



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Experiencias de mujeres con el método permanente quirúrgico de planificación familiar

Jenny Andrea Prieto Tenjo

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2024

Experiencias de mujeres con el método permanente quirúrgico de planificación familiar

Jenny Andrea Prieto Tenjo

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Magister en Enfermería

Directora:
Ph.D., Luz Stella Bueno Robles

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería, Departamento de Enfermería
Bogotá, Colombia
2024

Dedicatoria

A mi Padre Celestial que hizo posible este sueño que en algún momento pareció imposible, y a mi papá, Saul Prieto, por su apoyo incondicional.

Agradecimientos

A Dios, infinito agradecimiento por su amor y bondad que permite que todo sea posible.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia gracias por permitirme aprender y aplicar lo aprendido, también por abrirme sus puertas, y a sus docentes, por su acompañamiento y sus aportes durante este proceso, fueron invaluable.

A mi directora de tesis, la Doctora en Enfermería Luz Stella Bueno Robles, por su incalculable apoyo y dedicación, por disponer de su conocimiento, experticia, disciplina y calidad humana para el desarrollo de esta tesis; todo mi agradecimiento, respeto, y admiración.

A las mujeres que participaron en este estudio, gracias por abrirme las puertas de sus casas y de sus vidas. Fue su confianza y disposición las que permitieron que este estudio fuera una realidad.

A mi familia, por todo su apoyo y cariño, en especial a mi esposo Gustavo, cómplice de sueños, su amor y su colaboración fueron imprescindibles en cada paso.

A todas las personas que no he nombrado, pero que de alguna manera contribuyeron a la realización de este proyecto, muchas gracias por toda su ayuda.

Resumen

Experiencias de mujeres con el método permanente quirúrgico de planificación familiar

Introducción: El método permanente quirúrgico de planificación familiar o esterilización femenina, es un anticonceptivo permanente que puede generar cambios en la salud; a pesar de ser el preferido por las colombianas, poco se han abordado las experiencias entorno a este. **Objetivo:** Describir las experiencias de mujeres en Bogotá-Colombia, alrededor de la implementación del método permanente quirúrgico de planificación familiar (antes, durante y después). **Materiales y Métodos:** Investigación cualitativa descriptiva; la información fue recolectada por medio de entrevistas semiestructuradas, grabadas, transcritas y sometidas al análisis de contenido. **Resultados:** Participaron doce mujeres que tuvieron diferentes experiencias desde su acercamiento al anticonceptivo quirúrgico hasta varios años después de su implementación. Estas experiencias fueron agrupadas según los momentos explorados: en el “antes”, las mujeres se acercaron al método por la necesidad de adoptar un buen anticonceptivo; para la toma de decisión influyeron aspectos tanto personales como contextuales. En el “durante”, las experiencias difieren según el momento de realización del procedimiento (posparto o intervalo). En el “después”: las mujeres percibieron cambios en su salud después de la implementación del método. **Discusión:** Las candidatas al método se acercan con confianza a este anticonceptivo porque lo consideran el mejor de todos; con el paso del tiempo, reconocen que accedieron a él sin la suficiente información para tomar una verdadera elección informada. **Conclusión:** Las experiencias de las mujeres con el método permanente quirúrgico de planificación familiar demuestran la necesidad de fortalecer la educación específica en el método y el abordaje a la mujer como un ser holístico.

Palabras clave: Método de planificación familiar permanente, experiencia, derechos sexuales y reproductivos, enfermería, consejería en planificación familiar.

Abstract

Women's experiences with the permanent surgical method of family planning.

