. FHI. Dispositivos intrauterinos: seguros, eficaces y subutilizados. Consulta el 22 de Marzo de 2015 Disponible en <http://www.fhi.org/sp/>
4. Rivera R, Jacobstein R, Mc Ginn E, Shelton J, Salem R and Hubacher D. Conocimientos esenciales acerca del DIU. Consulta el 22 de Marzo de 2015. Disponible en <http://www.profamilia.org.do>
5. Arrieta J, Ramos E, Murillo A, Mercado K, Silgado O, AT All, Prevalencia De Embarazos En Adolescentes Escolares En La Ciudad De Cartagena. Consulta el 22 de Marzo de 2015. Disponible en <http://www.encolombia.com/medicina/Biomedicas/Biomedicavol10210/Prevalenciadeembarazos.htm>
6. INEC. El censo informa: Educación. Censo de población. Instituto nacional de estadísticas y censo; 2010.
7. /Publicaciones/Anuario\_Nacimientos\_y\_Defunciones\_2013.pdf
8. Análisis de la situación de salud del Centro de Salud de Loma Grande 2014 consultado en 22 de Marzo del 2015.
9. Ayala C. Mitos y falsas creencias sobre sexualidad. Consulta el 22 de Marzo de 2015 disponible en <http://sexoysalud.blogspot.com/2007/02/mitos-y-falsas-creencias-sobre-la.html>
10. Cholivo M. La educación y currículo escolar para adolescentes. Consulta el 22 de Marzo de 2015.Ddisponible en <http://monica-cholico-suite.101.net/la-educacion-4-curriculo-escolar-para-adolescentes-a38909>
11. Geertz C. El antropólogo como Autor. Consultado el 22 de Marzo del 2015. Disponible en <http://www.planetadelibros.com/el-antropologo->

como-autor-libro-19100.html

12. Lauchad J. Análisis sociodemográfico del comportamiento de las mujeres en Haití, respecto al uso de métodos anticonceptivos y a las necesidades no satisfechas de anticoncepción Consultado el 22 de Marzo del 2015. Disponible en [:http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/2841/1/TFLACSO-2010JLT.pdf](http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/2841/1/TFLACSO-2010JLT.pdf)
13. Mendoza B. Factores que intervienen en el uso de métodos anticonceptivos en usuarias de una unidad de primer nivel. Consultado del 22 de marzo del 2015. Disponible en: <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/1043/1/RI000552.pdf>
14. Castro M, Peniche A, Peña J. Conocimientos, mitos y prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivos asociados al incremento de embarazos no planificados en estudiantes adolescentes en dos instituciones educativas en la ciudad de Cartagena. 2012. Consultado el 22 de Marzo del 2015. Disponible en: <http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/577/CONOCIMIENTOS,%20MITOS%20Y%20PRACTICAS%20SOBRE%20EL%20USO%20DE%20M%20C3%29%20TODOS%20ANTICONCEPTIVO.pdf?sequence=1>
15. Alba R, Cabrera D. Conocimientos sobre uso de métodos anticonceptivos y su relación con riesgos reproductivos en adolescentes de los quintos y sextos cursos del colegio técnico “Federico Páez” del cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, período 2009- 2010. Consultado el 22 de Marzo del 2015. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/142674370/TESIS-METODOS-ANTICONCEPTIVOS#scribd>
16. Bustamante S, Calle D, Duval A. Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos en mujeres de la parroquia Checa 2010. Consultado el 22 de Marzo del 2015. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3490/1/MED71.pdf>
17. Constitución de la República del Ecuador. Consultado el 22 de Marzo del 2015

## ANEXOS DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA

### Anexo 1. Modelo de David Leyva para identificar las necesidades de aprendizaje (Estrategia educativa)

<b>Tareas</b>	<b>Desarrollo</b>
Acercamiento al problema (Situación problema)	Alta fecundidad y natalidad en mujeres adolescentes y de mayores de 35 años con multiparidad.
Identificar lo ideal	Toda la población se encuentre capacitada en salud sexual y reproductiva para hacer un buen uso de métodos de planificación familiar y de sexualidad segura.
Identificar lo real	Población de diversas etnias que no aceptan el uso de métodos anticonceptivos, no tienen un conocimiento adecuado de sexualidad, rehúyen a la planificación familiar y sexualidad responsable por ésta causa.
Buscar la discrepancia o relación entre lo ideal y lo real.	Falta de conocimientos y prácticas inadecuadas de sexualidad responsable y planificación familiar.
Analizar la necesidad	Conocimientos adecuados y suficientes para modificar modos y estilos de vida.
De acuerdo a la necesidad que debo hacer, trazar la meta.	Proponer una estrategia de intervención educativa para elevar los conocimientos sobre planificación familiar y anticoncepción en la población femenina en edad fértil
Buscar alternativas de solución.	Mejorar la comunicación, elevar el nivel cultural y lograr un trabajo intersectorial con participación comunitaria
Analizar cada una de las alternativas	Trabajo intersectorial  Mejorar conocimientos y aceptación de uso de

