

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN TECNOLOGÍA EDUCATIVA

**EL MÉTODO DE HARVARD Y SU EFECTO SOBRE EL NIVEL
DE CONOCIMIENTOS EN ANTICONCEPCIÓN ORAL DE
EMERGENCIA EN ESTUDIANTES INGRESANTES AL
INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR
UNITEK DE TACNA, AÑO 2010**

TESIS

PRESENTADA POR:

GUILLERMO ALFONSO CHÁVEZ LIENDO

Para optar el Grado Académico de:

**MAESTRO EN CIENCIAS (*MAGISTER SCIENTIAE*)
CON MENCIÓN EN TECNOLOGÍA EDUCATIVA**

TACNA – PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN TECNOLOGÍA EDUCATIVA

EL MÉTODO DE HARVARD Y SU EFECTO SOBRE EL NIVEL
DE CONOCIMIENTOS EN ANTICONCEPCIÓN ORAL DE
EMERGENCIA EN ESTUDIANTES INGRESANTES AL
INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR UNITEK
DE TACNA, AÑO 2010

Tesis sustentada y aprobada el 13 de abril de 2012; estando el jurado calificador integrado por:

PRESIDENTE :
Dr. Julio César Isique Calderón

SECRETARIO :
Dr. Oscar Cáceres Moscoso

MIEMBRO :
Dra. Rina María Álvarez Becerra

ASESOR :
Dr. Claudio Wilbert Ramírez Atencio

DEDICATORIA

- A DIOS: Por la vida y la salud que me brinda en mi caminar.
- A mi Amada esposa: Diana Loayza por su amor, su incansable estímulo y aliento de mis aspiraciones y sueños.
- A mi hijo Fabio: A quien debo la constante lucha y razón de mi vida.
- A mis Padres: Juan por su ejemplo de vida.
Rosa (+) que me guía desde el cielo.
- A mis docentes: De pre grado, maestría y a todos aquellos que colaboraron con su apoyo incondicional.

CONTENIDO

DEDICATORIA	iii
RESUMEN.....	xv
ABSTRACT.....	xvi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I : PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1. Descripción del problema.....	4
1.2. Formulación del problema.....	9
1.3. Justificación e importancia del problema.....	10
1.4. Objetivos	11
1.4.1. Objetivo general	11
1.4.2. Objetivos específicos	11
1.5. Hipótesis.....	12
1.5.1. Hipótesis general.....	12
1.5.3. Hipótesis estadísticas.....	13
CAPÍTULO II : MARCO TEÓRICO	14
2.1. Antecedentes del estudio	14
2.2. Bases teóricas.....	16
2.2.1. Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE)	16
2.2.1.1. Derechos reproductivos	16
2.2.1.2. Antecedentes de la AOE.....	18

2.2.1.3. Informe científico – médico sobre la AOE	20
2.2.1.4. Fecundación y embarazo.....	21
2.2.1.5. Definición de AOE.....	23
2.2.1.6. Modo de empleo de la AOE	24
2.2.1.7. Mecanismo de acción	27
2.2.1.8. Efectividad	28
2.2.1.9. Efectos secundarios.....	29
2.2.1.10. Indicaciones de la AOE.....	30
2.2.1.11. Contraindicaciones.....	31
2.2.1.12. Características	31
2.2.1.13. Posiciones institucionales sobre la AOE	32
2.2.1.14. Derechos humanos y Anticoncepción Oral de Emergencia	35
2.2.1.15. Aspectos legales en anticoncepción	36
2.2.2. Método Harvard o Método de Casos.....	37
2.2.2.1. Generalidades.....	37
2.2.2.2. Historia	38
2.2.2.3. Concepto.....	39
2.2.2.4. Objetivos del Método de Casos	41
2.2.2.5. Utilidad del Método de Casos	43
2.2.2.6. Principios didácticos del Método de Casos	44
2.2.2.7. Fases de aplicación del Método de Casos.....	44
2.2.2.8. Tamaño del grupo.....	45

2.2.2.9. Características del Método de Casos	46
2.2.2.10. Componentes del Método de Casos	47
2.2.2.11. Ventajas del Método de Casos	49
2.2.2.12. Rol del estudiante y rol del profesor	53
2.2.2.13. Aprendizajes que fomenta el Método de Casos	54
2.2.2.14. Algunas variantes del Método de Casos	56
2.2.2.15. Método de Harvard en el campo de la salud	57
2.2.2.16. Casos	57
2.2.2.17. Método de Casos versus Método Tradicional	59
2.2.3. Métodos y técnicas didácticas	59
2.2.3.1. Método	59
2.2.3.2. Técnica	60
2.2.3.3. Metodología de la enseñanza	60
2.2.3.4. Método de enseñanza	60
2.2.3.5. Técnicas educativas	61
2.2.3.6. Relación entre método, procedimiento y técnica	61
2.2.3.7. Principales métodos didácticos de la enseñanza aprendizaje ..	62
2.2.3.8. Principales técnicas educativas	62
2.2.4. Conocimiento	63
2.2.4.1. Concepto	63
2.2.4.2. Teorías sobre el origen del conocimiento	64
2.2.4.3. Fuente del conocimiento	65

2.2.4.4. La práctica como fuente del conocimiento	66
2.2.4.5. Evaluación del conocimiento.....	66
2.3. Definición de términos.....	68
CAPÍTULO III : MARCO METODOLÓGICO	72
3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	72
3.2. Población y muestra de la investigación.....	73
3.3. Operacionalización de las variables	75
3.4. Técnica e instrumento de recolección de datos	76
3.5. Procesamiento y análisis de datos	78
CAPÍTULO IV : RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	79
4.1. Características antropométricas de los estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK de Tacna.....	80
4.2. Análisis de comparación para muestras relacionadas (prueba “T” student) del puntaje de conocimientos obtenido en la Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del método Harvard y tradicional en estudiantes ingresantes al I. E. S. UNITEK.....	86
4.3. Caracterización del nivel de conocimiento obtenido en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método Harvard y el Método Tradicional según edad, sexo y estado civil en estudiantes ingresantes al I. E. S.UNITEK	103
4.4. Comprobación de hipótesis	115
4.4.1. Hipótesis general	115
4.4.2. Comprobación de la primera hipótesis específica	117

4.4.3. Comprobación de la segunda hipótesis específica	119
CAPÍTULO V : DISCUSIÓN.....	121
5.1. Caracterización antropométricas de los estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK.....	121
5.2. Comparación de muestras relacionadas (Prueba de T Student) del puntaje de conocimientos obtenidos en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método de Harvard y Método Tradicional.....	122
5.3. Caracterización del nivel de conocimientos obtenido en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método de Harvard y el Método Tradicional según edad, sexo y estado civil.	124
CONCLUSIONES	125
RECOMENDACIONES.....	127
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	129
ANEXOS.....	138

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Dosis de acuerdo a la fórmula de las tabletas en el método Yuzpe.	26
Tabla 2:	Dosis de acuerdo a la fórmula de las tabletas sólo de Progestágeno.	27
Tabla 3:	Método de Casos y Método Tradicional	59
Tabla 4:	Relación entre método, procedimiento y técnica	61
Tabla 5:	Características de los estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior – UNITEK.	80
Tabla 6:	Estimadores estadísticos descriptivos de la edad de los estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior – UNITEK.	82
Tabla 7:	Comparación de los valores resumen del puntaje de conocimientos obtenido en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método Harvard en estudiantes ingresantes al I. E. S. UNITEK.	86
Tabla 8:	Comparación de los valores resumen del puntaje de conocimientos obtenido en Anticoncepción Oral de Emergencia en el Grupo control sin efecto del Método	91

Harvard en estudiantes Ingresantes al I. E. S. UNITEK.

Tabla 9:	Comparación del nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del método Harvard en estudiantes ingresantes al I. E. S. UNITEK.	95
Tabla 10:	Comparación del nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método Tradicional en estudiantes ingresantes al I. E. S. UNITEK.	97
Tabla 11:	Comparación del nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia en el Pre test en estudiantes ingresantes al I. E. S. UNITEK.	99
Tabla 12:	Comparación del nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia en el Post test en estudiantes ingresantes al I. E. S. UNITEK.	101
Tabla 13:	Nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método Harvard según grupo de edad antes y después de la intervención en ingresantes al I. E. S. UNITEK	103
Tabla 14:	Nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción	106

	Oral de Emergencia por efecto del Método Tradicional según grupo de edad antes y después de la intervención en ingresantes al I. E. S. UNITEK.	
Tabla 15:	Nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método Harvard según sexo antes y después de la intervención en ingresantes al I. E. S. UNITEK.	108
Tabla 16:	Nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método Tradicional según sexo antes y después de la intervención en ingresantes al I. E. S. UNITEK.	110
Tabla 17:	Nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método Harvard según estado civil antes y después de la intervención en ingresantes al I. E. S. UNITEK.	112
Tabla 18:	Nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método Tradicional según estado civil antes y después de la intervención en ingresantes al I. E. S. UNITEK.	114
Tabla 19:	Método Harvard sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia en los estudiantes ingresantes al Instituto	116

de Educación Superior UNITEK de Tacna.

- Tabla 20: Método Harvard sobre Anticoncepción Oral de Emergencia, antes de la aplicación del Método de Harvard, es similar en ambos grupos de estudio. 118
- Tabla 21: Método Harvard sobre Anticoncepción Oral de Emergencia, después de la aplicación del Método de Harvard, es similar en ambos grupos de estudio. 120

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Distribución de la edad en el grupo experimental de estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior-UNITEK.	84
Figura 2: Distribución de la edad en el grupo control de estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior - UNITEK.	85
Figura 3: Distribución del puntaje de conocimientos obtenidos en el pre test del grupo experimental de estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior-UNITEK.	89
Figura 4: Distribución del puntaje de conocimientos obtenidos en el post test del grupo experimental de estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior-UNITEK.	90
Figura 5: Distribución del puntaje de conocimientos obtenidos en el pre test del grupo control de estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior-UNITEK.	93

Figura 6: Distribución del puntaje de conocimientos obtenidos en el post test del grupo control de estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior-UNITEK. 94

RESUMEN

La presente investigación aborda un tema de actualidad y de interés en la Salud Pública, tanto a nivel nacional como a nivel local, frente al comportamiento relacionado con el embarazo en adolescentes, atribuido muchas veces al uso inadecuado o falta de conocimientos sobre anticoncepción (de emergencia u otros). Es un tema que ha despertado polémica en nuestra sociedad. A través de un diseño cuasi experimental con evaluaciones antes y después, se propone una metodología de enseñanza más efectiva como el Método Harvard, como una forma de incrementar el conocimiento e interés en los adolescentes, respecto al tema. Al finalizar la investigación se ha establecido que el método propuesto eleva significativamente el conocimiento sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia en los adolescentes. De allí que se recomienda el uso de este método de enseñanza para abordar temas similares como el propuesto en dicha investigación.

Palabras clave: anticoncepción, método Harvard, conocimiento, adolescentes.

ABSTRACT

The present research addresses a topic of current interest in public health, both nationally and locally, in relation to physical behavior with adolescent pregnancy, often attributed to inadequate use or lack (of knowledge about contraception or others) . It is a topic that has awakened the controversy in our society. Through a quasi-experimental design with before and after evaluations, a more effective teaching methodology such as the Harvard Method is proposed as a way to increase knowledge and interest in adolescents with respect to the subject. At the end of the investigation it has been established that the proposed Method for knowledge on Oral Emergency Contraception in adolescents. Hence, it is recommended to use this teaching method for similar subjects as the one proposed in the research.

Keywords: contraception, Harvard method, knowledge, adolescents.

INTRODUCCIÓN

El ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos garantizan la convivencia y relaciones en equidad entre hombre y mujer, entre adultos y menores. Permitiendo así, que la sexualidad y la reproducción se ejerzan con libertad, respetando la dignidad de las personas, y el disfrute de una sexualidad placentera, segura y con el menor riesgo posible de sufrir enfermedades.

La adolescencia y la juventud son etapas de la vida en la que se operan cambios muy importantes con enorme trascendencia en la vida cultural de los individuos. Uno de los cambios es el despertar sexual, la que inicia su manifestación, llevando a las personas a buscarse y encontrarse sometándose a sensaciones placenteras sin conocer o prever las consecuencias de la acción sexual.

Las estadísticas de salud reproductiva del país reflejan que las mujeres aún no hacen realidad sus aspiraciones reproductivas y sexuales. Las mujeres aún tiene más hijos de lo que desean tener, miles son víctimas de violaciones sexuales y miles desean una interrupción del

embarazo como una medida extrema en sus vidas, que por su legalidad se convierte en una situación peligrosa sobre todo para las mujeres jóvenes más pobres.

Prevenir embarazos no deseados, brindándoles a las mujeres un recurso como la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE), resulta ser una intervención importante en Salud Pública, que permite un respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en nuestro país. Prevenir un embarazo no deseado, permite también al sistema de salud pública, mejorar los índices respecto al número de embarazos en adolescentes, abortos clandestinos, muerte materna por aborto, e incluso del abandono infantil.

La Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) es incorporada a la oferta en el sistema público de salud, en las normas de planificación familiar en junio de 2001, pese a todo ello, muchas mujeres especialmente jóvenes, desconocen la existencia de éste método o si lo conocen no saben cómo utilizarlo.

Es por ello nuestra preocupación, en especial los jóvenes y adolescentes, los cuales no poseen información adecuada para hacer uso

de este método. La información que se propaga es insuficiente y en muchos casos se hace muy confusa. Los servidores de salud carecen de estrategias para informar a los jóvenes sobre los beneficios de este método anticonceptivo de emergencia.

Por esta razón, el presente trabajo de investigación busca contribuir con un método de enseñanza para lograr que el público objetivo capte los mensajes claros y precisos sobre la anticoncepción oral de emergencia, ya que es un tema muy controversial. Dicho trabajo de investigación se denomina: “EL MÉTODO DE HARVARD Y SU EFECTO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN ESTUDIANTES INGRESANTES AL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR UNITEK DE TACNA , AÑO 2010”

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La educación en materia de salud sexual reproductiva y derechos reproductivos debe darse como parte de la educación en valores integrales del ser humano, en donde el amor, la formación de la pareja y la familia debe ser la máxima expresión de realización del ser humano, manteniendo el respeto irrestricto a la dignidad de la persona humana así como respetando las respectivas diferencias de género, culturales y sociales. (Carrasco, M. 2005)

En el mundo a diario se estima que mueren 1500 mujeres por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Para el 2005 se calculó que a nivel mundial ocurrieron 536 000 muertes maternas. Cada minuto en algún lugar del mundo 8 niños mueren en el primer mes de vida, 8 en la primera semana y 8 nacen muertos. (UNICEF, et al 2007)

Cada año en el mundo se producen 136 millones de partos, de los cuales 20 millones presentan complicaciones. Se registran aproximadamente 14 millones de partos en adolescentes de 15 a 19 años, que representan más del 10 % de la totalidad de los partos. (OMS, 2006)

En América Latina y el Caribe, alrededor de 23000 mujeres mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. En Perú hay 5 749 220 adolescentes entre 10 y 19 años de edad y el 61,4 % viven en zonas urbanas y 38,6 % en zonas rurales. (ALC, enero 2008)

En el Perú la mortalidad Materna es de 185 mujeres por 100 000 nacidos vivos, la muerte materna en adolescentes representa entre el 12 y 16 % total de las muertes maternas. El total de partos institucionales atendidos en el Perú en el 2007 fue de 331 141, el embarazo en adolescentes representa en el 2007 el 12,7 % de adolescentes de 15 a 19 años. (MINSAs – DGE, 2007)

En el Perú se producen 400 mil abortos clandestinos cada año, producto de embarazos no deseados, de los cuales aproximadamente 16 600 fueron por embarazos luego de una violación sexual.

Respecto a casos de Violación Sexual, durante el año 2005, el Instituto de Medicina Legal del Perú atendió 25 750 víctimas de violación sexual, ésta cifra tan solo representa el 40 % de las víctimas, por eso en el año 2005 se estima que se hayan producido 64 375 violaciones, es decir, cada día 176 personas fueron violadas, en su gran mayoría mujeres y niñas.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2004 (ENDES) señala que el 10 % de las mujeres en el Perú fueron obligadas a tener relaciones sexuales en algún momento de su vida por sus propias parejas.

En la Región de Tacna en el año 2009 se registraron 4 897 mujeres embarazadas, de las cuales 848 fueron adolescentes representando un 17,3 %, se produjeron 4 413 partos institucionales, 474 abortos, 3 muertes maternas. En Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) de las 48735 mujeres que necesitan planificación familiar, el 2,4 % utilizó dicho método de emergencia, es decir, 1168 mujeres adultas y mujeres adolescentes de las 1 168 que necesitan planificación familiar, 124 lo utilizaron correspondiendo a un 10 % de la población. (Dirección Regional de Salud Tacna, 2009)

Los embarazos no deseados, los abortos y los embarazos a edades muy tempranas se presentan en la actualidad, a pesar de los anticonceptivos modernos y de la disponibilidad de servicios de planificación familiar.

Se ha demostrado que la Anticoncepción Oral de Emergencia – AOE – tiene el potencial para prevenir embarazos no deseados y por ello resulta ser una intervención importante en salud Pública que permite un respeto de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres en nuestro país. Prevenir un embarazo no deseado permite también al sistema de salud pública mejorar los índices respecto al número de abortos clandestinos, de muerte materna por aborto, de embarazo en adolescentes e incluso el abandono infantil. El acceso a la AOE ha sido reconocido como un derecho sexual y reproductivo a nivel mundial y en nuestro país, el Ministerio de Salud – MINSA – lo ha incluido dentro de la oferta de los servicios públicos. (MINSA, Agosto 2006)

Por todo ello, es importante el conocer sobre esta anticoncepción, en especial entre los jóvenes para evitar así los embarazos no deseados y los abortos clandestinos. Para tal efecto se necesita técnicas educativas

adecuadas para que el adolescente se informe, reflexione y haga uso en forma segura y consciente de esta forma de anticoncepción.

En este sentido, únicamente las actividades educativas en materia de salud reproductiva bien planificadas y organizadas pueden inducir a los jóvenes a elevar sus conocimientos sobre anticoncepción en general, y en particular la Anticoncepción Oral de Emergencia.

Se deben emplear Técnicas educativas adecuadas que permitan a los adolescentes y jóvenes emplear sus sentidos lo mejor posible para lograr una mejor retención de los contenidos puestos en discusión.

Como se sabe las técnicas educativas constituyen procedimientos fundados científica y suficientemente probados en la experiencia. Esta experiencia es la que permite afirmar que una técnica adecuada tiene el poder de activar impulsos y motivaciones individuales y de estimular tanto la dinámica interna como la externa, de manera que las fuerzas puedan estar mejor integradas y dirigidas hacia las metas del grupo (Pardiñas).

Por ello, a través de la presente investigación se podrá difundir información mediante el Método de Harvard para capacitar a los

adolescentes y jóvenes ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK de Tacna sobre estas alternativas de anticoncepción y, sobre todo dilucidar su importancia, aceptabilidad y aplicación, como un medio para combatir los problemas de salud reproductiva ya descritos. Para ello se trabajará con dos grupos: el Grupo Experimental; al que se aplicará el Método de Harvard y el Grupo Control al que se aplicará la técnica tradicional charla educativa.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el efecto del método de Harvard, en el nivel de conocimientos sobre anticoncepción oral de emergencia en estudiantes ingresantes al instituto de educación superior UNITEK de Tacna, año 2010?

1.3. Justificación e importancia del problema

Dados los índices elevados de muerte materna que sitúan al Perú como una de las tasas más altas de América Latina, el aumento acelerado de embarazos en adolescentes, el número desmesurado de abortos clandestinos; asimismo, estas estadísticas colocan al Perú como un país en la cual las mujeres no hacen realidad sus aspiraciones sexuales y reproductivas, las mujeres aún tienen más hijos de los que desean tener, miles son víctimas de violación sexual y miles deciden una interrupción del embarazo como una medida extrema en sus vidas.

Para prevenir embarazos no deseados, se les brinda a las mujeres un recurso como la Anticoncepción Oral de Emergencia, que resulta ser una intervención importante en la salud, en especial para los adolescentes que inician sus actividades sexuales.

Por todo ello es importante que los jóvenes tengan información necesaria para hacer uso adecuado y consciente de este método de anticoncepción, para ello se debe implementar y aplicar técnicas educativas efectivas como herramientas de enseñanza aprendizaje que faciliten elevar los conocimientos en temas tan complejos como la

sexualidad humana; en consecuencia, mejorar la calidad de vida de las personas. Por tanto a esta necesidad obedece la aplicación del Método de Harvard, por las características que esta técnica ofrece.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Demostrar el efecto del Método de Harvard, en el nivel de conocimientos sobre Anticoncepción Oral de Emergencia, en estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK de Tacna, año 2010.

1.4.2. Objetivos específicos

- a) Determinar el nivel de conocimientos sobre Anticoncepción Oral de Emergencia en los estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK de Tacna, que conforman el Grupo Control y Grupo Experimental, mediante la aplicación de un Pre test.