Introduction: The surgical permanent method of family planning or female sterilization, is a permanent contraceptive that can generate changes in health; despite being the preferred method by Colombian women, little has been addressed about the experiences around it. **Objective:** To describe the experiences of women in Bogotá-Colombia, around the implementation of the permanent surgical method of family planning (before, during and after). **Materials and Methods:** Descriptive qualitative research; the information was collected through semi-structured interviews, recorded, transcribed and subjected to content analysis. **Results:** Twelve women who had different experiences from their approach to surgical contraception until several years after its implementation participated. These experiences were grouped according to the moments explored: in the “before”, women approached the method because of the need to adopt a good contraceptive; both personal and contextual aspects influenced their decision making. In the “during”, the experiences differed according to the time of the procedure (postpartum or interval). In the “after”: women perceived changes in their health after the implementation of the method. **Discussion:** Candidates access the method with confidence because they consider it the best of all contraceptives; with the passage of time, they recognize that they accessed it without sufficient information to make a truly informed choice. **Conclusion:** Women's experiences with the permanent surgical method of family planning demonstrate the need to strengthen specific education on the method and the approach to women as holistic beings.

Keywords: Permanent family planning method, experience, sexual and reproductive rights, nursing, family planning counseling.

Contenido

Contenido

Resumen	VII
Lista de gráficas	XI
Lista de tablas	XII
Introducción	1
Marco de Referencia	3
1.1 Significancia Social	3
1.1.1 Contexto de la planificación familiar en el mundo y en Colombia.....	3
1.1.2 Contexto histórico del método permanente quirúrgico de planificación familiar .	4
1.2 Significancia teórica	5
1.2.1 Características de las usuarias del método permanente quirúrgico de planificación familiar	6
1.2.2 Impacto del método de planificación familiar permanente en la salud de la mujer	6
1.2.3 Factores que influyen en las mujeres para elegir el método permanente quirúrgico	7
1.2.4 Disciplinas que más han trabajado esta temática	7
1.2.5 Vacíos que se destacan en ésta área temática	8
1.3 Significancia disciplinar	9
1.4 Justificación	10
Marco conceptual	13
2.1 Planificación familiar en Colombia	13
2.2 Método de planificación permanente quirúrgico femenino.....	13
2.3 Experiencia	14
Marco metodológico	19
3.1 Diseño	19
3.2 Recolección de la información	20
3.3 Población	21
3.4 Muestreo.....	21
3.5 Criterios de inclusión y exclusión	21
3.6 Escenario y forma de captación	22
3.7 Procedimiento o fases para el desarrollo del estudio	22
3.8 Criterios de rigor	22

3.9 Aspectos éticos	24
3.10 Impacto esperado y medios de divulgación	26
Resultados	29
4.1 Caracterización de las participantes	29
4.2 Descripción de las experiencias de las mujeres con el método permanente quirúrgico de planificación familiar.....	31
4.2.1 Experiencia de las mujeres antes de realizarse el método de planificación familiar permanente.	32
4.2.2 Experiencia de las mujeres durante la realización del método de planificación familiar permanente.	39
4.2.3 Experiencias de las mujeres después de la realización del método de planificación familiar permanente.....	43
Discusión.....	54
Aportes de los resultados a la práctica.....	69
6.1.1 Proceso específico en el método de planificación familiar permanente	72
Conclusiones, recomendaciones y limitaciones	75
7.1 Conclusiones.....	75
7.2 Recomendaciones.....	77
7.3 Limitaciones	79
Anexo A: Entrevista	81
Anexo B: Consentimiento informado	85
Anexo C: Presupuesto.....	89

Lista de gráficas

Gráfica 1: Fases del análisis de contenido	20
Gráfica 2: Propuesta de Planificación Familiar	70

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1: Características sociodemográficas de las mujeres con método permanente quirúrgico de planificación familiar	30
Tabla 2: Temas y categorías de las experiencias de las mujeres con el método permanente de planificación familiar	31
Tabla 3: Proceso de planificación familiar en mujeres que eligen el método permanente	72