	métodos anticonceptivos.
Priorizar las alternativas	Se debe trabajar de manera conjunta para lograr los objetivos trazados
Elaborar una propuesta educativa	Enfocada a mejorar los conocimientos, el trabajo intersectorial y la conjugación de los actores sociales y gestores de salud para lograr los objetivos propuestos y mejorar los indicadores.

**Anexo 2. Actividades (Estrategia educativa)**

TEMA	ACTIVIDADES	TECNICAS	LUGAR	HORA	RESPONSABLE
Objetivo 1: Elevar los conocimientos sobre sexualidad y riesgo reproductivo preconcepcional en la población femenina en edad fértil					
Inauguración	Presentación de participantes y equipo e salud	Participativas - acogida y presentación	Junta de agua del sector	2	Equipo de salud
Tema 1. Contexto general de sexualidad.	Conferencia de Factores socioculturales que influyen como barreras frente a la sexualidad y reproducción con énfasis en la Planificación familiar.	Exposición	Junta de agua del sector	2	Médica Posgradista
	Discusión grupal	lluvia ideas	Junta de agua del sector	2	Equipo de salud
	Sensibilización sobre prevención de riesgo	lluvia ideas	Junta de agua del sector	4	Equipo de salud
Tema 2. Riesgos Reproductivo	Charla informativa de Riesgo reproductivo biológicos	charla al grupo	Junta de agua del sector	4	Médica Posgradista

Preconcepcional biológico	Sensibilización sobre riesgos biológicos	lluvia ideas	Junta de agua del sector	4	Equipo de salud
Objetivo 2: Mejorar los conocimientos de planificación familiar y anticoncepción en la población femenina en edad fértil con riesgo					
Tema 3. Información, educación y comunicación sobre Planificación familiar y anticoncepción	Presentación de Video	Grupal - Video debate.	Junta de agua del sector	5	Equipo de salud
	Información sobre acceso a la consulta de Planificación familiar, utilización real y efectiva de los métodos anticonceptivos.	Conferencia dialogada	Junta de agua del sector	5	Médico Posgradista
	Educación sobre planificación familiar	Taller grupal	Junta de agua del sector	3	Médico Posgradista
	Comunicación sobre planificación familiar y anticoncepción	Audiencia sanitaria y a través de medios de comunicación masiva	Junta de agua del sector	Permanente	Equipo de salud
Tema 4. Mitos y realidades sobre Riesgo Pre-concepcional	Taller sobre el tema	Lluvia de ideas	Junta de agua del sector	4	Equipo de salud



**Anexo 3. Cronograma (Estrategia educativa)**

TEMA	Dias	Inicio	Final	SEMANAS																	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Tema 1. Contexto general de sexualidad.	4	01/06/15	26/06/15																		
Tema 2. Riesgos Reproductivo Preconcepcional biológico	4	28/06/15	24/07/15																		
Tema 3. Información, educación y comunicación sobre Planificación familiar y anticoncepción	8	27/07/15	21/08/15																		
Tema 4. Mitos y realidades sobre planificación familiar	8	24/08/15	18/09/15																		

**ANEXO 4. Indicadores de la intervención para la evaluación de los diversos tiempos. (Estrategia educativa)**

TEMA	ACTIVIDADES	INDICADORES					
		PROCESO	CUMPLIMIENTO	RESULTADO	IMPACTO		
Tema 1. Contexto general de sexualidad.	Conferencia de contexto de sexualidad	Número de mujeres en edad fértil que asisten/número de mujeres total de la población esperadas x 100	Número de horas educativas dictadas/ número de horas educativas planificadas x 100	Número de mujeres que mejoran sus conocimientos de sexualidad y riesgo preconcepcional	Cambio en la información de las pacientes		
Tema 2. Riesgos Reproductivo Preconcepcional biológico	Charla informativas de Riesgo reproductivo biológicos			Número de mujeres en edad fértil que asisten/número de mujeres total de la población esperadas x 100	Número de horas educativas dictadas/ número de horas educativas planificadas x 100	Número de mujeres en edad fértil capacitadas x 100	Disminución de los Embarazos en multigestas
Tema 3. Información, educación y comunicación sobre Planificación familiar y anticoncepción	Presentación de Video			Número de mujeres en edad fértil que asisten/número de mujeres total de la población esperadas x 100	Número de horas educativas dictadas/ número de horas educativas planificadas x 100	Número de mujeres que usan métodos de planificación familiar/ número de mujeres en edad fértil x 100	Disminución de la mortalidad materno-infantil de la población
Tema 4. Mitos y realidades sobre planificación familiar	Taller sobre el tema			Número de mujeres en edad fértil que asisten/número de mujeres total de la población esperadas x 100	Número de horas educativas dictadas/ número de horas educativas planificadas x 100	Número de mujeres que usan métodos de planificación familiar/ número de mujeres en edad fértil x 100	Incremento en la información.