- b) Aplicar el Método de Harvard al Grupo Experimental del estudio.
- c) Comparar la efectividad del Método de Harvard en el Grupo Experimental vs. el Grupo Control.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

Si se aplica el Método de Harvard, entonces, se eleva significativamente el nivel de conocimientos sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia en los estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK de Tacna.

1.5.2. Hipótesis específicas

- a) El nivel de conocimientos sobre Anticoncepción Oral de Emergencia, antes de la aplicación del Método de Harvard, es similar en ambos grupos de estudio.

- b) El nivel de conocimientos sobre Anticoncepción Oral de Emergencia, después de la aplicación del Método Harvard, es mayor en el Grupo Experimental a diferencia del Grupo Control.

1.5.3. Hipótesis estadísticas

Ho : $U_a = U_b$

H1 : $U_a > U_b$

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

García Hernández (1999) en su trabajo de investigación realizado sobre “Efectividad de las técnicas participativas en los conocimientos de adolescentes sobre enfermedades de transmisión sexual”. Resumen: Se realiza un estudio de intervención sobre el grado de conocimiento que tienen los adolescentes de las enfermedades de transmisión sexual y la efectividad de las Técnicas Participativas en sus conocimientos. Se escogió un universo de trabajo de 40 alumnos de un grupo de 9no. grado de la Secundaria Básica "Esteban Borrero Echevarría", que pertenecen al área de salud "Tula Aguilera" de la ciudad de Camagüey, en el período comprendido desde el 1 de septiembre de 1996 al 28 de febrero de 1997. Al iniciar la investigación y realizar el primer corte, el 80,0 % de los alumnos tuvieron evaluaciones de regular o mal sobre los conocimientos de las enfermedades de transmisión sexual. Al finalizar las clases y volver a evaluarlos hubo una inversión de los resultados con el 100% de resultados positivos. Se concluye dando respuesta a la hipótesis de que

las técnicas participativas son un arma que tiene el Médico de la Familia para ofrecer a los adolescentes aspectos esenciales que deben conocer sobre las enfermedades de transmisión sexual.

Choque Mamani L. (2011) en su trabajo de investigación realizado sobre “Técnica educativa discusión en grupos y el nivel de conocimientos y actitudes sobre píldora del día siguiente en los alumnos de las academias preuniversitarias privadas de Tacna, 2005”. Resumen: El trabajo se realizó en jóvenes estudiantes de las academias pre universitarias privadas de Tacna, dando como conclusiones que ambos grupos (Grupo Control y Grupo Experimental) antes de la aplicación de la técnica de discusión en grupos, el nivel de conocimientos fue insuficiente, luego de la aplicación de la técnica al Grupo Experimental elevó significativamente el nivel de conocimientos, así mismo, el cambio de actitud en ambos grupos fue lento.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE)

2.2.1.1. Derechos reproductivos

De acuerdo con el capítulo 2, principio 8 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo – CIPD, toda persona tiene derecho a:

- Disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.
- Tener acceso, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, a los servicios de atención que incluyan la Planificación Familiar y la Salud Reproductiva.
- A ser atendidos en Salud Reproductiva sin ningún tipo de coacción.
- A decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.
- A que las instituciones de salud velen porque se cumplan estos principios en todas las fases de la atención.

Asimismo, las normas señalan que los métodos anticonceptivos con los que cuenta el Programa Nacional de Planificación Familiar son los siguientes: (PROMSEX, 2006).

a) Temporales:

- Métodos de abstinencia
- Billings o del moco cervical
- Del ritmo o de la “regla”
- Método de Lactancia Materna y Amenorrea (MELA)

b) Métodos de barrera:

- Condón
- Espermicidas: tabletas vaginales

c) Anticonceptivos orales:

- Anticonceptivos orales combinados (estrógenos y progestágenos).
- Anticonceptivos orales de sólo progestágenos.
- Anticoncepción Oral de Emergencia.

d) Inyectables de progestágenos de tres meses.

e) Implantes sub-dérmicos de progestágenos.

f) Dispositivos intrauterinos (DIU).

g) Permanentes:

- Ligadura de trompas
- Vasectomía.

2.2.1.2. Antecedentes de la AOE

El origen del uso de la anticoncepción de emergencia data de mediados de la década de los sesenta, «cuando un médico holandés brindó una alta dosis de estrógenos a una niña de 13 años víctima de violación sexual, a fin de evitar embarazo no deseado y aborto. Los primeros estudios utilizaron altas dosis de estrógenos, posteriormente, combinaciones de estrógenos y progestágenos, sólo progestágenos e incluso dispositivos intrauterinos.

La cronología de la AOE es la siguiente: (OMS, 1993)

- a) 1920-1940: Se utiliza la administración postcoital de hormonas en prácticas veterinarias para evitar la preñez.
- b) 1940: En Holanda se administra postcoitalmente altas dosis de hormona a una niña de 13 años víctima de violencia sexual.
- c) 1972: Médico Canadiense Albert Yuzpe, hizo la combinación que permite dosificar los anticonceptivos orales combinados para uso post coital.
- d) 1973: Kasseru en Perú reporta los primeros resultados del uso continuo de Levonorgestrel como anticoncepción de emergencia, sobre moco cervical y espermatozoides.

- e) 1980: Se autoriza la primera marca de AOE de uso dedicado de solo progestágeno Levonorgestrel 0,75 mg en Hungría (Postinor).
- f) 1994: La AOE se incluye en las guías de planificación familiar en Perú, con el régimen combinado de Yuzpe.
- g) 1995: Se lleva a cabo la reunión en Bellagio - Italia, que produjo el pronunciamiento en consenso sobre la AOE, que se reconoció que es un instrumento importante en la reducción del embarazo no deseado.
- h) 1996: En Perú la AOE es retirada de las guías nacionales de salud reproductiva.
- i) 1998: La OMS incluye a la AOE de solo Levonorgestrel en su lista de medicamentos esenciales.
- j) 1999: FDA aprueba plan B (uso de píldora dedicada) como AOE de solo Levonorgestrel. En el Perú se emite la resolución ministerial Nro. 399 que amplía las normas de planificación familiar que incluye la AOE.
- k) 2001: Se registra y se comercializa en el Perú Postinor – 2 como método anticonceptivo de emergencia de solo Levonorgestrel.
- l) 2004: En Perú se emiten las Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva incluyendo la AOE.

- m) 2005: La OMS emite su pronunciamiento oficial, señalando que la AOE no tiene efectos abortivos.
- n) 2006: La FDA autoriza a Estados Unidos la venta de Plan B sin receta médica a mujeres mayores de 18 años.

2.2.1.3. Informe científico – médico sobre la AOE

La Comisión de Alto Nivel – R.S. N 007-2003-SA, encargada de analizar y emitir informe sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE), reunida en once sesiones entre el 18 de setiembre y el 09 de diciembre del 2003, luego de escuchar las exposiciones documentadas del investigador y experto internacional en reproducción, Dr. Horacio CroxattoAvoni, de los representantes de la OMS, Colegio Médico del Perú, organización de mujeres y otros, dan como conclusiones finales: (Comisión de Alto Nivel, 2003)

- a) La AOE es la anticoncepción por vía oral con métodos hormonales y no hormonales que pueden ser utilizadas por las mujeres dentro de los primeros días posteriores a la relación coital no protegida, con el fin de prevenir un embarazo no deseado.
- b) Los métodos para la AOE son hormonales y no hormonales. Entre los hormonales están los progestágenos (Norgenstrely

Levonorgestrel) y los combinados (progestágenos + estrógenos conocido como método de Yuzpe).

- c) Científicamente la gestación empieza con la implantación del blastocito en el útero (concepción) y no con la fertilización que es la unión del ovulo con el espermatozoide. Más aún, gran parte de los óvulos fertilizados o fecundados no llegan a implantarse en el útero por razones fisiológicas.
- d) La AOE actúa impidiendo o retardando la ovulación e impidiendo la migración de los espermatozoides por espesamiento del moco cervical.

2.2.1.4. Fecundación y embarazo

La fecundación o fertilización es un proceso gradual que consiste en la unión del espermatozoide con el óvulo, dando origen a una célula llamada Cigoto. Este proceso no se produce inmediatamente después de la relación coital.

Los espermatozoides pueden permanecer hasta cinco o seis días dentro de la mujer en un estado capaz de fecundar. En este sentido, sólo si la ovulación ocurre en este periodo es posible la fecundación. Cabe indicar que el óvulo debe ser fecundado en las 24 horas siguientes

de ser liberado por el ovario, de lo contrario se deteriora. Aun cuando el coito se produzca inmediatamente, antes o simultáneamente a la ovulación, en la mitad de los casos en que esta condición se cumple, no se produce la fecundación, ya sea porque los gametos (espermatozoide y óvulo) no se encuentran, porque son defectuosos o porque el medio ambiente que los rodea no es propicio

El cigoto que se produce a partir de la fertilización o fecundación deberá desarrollarse por aproximadamente siete días antes de implantarse en la capa interna del útero o endometrio. Es recién a partir de la implantación que se considera iniciado el embarazo. Es importante señalar que antes de la implantación no es posible determinar que la fecundación se ha producido. (Croxatto, H. B. 2001)

El embarazo desde el punto de vista del Código Civil peruano estipula: “La Vida humana es sujeto de derecho desde su nacimiento. La vida humana comienza con la concepción. El concebido es sujeto de derecho para todo cuanto le favorece. La atribución de derechos patrimoniales está condicionada a que nazca vivo”. (Código Civil de Perú, Libro I “Derecho de las personas)

2.2.1.5. Definición de AOE

A la Anticoncepción Oral de Emergencia, también se le ha llamado: “Anticoncepción Postcoital”, “Píldora del Día Siguiente” o “Píldora de Emergencia”; causando algunas confusiones en uso.

La Anticoncepción Oral de Emergencias (AOE), se refiere a los métodos que pueden usar las mujeres para prevenir un embarazo no deseado luego de una relación coital sin protección (acto coital en el que no se ha utilizado un método anticonceptivo o en que el uso del método ha experimentado un accidente). (Minsa Promsex, 2006)

El Consorcio para la Anticoncepción de Emergencia (red de más de 25 organizaciones internacionales e instituciones no gubernamentales y gubernamentales, que trabajan en el campo de la salud, educación y derechos sexuales y reproductivos). Está integrado por la Organización Mundial de la Salud, Pathfinder International, Population Council e International Planned Parenthood Federation (IPPF), entre otras, ha señalado que “el término anticoncepción de emergencia se refiere a determinados métodos usados por mujeres después de pocas horas o pocos días de haber tenido una relación sexual sin protección, con la finalidad de prevenir el embarazo”. La diferencia con otros métodos

anticonceptivos radica en que la anticoncepción de emergencia no está prevista para uso regular sino sólo excepcional.

Existen varios tipos de Anticoncepción Oral de Emergencia que se usan en todo el mundo, incluyendo diversos regímenes hormonales y la inserción post-coital del DIU T de cobre. Todos deben de utilizarse dentro de algunos días después de una relación coital desprotegida y previene el embarazo en la mayoría de las usuarias. Pese a su seguridad y eficacia relativamente alta, muchas mujeres desconocen la existencia de éstos métodos o no saben cómo utilizarlo. Los datos también sugieren que los proveedores carecen de información acerca de la AOE y, debido a ello siguen para la entrega de servicios protocolos inconsistentes.

2.2.1.6. Modo de empleo de la AOE

La primera dosis dentro de las 72 horas de la relación coital sin protección y la segunda y última dosis 12 horas después de la primera dosis.

Métodos más frecuentes usados en el Perú:

a) Método Yuzpe: (píldoras combinadas estrógenos y progestágeno).

En el método Yuzpe la dosis inicial consiste en tomar dos o más píldoras dentro de las 72 horas siguientes a la relación coital sin protección y, la segunda dosis, en dos o más píldoras 12 horas después. Cabe precisar que la dosis varía de acuerdo a la fórmula de las tabletas que se utilicen. Esquema:

Tabla 1.

Dosis de acuerdo a la fórmula de las tabletas en el método Yuzpe

DENOMINACIÓN	FÓRMULA POR TABLETA	DOSIS INICIAL	2DA. DOSIS
Neogynon	Etinilestradiol 50 µg (*L-norgestrel 0.25 mg	2 tabletas	2 tabletas
Ovral	Etinilestradiol 50 µg L-norgestrel 0.25 mg	2 tabletas	2 tabletas
Nordette	Etinilestradiol 30 µg L-norgestrel 0.25 mg	4 tabletas	4 tabletas
Microgynon®	Etinilestradiol 30 µg L-norgestrel 0.25 mg	4 tabletas	4 tabletas
LO-Femenal	Etinilestradiol 30 µg L-norgestrel 0.30 mg	4 tabletas	4 tabletas
Gynera	Etinilestradiol 30 µg L-norgestrel 0.075 mg	4 tabletas	4 tabletas
Marvelon	Etinilestradiol 30 µg Desogestrel 0.15 mg	4 tabletas	4 tabletas
Femiane	Etinilestradiol 20 µg Gestodeno 0.075 mg	5 tabletas	5 tabletas
Mercilon	Etinilestradiol 20 µg Desogestrel 0.15 mg	5 tabletas	5 tabletas

Fuente: Ministerio de Salud

(*) L-norgestrel = levonorgestrel

b) Píldoras de sólo progestágeno

El régimen a base de píldoras de progestágeno puro consiste en tomar una píldora de 0,75 mg de levonorgestrel dentro de las 72 horas siguientes a una relación coital desprotegida, seguida de otra píldora 12 horas más tarde.

Esquema:

Tabla 2.

Dosis de acuerdo a la fórmula de las tabletas sólo de Progestágeno

Denominación	Fórmula por tableta	Dosis inicial	Dosis final
Postinor	L- norgestrel 0, 75 mg	1 tableta	1 tableta

2.2.1.7. Mecanismo de acción

El mecanismo de acción de las píldoras de Anticoncepción Oral de Emergencia varía mínimamente dependiendo de si se usan píldoras combinadas o aquellas que contienen sólo progestágeno. De ésta manera, las primeras actúan inhibiendo la ovulación, dificultando la migración espermática debido al espesamiento del moco cervical y alterando levemente el endometrio; es decir, tienen efectos similares que las píldoras anticonceptivas en uso regular, en tanto contienen también, estrógenos y progestágenos. Por otro lado, las píldoras de levonorgestrel actúan alterando la ovulación y la migración espermática. (MINSAs. 2000)

El mecanismo de acción se da de la siguiente manera:

- a) **MECANISMO 1: Inhibe o posterga la ovulación.** La alta dosis de hormonas sintéticas inhibe o posterga la ovulación, ya que evita que

se dé el pico de LH (hormona Luteinizante secretada por una porción del cerebro) la cual es indispensable para que ocurra la ovulación. Sin embargo, este efecto es solo temporal, por lo que un tratamiento de AOE protege solo de un coito sin protección

- b) **MECANISMO 2: Espesar el moco cervical.** Los anticonceptivos orales, incluyendo la AOE, actúan espesando el moco cervical. Este efecto complementario, de dificultar el ascenso de los espermatozoides hacia las trompas de Falopio y prevenir la fecundación es por acción de la progesterona sintética (levonorgestrel)

2.2.1.8. Efectividad

Utilizando correctamente el método, es efectivo hasta un 95 % a mujeres que usan el método solo de progestágeno y un 75 % de efectividad en mujeres que usan el método combinado. (MINSA. 2000)

2.2.1.9. Efectos secundarios

El uso de la AOE puede producir efectos secundarios como: náuseas, vómitos, sangrado uterino irregular, dolores de cabeza, mareos y sensibilidad en los senos. Generalmente, los tres últimos no duran más de 24 horas.

El manejo de los efectos secundarios: (Schiavon, R. et al. 1998).

- Las más comunes son náuseas, vómitos, cefalea, mareos, fatiga y tensión mamaria.
- Se presentan con mayor frecuencia e intensidad con el método de Yuzpe (tabletas combinadas).
- Si la usuaria tiene antecedentes de náuseas o vómitos a la ingesta de hormonas, hay que indicarle una tableta de dimenhidrinato, media hora antes de tomar la pastilla anticonceptiva.
- Si la usuaria vomita antes de las dos horas de ingerida la pastilla, hay que indicarle otra dosis.

2.2.1.10. Indicaciones de la AOE

Casos en que se puede usar la AOE: (Schiavon, R. et al. 1998)

- Mujeres que han tenido relaciones coitales contra su voluntad (violación).
- Si se rompió o deslizó el preservativo.
- Si el DIU ha sido expulsado.
- Si la mujer ha olvidado de tomar 2 días o más sus anticonceptivos orales o se ha retrasado más de dos semanas en recibir su inyectable anticonceptivo (Depoprovera) y ha tenido una relación coital sin usar otro método de planificación familiar.
- Si la relación coital tuvo lugar sin protección anticonceptiva y la mujer no desea quedar embarazada.
- Violencia sexual familiar.
- Relación coital sin protección.
- Usaron el método del ritmo o coitos interruptus, pero tienen dudas de su efectividad.

2.2.1.11. Contraindicaciones

- La mujer embarazada, por el hecho que no interrumpirá el embarazo.
- No existe contraindicaciones médicas conocidas para el uso ocasional de la AOE.
- El uso repetido de la AOE implica las mismas contraindicaciones que los anticonceptivos hormonales orales de uso rutinario.
- La AOE no debe reemplazar el uso de otros métodos de planificación familiar.

2.2.1.12. Características

- No es un método para uso regular, debe considerarse como alternativa.
- Se puede indicar en cualquier edad y paridad.
- Eficaz si se usa dentro de las 72 horas.
- No requiere un examen pélvico previo.
- No previene las enfermedades de transmisión sexual y SIDA.
- No se han reportado malformaciones congénitas en los recién nacidos en caso de falla del método.

2.2.1.13. Posiciones institucionales sobre la AOE

Dentro de las instituciones encargadas de ver la AOE, están:

a) Defensoría del Pueblo. La Defensoría del Pueblo, mediante informe presentado con fecha 25 de setiembre 2006, se ratificó en las conclusiones del Informe Defensorial Nro. 78 “La Anticoncepción Oral de Emergencia” y señaló que la AOE no tiene efecto alguno después de haberse producido la implantación. Por lo tanto no afecta al embarazo ya iniciado y, en este sentido, no es abortiva.

b) La OMS y la OPS. La comunidad científica internacional coincide plenamente en que la AOE no es abortiva y no impide la implantación de un óvulo fecundado ya que no tiene efectos sobre el endometrio. Esta afirmación está respaldada por el trabajo de instituciones científicas de amplio prestigio internacional. No existe un solo estudio científico que demuestre que la AOE es abortiva.

c) Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El acceso a la AOE es un asunto de derechos humanos, pues los derechos reproductivos garantizan que las personas cuenten con la información y

puedan acceder a la más amplia gama de métodos anticonceptivos, y como se ha señalado, la salud sexual y reproductiva es un elemento esencial del derecho a la salud regulado en el artículo 12 del Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

d) Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. La Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología señalan que la AOE contribuye en el ámbito de la Salud Pública a reducir la mortalidad materna y a prevenir la consecuencia de los embarazos no deseados, igualmente consideran que con base a la evidencia científica la AOE no tiene efectos sobre el endometrio o que tenga efectos abortivos.

e) Ministerio de Salud. La evidencia científica actual ha establecido claramente que el mecanismo de acción de la AOE impide o retarda la ovulación e impide la migración de los espermatozoides por espesamiento del moco cervical, por lo tanto, actúa antes de la fecundación. Se ha probado que no tiene efectos abortivos.

f) Ministerio de Justicia. Que si el estado actual de la medicina ha determinado que los únicos efectos de la AOE son anticonceptivos y si existen estudios suficientes - ingerida en dosis recomendada – no ocasiona cambios en el endometrio que impidan la anidación o

implantación, puede concluirse de que se trata de un método no abortivo y que su inclusión en las Normas del Programa Nacional de Planificación Familiar es constitucional.

g) Iglesia Católica. Se afirma con frecuencia que la anticoncepción, segura y asequible a todos, es el remedio más eficaz contra el aborto. Se acusa además a la Iglesia Católica de favorecer de hecho el aborto al continuar obstinadamente enseñando la ilicitud moral de la anticoncepción. En efecto, pueda ser que muchos recurran a los anticonceptivos incluso para evitar después la tentación del aborto. Pero los contravalores inherentes a la mentalidad anticonceptiva, bien diversa del ejercicio responsable de la paternidad y maternidad, respetando el significado pleno del acto conyugal. De hecho, la cultura abortista está particularmente desarrollada justo en los ambientes que rechazan la enseñanza de la Iglesia sobre la anticoncepción.

h) Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días. Sólo bajo inusuales y extenuantes circunstancias el uso de este método anticonceptivo puede ser justificado. Tales circunstancias pueden ser una violación sexual o incesto o para salvar la vida de la madre. Añade

además que la decisión de cuántos hijos tener y cuándo tenerlos es extremadamente íntima y privada debe ser entre los esposos y el Señor.

i) Testigos de Jehová. Siendo que la Biblia muestra que la vida de una persona empieza después de la concepción, una cristiana evitará cualquier anticonceptivo que impida el desarrollo de un óvulo. Como su nombre da entender una AOE consiste en el uso, posterior al coito, de una droga para evitar el embarazo. Si la AOE permite la fertilización, pero evita la implantación del ovulo fertilizado es básicamente abortivo.