Introducción

El servicio de planificación familiar en Colombia hace parte de un programa mundial que busca garantizar los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas (1); para el cumplimiento de estos derechos, aporta diferentes servicios para el “cuidado integral de la salud y de la vida” (2), uno de estos servicios es el suministro de métodos anticonceptivos. La esterilización femenina (o método de planificación familiar permanente quirúrgico para este estudio), es el método de planificación familiar preferido por las colombianas (3), y por mujeres de diferentes países, especialmente latinoamericanos (4). Este método consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio, por medio de corte, cauterización, colocación de ligaduras o dispositivos como grapas, clips o anillos, para impedir la unión entre el óvulo y el espermatozoide (5). Las razones que influyen para su elección son varias, entre las que se destacan factores socioeconómicos (6,7), paridad satisfecha (8), y la oportunidad de realizarlo de manera conjunta con otra cirugía como la cesárea (9,10).

La historia de este anticonceptivo ha estado relacionada con el control poblacional, debido a que era uno de los procedimientos empleados por algunos gobiernos, entre los que se destacan Alemania y Estados Unidos, para limitar la reproducción de personas consideradas indeseables (raciales, inmigrantes, con discapacidad, etc.) (11). Desde la década de los 70, se orientó el uso de este anticonceptivo bajo políticas que protegían los derechos sexuales y reproductivos, especialmente, de personas vulnerables (11); no obstante, años después continuó siendo implementado sin tener en cuenta estos derechos: en Checoslovaquia (12), y Estados Unidos (13), les practicaron este procedimiento a mujeres con inadecuada información o sin su consentimiento informado; en la India, por medio de campañas de esterilización femenina masivas en sitios improvisados, y con condiciones insalubres, les generaron a las mujeres eventos adversos graves asociados a la cirugía, y hasta la muerte (14); y en Centroamérica, el personal de

salud ejercía presión sobre las mujeres con VIH para que se sometieran a este método de planificación familiar (15).

El método permanente quirúrgico de planificación familiar tiene una alta efectividad (16), y previene uno de los tipos más comunes de cáncer de ovario (tumor seroso de ovario) si se realiza salpingectomía (17), pero también, puede generar cambios en la salud de la mujer, especialmente a nivel ginecológico y sexual (18–20). Alrededor de este, se han realizado numerosas investigaciones que han explorado: las características socioeconómicas de las usuarias (7,21), el arrepentimiento (20,22,23), la efectividad del método (24,25), y los cambios en la salud femenina asociados al mismo (18,19,26) , entre otras; sin embargo, poco se ha abordado desde las experiencias de las mujeres, en el contexto colombiano y con enfoque de curso de vida.

La literatura reporta la necesidad de ampliar la investigación en las mujeres para mejorar su atención en salud (27), indagar acerca de los procesos de elección del anticonceptivo permanente (17), y en el arrepentimiento (22); además, se ha identificado la necesidad de mejorar los servicios de planificación familiar (28), y aumentar la calidad de la atención sanitaria relacionada con el anticonceptivo permanente en Colombia, y en otros países latinoamericanos y asiáticos (29).

Por lo tanto, el presente estudio pretende describir las experiencias de las mujeres con el método de planificación familiar permanente quirúrgico, de una manera holística, contextual, y con enfoque de curso de vida, para aportar a la disciplina de enfermería y a otras profesiones conocimiento que permita aumentar la calidad de atención en salud hacia las mujeres que eligen éste anticonceptivo.

Marco de Referencia

1.1 Significancia Social

En la significancia social, se contextualiza el papel de la planificación familiar en el mundo y en Colombia, se muestran los principales anticonceptivos usados en el contexto colombiano y la importancia que tiene el anticonceptivo permanente quirúrgico; y se realiza un acercamiento a su contexto histórico, evidenciando su uso bajo condiciones de vulneración de derechos.