## Anexo 5: Guía de grupos focales

### Planificación

- Recursos humanos que participarán en los grupos focales: 170 mujeres de Santa Rosa de Pichul.
- Nro de grupos focales conformados: 17 grupos focales.
- Tiempo para cada sesión: 90 minutos.
- Moderadora: Dra. Silvana P Parra Robalino.
- Lugar de realización de los grupos focales.
  - 1) Sector norte cerca de San José de Pichul.
  - 2) Sector sur cerca de San José de Pichul
  - 3) Sector del “Hueco”
  - 4) Familias Pallo, Tigasi y Quindigalli.
  - 5) Sector familias Cordones
  - 6) Sector banco del Pichincha
  - 7) Calle Rafael M. Vasquez norte
  - 8) Calle Rafael M. Vasquez sur
  - 9) Sector Entrada al Tabernáculo
  - 10) Sector banco del barrio
  - 11) Sector vía a Pujilí
  - 12) Sector Canchas
  - 13) Sector pista de motos
  - 14) Sector calle Los Pinos
  - 15) Sector familia Pilatasig Gavilanez
  - 16) Sector de las Tunas.
  - 17) Sector tanque de Agua

Recursos materiales: Cámaras fotográficas, papelógrafos, marcador.

Criterios tomados en cuenta:

- Participación de todas las mujeres en edad fértil de la comunidad de Santa Rosa de Pichul.

Elementos constitutivos que se tendrán en cuenta para la realización de los grupos focales:

1. Exploración y descubrimiento.
2. Contexto y profundidad.
3. Interpretación.

Propósito:

- ✓ Explorar si la estrategia educativa aplicada que influye sobre la aceptación de los métodos anticonceptivos satisface las necesidades y resultó beneficiosa para las mujeres en edad fértil de la comunidad de Santa Rosa de Pichul
- ✓ Evaluar el resultado de la estrategia educativa en corto y mediano plazo.

Funciones de la moderadora:

- Conducir la discusión manteniéndose centrada en el tema que se abordará.
- Formular las preguntas que guiarán la discusión.
- Analizar los datos.

Temas que se abordarán en los grupos focales.

- ✓ Información, educación y asesoría recibida a través de la estrategia educativa que influye sobre factores socioculturales en la aceptación de métodos anticonceptivos en las mujeres de Santa Rosa de Pichul (Se tomará en cuenta el antes y después de aplicada la estrategia educativa)
- ✓ Evaluación del resultado.

Dinámica del grupo focal

- Bienvenida.
- Motivación del encuentro.
- Conversación informal (5 – 10 minutos).
- Presentación del tema.

- Se emiten las reglas de desarrollo del grupo focal y se comenzará de lo general a lo específico.
- Realización de preguntas sobre el tema para generar las discusiones. (preguntas de apertura, claves, finalización y síntesis)
- Aplicación de la técnica lluvias de ideas.
- Registro de las discusiones (notas de campo).
- Análisis de los datos del grupo focal.
- Realización de un informe final.

Interpretación de los resultados.

Preguntas para la guía de discusión:

- I) Información recibida (Educación, para la salud).
  - a) ¿Conoce ud, la estrategia educativa aplicada en la APS la cual está enfocada a transmitir información, educación, asesoría para la utilización de los métodos anticonceptivos etc?
  - b) ¿Recibió ud información, educación y asesoría sobre sexualidad, reproducción, Planificación familiar y métodos anticonceptivos?
  - c) ¿Qué información le ofreció esta estrategia educativa?
  - d) ¿Antes de aplicada la estrategia educativa tenía ud información relacionados a estos temas?
- II) Percepción de los participantes sobre la estrategia educativa.
 

¿Qué percepción tiene ud sobre la estrategia educativa que fue aplicada?
- III) Evaluación del resultado
  1. ¿Cree ud que se obtuvieron resultados a través de esta estrategia educativa? ¿Cuáles?