2.2.1.14. Derechos humanos y Anticoncepción Oral de Emergencia

El decidir cuándo y cuántos hijos tener es un derecho humano, como lo es evitar el embarazo producto de una agresión sexual. Los métodos anticonceptivos, dentro de los cuales está la AOE, deben ser accesible para las mujeres y las parejas que lo necesiten. Es responsabilidad de los gobiernos facilitar este acceso e implementar programas de Planificación Familiar que cuenten con alternativas para cada situación de vida o condición médica. Perú se comprometió con este objetivo al suscribir los acuerdos de las Conferencias del Cairo y Beijing.

2.2.1.15. Aspectos legales en anticoncepción

La Constitución Política de 1993 reconoce que “La Política Nacional de Población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y la maternidad responsables. Reconoce el derecho de las familias y de las personas a decidir.

Asimismo, la Ley de Política Nacional de Población, Decreto Legislativo 346, promulgada en el año 1985 señala como derechos de la persona humana:

- a) A la vida. El concebido es un sujeto de derecho desde la concepción.
- b) A formar su familia y al respeto de su intimidad.
- c) A la libre determinación del número de hijos.
- d) A la salud integral.
- e) A la igualdad ante la ley.
- f) A la elección libre del método anticonceptivo de su preferencia y a la información adecuada.

De igual manera la Ley General de Salud Nro. 26842, en su artículo 6 señala el derecho a la libre determinación del método anticonceptivo de su preferencia a la información adecuada con todo lo que ello encierra.

Para la aplicación de cualquier método anticonceptivo es necesario el consentimiento previo de la usuaria.

Cabe recalcar que el Programa de Planificación Familiar en nuestro país, en la base legal de sus normas, ya está considerando a la AOE como parte de la Planificación familiar a partir del mes de mayo de 2005.

2.2.2. Método Harvard o Método de Casos

2.2.2.1. Generalidades

Médicos y juristas saben, desde hace mucho tiempo, que pueden aprender de buenos apuntes sobre un caso. Por esta razón las primeras aplicaciones del “método del caso” están asociadas a la formación o perfeccionamiento de abogados y médicos. Sin embargo, el modelo didáctico método del caso (en sentido estricto) se desarrolló cuando se llevó al campo de las ciencias económicas. Desarrollado a principios del siglo XX en la Universidad de Harvard, bajo la denominación “Harvard CaseMethod” (Método de Casos de Harvard), se ha expandido no sólo a otras disciplinas, sino también en casi todo el mundo. A partir de estas experiencias, el método ha sido ampliamente desarrollado en la

formación de profesionales principalmente en los siguientes campos: Derecho, Administración de Empresas, Medicina y Ciencias Políticas. (Universidad de valle de México, 2010)

2.2.2.2. Historia

En 1870 Christopher Columbus Langdell, profesor de la Universidad de Harvard, empezó a enseñar leyes haciendo que los estudiantes leyeran casos en lugar de leer libros de texto. Hacia 1914, el caso se formaliza como método de enseñanza en el programa de Derecho, bajo el término "Case System". El método pretendía que los alumnos buscaran la solución a una historia concreta y la defendieran.

Hacia 1935, el método cristaliza en su estructura definitiva y se extiende como metodología docente a otros campos. Se perfecciona, además, con la asimilación del juego de roles y del socio drama, que son otras dos técnicas de enseñanza, las cuales consisten en representar o dramatizar una situación problemática concreta de la vida real.

La escuela de negocios de Harvard (HBS) adoptó el Método de Casos a partir del año de 1920. Se creó un primer libro de casos y se

asignaron fondos para la escritura de nuevos casos tomados de temas reales de los negocios.

La Escuela de Medicina de Harvard empezó a utilizar casos hacia el año 1985. Los casos típicamente describían historias de pacientes individuales.

A partir de estas experiencias, el Método de Casos ha sido ampliamente utilizado en las escuelas de negocios, medicina, ciencias políticas y ciencias sociales. Igualmente, se utiliza en la capacitación de recursos humanos de las organizaciones. (Universidad de valle de México, 2010)

2.2.2.3. Concepto

El Método de Casos es un modo de enseñanza en el que los alumnos construyen su aprendizaje a partir del análisis y discusión de experiencias y situaciones de la vida real.

El Método de Casos es la descripción de una situación concreta con finalidades pedagógicas para aprender o perfeccionarse en

algún campo determinado. El caso se propone a un grupo de clase para que individual o colectivamente lo sometan al análisis y a la toma de decisiones.

Al utilizar el Método de Casos se pretende que los alumnos estudien la situación, definan los problemas, lleguen a las propias conclusiones sobre sus acciones, contrasten ideas, las defiendan y las reelaboren con nuevas aportaciones. La situación puede presentarse mediante un material escrito, filmado, dibujado, con soporte informático o audiovisual. Generalmente, plantea problemas divergentes (no tiene una única solución). (Correa S. 2001)

El Método de Casos es un método pedagógico. Es una forma de aprendizaje en común idóneo para la formación de profesionales en todos los sectores de las ciencias humanas. Se trata de un método eficaz para todos aquellos que han de resolver “situaciones humanas” (equipos de centros educativos, formadores, responsables de grupo, directores industriales y administrativos, médicos, juristas, dirigentes de todos los grados jerárquicos y de todo tipo de organismos sociales).

La utilización de casos en la formación ha de ser considerada como una metodología didáctica que permite favorecer el proceso de

aprendizaje del alumnado. Se puede considerar un método didáctico contrapuesto a los métodos tradicionales. La pasividad propia de éstos se sustituye por el aprendizaje activo, caracterizado por:

- a) La actividad del alumnado. Entendida como la construcción activa del conocimiento en lugar de su transmisión elaborada.
- b) Afrontar los problemas reales de forma global. Ante situaciones reales deciden los pasos que es necesario seguir en la resolución de problemas. Para ello se analizan las relaciones causales que se establecen entre la toma de decisiones y sus consecuencias. De esta manera se desarrollan estrategias cognitivas que después podrán aplicarse en otras situaciones.
- c) El flujo de comunicación del formador al estudiante y vice-versa es más vivo y promueve la interacción entre los otros participantes.
- d) El rol complementario del educador.

2.2.2.4. Objetivos del Método de Casos

El objetivo principal del Método Harvard es que los estudiantes aprendan por sí mismos, por procesos de pensamiento independiente.

Otro de los objetivos es ayudar a los estudiantes a desarrollar su capacidad de usar conocimientos y desarrollar sus habilidades, ya que los conocimientos sin la habilidad de usarlos no son útiles. Por otro lado, la habilidad que no es alentada continuamente por nuevos conocimientos convierte las actividades en constantes rutinas.

En el Método de Casos Harvard el instructor actúa como catalizador. Señala los casos de estudio y propicia un ambiente favorable a la discusión del grupo; su objetivo es guiar el proceso de enseñanza-aprendizaje, pero sin intentar cubrir el tema "diciéndolo". Por el contrario, ayuda a los estudiantes a descubrir por sí mismos las ideas más significativas para ellos, partiendo del informe de un caso.

En cuanto al proceso, el Método de Casos tiene como actividad central el análisis de situaciones problemáticas reales, a través de un ciclo de aprendizaje que incluye la preparación individual, la discusión en pequeño grupo, discusión plenaria y reflexión individual.

2.2.2.5. Utilidad del Método de Casos

- a) Formar futuros profesionales capaces de encontrar para cada problema particular la solución experta, personal y adaptada al contexto social, humano y jurídico dado.

- b) Trabajar desde un enfoque profesional los problemas de un dominio determinado. El enfoque profesional parte de un problema real, con sus elementos de confusión, a veces contradictorios, tal como en la realidad se dan y se pide una descripción profesional, teóricamente bien fundada, comparar la situación concreta presentada con el modelo teórico, identificar las peculiaridades del caso, proponer estrategias de solución del caso, aplicar y evaluar los resultados.

- c) Es útil para crear contextos de aprendizaje que faciliten la construcción social del conocimiento y favorezcan la verbalización, explicitación, el contraste y la reelaboración de las ideas y de los conocimientos.

2.2.2.6. Principios didácticos del Método de Casos

- a) Aprendizaje a partir de descripciones de la práctica, los aprendizajes se producen analizando descripciones de circunstancias complejas y ejemplos de la actualidad, las cuales fueron elaboradas para este propósito.
- b) Aprendizaje en la solución de problemas, los aprendizajes surgen de los ejemplos de alternativas de decisión abiertas que se construyen con los elementos del caso (libre de la responsabilidad de los efectos de las decisiones).
- c) Aprendizaje sin objetivos explícitos, es decir, está motivado por las características del caso, pero cada alumno puede explorar aspectos de interés personal. (Universidad Pontificia de Valencia, 2010)

2.2.2.7. Fases de aplicación del Método de Casos

- a) Fase de preparación, se preparan los casos con su documentación y el alumno se introduce en los ámbitos de los temas.

- b) Fase de recepción (análisis del caso), los alumnos estudian a fondo el material del caso, lo interpretan y procuran obtener información adicional sobre el tema del caso.
- c) Fase de interacción (trabajo) en el grupo de aprendizaje que haya constituido, si es necesario, se comparan las definiciones del problema, se examinan las posibilidades de solución y se proponen las decisiones.
- d) Fase de evaluación, las soluciones individuales son presentadas y discutidas (individualmente o en pequeños grupos) y, finalmente, se toma la decisión para la solución del caso por todo el curso.
- e) Fase de confrontación, se procede a comparar las soluciones propuestas (encontradas) con la decisión tomada en la situación real. (Pérez, M. 2002)

2.2.2.8. Tamaño del grupo

El método no incluye como requerimiento un determinado tamaño del grupo para la discusión del caso. El tamaño del grupo puede variar desde 10 hasta 100 alumnos, pero el número "ideal" de participantes dependerá de diversos factores, tales como la infraestructura

física con que se cuente, o de la habilidad y experiencia del profesor para manejar la discusión de casos. Un grupo pequeño provoca que la discusión termine más rápido.

2.2.2.9. Características del Método de Casos

Las características que presenta el Método de Casos son las siguientes:

- Es interactivo y sumamente dinámico.
- Está centrado fundamentalmente en el alumno.
- El profesor actúa como facilitador del proceso, orientando la discusión en los momentos en los que ésta se pudiera desviar de los objetivos de aprendizaje.
- El caso (documento escrito) sirve como base para la discusión que se lleva a cabo en la clase.
- El caso se basa en una situación real.
- Hay diferentes alternativas para solucionar la situación presentada.
- El alumno debe plantear supuestos claros y bien fundamentados acerca de la información que no está disponible en el caso.
- En ocasiones se requiere que el alumno realice análisis cuantitativo para fundamentar sus propuestas (ésta se realiza con base a información provista en el caso)

- Es característico del método del caso la discusión pública en clase de las alternativas seleccionadas por cada alumno.

Las diversas soluciones son analizadas en una sesión dirigida por el profesor, permitiendo discutir distintos puntos de vista y comprobar el amplio abanico de soluciones posibles. Este método fomenta la discusión y la comunicación entre los estudiantes y de éstos con los docentes que dirigen el debate.

El aprendizaje resulta más efectivo cuando el estudiante desarrolla una habilidad en una situación tan realista como sea posible, analizado posteriormente de modo explícito su actuación

2.2.2.10. Componentes del Método de Casos

A continuación se presentan cada uno de sus componentes: (Fernández, JL. 995).

- a) El maestro.-** Es un profesor en la materia con conocimiento del caso y de la metodología para la aplicación de la técnica de casos.

- b) Los alumnos.-** Se requiere una cantidad de participantes que permita promover la discusión continua y lograr analizar el caso en su totalidad, abordando todos los temas y cumpliendo los objetivos de aprendizaje previstos.
- c) Las notas de enseñanza.-** Son apuntes elaborados por el profesor que tienen la finalidad de establecer una ruta determinada de análisis del caso y de la discusión, incluye por tanto preguntas, temas, sub-temas y argumentos que el profesor plantea durante la discusión a fin de guiar la sesión.
- d) El caso.-** El caso es una redacción de una situación problemática que enfrentó una persona, un grupo de personas, una organización o institución en un contexto real determinado.
- e) La sesión de discusión.-** Ésta es la actividad central de la metodología de casos. En ella se lleva a cabo la conducción y la moderación de la sesión por el profesor, partiendo de una pregunta detonante inicial (que invita a cuestionarse ampliamente el problema y las posibles alternativas de análisis de solución). El profesor fomenta la participación argumentativa de los alumnos al estilo mayéutica y ocasionalmente va recapitulando o resumiendo las

argumentaciones que se van presentando a lo largo de la sesión. El profesor puede dirigir la discusión determinando quién participa, o puede lanzar preguntas dirigidas a todo el auditorio. Este imprime un ritmo de participaciones. El maestro distribuye el tiempo de tal forma que el proceso de análisis y discusión del caso, se concluya habiendo analizado y argumentado al nivel de desarrollo y del tiempo previsto.

- f) **La Evaluación.-** Ésta es dada por el profesor y se relaciona directamente con la calidad y cantidad de las participaciones de cada estudiante.

2.2.2.11. Ventajas del Método de Casos

- a) **Para el aprendizaje** (Millan, M. D. (1997).
- Desarrollo de habilidades analíticas, de identificación del problema, en el manejo de la información así como también del desarrollo de habilidades del pensamiento crítico.
 - Habilidades para la toma de decisiones, aprendiendo a generar diversas alternativas, a adoptar por un criterio de selección, a

evaluar alternativas, a escoger la mejor, a formular acciones congruentes y la implementación de los planes.

- Habilidades para la aplicación de los conocimientos teóricos aprendidos, así como el uso de herramientas y técnicas.
- Habilidades de la comunicación oral, dando la oportunidad de escuchar a sus compañeros y así mismo, argumentando con las ideas propias y las que aportan sus compañeros. También se aprende a pensar considerando los puntos de vista de los demás tanto como para tomarlos y defender la posición propia.
- Habilidades en el manejo del tiempo, ya que dada la agenda intensa que mantiene el estudiante en sus responsabilidades educativas lo dirige a organizarla y optimizarla.
- Habilidades interpersonales y sociales que son desarrolladas por el estudiante a través de discusiones en grupos, donde se aprende cómo tratar y comunicarse con sus compañeros y cómo darle solución al conflicto.
- Habilidades Creativas. Por la razón de que dos situaciones de negocios no son las mismas, el método de caso, promueve la búsqueda y el encuentro de soluciones compatibles con las circunstancias únicas de cada caso.

- Habilidades para la comunicación escrita. A través de la toma de notas continua y efectiva, elaboración de reportes de casos y de exámenes de caso, se desarrolla la habilidad asociada con la escritura efectiva.

b) Para el alumno

A través de la discusión de casos, los estudiantes pueden:

- Adquirir conocimientos. En el Método de Casos, el aprendizaje de conceptos, enfoques y técnicas es aprendido mientras se discuten situaciones de la vida real y no en un contexto aislado.
 - Conceptos
 - Teorías
 - Técnicas
- Desarrollar habilidades. El desarrollo de habilidades requiere ponerlas en práctica. Al discutir situaciones de la vida real, los participantes ejercitan ciertas habilidades que le resultarán indispensables para el desempeño profesional. La ejecución repetida de estos ejercicios de discusión de casos facilita el desarrollo de estas habilidades:

- Pensamiento crítico
- Capacidad de análisis, síntesis, evaluación
- Argumentación
- Toma de decisiones
- Interactuar con otras personas
- Comunicación verbal
- Formar actitudes. La exposición a diferentes modos de ver una misma situación motiva al participante a reexaminar sus propias actitudes y valores. Entre más duración tenga el programa, más oportunidad tienen los participantes de lograr un cambio positivo en sus actitudes y valores.
- Flexibilidad ante las diferencias personales.
- Seguridad.
- Sensibilización a necesidades del entorno.
- La comprensión de fenómenos y hechos sociales mediante el acercamiento con la realidad.

c) Para el profesor

El Método de Casos resulta un buen aliado para el profesor que busca promover la participación activa de los estudiantes. Una de sus mayores

ventajas es que permite a los estudiantes aplicar sus conocimientos en un contexto de situaciones reales de la práctica profesional.

2.2.2.12. Rol del estudiante y rol del profesor

a) Rol del estudiante (alumno)

En este modelo didáctico los estudiantes adoptan el rol de un personaje real (actor o afectado en el caso) o del tomador de decisiones. Ellos saben, obviamente, que sobre ellos está la carga y las presiones de ser tomadores de decisiones. Ocasionalmente toman el rol de evaluadores (árbitros), de las soluciones o decisiones de los demás. Los alumnos deben “estar” en la situación, dominar las relaciones complejas y obtener la información pertinente. Además, ellos deben estar bastante orientados en el campo del cual proviene el ejemplo del caso.

b) Rol del profesor o facilitador

Se necesitan autores para desarrollar los casos de estudio. Los autores trabajan como expertos individuales, en el ámbito respectivo, o en conjunto con otros expertos. Los estudios de casos exigen organizadores externos (del tiempo y el espacio) o coordinadores, que asignen o exigen

el tipo de tareas o trabajos, proporcionan materiales para el caso, introducen al alumno en el estudio de casos y ayudan en la obtención de la información de fondo (base), dan apoyo en la planificación del tiempo y el espacio, participan (si es necesario) en las discusiones y, además, pueden actuar como moderadores de las discusiones. (López Barajas, E. & Montoya, J. M. 1995)

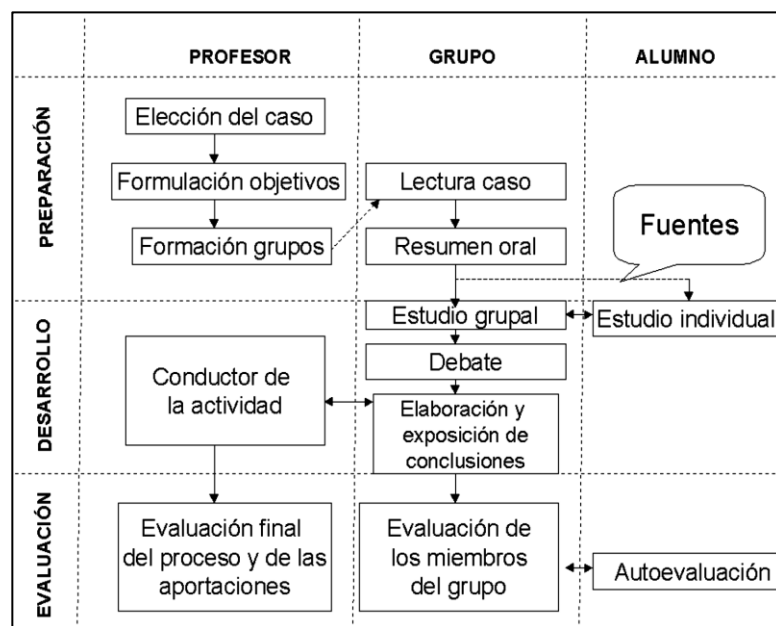


Figura 1: Rol del profesor o facilitador

Fuente: López Barajas, E. & Montoya, J. M.(1995)

2.2.2.13. Aprendizajes que fomenta el Método de Casos

Esta técnica de trabajo tiene un notable interés en aquellas áreas que requieren un entrenamiento para la formación teórico-práctica

de los estudiantes. De acuerdo con varios autores como Alfonso López (1997) y otros profesores con vasta experiencia en esta área, los estudiantes pueden desarrollar, a través del uso de esta técnica:

- a) Habilidades cognitivas como pensamiento crítico, análisis, síntesis, evaluación.
- b) Aprendizaje de conceptos y aplicación de aquéllos aprendidos previamente, tanto de manera sistemática como por la experiencia propia.
- c) La habilidad para trabajar en grupo y la interacción con otros estudiantes, así como la actitud de cooperación, el intercambio y la flexibilidad, lo cual constituye una preparación eficaz para las relaciones humanas.
- d) El acercamiento con la realidad, la comprensión de fenómenos y hechos sociales, familiarizarse con las necesidades del entorno y sensibilizarse ante la diversidad de contextos y diferencias personales, el mejoramiento en las actitudes para afrontar problemas humanos.
- e) El desbloqueo de actitudes inseguras o temerosas.
- f) El desarrollo del sentimiento de "nosotros".
- g) La disposición a la escucha comprensiva.

- h) El entrenamiento dinámico de la autoexpresión, la comunicación, la aceptación, la reflexión y la integración.
- i) La motivación por el aprendizaje, ya que los alumnos por lo general encuentran el trabajo de estudio de casos más interesante que las lecciones magistrales y la lectura de libros de texto.
- j) Los procesos de toma de decisiones.
- k) Mejorar la autoestima y la seguridad.
- l) Aumenta la motivación del alumnado por el tema de estudio al confrontarle con situaciones relativas al ejercicio de la profesión. Las situaciones de aula son más motivadoras y dinámicas ya que faciliten una mejor asimilación de los conocimientos (ambiente de intercambio, diálogo, más responsabilidades).