1.1.1 Contexto de la planificación familiar en el mundo y en Colombia

En los países miembros de las Naciones Unidas, los servicios de planificación familiar hacen parte de un programa de salud sexual y reproductiva que tiene como eje central la garantía del acceso a los más altos estándares de salud, dentro de los derechos humanos, reproductivos y sexuales, y con el reconocimiento de los contextos socioculturales (1); este programa hace parte de la agenda a nivel mundial para el desarrollo sostenible y está contenido en un objetivo específico denominado: “Objetivo de Desarrollo Sostenible de la Salud” (30). En concordancia, Colombia estableció el Plan Decenal de Salud Pública, para que, en la misma vía de los propósitos internacionales, se proporcione el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional (2).

En relación con la atención en planificación familiar, Colombia implementó estrategias para aumentar el uso de anticonceptivos modernos en las adolescentes y en mujeres sexualmente activas logrando metas importantes al respecto (31): la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (3), reportó que más del 75% de estas mujeres usan métodos de planificación familiar modernos, según esta encuesta, los anticonceptivos mayormente

utilizados son: esterilización femenina (34.9%), inyección mensual (9.1%), píldora (7%) y condón masculino (5.8%) (3).

El método de planificación familiar permanente quirúrgico (o esterilización femenina), además de ser el método más usado en Colombia, es al que mayor referencian las personas cuando se indaga acerca de conocimientos en anticonceptivos, y es el método pensado para usar en el futuro por las mujeres que en el momento de la encuesta no eran usuarias de alguno; su uso se ha incrementado en catorce puntos porcentuales, entre 1990 y 2015, y se espera que la tendencia continúe, dado que el 70% de las colombianas no desean tener hijos, o más hijos, y se prevé que muchas de ellas sean las futuras candidatas al método (3).

En resumen, la planificación familiar en Colombia responde a objetivos globales que se fundamentan en los derechos humanos, sexuales y reproductivos en vía del desarrollo sostenible; en cuanto a los métodos anticonceptivos usados en Colombia, se evidencia que la esterilización femenina tiene un gran protagonismo en el contexto colombiano.

1.1.2 Contexto histórico del método permanente quirúrgico de planificación familiar

Durante los siglos XIX y XX, este método de planificación familiar fue utilizado como una estrategia de control poblacional por parte de varios países, en los que se destacan India (32), y China (33); debido al alto índice de crecimiento demográfico, los gobiernos generaron diferentes estrategias para limitar y detener la natalidad, una de ellas fue la implementación de este anticonceptivo mediante incentivos, persuasiones, u obligaciones, con tal de lograr las metas propuestas (32,33). También, fue utilizado para la implementación de políticas eugenésicas, en países como Estados Unidos y Alemania, para evitar que personas consideradas improproductivas o indeseables tuvieran hijos (11); bajo esta política, se practicaron procedimientos de esterilización a mujeres raciales, étnicas y de bajo nivel socioeconómico sin su consentimiento (11).

A pesar de que estas prácticas fueron denunciadas y detenidas hacia la década de los 70 (34,35), este método de planificación familiar continuó siendo usado en contextos de vulneración de los derechos fundamentales y de las garantías individuales. En Checoslovaquia, a las mujeres romaníes que tenían su segundo hijo por cesárea les practicaron la esterilización femenina con un consentimiento limitado o nulo, situación intervenida por autoridades internacionales los primeros años del siglo XXI (12). En una prisión del estado de California – EE.UU., entre el 2006 y 2010, les realizaron a 148 mujeres el procedimiento, también, sin un debido consentimiento informado, y muchas de estas mujeres desconocían el carácter definitivo del método (13). En la India, era común la implementación de este anticonceptivo por medio de campañas masivas en sitios improvisados, en el 2014, dieciséis mujeres murieron, y setenta requirieron hospitalización por la inadecuada praxis al realizar el procedimiento (14). En Centro América, en el 2017, las experiencias de algunas mujeres con VIH evidenciaron la presión ejercida por parte del personal de salud para que se sometieran a este procedimiento de planificación familiar (15).

De esta manera, se aprecia que el método quirúrgico de planificación familiar, dentro de su contexto histórico, ha tenido una relación directa con la vulneración de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las personas, especialmente, de las mujeres en condiciones de vulnerabilidad.