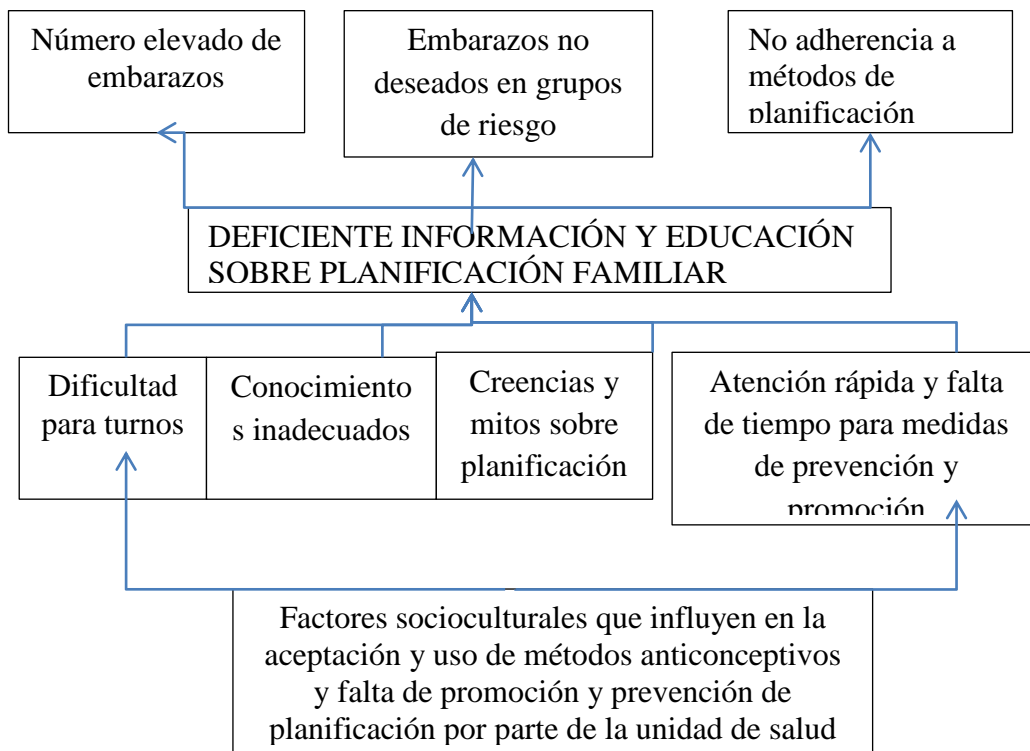
Cronograma para la realización de los grupos focales:

Grupo focal	Fecha	Hora	Lugar
1) Sector norte cerca a San José de Pichul.	16 de mayo	5 pm	Sectores de cada grupo
2) Sector sur cerca San José de Pichul	18 de mayo	6 pm	

3) Sector del "Hueco"	20 de mayo	5 pm	
4) Familias Pallo, Tigasi y Quindigalli.	21 de mayo	2 pm	
5) Sector familias Cordones	24 de mayo	5 pm	
6) Sector banco del Pichincha	27 de mayo	7 pm	
7) Calle Rafael M. Vasquez norte	2 de junio	8 pm	
8) Calle Rafael M. Vasquez sur	3 de junio	6 pm	
9) Sector Entrada al Tabernáculo	4 de junio	5 pm	
10) Sector banco del barrio	5 de junio	6 pm	
11) Sector vía a Pujilí	6 de junio	6 pm	
12) Sector Canchas	13 de junio	7 pm	
13) Sector pista de motos	14 de junio	5 pm	
14) Sector calle Los Pinos	15 de junio	2 pm	
15) Sector familia Pilatasig Gavilanez	16 de junio	4 pm	
16) Sector de las Tunas.	17 de junio	6 pm	
17) Sector tanque de Agua	19 de junio	7 pm	

Anexo 6.

Árbol de Problemas



Matriz de Objetivos

El problema	Causa raíz del problema	Relaciones causales (en salud)	Soluciones posibles
Bajo porcentaje de Exámenes de mama	Factores socioculturales que influyen en la aceptación y uso de métodos anticonceptivos y falta de promoción y prevención de planificación por parte de la unidad de salud	Dificultad para el agendamiento de turnos Conocimientos inadecuados Creencias y mitos sobre planificación Atención rápida y falta de tiempo para educación en medidas de prevención y promoción.	Mejorar agendamiento en centro de salud. Implementar estrategias educativas sobre la importancia de la planificación familiar para r conocimientos inadecuados. Modificar creencias y educar sobre mitos. Educar, mejorar tiempos y adecuar espacios de educación para prevención y promoción