2.2.2.14. Algunas variantes del Método de Casos

- a) Caso de juicio o dictamen (Case problema method)
- b) Casos de información(Incidentmethod)
- c) Método del paplero de correspondencia (In basket case method)
- d) Caso de determinación del problema.
- e) Caso de solución del problema (Case studymethod)
- f) Casos de investigación(Project case method)

2.2.2.15. Método de Harvard en el campo de la salud

La escuela de medicina de Harvard, empezó a utilizar casos hacia el año 1985. Los casos típicamente describían historias de pacientes individuales.

A partir de estas experiencias, el Método de Casos ha sido ampliamente utilizado en las escuelas de negocios, medicina, ciencias políticas y ciencias sociales. Igualmente, se utiliza en la capacitación de recursos humanos de las organizaciones, con excelentes resultados.

2.2.2.16. Casos

a) Definición

Un caso es la descripción de un hecho pasado que describe una situación compleja real.

Un buen caso permite la discusión basada en los hechos problemáticos que deben ser encarados en situaciones de la vida real. Su propósito es permitir la expresión de actitudes de diversas formas de pensar en el salón de clase.

Un “caso” es la descripción de una situación real; adoptada para estudiarla y propiciar el intercambio de ideas. La descripción del caso a pesar de ser detallada, relevante y exhaustiva no implica que presente todos los acontecimientos que presenta un determinado problema; aunque debe presentarse de forma clara para que permita el análisis

b) Requisitos para un buen caso

- Exactitud : Fidelidad en la narración de los hechos
- Objetividad : Ser objetivo no lugar a parcialidades
- Claridad : No debe darse ambigüedad ni confusión

c) Clasificación de los casos

- Cualitativo: el caso de una situación real que incita al participante a plantear una solución viable.
- Cuantitativo: Expresa una solución real y tiene como base cifras que deben ser utilizados por el participante.
- Simulación: busca simular una situación para desarrollar cualidades y capacidades en el participante.
- Incidentes críticos: en esta clase de casos dramatizamos una situación determinada para destacar un concepto determinado.

- Casos multi-etapas: casos que se desarrollan en varias fases y capítulos hasta llegar a una solución a base de respuestas múltiples y determinadas.

2.2.2.17. Método de Casos versus Método Tradicional

Tabla 3.

Método de Casos y Método Tradicional

Método de Casos	Método Tradicional
Es inductivo	Es deductivo
De lo específico a lo general	De lo general a lo específico
Se centra en el alumno	Se centra en el profesor
Énfasis en el aprendizaje	Énfasis en la enseñanza
Solución de Problemas	Adquisición de conocimientos

2.2.3. Métodos y técnicas didácticas

2.2.3.1. Método

Del latín METHODUS y que a su vez tiene su origen en el Griego Meta= Meta y Hodos =Camino.

Didácticamente: Camino para alcanzar los objetivos estipulados en el camino.

2.2.3.2. Técnica

Del griego TECHNICU y del Latín TECHNICUS, que significa relativo al arte. Simplificando, quiere decir cómo se hace algo. El Método indica el camino y la Técnica como recorrerlo.

2.2.3.3. Metodología de la enseñanza

Es el conjunto de procedimientos didácticos expresados por su Métodos y Técnicas de enseñanza, tendientes a llevar a buen término la acción didáctica, la cual significa alcanzar los objetivos con un mínimo esfuerzo y un máximo de rendimiento.

2.2.3.4. Método de enseñanza

Conjunto de momentos y técnicas lógicamente coordinadas para dirigir el aprendizaje del alumno a determinados objetivos.

2.2.3.5. Técnicas educativas

Las técnicas educativas son recursos metodológicos que permiten canalizar el proceso de aprendizaje del alumno, en un momento determinado del proceso enseñanza aprendizaje. Las técnicas educativas o de enseñanza son muchas y pueden variar de manera extraordinaria, según la disciplina, las circunstancias y los objetivos que se tenga en vista. Todas son válidas desde que pueden ser aplicadas, propiciando el ejercicio de la reflexión y del espíritu crítico del alumno. Se refiere a la manera de utilizar recursos didácticos para efectivizar el aprendizaje en el educando. (LEXUS, 1998)

2.2.3.6. Relación entre método, procedimiento y técnica

Tabla 4.

Relación entre método, procedimiento y técnica

Método	Procedimiento	Técnica
El método es el camino, la ruta, la dirección que debe moverse el conocimiento para alcanzar la verdad.	Es el medio, el instrumento o vehículo que sirve para recorrer ese camino, esa ruta.	Es la manera, la acción realizada para dar a conocer esa ruta o camino y el medio utilizado para llegar a su destino.

2.2.3.7. Principales métodos didácticos de la enseñanza aprendizaje

- a) Método Inductivo: Parte de hechos, fenómenos o casos específicos (de lo específico a lo general).
- b) Método deductivo: Consiste en estudiar un asunto o conocimiento partiendo de lo general.
- c) Método analítico: Separa las partes del todo, sin destruirlo, para conocerlo mejor.
- d) Método sintético: Junta, une y compone todas las partes para llegar al todo.

2.2.3.8. Principales técnicas educativas

Las principales técnicas educativas a destacar son las siguientes:

- a) Plenario (Plenario final)
- b) Sociodrama (dramatización)
- c) Role-Playing (desempeño de roles, juego de roles)
- d) Estudio de casos
- e) Discusión dirigida en grupos
- f) Comisión

- g) Seminario
- h) Lluvia de ideas
- i) Sesión de problematización
- j) Conferencia (exposición, conferencia, charla)
- k) Simposio
- l) Panel

Para ver en detalle cada una de éstas técnicas a fin de conocer su concepto, objetivo, características, número de participantes, organización, desarrollo y duración ver el Anexo 05.

2.2.4. Conocimiento

2.2.4.1. Concepto

Al conocimiento se le define como la conciencia o percepción de la realidad, que se adquiere por medio del aprendizaje. El conocimiento sobre las cosas y los hechos se adquiere abarcando la materia de interés mediante la experimentación. La experimentación con objetos o hechos requiere, a su vez la participación de uno a más sentidos.

Es evidente que el conocimiento es la aprehensión mental de la realidad ya sea a través de los sentidos o por procesos lógicos que permiten la construcción de teorías capaces de explicar situaciones complejas en nuestra existencia. (Hernández, R. 1999)

2.2.4.2. Teorías sobre el origen del conocimiento

a) El conocimiento empírico

Es un sistema filosófico que adopta a la experiencia como base del conocimiento. Es decir que el conocimiento es producto de la experiencia, porque sólo son conocimientos las daciones de la experiencia.

El espíritu humano es sólo para los empiristas una "tabla rasa" en la que no hay nada escrito. Sólo cuando la experiencia escribe en ella se obtiene y se forma el conocimiento.

b) El conocimiento sensorial

Definido ontológicamente, es todo conocimiento en cuya ejecución intervienen directamente órganos corporales como los sentidos externos y el cerebro.

Dentro del conocimiento sensorial; es necesario distinguir: el conocimiento sensorial externo y el conocimiento sensorial interno; el externo es producido por un excitante que afecte a los órganos exteriores (ojos, oídos, etc.), el interno es suscitado por causas psíquicas o excitación del órgano central (cerebro). (Hernández, R. 1999)

2.2.4.3. Fuente del conocimiento

Se denomina fuente del conocimiento, a aquello de donde puede extraerse el conocimiento verdadero y cierto, tal como se completa en el juicio, término con el que se designa el acto central del conocimiento humano.

Son fuentes del conocimiento en forma originaria:

- **En relación con la verdad**, los objetos mismos (fuentes objetivas).
- **En relación con la certeza**, las potencias cognoscitivas, porque el saber acerca de la verdad sólo es posible por la reflexión sobre el mismo conocer (gnoseología). (Russell).

2.2.4.4. La práctica como fuente del conocimiento

El conocimiento comienza con la práctica. A través de la práctica se llega al conocimiento teórico que después retorna a la práctica. La práctica es en primer lugar la fuente del conocimiento; en segundo lugar es el fin del conocimiento, y, finalmente, es el criterio de la verdad. La práctica suscita no sólo percepciones y estímulos, sino, que además estimula el pensamiento para transformación del mundo objetivo, para dominar y dirigir no basta tan solo sentir y percibir lo exterior, la apariencia, sino que hay que penetrar en la esencia, en el concepto.

Así, la práctica obliga al hombre a pensar, y justamente con ayuda del pensamiento se puede alcanzar una comprensión más profunda de la realidad; siempre surgirán nuevos problemas de una práctica que continuamente cambia, siempre encontrará el hombre lo desconocido, lo todavía no comprendido que le obliga a un nuevo acto de raciocinio.

2.2.4.5. Evaluación del conocimiento

Es el proceso mediante el cual se infiere objetivamente el logro de la meta propuesta: la aprehensión del nuevo sector discursivo y, por

consiguiente, la transmutación de la conciencia en lo que a la relación conducta explicativa o conducta fáctica se refiere. Esta actividad permite corregir fallas y subsanar errores.

La evaluación es entendida como una etapa del proceso educacional que tiene por finalidad comprobar de modo sistemático en qué medida se han logrado los resultados previstos en los objetivos que se hubieran especificado con antelación.

Toda evaluación deberá permitir:

- Comprobar el logro de objetivos previstos.
- Determinar las causas que hubieran impedido el logro de alguno de los objetivos planeados.
- Reorientar el aprendizaje.
- Motivar el aprendizaje.
- Asignar calificaciones.

La medición determina el grado o la amplitud de alguna característica asociada con un objeto o persona ya sea en forma cuantitativa, por ejemplo obtener 16, 17 ó 18 puntos en una prueba, o en

forma cualitativa, cuando expresamos que es bueno, muy bueno o sobresaliente.

2.3. Definición de términos

A) Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE)

Se refiere a los métodos que las mujeres pueden usar como respaldo para emergencias contraceptivas, dentro de los primeros días después de una relación coital sin protección, para prevenir un embarazo no deseado. La Anticoncepción Oral de Emergencia no es adecuada para uso regular. (Out look., 2005)

B) Ovulación

Expulsión de un óvulo del ovario por rotura espontánea de un folículo maduro dentro del ciclo ovárico. Se suele tener sobre el decimocuarto día después del comienzo de la última regla. (Diccionario de Medicina, 2000)

C) Moco cervical

Secreción viscosa de las glándulas cervicales que contienen mucina, leucocitos y otros. (Diccionario de Medicina, 2000)

D) Endometrio

Membrana mucosa que recubre el útero. Su grosor y estructura se modifican en el ciclo menstrual.

E) Hormona

Sustancia química producida en determinadas células y órganos del cuerpo que desencadena o regula la actividad de otro órgano o grupo de células. (Diccionario de Medicina, 2000)

F) Progestágeno

Hormona pro gestacional, natural o sintética. (Diccionario de Medicina, 2000)

G) Método de Harvard: Harvard Case Method(Método de Casos)

Es un método de enseñanza en que los alumnos construyen su aprendizaje a partir de análisis y discusión de experiencias, situaciones o casos de la vida real. (López Barajas, E. & Montoya, J. M. 1995)

H) Conocimiento

Es la conciencia o percepción de la realidad que se adquiere por medio del aprendizaje.

I) Evaluación

La evaluación es entendida como una etapa del proceso educacional que tiene por finalidad comprobar de modo sistemático en qué medida se han logrado los resultados previstos en los objetivos que se hubieran especificado con antelación.

J) Técnicas educativas

Son Recursos metodológicos que permiten analizar el proceso de aprendizaje del alumno, en un momento determinado del proceso

enseñanza aprendizaje. Técnicas educativas también llamadas técnicas didácticas o de enseñanza. (Vargas, J. 1998)

K) Método

Es un procedimiento ordenado para llegar a un fin. Etimológicamente se refiere a una dirección hacia algo ya previsto. Es el modo o manera de enseñar. Es una fuerza que regula y estimula la acción educativa. (Vargas, J. 1998).

L) Nivel de conocimientos en Anticoncepción Oral de Emergencia

Está constituido por la cantidad y la calidad de la percepción de la realidad que se adquiere por medio del aprendizaje y el nivel se mide por asimilación de conocimientos después de la aplicación de un estímulo de un determinado tema con la participación de uno o más sentidos; en este caso el tema es conocimientos sobre Anticoncepción Oral de Emergencia.

M) UNITEK

Son las siglas de “Únicos Innovando Tecnología”.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación

El tipo de investigación es aplicada, con casos y controles, prospectiva y de corte longitudinal.

Diagrama del diseño:

$$\begin{array}{l} G_1 \quad : \quad O_1 \quad X \quad O_2 \\ G_2 \quad : \quad O_3 \quad \text{---} \quad O_4 \end{array}$$

Donde:

G_1	:	Grupo Experimental
G_2	:	Grupo control
O_1 y O_3	:	Pre Test
X	:	Estímulo
----	:	Control
O_2 y O_4	:	Post Test

3.2. Población y muestra de la investigación

Conformada por todos los estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior Unitek de Tacna, en el año 2010, a las tres carreras Técnicas:

Enfermería Técnica	:	20 estudiantes
Contabilidad	:	60 estudiantes
Computación	:	80 estudiantes

Haciendo un total de 160 estudiantes, que serán considerados para la muestra.

a) Tipo de Muestreo

No probabilístico intencional.

b) Criterios de inclusión

Todos los estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK de Tacna.

c) Criterios de exclusión

- Los estudiantes que no se han matriculado.
- Los estudiantes retirados o que abandonaron sus estudios.
- Los que no desean participar de la experiencia.

3.3. Operacionalización de las variables

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	tipo de variable	escala
V.I. "Método de Harvard"	Es un método de enseñanza en que los alumnos construyen su aprendizaje a partir de análisis y discusión de experiencias, situaciones o casos de la vida real.	Aplicación del Método de Casos Harvard	Sí No	Cualitativa	Nominal
V.D. "Nivel de conocimientos sobre anticoncepción Oral de emergencia" (AOE)	Está constituido por la cantidad y la calidad de la percepción de la realidad que se adquiere por medio del aprendizaje y el nivel se mide por asimilación de conocimientos después de la aplicación de un estímulo de un determinado tema con la participación de uno o más sentidos; en este caso el tema es conocimientos sobre Anticoncepción Oral de Emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> - Conceptualiza la AOE - Tipos de AOE - Mecanismo Acción - Eficacia de la AOE - Modo de Uso de la AOE - Indicaciones - Efectos Secundarios - Contra-indicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Define la AOE - Identifica los Tipos de AOE - Describe los Mecanismos de Acción de la AOE. - Describe la Eficacia de la AOE. - Describe el Modo de uso de la AOE. - Reconoce las indicaciones de la AOE - Identifica los efectos secundarios. - Identifica las contraindicaciones. 	Cualitativa	Ordinal

Fuente: elaboración propia

3.4. Técnica e instrumento de recolección de datos

El instrumento de aplicación es un Pre test y Post test en conocimientos, elaborado en base a 10 afirmaciones con 4 alternativas de respuesta que fue validado mediante juicio de expertos (Ver Anexo 1); cuya escala de medición es:

Escala de medición del Nivel de Conocimiento

Nivel de conocimiento	Medición
Deficiente	0 – 2
Regular	3 – 5
Bueno	6 – 8
Muy bueno	9 – 10

Las consultas y la validación del instrumento fueron realizadas por 3 profesionales expertos en el tema tratado. (Ver Anexo 2).

La población muestral se dividió en dos grupos aleatorizados, uno de ellos se denominó Grupo Control y el otro Grupo Experimental, constituidos de la siguiente manera:

- Grupo Experimental	: Estudiantes de Computación	80
- Grupo Control	: Estudiantes de Contabilidad	60
	Estudiantes de Enfermería	20

De acuerdo a las características y los objetivos del estudio las técnicas e instrumentos de recolección de datos previamente elaborados y validados se aplicaron como Pre test y Post test, para ambos grupos de estudio (Grupo Experimental y Grupo Control).

Al Grupo Experimental se le aplicó el Método de Harvard, más no al Grupo Control, al cual se le aplicó una técnica tradicional (charla). Con los resultados obtenidos se analizó y comparó el nivel de conocimientos adquiridos, entre el Grupo Experimental y el Grupo Control.

La ejecución de la investigación se desarrolló, para el Grupo Experimental en dos sesiones, donde se aplicó el Método de Harvard. Cada sesión de 50 minutos, dividido en cuatro acciones, para lo cual se elaboró previamente los materiales y el plan de exposición (Ver anexo 3).

Para el Grupo Control, se desarrolló en dos sesiones (charlas tradicionales) con los mismos temas que para el Grupo Experimental. (Ver anexo 4). A ambos grupos se les aplicó el Pre test y el Post test motivo de la investigación.

3.5. Procesamiento y análisis de datos

Los resultados del Pre test y Post test de ambos grupos, se vaciaron en una base de datos, se compararon para cada caso, luego se realizó la comparación de la eficacia del Método de Harvard, con respecto al método tradicional, lo cual se presentan en cuadros estadísticos con sus respectivas interpretaciones.

Primero, se realizó un análisis descriptivo de las variables antropométricas de la población de estudio, para ello se utilizó estadística descriptiva (Frecuencia Absoluta y Frecuencia Relativa Simple) y Medidas de Tendencia Central para la variable edad (Media Aritmética, Mediana y Moda) y Medidas de Dispersión (Desviación Estándar, Varianza y Rango).

Segundo, para probar la hipótesis se utilizó la prueba estadística T Student para muestras pareadas y la prueba No Paramétrica de Rangos de WillCoxon, según corresponda.

Para los cálculos se utilizó el paquete estadístico para Windows SPSS versión15.0.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Luego de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos a los estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK de Tacna, a continuación se presentan los resultados de la investigación, procesados, tabulados y con su respectivo gráfico.

Primeramente, se mostrarán las características antropométricas de los estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK de Tacna; luego, el análisis de comparación para muestras relacionadas (T Student); la comparación de hipótesis (Prueba WillCoxon); y la caracterización del nivel de conocimientos obtenido según edad, sexo y estado civil.

4.1. Características antropométricas de los estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK de Tacna.

Tabla 5.

Características de los estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior – UNITEK.

Características	GRUPO				TOTAL	
	Grupo Experimental		Grupo control		N°	%
	N°	%	N°	%		
GRUPO ETARIO						
15 – 19	33	41,25	27	33,75	60	37,50
20 – 24	42	52,50	41	51,25	83	51,88
25 – 29	5	6,25	12	15,00	17	10,62
Total	80	100,00	80	100,00	160	100,00
SEXO						
Masculino	57	71,25	43	53,75	100	62,50
Femenino	23	28,75	37	46,25	60	37,50
Total	80	100,00	80	100,00	160	100,00
ESTADO CIVIL						
Soltero	75	93,75	74	92,50	149	93,12
Conviviente	3	3,75	4	5,00	7	4,38
Casado	2	2,50	2	2,50	4	2,50
Total	80	100,00	80	100,00	160	100,00

Fuente: Prueba de evaluación de conocimientos en AOE

Interpretación

En la Tabla 5 se presenta la información referente a la caracterización de los estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK de Tacna.

Respecto al Grupo Experimental, en relación al grupo etario, se aprecia que el 52,50 % de los alumnos ingresantes tienen una edad entre 20 y 24 años; un 71,25 % corresponden a sexo masculino y un 93,75 % son solteros. Respecto al Grupo Control, en relación al grupo etario, se aprecia que un 51,25 % tiene una edad entre 20 y 24 años; un 53,75 % son de sexo masculino y un 92,50 % son de estado civil solteros.

En la totalidad de la muestra se puede observar que un 51,88 % se encuentran entre las edades de 20 a 24 años, el 62,50 % son de sexo masculino y el 93,13 % son de estado civil soltero.

Tabla 6.

Estimadores estadísticos descriptivos de la edad de los estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior – UNITEK.

Estadísticos	Grupo Experimental	Grupo control
N	80	80
Media	20,73	21,16
Mediana	20,00	22,00
Moda	18	23
Desv. Típ.	2,556	2,957
Varianza	6,531	8,745
Mínimo	17	16
Máximo	26	26

Fuente: Prueba de evaluación de conocimientos en AOE

Interpretación

En la Tabla 6 se presenta la información referente a los estimadores estadísticos descriptivos de la edad de los estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK de Tacna.

Se observa que el promedio de edad en el Grupo Experimental es de 20,73 años y en el Grupo Control 21,16 años. La dispersión de las edades para el primer grupo fue DS. 2,55 y el segundo DS. 2,96.

El grupo etario más frecuente en el Grupo Experimental estuvo entre los 18 a 24 años. La distribución presenta una tendencia hacia la normalidad y se aprecia objetivamente en la figura 1.

El grupo etario más frecuente en el Grupo Tradicional estuvo entre los 22 a 25 años. La distribución presenta una tendencia hacia la normalidad y se aprecia objetivamente en la figura 2.