1.2 Significancia teórica

En la significancia teórica, se abordan varios temas relacionados con el método permanente quirúrgico de planificación familiar, entre ellos: las características de sus usuarias y los factores que influyen para su elección, los beneficios y las alteraciones que puede generar, y el abordaje investigativo que ha tenido desde diferentes disciplinas, finalmente, se resaltan los vacíos reportados afines a este estudio.

1.2.1 Características de las usuarias del método permanente quirúrgico de planificación familiar

Las principales características de las usuarias del método permanente de planificación familiar están relacionadas con su nivel socioeconómico; en países como Colombia (3), India (21), y Brasil (36), se ha identificado que las usuarias de este anticonceptivo son mujeres que habitan entornos más marginados en comparación con las usuarias de métodos de planificación reversibles; y en relación con el nivel educativo, en Colombia (3) y Uganda (8), la mayoría de las usuarias tienen nivel educativo básico (primaria).

1.2.2 Impacto del método de planificación familiar permanente en la salud de la mujer

Este método de planificación familiar consiste en ocluir de manera bilateral las trompas de Falopio para impedir la unión entre el espermatozoide y el óvulo, su eficacia anticonceptiva es de 99.5% (37), para su implementación, existen diferentes técnicas quirúrgicas (22), y recientemente se ha incorporado la salpingectomía, porque, adicional a su beneficio anticonceptivo, previene uno de los tipos más comunes de cáncer de ovario (tumores serosos) que se originan en las trompas de Falopio (9,17).

No obstante, desde la década de los 50, se han descrito cambios en la salud de la mujer relacionados con este procedimiento, en especial en el sangrado menstrual (18), en el funcionamiento sexual (19), y en el estado psicoemocional (relacionado con el arrepentimiento) (32); estos cambios han sido controvertidos, sin embargo, varios autores han relacionado este anticonceptivo con algunas enfermedades, por ejemplo, a nivel óseo, aumento del riesgo de fracturas vertebrales (38), a nivel cardiovascular: mayor riesgo de enfermedad cerebrovascular (39), y de aterosclerosis intracraneal (40), y a nivel ginecológico, mayor asociación con menopausia natural precoz (41), e histerectomía (42), que puede, además, causar problemas emocionales en la mujer (43). Lo anterior, evidencia que la intervención quirúrgica en las trompas de Falopio puede afectar la secreción de hormonas ováricas y por ende, proceso biológicos importantes en la salud femenina (44,45).

En resumen, el método permanente quirúrgico de planificación familiar, impide la unión del óvulo con el espermatozoide al obstruir las trompas de Falopio, ofrece grandes beneficios anticonceptivos y puede (si se realiza salpingectomía) prevenir uno de los tipos de cáncer de ovario; sin embargo, su práctica se ha asociado con alteraciones en la salud sexual femenina a nivel físico y psicológico y emocional.

1.2.3 Factores que influyen en las mujeres para elegir el método permanente quirúrgico

Se han descrito diferentes factores que influyen en la elección de este método de planificación familiar, entre los que se destacan: el entorno socioeconómico, las principales usuarias del método son las mujeres que habitan los sectores más pobres, y las menos educadas (3,8,21,36); la religión, debido a que en varias culturas influye en el uso de determinados métodos de planificación familiar (46), por ejemplo, la religión musulmana promueve la maternidad, las familias grandes y restringe los métodos anticonceptivos, a diferencia del hinduismo, en el que no tienen esta creencia y sus seguidoras son las mayores usuarias del método de planificación permanente (47); tener una familia extensa, la paridad satisfecha, y especialmente si se tiene el número de hijos varones deseados (8); el deseo de abandonar los métodos de planificación familiar temporales, la posibilidad de hacerla junto con otra operación, como la cesárea, la opinión de la pareja y del médico (48); y el ofrecimiento del método por parte del personal de salud en el momento de la cesárea (9,10).

1.2.4 Disciplinas que más han trabajado esta temática

En la revisión bibliográfica realizada en diferentes bases de datos, se identificó una amplia producción científica desde diferentes áreas del conocimiento: la medicina, y con investigación cuantitativa, ha indagado las características sociodemográficas y educativas de las usuarias en Nigeria (49), Uganda (7) y Estados Unidos (44, 45,46); el proceso de toma de decisiones en los Países Bajos (48); la elección de la técnica quirúrgica por parte de las candidatas en Estados Unidos (24), y en este mismo país: la efectividad del método según la vía quirúrgica (25). Desde la investigación cualitativa, en Estados Unidos se

indagaron las actitudes y creencias de ginecólogos/as relacionadas con la implementación del método (53), y en este mismo país, se publicó la propuesta de una herramienta web para facilitar la toma de decisiones frente a los métodos anticonceptivos permanentes (54).

La estadística y la sociología han aportado información relacionada con los factores de elección y arrepentimiento en la India (55); las tendencias de uso en Estados Unidos, (7), y las características contextuales de las usuarias en Etiopía (56). Desde el área jurídica, se han analizado las consideraciones éticas y legales relacionadas con la implementación del método en Sudáfrica (57), e Italia (58).

En Colombia, es escasa la investigación acerca de este anticonceptivo, sin embargo, se evidencia un interés por abordar el tema desde el enfoque cuantitativo y cualitativo; desde lo cuantitativo, un estudio de medicina exploró los factores asociados al arrepentimiento (22), y otro, abordó la implementación del consentimiento informado para este procedimiento (59); desde lo cualitativo, enfermería exploró las circunstancias que influyen para su elección en mujeres con vulnerabilidad social (60).

En síntesis, el método de planificación familiar permanente ha sido estudiado desde diferentes áreas del conocimiento y en diferentes países, principalmente desde la metodología cuantitativa, que ha permitido conocer las tendencias de uso del método, las características de sus usuarias, los factores de elección, y el arrepentimiento, entre otros temas; en el contexto colombiano, son muy pocos los estudios que han abordado este método de planificación familiar.

1.2.5 Vacíos que se destacan en ésta área temática

Debido a las desigualdades relacionadas con el género en la atención de salud a nivel mundial (27), se ha descrito la necesidad de aumentar la investigación centrada en las

mujeres para reducir las inequidades y mejorar la calidad de los servicios sanitarios hacia la población femenina (27). Específicamente en los métodos de planificación familiar, se requieren estudios para comprender las percepciones y expectativas que tienen las personas acerca de ellos (61); en el anticonceptivo permanente, es necesario aumentar el conocimiento de la experiencia de las mujeres en el proceso de elección (17), y en el arrepentimiento (22).

1.3 Significancia disciplinar

Enfermería tiene un rol protagónico en todos los procesos de atención en salud para la población y los individuos, desde el nivel ejecutivo: creando, ejecutando y supervisando políticas y programas de salud, hasta el nivel asistencial, realizando cuidado directo y asesoramiento en salud (62); esto conlleva una gran responsabilidad ética, social y legal relacionada con la gestión del cuidado en diferentes escenarios, para asegurar la atención a las personas con calidad y continuidad (63). Uno de estos escenarios, es el de protección específica y detección temprana, en el que el cuidado y la promoción de la salud van dirigidos según cada etapa del ciclo vital (64); dentro de él, se encuentran los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, que hacen parte de la política de salud colombiana, y tienen un enfoque especial hacia las personas entre los 10 y 29 años de edad (65).