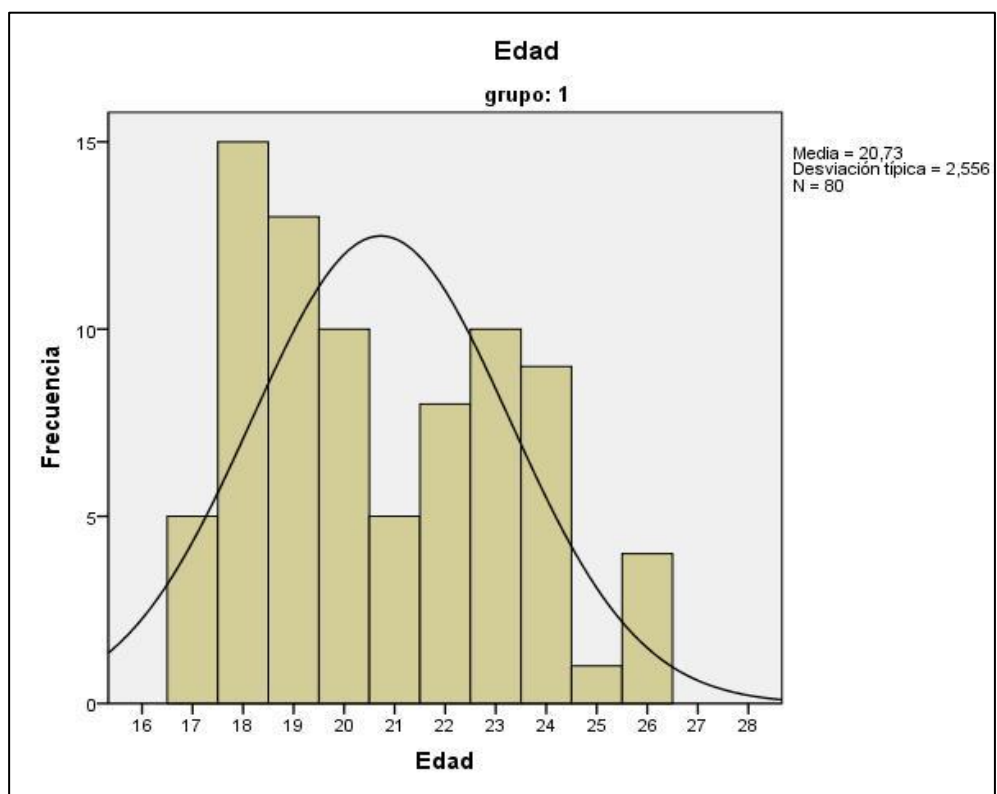


Figura 1: DISTRIBUCIÓN de la edad en el Grupo Experimental de estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior – UNITEK

Fuente: Prueba de evaluación de conocimientos en AOE

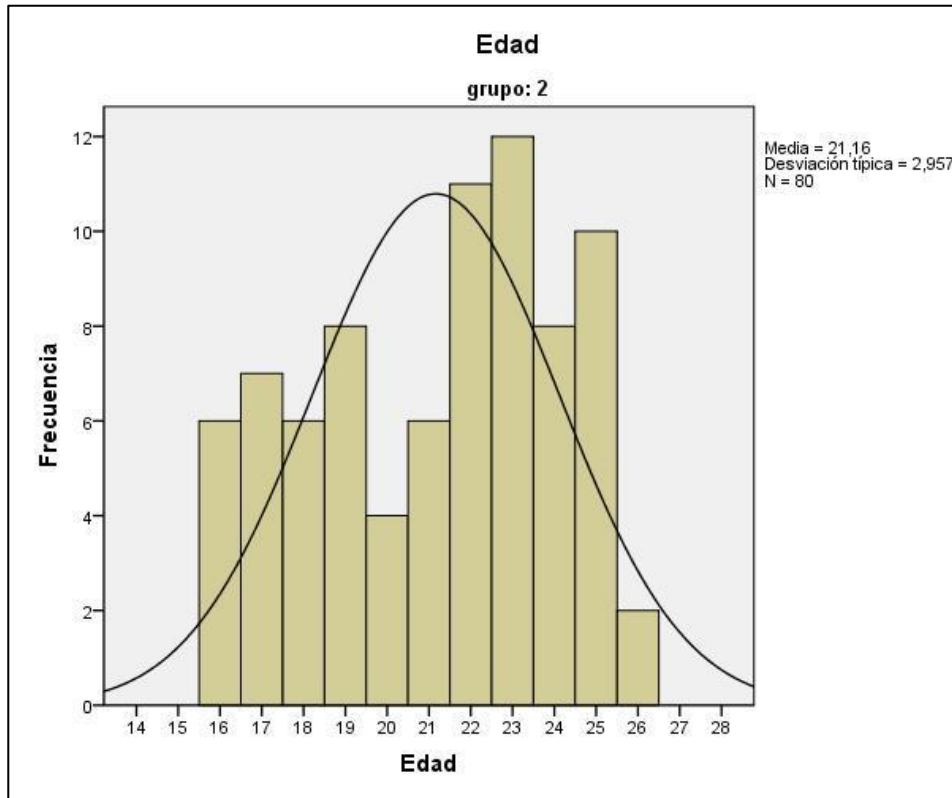


Figura 2: Distribución de la edad en el Grupo Control de estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior – UNITEK

Fuente: Prueba de evaluación de conocimientos en AOE

4.2. Análisis de comparación para muestras relacionadas (prueba “T” student) del puntaje de conocimientos obtenido en la Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del método Harvard y tradicional en estudiantes ingresantes al I. E. S. UNITEK.

Tabla 7.

Comparación de los valores resumen del puntaje de conocimientos obtenido en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del método Harvard en estudiantes ingresantes al I. E. S. UNITEK

Medidas	Pre test	Post test
Número	80	80
Media	12	16
Mediana	12	16
Moda	12	16
Desv. típ.	3,82	2,80
Varianza	14,59	7,84
Mínimo	2,00	8,00
Máximo	18,00	20,00

Fuente: Prueba de evaluación de conocimientos en AOE

Test de "t" Student: $t = -12,84$ $p = 0,0000$

Interpretación

En la Tabla 7 se presenta la información referente a la comparación de los valores resumen del puntaje de conocimientos obtenidos en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método de Harvard en estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK de Tacna.

Se observa que los estimadores estadísticos de la variable conocimientos en Anticoncepción Oral de Emergencia por el Método Harvard, antes y después de la intervención, permite conocer la validez de los resultados arribados en la investigación.

Las diferencias de las medidas de centralización, informan que las muestras comparadas, presentan valores similares y tienen tendencia simétrica. La variabilidad son valores con diferencias muy próximas 4 y 3 % de los valores analizados y se encuentran en un rango aceptable.

La diferencias de los promedios del Pre test (Media = 12) y Post test (Media = 16) de los estudiantes ingresantes tienen valores diferentes; esta asunción se confirma por los valores de la "T" de Student que son estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$). Es decir, la variable

dependiente, nivel de conocimientos después de la intervención por el Método de Harvard son diferentes en el Grupo Experimental, siendo mayor en el Post test.

En las figuras 3 y 4 se muestra objetivamente la distribución con tendencia a la normalidad del puntaje obtenido en el Pre test y Post test del Grupo Control, de los estudiantes ingresantes al I. E. S. UNITEK.

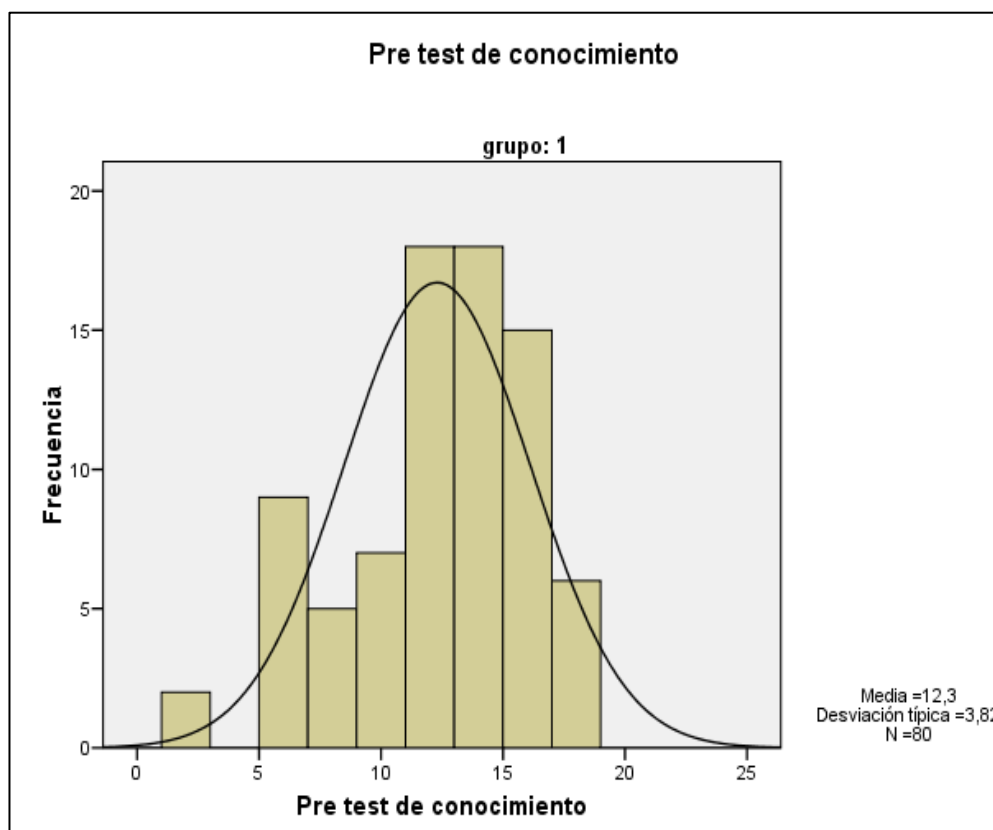


Figura 3: Distribución del puntaje de conocimientos obtenido en el Pre test del Grupo Experimental de estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior - UNITEK

Fuente: Prueba de evaluación de conocimientos en AOE

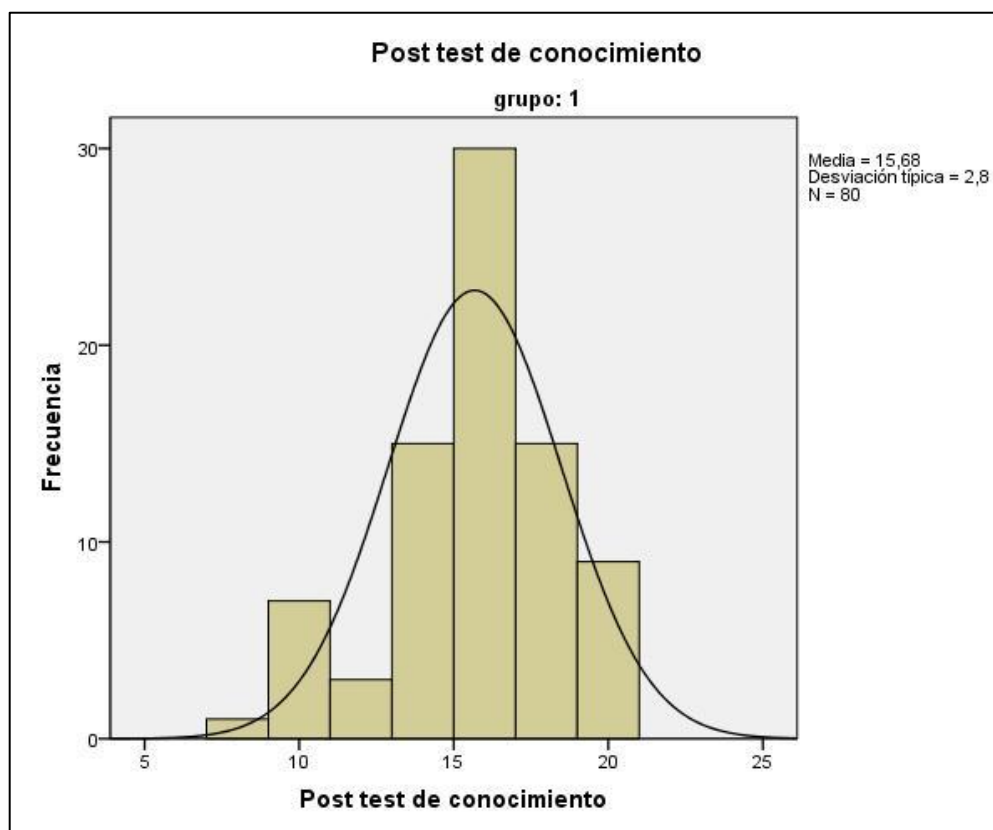


Figura 4: Distribución del puntaje de conocimientos obtenido en el Post test del Grupo Experimental de estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior - UNITEK

Fuente: Prueba de evaluación de conocimientos en AOE

Tabla 8.

Comparación de los valores resumen del puntaje de conocimientos obtenido en Anticoncepción Oral de Emergencia en el Grupo Control sin efecto del método Harvard en estudiantes Ingresantes al I. E. S. UNITEK

Medidas	Pre test	Post test
Número	80	80
Media	11	14
Mediana	12	14
Moda	12	16
Desv. típ.	4,68	3,20
Varianza	21,87	10,25
Mínimo	2,00	8,00
Máximo	18,00	20,00

Fuente: Prueba de evaluación de conocimientos en AOE

Test de "t" Student: $t = -11,76$ $p = 0,0000$

Interpretación

En la Tabla 8 se presenta la información sobre la comparación de los valores resumen del puntaje de conocimientos obtenidos en Anticoncepción Oral de Emergencia en el Grupo Control sin efecto del Método de Harvard en estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK de Tacna.

Se observa que los estimadores estadísticos de la variable conocimientos en Anticoncepción Oral de Emergencia en el Grupo Control, antes y después de la intervención, permite conocer la validez de los resultados arribados en la investigación. Las diferencias de las medidas de centralización, informan que las muestras comparadas, presentan valores similares y tienen tendencia simétrica. La variabilidad son valores con diferencias muy próximas 5 y 3 % de los valores analizados y se encuentran en un rango aceptable.

La diferencias de los promedios del Pre test (Media = 11) y Post test (Media = 14) de los estudiantes ingresantes tienen valores diferentes; esta asunción se confirma por los valores de la T de Student que son estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$). Es decir, la variable dependiente, nivel de conocimientos sin intervención del Método de Harvard son diferentes en el Grupo Control, siendo mayor en el post test.

En la figuras 5 y 6 se muestra objetivamente la distribución con tendencia a la normalidad del puntaje obtenido en el Pre test y Post test de los estudiantes ingresantes al I. E. S. UNITEK.

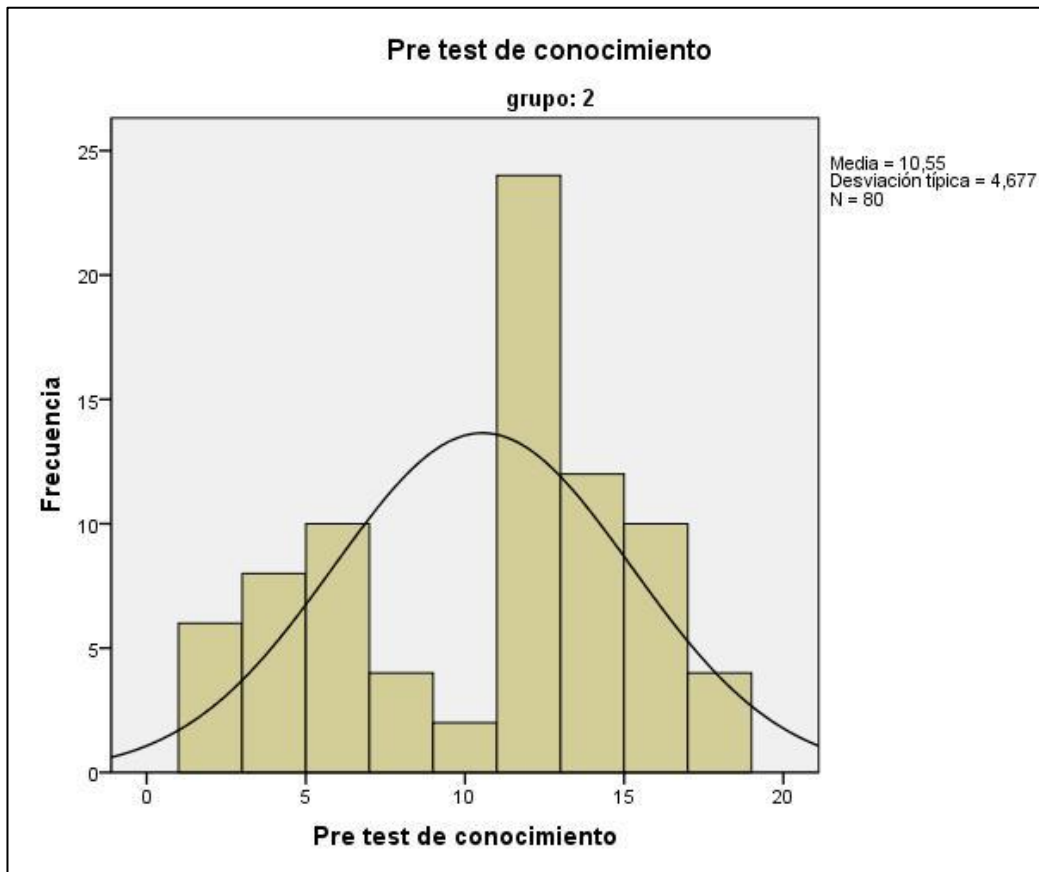


Figura 5. Distribución del puntaje de conocimientos obtenido en el Pre test del Grupo Control de estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior – UNITEK.

Fuente: Prueba de evaluación de conocimientos en AOE

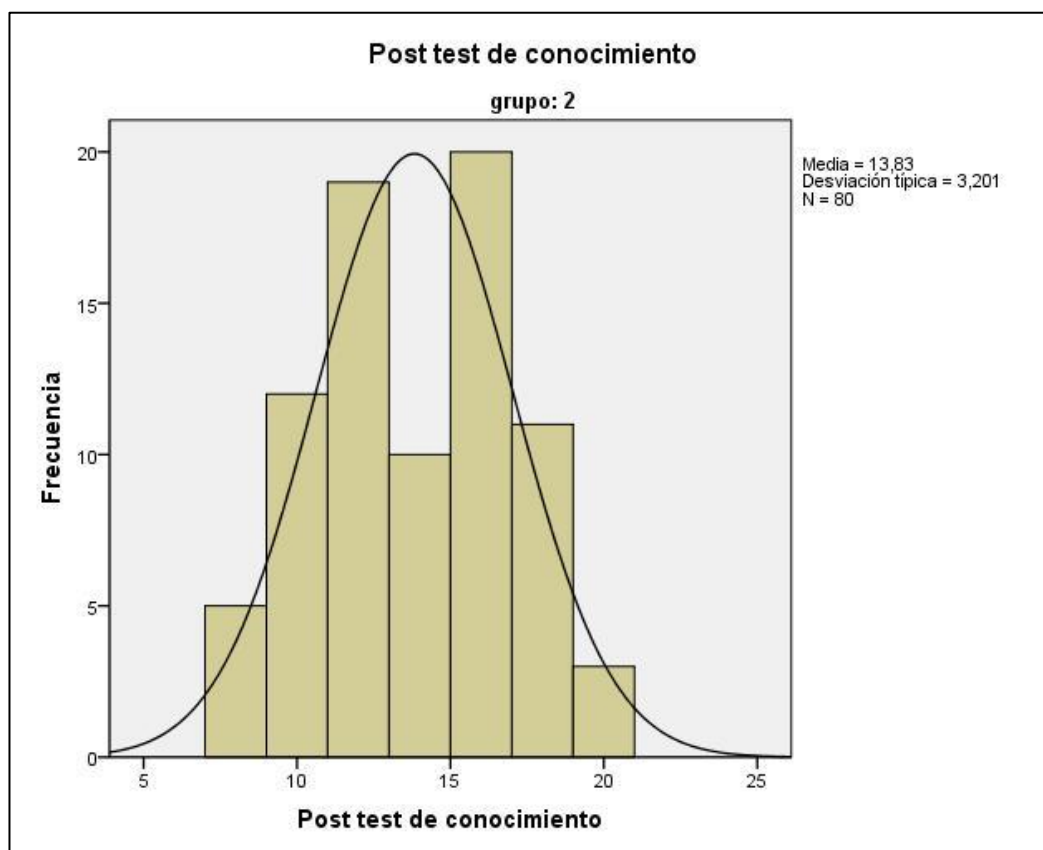


Figura 6: Distribución del puntaje de conocimientos obtenido en el Post test del Grupo Control de estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior – UNITEK

Fuente: Prueba de evaluación de conocimientos en AOE

Tabla 9.

Comparación del nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método Harvard en estudiantes ingresantes al I. E. S. UNITEK

Nivel	Pre test		Post test	
	N°	%	N°	%
Deficiente	23	28,75	8	10,00
Regular	36	45,00	18	22,50
Bueno	15	18,75	30	37,50
Muy Bueno	6	7,50	24	30,00
Total	80	100,00	80	100,00

Fuente: Prueba de evaluación de conocimientos en AOE

Prueba Wilcoxon: **Z = -7,004** **Sig = 0,0000**

Interpretación

En la Tabla 9 se presenta la información sobre la comparación del nivel de conocimientos alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del método de Harvard en estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK de Tacna.

Se observa la comparación del nivel de conocimientos alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método de Harvard

antes y después de la experiencia, encontrando valores muy diferenciados.