Desde el enfoque promocional y preventivo, enfermería se destaca por su rol educativo relacionado con la salud sexual y reproductiva, y por proporcionar la mayoría de los anticonceptivos (66), en los que la atención profesional debe ser integral, diferenciada y enfocada en responder a las necesidades y expectativas de la población, según sus características (60); no obstante, se ha descrito que los servicios de planificación familiar son inadecuados por falta de capacitación técnica por parte de los proveedores, deficiencia en los procesos de información hacia los pacientes, e inexistentes procesos de seguimiento (28,67); adicionalmente, se ha reportado que en estos servicios existe discriminación y prejuicios hacia las personas por factores como el nivel socioeconómico, la edad, la etnia o la orientación sexual (68,69), y específicamente en el anticonceptivo

permanente, se ha evidenciado la necesidad de mejorar la calidad de la atención tanto en Colombia, como en otros países latinoamericanos y asiáticos (29).

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente estudio aporta al conocimiento de enfermería las experiencias de las mujeres con el método de planificación familiar permanente, desde la visión interactiva – integrativa (70), con enfoque cualitativo para que, desde este conocimiento, se oferte un cuidado específico y acorde a las necesidades de las mujeres que eligen este anticonceptivo.

1.4 Justificación

Desde el ámbito social, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha realizado un seguimiento de la atención sanitaria hacia las mujeres a nivel mundial, demostrando que existen disparidades impuestas por el género que influyen en la salud de las mismas (27); por esta razón, uno de los propósitos de la agenda para el desarrollo sostenible es mejorar las experiencias en salud de las mujeres, mediante políticas que se centren en su atención y en el fomento de las investigaciones en salud femenina (27). Desde este punto de vista, investigar en las experiencias de las mujeres con el método anticonceptivo más usado por las colombianas (3), aportará conocimiento para mejorar su atención en salud con enfoque sociocultural, que es el planteamiento en sexual y reproductiva propuesto por la Organización Mundial de la Salud (1).

Desde la significancia teórica, los estudios en esta área son principalmente cuantitativos, y los que se han realizado con metodología cualitativa indagan aspectos individualizados y fragmentados de la anticoncepción permanente. Por este motivo, la investigación cualitativa desde la visión de enfermería interactiva-integrativa (70), aportará nuevo conocimiento sobre lo que experimentan las usuarias del método de manera holística y contextual.

Desde la significancia disciplinar, el presente estudio aporta conocimiento útil en el desarrollo de programas de planificación familiar, en los que el rol de enfermería se destaque por intervenciones de cuidado innovadoras y coherentes a las necesidades de las mujeres, basadas en conocimiento científico.

En conclusión, esta investigación tiene el propósito de visibilizar las experiencias de las mujeres relacionadas con el anticonceptivo permanente, para aportar al mejoramiento de la atención en salud hacia la población femenina; aumentar el conocimiento acerca del uso de este método desde el enfoque cualitativo, que permite abordar a las mujeres de manera holística y contextual; y fortalecer los procesos de atención de enfermería centrados en las mujeres, sus experiencias y necesidades, generando de esta manera, mayor visibilización y empoderamiento de la profesión. Por lo tanto, se plantea la pregunta de investigación: **¿Cuáles son las experiencias de mujeres con el método permanente quirúrgico de planificación familiar?**

Marco conceptual

2.1 Planificación familiar en Colombia

En Colombia, los servicios de planificación familiar comprenden: asesoría en anticoncepción, suministro de anticonceptivos y controles posteriores (según el anticonceptivo elegido), son reglamentados por la Resolución 3280 del 2018 (37), y sus objetivos principales son: ofrecer información y educación para que las personas elijan el anticonceptivo según sus necesidades y preferencias, y promover el bienestar y desarrollo de la sociedad a través de la promoción de la maternidad y paternidad responsable (37); los profesionales facultados para ofrecer estos servicios son de enfermería y medicina (medicina general, medicina familiar y ginecología), quienes deben tener conocimientos específicos en planificación familiar, habilidades comunicativas y entrenamiento para abordar los diferentes tópicos de la sexualidad desde la perspectiva de derechos (37).