Así se tiene que en el Pre test el 45% posee un nivel de conocimientos regular, el 28,75 % un nivel de conocimientos deficiente, seguido de un 18,75 % con nivel de conocimientos bueno y un 7,50 % con nivel de conocimientos muy bueno.

En el Post test luego de la aplicación del Método de Harvard, estos niveles de conocimientos sufren una variación muy significativa, teniendo así, que un 37,50 % tiene un nivel de conocimientos bueno, seguido de un 30 % con nivel de conocimientos muy bueno, un 22,50 % nivel regular y 10,00 % nivel deficiente.

Al evaluar con prueba estadística de Willcoxon se comprueba estas diferencias significativas entre el Pre test y Post test del Grupo Experimental. $Z = -7,004$ y $\text{Sig} = 0,000$.

Tabla 10.

Comparación del nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método Tradicional en estudiantes ingresantes al I. E. S. UNITEK.

Nivel	Pre test		Post test	
	N°	%	N°	%
Deficiente	30	37,50	17	21,25
Regular	36	45,00	29	36,25
Bueno	10	12,50	20	25,00
Muy Bueno	4	5,00	14	17,50
Total	80	100,00	80	100,00

Fuente: Prueba de evaluación de conocimientos en AOE

Prueba wilcoxon: **Z** = -6,266 **Sig** = 0,0000

Interpretación

En la Tabla 10 se presenta la información sobre la comparación del nivel de conocimientos alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del método Tradicional en estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK de Tacna.

Se observa la comparación del nivel de conocimientos alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método Tradicional antes y después de la experiencia, encontrando valores diferenciados.

Así se tiene que en el Pre test el 45% posee un nivel de conocimientos regular, el 37,50 % con nivel de conocimientos deficiente, seguido de un 12,50 % con nivel de conocimientos bueno y un 5,00 % con nivel de conocimientos muy bueno.

En el Post test, estos niveles de conocimientos sufren una variación, teniendo así, que un 36,25 % tiene conocimientos de nivel regular, seguido de un 25,00 % nivel bueno, un 21,25 % nivel deficiente y 17,50 % muy bueno.

Al evaluar con prueba estadística de Willcoxon se comprueba estas diferencias entre el Pre test y Post test del Grupo Control $.Z = -6,266$ y $\text{Sig} = 0,000$

Tabla 11.

Comparación del nivel de conocimientos alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia en el Pre test en estudiantes ingresantes al I. E. S. UNITEK.

Nivel	Método Harvard		Método Tradicional	
	N°	%	N°	%
Deficiente	23	28,75	30	37,50
Regular	36	45,00	36	45,00
Bueno	15	18,75	10	12,50
Muy Bueno	6	7,50	4	5,00
Total	80	100,00	80	100,00

Fuente: Prueba de evaluación de conocimientos en AOE

Prueba WillCoxon: **Z** = -1,49 **Sig** = 0,137

Interpretación

En la tabla 11 se presenta la información sobre la comparación del nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia en el Pre test en estudiantes ingresantes al I. E. S. UNITEK de Tacna.

Se observa la comparación del nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia en el Pre test en estudiantes ingresantes al I. E. S. UNITEK, encontrando valores diferenciados.

Así se tiene que en el Pre test del Método de Harvard el 45 % posee un nivel de conocimientos regular, el 28,75 % con nivel de conocimientos deficiente, seguido de un 18,75 % con nivel de conocimientos bueno y un 7,50 % con nivel de conocimientos muy bueno.

En el Pre test del Método tradicional el 45 % posee nivel de conocimientos regular, el 37,50 % con nivel de conocimientos deficiente, seguido de un 12,50 % con nivel de conocimientos bueno y un 5,00 % con nivel de conocimiento muy bueno.

Al evaluar con prueba estadística de WillCoxon se comprueba estas diferencias entre los Pre test. $Z = -1,49$ y $Sig = 0,000$

Tabla 12.

Comparación del nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia en el Post test en estudiantes ingresantes al I. E. S. UNITEK.

Nivel	Método Harvard		Método Tradicional	
	N°	%	N°	%
Deficiente	8	10,00	17	21,25
Regular	18	22,50	29	36,25
Bueno	30	37,50	20	25,00
Muy Bueno	24	30,00	14	17,50
Total	80	100,00	80	100,00

Fuente: Prueba de evaluación de conocimientos en AOE

Prueba WillCoxon: **Z** = -3,073 **Sig** = 0,002

Interpretación

En la tabla 12 se presenta la información sobre la comparación del nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia en el Post test en estudiantes ingresantes al I. E. S. UNITEK de Tacna.

Se observa la comparación del nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia en el Post test en estudiantes ingresantes al I. E. S. UNITEK, encontrando valores diferenciados.

Así se tiene que en el Post test del Método de Harvard el 37,50 % posee un nivel de conocimientos bueno, el 30,00 % con nivel de conocimientos muy bueno, seguido de un 22,50 % con nivel de conocimientos regular y un 10,00 % con nivel de conocimientos deficiente.

En el Post test del Método tradicional el 36,25 % posee nivel de conocimientos regular, el 25,00 % con nivel de conocimientos bueno, seguido de un 21,25 % con nivel de conocimientos deficiente y un 17,50 % con nivel de conocimiento muy bueno.

Al evaluar con prueba estadística de WillCoxon se comprueba estas diferencias entre los Post test. $Z = -3,073$ y $Sig = 0,002$

4.3. Caracterización del nivel de conocimiento obtenido en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método Harvard y el Método Tradicional según edad, sexo y estado civil en estudiantes ingresantes al I. E. S.UNITEK

Tabla 13.

Nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método Harvard según grupo de edad antes y después de la intervención en ingresantes al I. E. S. UNITEK

GRUPO ETARIO	NIVEL DE CONOCIMIENTOS								TOTAL
	DEFICIENTE		REGULAR		BUENO		MUY BUENO		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
a) PRE TEST									
15 – 19	13	39,39	13	39,39	6	18,18	1	3,03	33
20 – 24	10	23,81	21	50,00	9	21,43	2	4,76	42
25 – 29	0	0,00	2	40,00	0	0,00	3	60,00	5
Total	23	28,75	36	45,00	15	18,75	6	7,50	80
b) POST TEST									
15 – 19	7	21,21	7	21,21	12	36,36	7	21,21	33
20 – 24	1	2,38	11	26,19	17	40,48	13	30,95	42
25 – 29	0	0,00	0	0,00	1	20,00	4	80,00	5
Total	8	10,00	18	22,50	30	37,50	24	30,00	80

Fuente: Prueba de evaluación de conocimientos en AOE

Interpretación

En el Tabla 13 se presenta la información sobre el nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método Harvard según grupo de edad antes y después de la intervención en ingresantes al I. E. S. UNITEK.

Se observa en el grupo etario de edades 15 – 19 años, en el Pre test, 13 estudiantes con nivel de conocimientos deficiente, 13 nivel regular, 6 nivel bueno y 1 nivel muy bueno. En el Post test, 12 estudiantes con nivel de conocimientos bueno, 7 nivel deficiente, regular y muy bueno respectivamente.

En el grupo etario de edades 20 – 24 años, en el Pre test, 21 estudiantes con nivel de conocimientos regular, 10 nivel deficiente ,9 nivel bueno y 2 nivel muy bueno. En el Post test, 17 estudiantes con nivel de conocimientos bueno, 13 nivel muy bueno, 11 nivel regular y 1 nivel deficiente.

En el grupo etario de edades 25 – 29 años, en el Pre Test, 3 estudiantes con nivel de conocimientos muy bueno, 2 nivel regular y 0

nivel deficiente y bueno respectivamente. En el Post test, 4 estudiantes con nivel de conocimientos muy bueno, 1 nivel bueno y 0 nivel deficiente y regular respectivamente.

Tabla 14.

Nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método Tradicional según grupo de edad antes y después de la intervención en estudiantes ingresantes al I. E. S. UNITEK.

GRUPO ETAREO	NIVEL CONOCIMIENTOS								TOTAL
	DEFICIENTE		REGULAR		BUENO		MUY BUENO		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
a) PRE TEST									
15 – 19	15	55,56	11	40,74	1	3,70	0	0,00	27
20 - 24	12	29,27	21	51,22	7	17,07	1	2,44	41
25 - 29	3	25,00	4	33,33	2	16,67	3	25,00	12
Total	30	37,50	36	45,00	10	12,50	4	5,00	80
b) POST TEST									
15 - 19	14	51,85	7	25,93	4	14,81	2	7,41	27
20 – 24	3	7,32	18	43,90	14	34,15	6	14,63	41
25 – 29	0	0,00	4	33,33	2	16,67	6	50,00	12
Total	17	21,25	29	36,25	20	25,00	14	17,50	80

Fuente: Prueba de evaluación de conocimientos en AOE

Interpretación

En la tabla 14 se presenta la información sobre el nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método Tradicional según grupo de edad antes y después de la intervención en ingresantes al I. E. S. UNITEK.

Se observa en el grupo etario de edades 15 – 19 años, en el Pre test, 15 estudiantes con nivel de conocimientos deficiente, 11 nivel regular, 1 nivel bueno y 0 nivel muy bueno. En el Post test, 14 estudiantes con nivel de conocimientos deficiente, 7 nivel regular, 4 nivel bueno y 2 nivel muy bueno.

En el grupo etario de edades 20 – 24 años, en el Pre test, 21 estudiantes con nivel de conocimientos regular, 12 nivel deficiente, 7 nivel bueno y 1 nivel muy bueno. En el Post test, 18 estudiantes con nivel de conocimientos regular, 14 nivel bueno, 6 nivel muy bueno y 3 nivel deficiente. En el grupo etario de edades 25 – 29 años, en el Pre Test, 4 estudiantes con nivel de conocimientos regular, 3 nivel deficiente y muy bueno respectivamente y 2 nivel bueno. En el Post test, 6 estudiantes con nivel de conocimientos muy bueno, 4 nivel regular, 2 nivel bueno y 0 nivel deficiente.

Tabla 15.

Nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método Harvard según sexo antes y después de la intervención en ingresantes al I. E. S. UNITEK.

SEXO	NIVEL DE CONOCIMIENTOS								TOTAL
	DEFICIENTE		REGULAR		BUENO		MUY BUENO		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
a) PRE TEST									
Femenino	15	26,32	25	43,86	13	22,81	4	7,02	57
Masculino	8	34,78	11	47,83	2	8,70	2	8,70	23
Total	23	28,75	36	45,00	15	18,75	6	7,50	80
b) POS TEST									
Femenino	6	10,53	11	19,30	25	43,86	15	26,32	57
Masculino	2	8,70	7	30,43	5	21,74	9	39,13	23
Total	8	10,00	18	22,50	30	37,50	24	30,00	80

Fuente: Prueba de evaluación de conocimientos en AOE

Interpretación

En el Tabla 15 presenta los resultados de la prueba de conocimientos sobre el nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método Harvard según sexo antes y después de la intervención en los ingresantes al I. E. S.

UNITEK.

En el Pre test 25 ingresantes de sexo femenino presentan conocimientos de nivel regular, 15 deficiente, 13 bueno y 4 muy bueno. Mientras que 11 ingresantes de sexo masculino presentan conocimientos de nivel regular, 8 deficiente, 2 bueno y 2 muy bueno.

En el Post test, 25 estudiantes de sexo femenino presentan conocimientos de nivel bueno, 15 muy bueno, 11 regular y 6 deficiente. Mientras que 9 estudiantes de sexo masculino presentan nivel de conocimiento muy bueno, 7 regular, 5 bueno y 2 deficiente.

Claramente se puede observar que luego de la aplicación del Método de Harvard los ingresantes del Grupo experimental presentan una diferencia significativa positiva.

Tabla 16.

Nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método Tradicional según sexo antes y después de la intervención en ingresantes al I.E.S. UNITEK.

SEXO	NIVEL CONOCIMIENTOS								TOTAL
	DEFICIENTE		REGULAR		BUENO		MUY BUENO		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
a) PRE TEST									
Femenino	18	41,86	18	41,86	6	13,95	1	2,33	43
Masculino	12	32,43	18	48,65	4	10,81	3	8,11	37
Total	30	37,50	36	45,00	10	12,50	4	5,00	80
b) POS TEST									
Femenino	10	23,26	14	32,56	10	23,26	9	20,93	43
Masculino	7	18,92	15	40,54	10	27,03	5	13,51	37
Total	17	21,25	29	36,25	20	25,00	14	17,50	80

Fuente: Prueba de evaluación de conocimientos en AOE

Interpretación

En el Tabla 16 se presenta la información referente al nivel de conocimientos alcanzado en anticoncepción oral de emergencia por efecto del Método Tradicional según sexo antes y después de la

intervención en los ingresantes al I. E. S. UNITEK.

El sexo femenino en el Pre test, 18 estudiantes presentan nivel de conocimientos deficiente y regular respectivamente, 6 nivel bueno y 1 nivel muy bueno. En el Post test 14 estudiantes presentan nivel de conocimientos regular, 10 deficiente y bueno respectivamente y 9 nivel muy bueno.

El sexo masculino, en el Pre test ,18 estudiantes presentan nivel de conocimientos regular, 12 nivel deficiente,4 nivel bueno y 3 nivel muy bueno. En el Post test 15 estudiantes presentan nivel de conocimientos regular, 10 nivel bueno, 7 nivel deficiente y 5 nivel muy bueno.

Claramente se puede observar que luego de la aplicación del Método de Tradicional en los estudiantes del Grupo Control no presentan una diferencia significativa.

Tabla 17.

Nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método Harvard según estado civil antes y después de la intervención en ingresantes al I. E. S. UNITEK

ESTADO CIVIL	NIVEL DE CONOCIMIENTOS								TOTAL
	DEFICIENTE		REGULAR		BUENO		MUY BUENO		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
a) PRE TEST									
Soltero	23	30,67	34	45,33	15	20,00	3	4,00	75
Conviviente	0	0,00	2	66,67	0	0,00	1	33,33	3
Casado	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	100,00	2
Total	23	28,75	36	45,00	15	18,75	6	7,50	80
b) POS TEST									
Soltero	8	10,67	18	24,00	29	38,67	20	26,67	75
Conviviente	0	0,00	0	0,00	1	33,33	2	66,67	3
Casado	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	100,00	2
Total	8	10,00	18	22,50	30	37,50	24	30,00	80

Fuente: Prueba de evaluación de conocimientos en AOE

Interpretación

En la tabla 17 se presenta la información referente al nivel de conocimientos alcanzado en Anticoncepción Oral de emergencia por efecto del Método Harvard según estado civil antes y después de la intervención en los ingresantes al I. E. S. UNITEK.

El estado civil soltero, en el Pre test, 34 estudiantes presentan nivel de conocimientos regular, 23 nivel deficiente, 15 nivel bueno y 3 nivel muy bueno. En el Post test, 29 estudiantes presentan nivel de conocimientos bueno, 20 nivel muy bueno, 18 nivel regular y 8 nivel deficiente.

El estado civil conviviente, en el pre test, 2 estudiantes presentan nivel de conocimiento regular y 1 muy bueno. En el post test, 2 estudiantes presentan nivel de conocimientos muy bueno y 1 muy bueno. El estado civil casado, en el pre test, 2 estudiantes presentan nivel de conocimiento muy bueno. En el post test 2 estudiantes presentan nivel de conocimientos muy bueno.

Claramente se puede observar en el Grupo Experimental que existe una diferencia significativa entre antes y después de la intervención con el Método de Harvard.

Tabla 18.

Nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método Tradicional según estado civil antes y después de la intervención en ingresantes al I. E. S. UNITEK.

ESTADO CIVIL	NIVEL CONOCIMIENTOS								TOTAL
	DEFICIENTE		REGULAR		BUENO		MUY BUENO		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
a) PRE TEST									
Soltero	27	36,49	34	45,95	10	13,51	3	4,05	74
Conviviente	2	50,00	1	25,00	0	0,00	1	25,00	4
Casado	1	50,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	2
Total	30	37,50	36	45,00	10	12,50	4	5,00	80
b) POS TEST									
Soltero	17	22,97	25	33,78	19	25,68	13	17,57	74
Conviviente	0	0,00	3	75,00	0	0,00	1	25,00	4
Casado	0	0,00	1	50,00	1	50,00	0	0,00	2
Total	17	21,25	29	36,25	20	25,00	14	17,50	80

Fuente: Prueba de evaluación de conocimientos en AOE

Interpretación

En la Tabla 18 se presenta la información referente al nivel de conocimientos alcanzado en Anticoncepción Oral de emergencia por efecto del Método Tradicional según estado civil antes y después de la

intervención en los ingresantes al I. E. S. UNITEK.

El estado civil soltero, en el Pre test, 34 estudiantes presentan nivel de conocimientos regular, 27 nivel deficiente, 10 nivel bueno y 3 nivel muy bueno. En el Post test, 25 estudiantes presentan nivel de conocimientos regular, 19 nivel bueno, 17 nivel deficiente y 13 nivel muy bueno.

El estado civil conviviente, en el pre test, 2 estudiantes presentan nivel de conocimiento deficiente, 1 regular y 1 muy bueno. En el post test, 3 estudiantes presentan nivel de conocimientos regular, y 1 muy bueno. El estado civil casado, en el pre test, 1 estudiante presentan nivel de conocimiento deficiente y 1 regular. En el post test 1 estudiante presenta nivel de conocimientos regular y 1 bueno.

Claramente se puede observar en el Grupo Control que no existe una diferencia significativa entre antes y después de la intervención con el Método de Tradicional.

4.4. Comprobación de hipótesis

4.4.1. Hipótesis general

Si se aplica el Método de Harvard, entonces, se eleva

significativamente el nivel de conocimientos sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia en los estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK de Tacna.

$$H_0: U_a = U_b$$

$$H_1: U_a \neq U_b$$

Sea $\alpha = 0.05$.

- **Prueba Estadística:** Wilcoxon

Tabla 19.

Método Harvard sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia en los estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK de Tacna.

Resumen de la prueba estadística

Hipótesis nula	Prueba	p-valor	Decisión
La diferencias de la mediana del nivel conocimiento en el Pre test y conocimiento en el Post test son iguales a 0	Prueba para muestras relacionadas Wilcoxon	0,000	Rechazar la hipótesis nula

Conclusión:

Se concluye que H_0 es falsa, y que sí existe evidencia de que el método Harvard eleva significativamente el nivel de conocimientos sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia en los estudiantes

ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK de Tacna
($Z=-7.004$; $p=0,000 < 0,05$).

4.4.2. Comprobación de la primera hipótesis específica

a) El nivel de conocimientos sobre Anticoncepción Oral de Emergencia, antes de la aplicación del Método de Harvard, es similar en ambos grupos de estudio.

$$H_0: U_a = U_b$$

$$H_1: U_a \neq U_b$$

U_a : Método Harvard

U_b : Método tradicional

Sea $\alpha = 0.05$.

- **Prueba Estadística:** U de Mann-Whitney

Tabla 20.

Método Harvard sobre Anticoncepción Oral de Emergencia, antes de la aplicación del Método de Harvard, es similar en ambos grupos de estudio.

Resumen de Prueba de Hipótesis

Hipótesis Nula	Test	Sig.	Decisión
La distribución de Conocimiento Pre test es la misma entre las categorías de Grupo	Prueba U de Mann-Whitne y de muestras independientes	0,137	Retener la Hipótesis nula

Se muestra la significancias asintóticas. El nivel de significancia es 0,05

Conclusión:

Se concluye que H_0 es verdadero, y que existe evidencia de que antes de la aplicación del Método de Harvard, el nivel de conocimientos sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia en los estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK de Tacna, son iguales (U de Mann-Whitney = 2.794,0; $p=0,137 > 0,05$).

4.4.3. Comprobación de la segunda hipótesis específica

b) El nivel de conocimientos sobre Anticoncepción Oral de Emergencia, después de la aplicación del Método Harvard, es mayor en el Grupo Experimental a diferencia del Grupo Control.

$$H_0: U_a = U_b$$

$$H_1: U_a \neq U_b$$

U_a : Método Harvard

U_b : Método tradicional

Sea $\alpha = 0.05$.

- **Prueba Estadística:** U de Mann-Whitney

Tabla 21.

Método Harvard sobre Anticoncepción Oral de Emergencia, después de la aplicación del Método de Harvard, es similar en ambos grupos de estudio.

Resumen de Prueba de Hipótesis

Hipótesis Nula	Test	Sig.	Decisión
La distribución de Conocimiento Post test es la misma entre las categorías de Grupo.	Prueba U de Mann-Whitne y de muestras independientes	0,002	Rechazar la Hipótesis nula

Se muestra la significancias asintóticas. El nivel de significancia es 0,05

Conclusión:

Se concluye que H_0 es verdadero, y que existe evidencia de que después de la aplicación del Método de Harvard, el nivel de conocimientos sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia en los estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK de Tacna, son diferentes (U de Mann-Whitney = 2.333,0; $p=0,002 < 0,05$).

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1. Caracterización antropométricas de los estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK

En la tabla 5: Caracterización de los estudiantes ingresantes al Instituto de Educación superior UNITEK. En el Grupo Experimental y en El Grupo Control, el grupo etario predominante es de 20 – 24 años, sexo masculino y estado civil soltero, dando ello como resultado una muestra que guarda características similares para la investigación.

En la Tabla 6: Estimadores estadísticos de las edades. En el Grupo Experimental la Media es 20,73 y la Des. Típ. 2,556 y en el Grupo Control la Media es 21,26 y la Des. Típ. 2,957

Los estimadores estadísticos de ambos grupos presentan una tendencia hacia la normalidad como se aprecia en las figuras 1 y 2 del trabajo de investigación.

5.2. Comparación de muestras relacionadas (Prueba de T Student) del puntaje de conocimientos obtenidos en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método de Harvard y Método Tradicional.

En la tabla 7: Comparación de los valores resumen del puntaje de conocimientos obtenidos en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método Harvard.

Las diferencias de las medidas de centralización, presentan valores similares y tienen tendencia simétrica. La diferencia de los promedios del Pre test (Media 12) y Post test (Media 16) tiene valores diferentes que es confirmado por los valores de la T de Student ($p \leq 0.05$), es decir que la variable dependiente (nivel de conocimientos) después de la intervención con el Método de Harvard es mayor en el Post Test.

En la tabla 8: Comparación de los valores resumen del puntaje de conocimientos obtenidos en Anticoncepción Oral de Emergencia en el Grupo Control sin efecto del Método de Harvard.

Las diferencias de las medidas de centralización, presentan valores similares y tienen tendencia simétrica. La diferencia de los promedios del Pre test (Media 11) y Post test (Media 14) tiene valores diferentes que es confirmado por los valores de la T de Student, ($p \leq 0,05$) es decir que la variable dependiente (nivel de conocimientos) sin intervención del Método de Harvard es mayor en el Post test.

En la tabla 9: Comparación del nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método de Harvard; se puede que antes y después de la experiencia los valores son muy diferenciados, así se tiene que en el Pre test el nivel de conocimientos regular es de un 45,00 %, deficiente 28,75 %, bueno 18,75 % y muy bueno 7,50 %. En el Post test el nivel de conocimientos aumenta significativamente; se puede apreciar que en el nivel bueno se aprecia un 37,50 %, muy bueno 30,00 %, regular 22,50 % y deficiente 10,00 %.

En la tabla 10: Comparación del nivel de conocimiento alcanzado en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método Tradicional; se puede apreciar que antes y después de la experiencia los valores son muy diferenciados, así se tiene que en el Pre test el nivel de conocimientos regular es de un 45,00%, deficiente 37,50 %, bueno

12,50 % y muy bueno 5,00 %. En el Post test el nivel de conocimientos aumenta significativamente; se puede apreciar que en el nivel bueno se aprecia un 25,00 %, muy bueno 17,50 %, regular 36,25 % y deficiente 21,25 %. En ambos grupos, experimental y de control se observa una diferencia significativa antes y después de la aplicación, siendo mayor esta diferencia con la aplicación del Método de Harvard.

5.3. Caracterización del nivel de conocimientos obtenido en Anticoncepción Oral de Emergencia por efecto del Método de Harvard y el Método Tradicional según edad, sexo y estado civil.

En las caracterizaciones de los estudiantes sobre el nivel de conocimientos en Anticoncepción Oral de Emergencia con efecto y sin efecto del Método de Harvard se aprecia diferencias significativas, como queda demostrado en los resultados obtenidos en las diferentes tablas del estudio.

CONCLUSIONES

Primera

El nivel de conocimientos que presentaron ambos grupos antes de la intervención con el Método de Harvard, no fue la más adecuada para que los estudiantes puedan hacer uso de esta Anticoncepción Oral de Emergencia, pudiendo ello llevarlos a cometer errores frente al buen uso de este tipo de anticoncepción, e incluso algunos ignoraban su existencia. Todo ello provocando embarazos no deseados o a muy temprana edad.

Segunda

Luego de la aplicación del Método de Harvard el nivel de conocimientos que presentan los integrantes del grupo de alumnos ingresantes, se elevó significativamente en comparación con el grupo control, logrando así que los estudiantes tengan mejor conocimiento de este tipo de anticoncepción, pudiendo hacer uso correcto y adecuado de la misma, evitando consecuencias futuras.

Tercera

Se ha demostrado que la aplicación del Método de Harvard, es efectiva para la difusión de temas de salud de cierta complejidad como la Anticoncepción Oral de Emergencia en estudiantes como grupo etario de alto riesgo.

RECOMENDACIONES

Primera

Desde el punto de vista Pedagógico, sería muy conveniente que los profesores encargados del área de bienestar, sociales, educación sexual y otras asignaturas similares, sean capacitados en la técnica de Método de Harvard como técnica más adecuada para promover el intercambio de opiniones sobre temas de interés en los adolescentes.

Segunda

Se debe coordinar con el sector salud para que los jóvenes tengan mayor acceso e información sobre el método oral de emergencia, previas consejerías en las áreas respectivas.

Tercera

En los planes de estudio de las universidades e institutos superiores se debe de incluir en el primer ciclo talleres referentes a la educación sexual y reproductiva para promover conductas sanas y estilos de vida saludables.

Cuarta

Por ser los jóvenes un grupo etario de alto riesgo se debe brindar conocimientos con técnicas de enseñanza adecuada y dinámica para que sean interiorizadas por los participantes y puedan tomar mejores decisiones en su formación personal y profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abad A., Darío. (1991) *El Método de Caso*. Bogotá, Interponed Editores.

Carrasco, M. (2005) *Educación y Salud de los adolescentes: Sociedad Peruana de Adolescencia y juventud*. Lima. p. 15.

Correa, Juan Guillermo. (2002) *El método de caso como estrategia didáctica para la formación de administradores de empresas*. Semestre Económico, I-2002, pp. 95-105.

Correa, Santiago. (2001) *El Método de Casos en la docencia universitaria*. Conferencia, Especialización en Didáctica Universitaria, U. de A.

Croxatto, Horacio B. (marzo 2001) *Nociones básicas sobre la generación de un nuevo ser humano y sobre la AOE*. Instituto de Medicina Reproductiva de Chile.

De Miguel, M. (COORD.). (2006). *Metodologías de enseñanza y aprendizaje para el desarrollo de competencias*. Madrid: Alianza.

Defensoría del pueblo. (Diciembre 2003). Lima Perú.

DG-MINSA. (2006). *Análisis de la situación del Perú*. Lima.

Diccionario de medicina. (2000). Editorial Océano.

Diccionario de medicina. (2000). Editorial Océano.

DGE, (2007) *Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna*, MINSA, p.
4.

Dirección Regional De Salud Tacna, (2010) *Indicadores de la Estrategia
Salud Sexual y reproductiva*, Tacna, pp. 1-2

ENDES. (2004). *Encuesta demográfica y de salud familiar*. ENDES -
Continua.

Family Healt International. (1999). *Final Reporte Population Action*.
Postcoital Contraceptive. Junio 10.

Fernández, José Luis. (Abril-junio 1995) *El Método De Caso Aplicado a La
Ética Empresarial*. p. 9.

Fernando D. (2004) *El Aborto Clandestino en el Perú, Hechos y cifras*,
Lima. p. 10 -12.

Ferrando, Delicia. (2002) *El aborto Clandestino en el Perú*, Lima Marzo.

ALC. (Enero 2008). *Informe de reunión de muerte materno perinatal en
América Latina y el Caribe*. p. 11.

Informe Médico Científico y Jurídico sobre la AOE. (2003). *Comisión de
alto Nivel encargada de analizar y emitir informe sobre la
Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE)*. Lima, Perú.

LEXUS, (1998). *Enciclopedia y Metodología*. Edición. Lima p. 130 -131.

López Barajas, E. &Montoya, J. M. (1995). *El estudio de casos:
fundamentos y metodología*. Madrid: UNED.

López Barajas, E. &Montoya, J. M. (1995). *El estudio de casos:
fundamentos y metodología*. Madrid: UNED.

Polit & Hungler. *Investigación en Ciencias de la Salud*. 4ta. Edición.
Barcelona.

PROMSEX, (2006) *Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y reproductivos*, UNFPA Lima Perú.

Martín Pérez, M. (2002). *El modelo educativo del Tecnológico de Monterrey*. Recuperado el 15 de enero de 2006.

Martínez, A. & Musitu, G. (eds.). (1995). *El estudio de casos para profesionales de la acción social*. Madrid: Narcea.

Millan, M. D. (1997). *El estudio de casos como estrategia docente*. In S. De la Torre (Ed.), *Estrategias de Simulación*. Barcelona, Octaedro, pp. 103-113.

MINSA, (2000). *Norma técnica de planificación familiar*. Lima Perú

MINSA. (2006). *Manual de Orientación y Consejería en salud Sexual y Reproductiva*, Lima, p. 4.

MINSA (2008). *Guías de Aprendizaje en Salud Reproductiva*, Lima, p. 3-4 y 5.

MINSA. (2010). *Informe de Registro Diario de HIS*. Oficina de Estadística e Informática, Primer semestre. Tacna.

MINSA, (Agosto 2006). *Guía de Capacitación en Anticoncepción Oral de Emergencia*, Lima, p. 25.

MINSA - PROMSEX. (Agosto 2006). *Guías de Atención Integral de la Salud Sexual y reproductiva*, Lima, p. 7

OMS. (1993). *Anticoncepción de Emergencia. Guía para la prestación de servicios*, Ginebra.

ONU, (1995). *Informe de la conferencia Internacional sobre población y desarrollo*. El Cairo.

OPS, (2000) *Bioética temas y perspectivas*, Washington.

OUT LOOK. (Abril 2005). *Artículo Principal, Píldoras de emergencia*.
Volumen 14 Número 2, pp. 1-2

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Emergency Contracepción*. Literal C Título VII.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). *Informe sobre la Salud del Mundo 2005*, Ginebra, p. 2.

Pardinas F. (1998). *Metodología y Técnicas de Investigación*. México siglo XXI.

Pardo de V. Graciela. (1997). *Investigación en Salud*. Bogotá. Interoceánica.

Schiavon, Raffaella y otros (Febrero 1998). *Anticoncepción de emergencia: un método simple, seguro, efectivo y económico*. Revista de Investigación clínica de México, Vol. 1, p. 53.

Tamayo & Tamayo. *El proyecto de Investigación: Serie Aprender a Investigar*. Bogotá, Módulo 2.

UNICEF, UNFPA, AND WORK BANK, (2007) *Maternal Mortality in 2005*, p. 10.

Universidad de Valle de México. *Taller de Método de Casos*.

Vargas, J. (1998) *Técnicas Participativas para la Educación Popular*. Tomo I y II Lima Edit. Tarea.

Weschler, F. y Barranza, S. (1984): *Introducción al método del caso*. Barcelona: ESADE.

PÁGINAS ELECTRÓNICAS CONSULTADAS

Agecon.uga.edu *Hacia un nuevo modelo educativo el método del caso*. Recuperado el 20 de mayo de 2011. De www.agecon.uga.edu/~wacra/wacra.htm.

Dirección de Investigación y Desarrollo educativo. Vicerrectorado Académico, Instituto Tecnológico y Estudios Superiores de Monterrey (2004). *El estudio de casos como técnica didáctica*. Recuperado el 20 de mayo de 2011. De <http://ddportal.googlepages.com/ElEstudiodeCasosComotcnicaDidctica.pdf>.

García Hernández T. (1999) Efectividad de las técnicas participativas en los conocimientos de adolescentes sobre enfermedades de transmisión sexual. *Rev Cubana Med Gen Integr* P.536-40
Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_5_99/mgi08599.htm

Sistema.itesm.mx. *Educación superior para el siglo XXI*. Recuperado el 23 de mayo de 2011. De <http://www.sistema.itesm.mx/va/dide/red/6/Educación/caso.htm#1>.

Heinz Flesching, Kari & Schiefelbein, Ernesto. *Método de Casos* Recuperado el 20 de octubre de 2011. De <http://items.mx/va/dida/tecnicasdidacticas/casos/tecmilania.htm>.

Pérez, M. *El modelo educativo del Tecnológico de Monterrey*. Recuperado el 15 de enero de 2011. De http://www.sistema.itesm.mx/va/dide/modelo/home_ingles.htm

Tecnológico de Monterrey. *Método de casos*. Recuperado el 15 de enero de 2011. De <http://uvmnet.edu/praxis/presenta/DarioSanchez.ppt>

The case method. Recuperado el 22 de enero de 2011. De <http://www.hbs.edu/case/index.html>

Universidad de Valle de México. *Taller de Método de Casos*. Recuperado el 31 de octubre de 2011 <http://uvmnet.edu/praxis/presenta/DarioSanchez.ppt>

Universidad Politécnica de Valencia. (2006). *Método de Casos*. Recuperado el 21 de mayo de 2011. De <http://www.recursosees.uji.es/fichas/fm3.pdf>.

Universidad Pontificia de Valencia, *Método de Casos*. Recuperado el 25 octubre 2010. De <http://recursosseces.uji.es/fichas/fm3pdf>.

Santelmo.ORG. Características generales del método del caso. Recuperado el 25 octubre 2010. De <http://www.santelmo.org/institut/caso/caso.htm>.

Santelmo.ORG Características del método del caso en cursos dados en empresas para desarrollar capacidades de decisión de los empleados. Recuperado el 2mayode 2011. Disponible en http://www.santelmo.org/institut/caso/caso_mas.htm

Sistema.itesm.mx. *Hacia un nuevo modelo el método del caso*. Recuperado el 26de abril de 2010. De <http://www.sistema.itesm.mx/va/nuevmetd/NMod.html>.

Tocogineconet.com.ar. Características generales del método del caso. Disponible Recuperado el 15 de mayo de 2010. <http://www.tocogineconet.com.ar/publicaciones/ensenanzabasadaprobblemas>.

ANEXOS

- ANEXO 01 : TEST DE ENTRADA Y TEST DE SALIDA**
- ANEXO 02 : INSTRUMENTO DE VALIDEZ DEL CONTENIDO**
- ANEXO 03 : MATRIZ DE DATOS**
- ANEXO 04 : PLANES DE EJECUCIÓN PARA GRUPO
EXPERIMENTAL**
- ANEXO 05 : PLANES DE EJECUCIÓN PARA GRUPO CONTROL**
- ANEXO 06 : PRINCIPALES TÉCNICAS EDUCATIVAS**

ANEXO 1

TEST DE ENTRADA Y TEST DE SALIDA

**PRUEBA DE EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE ANTICONCEPCIÓN
ORAL DE EMERGENCIA (AOE)**

I. DATOS GENERALES

EDAD: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

II. CONOCIMIENTO DE ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA

POR FAVOR ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA QUE CONSIDERA MÁS ADECUADA:

1. La Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) es definida como:
 - a) Anticonceptivo diario para no embarazarse
 - b) Anticonceptivo para prevenir una enfermedad de transmisión sexual
 - c) Método de emergencia para prevenir un embarazo no deseado después de una relación coital.
 - d) Método anticonceptivo para prevenir un embarazo antes de una relación coital.

2. A la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) también se le conoce con el nombre de: (marque el incorrecto)
 - a) Píldora de la fertilidad
 - b) Píldora del día siguiente
 - c) Píldora de emergencia
 - d) Anticoncepción post coito

3. Que tipos de Anticoncepción Oral de Emergencia conoce:
 - a) De solo progestágeno (2 píldoras)
 - b) De solo estrógeno (1 píldora)
 - c) Combinadas Estrógeno y progestágeno (de 8 píldoras)
 - d) a y c son correctas

4. Las píldoras de Anticoncepción Oral de Emergencia actúan de la siguiente manera
 - a) Impide la ovulación
 - b) Aumenta la viscosidad del moco cervical e impide el paso de los espermatozoides
 - c) Provoca la menstruación de forma inmediata
 - d) a y b son correctas

5. Es más eficaz la Anticoncepción Oral de Emergencia cuando:
 - a) Se administra antes de la relación coital

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE VALIDEZ DE CONTENIDO

INSTRUMENTO DE VALIDEZ DE CONTENIDO

1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

“EL MÉTODO DE HARVARD Y SU EFECTO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN ESTUDIANTES INGRESANTES AL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR UNITEK DE TACNA, AÑO 2010”

2. OBJETIVOS

2.1. GENERAL

Demostrar el efecto del Método de Harvard; en el nivel de conocimientos sobre Anticoncepción Oral de Emergencia, en estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK de Tacna año 2010.

2.2. ESPECIFICOS

- a) Determinar el nivel de conocimientos sobre Anticoncepción Oral de Emergencia en los estudiantes ingresantes al Instituto de Educación Superior UNITEK de Tacna, mediante la aplicación de un pre test.
- b) Aplicar el Método de Harvard al Grupo Experimental del estudio.
- c) Comparar la efectividad del Método de Harvard en el Grupo Experimentalvs. el Grupo Control.

3. VARIABLES

Variable independiente : “Método de Harvard”

Variable dependiente : “Nivel de conocimientos sobre anticoncepción oral de emergencia”

- **Indicadores:** Conceptualiza la Anticoncepción Oral de Emergencia
Identifica tipos y su composición
Describe modo de uso o aplicación
Describe la eficacia del método
Describe mecanismo de acción
Identifica las contraindicaciones

- **Tipo de variable** : Cualitativa

- **Nivel de medición** : Ordinal

4. ESQUEMA DE VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO

Variable que se pretende medir es: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA, por lo que el esquema adjunta considera la valoración acerca de la pertinencia de cada pregunta del cuestionario respecto a lo apropiado de cada reactivo o pregunta con los objetivos del estudio, con los indicadores, con el tipo de pregunta y la redacción de las mismas, en términos de: adecuado o inadecuado (ver esquema).

5. JUICIO DE EXPERTO

A. Considera que los indicadores de la variable son pertinentes en el contexto teórico que sustenta la investigación, de forma:

- Suficiente ()
- Medianamente suficiente ()
- Insuficiente ()

Observaciones:.....
.....
.....

B. Considera que las preguntas del cuestionario miden los indicadores seleccionados para la variable, de manera:

- Suficiente ()
- Medianamente suficiente ()
- Insuficiente ()

Observaciones:.....
.....
.....

C. El Instrumento diseñado mide la variable de modo:

- Suficiente ()
- Medianamente suficiente ()
- Insuficiente ()

Observaciones:.....
.....
.....

6. RECOMENDACIONES

.....
.....
.....

ANEXO 3

MATRIZ DE DATOS

Matriz de datos del instrumento de recolección de datos

Registro	Grupo_EC	Sexo	edad	Estcivil	puntaje Pretes	CAT Pretes	puntaje Postest	CAT Postest
1	1	1	20	1	18	4	18	4
2	1	2	20	1	14	2	16	3
3	1	1	22	1	6	1	12	2
4	1	1	21	1	16	3	16	3
5	1	1	23	1	12	2	16	3
6	1	1	24	1	14	2	16	3
7	1	2	24	1	14	2	16	3
8	1	1	20	1	14	2	18	4
9	1	2	23	1	12	2	20	4
10	1	2	23	1	12	2	20	4
11	1	1	23	1	2	1	12	2
12	1	1	24	1	16	3	20	4
13	1	1	20	1	12	2	18	4
14	1	1	20	1	16	3	16	3
15	1	1	23	1	6	1	14	2
16	1	1	24	1	18	4	18	4
17	1	1	24	1	16	3	20	4
18	1	2	22	1	12	2	16	3
19	1	1	20	1	6	1	14	2
20	1	2	22	1	6	1	14	2
21	1	1	22	1	10	1	14	2
22	1	1	22	1	16	3	16	3
23	1	1	20	1	16	3	20	4
24	1	1	21	1	12	2	14	2
25	1	1	23	1	12	2	16	3
26	1	1	24	1	16	3	16	3
27	1	1	24	1	12	2	14	2
28	1	1	20	1	12	2	16	3
29	1	2	23	1	12	2	18	4
30	1	1	23	1	6	1	14	2
31	1	1	23	1	16	3	16	3
32	1	1	24	1	14	2	16	3
33	1	1	23	1	16	3	16	3
34	1	1	17	1	2	1	8	1

35	1	1	18	1	16	3	16	3
36	1	1	19	1	6	1	10	1
37	1	2	18	1	14	2	14	2
38	1	1	19	1	14	2	18	4
39	1	2	18	1	14	2	16	3
40	1	1	19	1	16	3	18	4
41	1	1	19	1	10	1	14	2
42	1	1	19	1	14	2	16	3
43	1	2	19	1	8	1	14	2
44	1	2	19	1	12	2	16	3
45	1	1	19	1	10	1	14	2
46	1	1	19	1	12	2	16	3
47	1	2	18	1	6	1	10	1
48	1	2	18	1	8	1	10	1
49	1	1	18	1	18	4	18	4
50	1	1	18	1	6	1	10	1
51	1	1	17	1	10	1	14	2
52	1	2	17	1	8	1	12	2
53	1	1	17	1	12	2	16	3
54	1	1	18	1	14	2	16	3
55	1	1	18	1	16	3	18	4
56	1	1	26	2	18	4	18	4
57	1	1	18	1	8	1	10	1
58	1	1	18	1	14	2	16	3
59	1	1	19	1	6	1	10	1
60	1	2	19	1	16	3	20	4
61	1	1	25	2	14	2	16	3
62	1	2	19	1	16	3	20	4
63	1	1	19	1	16	3	20	4
64	1	2	18	1	10	1	14	2
65	1	1	24	2	12	2	18	4
66	1	2	21	1	12	2	18	4
67	1	1	21	1	14	2	18	4
68	1	2	26	3	18	4	18	4
69	1	1	21	1	14	2	16	3
70	1	1	22	1	12	2	16	3
71	1	1	18	1	14	2	16	3

72	1	1	18	1	12	2	16	3
73	1	1	17	1	14	2	16	3
74	1	1	18	1	12	2	16	3
75	1	2	26	3	18	4	18	4
76	1	1	22	1	8	1	10	1
77	1	1	22	1	14	2	16	3
78	1	2	20	1	10	1	14	2
79	1	2	26	1	14	2	20	4
80	1	2	20	1	10	1	14	2
81	2	1	16	1	2	1	10	1
82	2	2	17	1	12	2	16	3
83	2	2	16	1	2	1	10	1
84	2	1	17	1	2	1	8	1
85	2	1	17	1	2	1	8	1
86	2	1	17	1	4	1	8	1
87	2	2	17	1	4	1	10	1
88	2	2	17	1	4	1	10	1
89	2	2	16	1	12	2	16	3
90	2	1	18	1	4	1	10	1
91	2	2	18	1	12	2	16	3
92	2	1	18	1	4	1	10	1
93	2	2	19	1	12	2	14	2
94	2	2	19	1	12	2	12	2
95	2	1	19	1	4	1	10	1
96	2	1	16	1	6	1	10	1
97	2	1	16	1	6	1	8	1
98	2	1	19	1	12	2	18	4
99	2	2	19	1	6	1	8	1
100	2	2	17	1	6	1	10	1
101	2	1	16	1	14	2	14	2
102	2	2	18	1	2	1	12	2
103	2	2	18	1	12	2	14	2
104	2	1	18	1	14	2	14	2
105	2	1	19	1	16	3	20	4
106	2	2	19	1	14	2	16	3
107	2	2	19	1	12	2	14	2
108	2	2	20	1	2	1	10	1

109	2	2	20	1	6	1	10	1
110	2	1	20	1	6	1	12	2
111	2	1	20	1	6	1	10	1
112	2	2	22	1	6	1	12	2
113	2	2	22	1	6	1	14	2
114	2	2	22	1	12	2	14	2
115	2	2	21	1	12	2	14	2
116	2	1	21	1	6	1	12	2
117	2	1	23	1	4	1	12	2
118	2	1	23	1	4	1	12	2
119	2	2	23	1	12	2	14	2
120	2	2	24	1	16	3	18	4
121	2	1	24	1	8	1	12	2
122	2	1	24	1	8	1	12	2
123	2	1	24	1	8	1	12	2
124	2	1	23	1	16	3	18	4
125	2	1	23	1	12	2	16	3
126	2	1	23	1	12	2	16	3
127	2	2	22	1	12	2	16	3
128	2	2	22	1	16	3	16	3
129	2	1	22	1	12	2	16	3
130	2	1	22	1	12	2	16	3
131	2	2	21	1	14	2	16	3
132	2	2	21	1	16	3	16	3
133	2	1	21	1	16	3	18	4
134	2	1	21	1	14	2	16	3
135	2	1	23	1	14	2	12	2
136	2	1	23	1	14	2	16	3
137	2	1	23	1	14	2	16	3
138	2	1	24	1	16	3	18	4
139	2	2	24	1	14	2	14	2
140	2	2	24	1	12	2	16	3
141	2	2	24	1	12	2	12	2
142	2	1	23	1	12	2	12	2
143	2	1	23	1	12	2	16	3
144	2	1	23	1	12	2	16	3
145	2	2	22	1	18	4	20	4

146	2	2	22	1	16	3	18	4
147	2	2	22	1	12	2	12	2
148	2	1	22	1	12	2	12	2
149	2	1	25	1	14	2	16	3
150	2	1	25	1	14	2	18	4
151	2	1	25	1	16	3	18	4
152	2	1	25	1	16	3	20	4
153	2	2	25	1	18	4	18	4
154	2	2	25	1	18	4	18	4
155	2	1	25	2	18	4	18	4
156	2	1	25	2	12	2	12	2
157	2	2	26	3	14	2	16	3
158	2	1	25	3	10	1	12	2
159	2	2	25	2	8	1	12	2
160	2	2	26	2	10	1	12	2

ANEXO 4

**PLAN DE EJECUCIÓN DEL EXPERIMENTO PARA EL
GRUPO EXPERIMENTAL**

PLAN DE EJECUCIÓN DEL EXPERIMENTO PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL

Primera sesión: “De sensibilización”

HORA	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES / TÉCNICAS	MATERIALES	TIEMPO
8:00–8:05	Explicar el motivo de la visita o reunión.	Presentación del responsable. Presentación del tema de investigación.	Presentación del ponente o investigador.	Pizarra acrílica plumones	10 min
8:05-8:20	Conocer el nivel de conocimientos de los estudiantes sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE)	Aplicación del pre test	Reparto a cada estudiante la hoja con el pre test.	Papel bond picado con el pre test	15 min
8:20-8:30	Generar un ambiente adecuado y de confianza en los estudiantes.	Dinámica de animación (rompe hielo).	Se utilizara la técnica de Ensala da de frutas. <u>Propósito :</u> formar grupos de 10 participantes <u>Desarrollo :</u> 1.- Se explica al grupo en qué consiste la dinámica 2.-Se le entregara a cada participante un nombre de una fruta en un pedacito de cartulina (9 nombres de frutas) 3.-Se indica a los participantes busquen su par (o sea frutas del mismo nombre) y al encontrarse formaran los grupos.	Cartulina de colores Tijera Plumones imperdibles	10 min
8:30-8:55	Identificar la Problemática actual de la situación de embarazos en adolescentes en el Perú y Tacna , así como el uso adecuado de los métodos anticonceptivos	1.-Salud sexual y reproductiva de los adolescentes 2.- Temas a discutir -Embarazo en adolescentes - Embarazo no deseados - Aborto - Anticonceptivos	Se aplicará el ejercicio lluvia de ideas, para explorar los conocimientos de los alumnos. Luego el instructor formulará preguntas de acuerdo a los temas escogidos y al finalizar la sesión se darán los conceptos básicos.	Papelotes Plumones Pizarra acrílica Cinta adhesiva	25 min

Segunda sesión: “Aplicación del Método de Harvard”

HORA	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES / TÉCNICAS	MATERIALES	TIEMPO
8:00– 8:05	Formar los grupos de 10 estudiantes (ya formados en la sesión anterior)	Trabajo en grupo	Recordar la dinámica de ensalada de frutas	Cartulina Plumones Pizarra acrílica	5 min
8:05-8:20	Identificar y conocer la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE)	AOE Definición Tipos Mecanismo de acción Eficacia Modo de uso Indicaciones Efectos secundarios contraindicaciones	Se utilizará la técnica de lectura individual Se repartirá un tríptico con contenido sobre AOE(MINSA) Se dará lectura individual. Se comentará en grupo El instructor responderá a las preguntas e inquietudes.	Tríptico Papel bond Muestras de pastillas anticonceptivos de emergencia	10 min
8:20-8:55	Analizar los casos presentados sobre AOE	Casos sobre AOE	MÉTODO DE CASOS Fase preparación del caso: Se entregará a cada grupo un caso. Fase de recepción : Se analizará en forma grupal Fase de Interacción: Se plasmará los resultados en papelotes Fase de Confrontación: El instructor dará la conclusiones y fijará las ideas correctamente Fase de Evaluación: Cada grupo expondrá sus Conclusiones.	Hojas bond con los casos Papelotes Plumones Pizarra acrílica Cinta adhesiva	35 min
8:55-9:10	Evaluar los conocimientos sobre AOE	Aplicación del pos test	Reparto a cada estudiante la hoja con el post test	Papel bond picado con el pos test	15 min

ANEXO 5

PLAN DE EJECUCIÓN DEL EXPERIMENTO PARA EL GRUPO CONTROL

PLAN DE EJECUCIÓN DEL EXPERIMENTO PARA EL GRUPO CONTROL

Primera sesión: “De sensibilización”.

HORA	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES / TÉCNICAS	MATERIALES	TIEMPO
8:00– 8:05	Explicar el motivo de la visita o reunión.	Presentación del responsable. Presentación del tema de investigación.	Presentación del ponente o investigador.	Pizarra acrílica plumones	10 min
8:05- 8:20	Conocer el nivel de conocimientos de los estudiantes sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE)	Aplicación del pre test	Reparto a cada estudiante la hoja con el pre test.	Papel bond picado con el pre test	15 min
8:20- 8:30	Generar un ambiente adecuado y de confianza en los estudiantes.	Dinámica de animación (rompe hielo).	Dinámica del “Rompe hielo”.	Cartulina de colores Tijera Plumones imperdibles	10 min
8:30- 8:55	Identificar la Problemática actual de la situación de embarazos en adolescentes en el Perú y Tacna , así como el uso adecuado de los métodos anticonceptivos	1.-Salud sexual y reproductiva de los adolescentes 2.- Temas a discutir -Embarazo en adolescentes - Embarazo no deseados - Aborto - Anticonceptivos	Se aplicará el ejercicio lluvia de ideas, para explorar los conocimientos de los alumnos. Luego el instructor formulará preguntas de acuerdo a los temas escogidos y al finalizar la sesión se darán los conceptos básicos.	Papelotes Plumones Pizarra acrílica Cinta adhesiva	25 min

Segunda sesión: “Aplicación del método tradicional” (charla)

HORA	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES / TÉCNICAS	MATERIALES	TIEMPO
8:00–8:05	Motivación de la sesión a realizar	Dinámica grupal	Juego de Roles	Cartulinas Plumones Pizarra acrílica	05 min
8:05-8:20	Identificar y conocer la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE)	AOE Definición Tipos Mecanismo de acción Eficacia Modo de uso Indicaciones Efectos secundarios contraindicaciones	Se utilizarla técnica de lectura individual Se repartirá un tríptico con contenido sobre AOE(MINSA) Se dará lectura individual El instructor responderá a las preguntas e inquietudes	Tríptico Papel bond Muestras de pastillas anticonceptivos de emergencia	10 min
8:20-8:55	Analizar la Anticoncepción Oral de Emergencia	Explicación sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia	Aplicación del Método tradicional (Charla)	Plumones Pizarra acrílica	30 min
8:55-9:10	Evaluar los conocimientos sobre AOE	Aplicación del pos test	Reparto a cada estudiante la hoja con el post test	Papel bond picado con el pos test	15 min

ANEXO 6

PRINCIPALES TÉCNICAS DE ENSEÑANZA

PRINCIPALES TÉCNICAS DE ENSEÑANZA

TECNICA	CONCEPTO	OBJETIVO	CARACTERÍSTICAS	Nº DE PARTICIPANTES	ORGANIZACIÓN	DESARROLLO	DURACION
PLENARIO (Plenario Final)	El grupo se reúne en su totalidad después del trabajo en sub-grupos para exponer y debatir las conclusiones parciales.	Dar a conocer al grupo grande, las conclusiones de los sub-grupos para arribar a conclusiones genéricas.	Es formal. Los relatos cuentan con representatividad de los grupos que lo eligieron. Se fomenta la participación de todos los asistentes.	1 Relator para cada sub-grupo previo. Número ilimitado de participantes.	El grupo grande se divide en sub grupos para tratar el tema. Cada grupo elige a su secretario relator. El coordinador general indicará la hora exacta del plenario.	Cada secretario relator lee la síntesis de lo discutido en su grupo. El coordinador hace breve resumen y concede palabra libre a los miembros del plenario. El coordinador hace un resumen de lo discutido.	3 minutos por relator. De 5 a 10 minutos. De 30 a 45 minutos
SOCIODRAMA (Dramatización)	Los integrantes de un grupo realizan la presentación de una situación real, breve y conflictiva, frente al grupo grande para que éste lo analice.	Lograr que el grupo participe a través del análisis crítico de una situación representada.	La representación es libre y espontánea, sin uso de libretos. Requiere cierta habilidad y madurez grupal.	1 Coordinador de Grupo de actores. 1 Narrador Público variado.	Se escoge a los participantes que van a realizar la representación. Se precisa la situación y el objetivo. Se esbozan las líneas generales de la representación y se distribuyen los papeles.	Los intérpretes representan la situación. Un narrador describe el ambiente, supliendo la ausencia de escenografía e identificas a cada personaje. Los actores actúan adoptando las características del personaje que representan. Terminada la escenificación, el grupo analiza en grupos pequeños lo representado. En un plenario final se presentan las conclusiones.	La representación de 5 a 15 minutos. El análisis de 30 a 45 minutos.
ROLE-PLAYING (Desempeño de Roles, Juego de Roles)	Los integrantes de un grupo asumen la representación de algunos personajes para discutir o analizar un caso o situación frente al grupo grande.	Desarrollar un tema a base de una conversación simple entre personajes asumidos por	Se trata un problema o situación en forma vivencial.	1 Coordinador de Grupo de Actores. 1 Narrador. Público variado.	El coordinador explica a todo el grupo la técnica que se va emplear. Invita a algunos miembros del grupo a asumir el papel relacionado con el tema.	Los participantes actores se instalan en una mesa frente al público. Inician el diálogo o discusión con ayuda de un moderador	De 45 as 60 minutos.

		miembros del grupo.			Se precisan los alcances de la discusión o análisis y los puntos de vista que defenderá cada persona.	asumiendo cada quien la mentalidad, sentimientos, etc. Del personaje que representa. Después o durante la presentación el público puede formular preguntas o aclaraciones.	
ESTUDIO DE CASOS	Un grupo estudia analíticamente y exhaustivamente un "caso" con detalles para extraer conclusiones.	Analiza amplia y detalladamente una situación problema.	Cada participante puede aportar una solución diferente de acuerdo con sus conocimientos y experiencias.	1 Coordinador, De 16 a 20 participantes (de acuerdo al tema y espacio)	Redactar el caso que debe ser analizado, el mismo que será distribuido a los participantes para su estudio.	El coordinador presenta al caso. El grupo o analiza en base a las opiniones personales de los participantes. El coordinador sintetiza las opiniones vertidas. El grupo trata de ponerse de acuerdo sobre la mejor solución.	De 50 a 80 minutos
DISCUSIÓN DIRIGIDA EN GRUPOS	Un pequeño grupo trata un tema en discusión con la ayuda de un conductor.	Lograr que un grupo discuta ordenadamente un tema con la máxima participación de sus miembros.	Ágil. Permite gran participación de los miembros del grupo. La intervención del moderador es fundamental.	Un moderador de 12 o 13 participantes.	El moderador prepara el material de información y también prepara las preguntas que estimulará el debate.	El moderador encuadra el tema. Formula la primera pregunta.	De 40 a 120 minutos.
COMISIÓN	Un grupo reducido discute un tema o problema específico para luego presentar las conclusiones al grupo grande.	Aliviar al grupo grande de análisis de un problema cuya complejidad o naturaleza requiere un estudio o planteamiento especial.	El grupo grande delega poder a un grupo(s) pequeño(s) para que estudie y emita sus sugerencias. Ambiente informal.	4 ó 5 participantes	El grupo grande identifica el problema por tratar y designa a los integrantes de las comisiones respectivas. Se asigna ambientes y se fija plazo de entrega.	Cada comisión designa un coordinador y un secretario. Analiza el problema, formula las alternativas y elaboran el informe. El informe es entregado o leído al grupo grande.	Variable. Si se necesita prolongar el tiempo deben intercalarse pausas cada 120 minutos aproximadamente.
SEMINARIO	Un grupo estudia intensivamente un tema en sesiones	Analizar detenidamente un tema para	El grupo se aboca a consultar fuentes de información bibliográfica	1 Conductor. 1 grupo de asesores.	Se designa una comisión organizadora. La comisión elige un local	En la primera sesión, los participantes planifican el trabajo y especifican	Mínimo 2 días. Variable

	planificadas, durante dos o más días.	sacar conclusiones apropiadas por todos los miembros del grupo.	sobre el tema. Es recomendable contar con el asesoramiento de algunos expertos.	Participantes variados (6 a 12 c/u)	con ambientes para trabajo de los sub grupos y para el plenario. Se selecciona adecuadamente bibliografía para el tema. Se toma providencias para el tipeado e impresión inmediata.	el tema, sobre la base de los supuestos por los organizadores. El grupo se divide en sub grupos que analizarán diversos aspectos del problema. Cada grupo designa un coordinador y un secretario. Si dura más de 2 días es recomendable realizar algún plenario intermedio. En el plenario final cada grupo informa y propone sus conclusiones, las mismas que deben ser sometidas y aprobadas por todos.	
LLUVIA DE IDEAS	Los miembros exponen con mayor libertad sobre un tema o problema, con el objeto de producir ideas originales o soluciones nuevas.	Aprovechar al máximo la imaginación creadora de los miembros del grupo en la búsqueda del mayor número de alternativas de solución de un problema.	Hay absoluta libertad para que los miembros expresen lo que se les ocurra, aunque parezca irrazonable, extravagante, irreal , etc.,	1 Coordinador. Máximo 10 participantes Totalidad de trabajadores.	Determinar el problema. Designar un secretario que tome nota. Se aclara a los miembros que toda idea sobre el tema será aceptada y que se pueden ampliar y combinar ideas pero en ningún caso criticarlas.	El coordinador indica claramente el campo de ideas que el grupo debe abarcar. Cada participante aporta sus ideas en un clima totalmente informal. Al final el grupo guiado por el coordinador considera las ideas significativas.	Promedio de 45 a 60 minutos.
SESIÓN DE PROBLEMATIZACIÓN	Reunión del equipo de salud (multidisciplinario, profesional y no profesional) para reflexionar sobre la prácticas diaria del trabajo a partir de situaciones problemáticas del servicio y su entorno e	Identificar problemas técnicos organizacionales, sociales, significativos del servicio llegando a plantear estrategias en un plan de	Participación total de los trabajadores en forma activa y democrática (análisis colectivo de los miembros del equipo) en la reflexión sobre la práctica diaria, identificando problemas, planteando soluciones.	Totalidad de trabajadores.	El grupo tiene un coordinador o director de debate y un secretario (a), que asumen las funciones por periodos determinados. Se dirige la reunión en base a una agenda prevista o en respuesta a una situación presentada	El coordinador abre la sesión dando a conocer los puntos de la agenda. En forma inicial presenta la situación problemática o hecho concreto sobre el cual se va a problematizar. En conjunto profundizan el análisis llegando a	En promedio de 1 a 2 horas. El grupo puede definir jornadas de mayor número de horas.

	intervenir en ella; transformándola.	mejoramiento continuo para resolver y mejorar la calidad de atención.			y que se considera necesario analizar. El grupo se puede dividir en sub grupos para analizar a profundidad algún aspecto concreto. El secretario (a) registra lo acontecido en la sesión.	identificar y priorizar problemas, profundizando el análisis de sus causas. Identificados los problemas determinadas sus causas, plantean las soluciones, definiendo el plan de mejoramiento, considerando tiempos y responsables para su aplicación. Durante la sesión se favorece la participación de los trabajadores utilizando técnicas tales como la lluvia d ideas, uso de tarjetas, papelógrafos y otras. Las actividades propuestas son ejecutadas y evaluadas. La actividades propuestas son ejecutadas y evaluadas. El análisis de los avances	
CONFERENCIA (Exposición, Conferencia, Charla)	Un expositor calificado pronuncia un discurso o conferencia ante un grupo.	Presentar información de manera directa, coordinada y formal.	Formalista, permite la comunicación en un solo sentido.	1 Coordinador. 1 Expositor. Participantes según disponibilidad de ambientes.	Se fija claramente el objetivo de la reunión. Buscar y comprometer al expositor. Informar al expositor sobre el objetivo y nivel de los participantes. Contar si es necesario con equipos de amplificación.	El coordinador presenta al expositor para su disertación. Se invita a la audiencia a formular preguntas aclaratorias.	60 minutos 20 a 30 minutos.
SIMPOSIO	Un grupo de expertos expone diversas partes de un tema en forma sucesiva ante un	Analiza un tema de distintos puntos de vista, logra que el	Es formal, evita repeticiones en la temática y exige a los expertos ser concretos.	1 Coordinador. 3 Expositores. Participación según	Se fija el objetivo. Invitar a los expositores y ponerse de acuerdo con ellos sobre el orden, la	El coordinador presenta a los expositores y éstos hacen su disertación sucesivamente.	De 40 a 90 minutos. De 20 a 30 mintos.

	auditorio.	grupo tenga una visión integral del tema.		disponibilidad de ambientes.	duración y la temática.	Se invita a la audiencia a formular preguntas aclaratorias.	
PANEL	Un grupo de expertos dialoga sobre un tema ante un auditorio.	Analiza un tema, logra que el grupo tenga una visión integral del tema, los panelistas buscan integrar sus puntos de vista.	Es una conversación de apariencia informal.	Participación según disponibilidad de ambientes.	Se fija el objetivo. Invitar a los panelistas y ponerse de acuerdo con ellos sobre el desarrollo del panel y los alcances del tema.	El coordinador, inicia la sesión presentando a los panelistas y formula la primera pregunta, abriendo el diálogo entre los expositores. Se invita a la audiencia a formular preguntas aclaratorias.	De 40 a 90 minutos. De 20 a 30 minutos.