2.2 Método de planificación permanente quirúrgico femenino

Este método de planificación familiar consiste en la oclusión quirúrgica bilateral de las trompas de Falopio para impedir la unión entre el espermatozoide y el óvulo con una efectividad del 99,5% (37); se clasifica según el momento de realización: esterilización quirúrgica posparto, posaborto y de intervalo (22). La esterilización quirúrgica posparto, hace referencia a la que se realiza posterior al parto, por cesárea o parto vaginal; la esterilización postaborto, se realiza después de un aborto (inducido o espontáneo), y la esterilización de intervalo, es la que se realiza en un momento separado al embarazo.

Otra forma de clasificación es la vía de abordaje a las trompas de Falopio: mini laparotomía, laparoscopia o histeroscópica (22). Por mini laparotomía, se usan diferentes técnicas quirúrgicas: Pomeroy, Parkland, Kroener, Irving y Uchida; las dos primeras son las más usadas en Colombia, y tienen en común la ligadura y corte de una porción de las trompas de Falopio (22). El abordaje laparoscópico es el preferido para la cirugía de intervalo, debido a que tiene una recuperación más rápida, menor morbilidad y menor tiempo de estancia hospitalaria, en comparación con la mini laparotomía; las técnicas utilizadas por esta vía son: electrocoagulación mono polar, electrocoagulación bipolar, inserción del Clip de Filshie, y el Anillo de Yoon; las dos primeras consisten en aplicar corriente a la parte ístmica de la trompa para generar destrucción de al menos 3 cm, los dos últimos, son dispositivos que abrazan y aplastan las trompas, y aunque son poco usados en la actualidad, son los que permiten mayor recanalización en caso de arrepentimiento (22). La vía histeroscópica consiste en alcanzar los ostium tubáricos (parte de la trompa más cercana al útero), para insertar un dispositivo oclusivo que estimule el crecimiento de tejido fibrótico; se recomienda su uso en mujeres obesas o con antecedentes de múltiples cirugías, se puede realizar con anestesia local o sin ella y sin necesidad de hospitalización (22).

Adicionalmente, hay un planteamiento quirúrgico relativamente nuevo que consiste en retirar toda la trompa de Falopio (salpingectomía reductora de riesgos) (17); esta técnica, además de ofrecer el beneficio anticonceptivo, reduce el riesgo de fracaso del método, de embarazo ectópico y de cáncer de ovario; este último, debido a que la lesión precursora de los tumores serosos (un tipo de cáncer de ovario), usualmente se origina en la parte distal de las trompas de Falopio (17).

En el presente trabajo de investigación, el concepto: “método permanente quirúrgico de planificación familiar”, es reemplazado por palabras con el mismo significado: anticonceptivo permanente, esterilización femenina, método permanente o definitivo.

2.3 Experiencia

La experiencia ha sido entendida de diferentes formas según la corriente de pensamiento y el autor que haga uso de este concepto, sin embargo, en la tradición filosófica ha sido

una noción clave, que a lo largo de su historia ha tenido diferentes definiciones. Algunos autores, para favorecer su comprensión, las han agrupado en tres clasificaciones principales (71): la primera, es la que se conoce desde la filosofía clásica de Grecia hasta el siglo XVII, en la que se destacan filósofos como Platón y Aristóteles, ellos vinculan a la experiencia como parte del conocimiento; Platón consideraba que el conocimiento verdadero pertenecía al mundo de las ideas, de la razón y de lo eterno, y la experiencia pertenecía al mundo material, el conocimiento de lo práctico, de las habilidades y destrezas adquiridas por la repetición de actividades; por su parte, Aristóteles consideró la experiencia como el conocimiento que podían adquirir todos los seres con órganos sensoriales, dado que, por su capacidad de percepción y de procesamiento de la información recibida, podían generar recuerdos para determinar sus acciones futuras; por lo tanto, la experiencia es imprescindible para llegar al conocimiento científico porque, según Aristóteles, hay que observar primero los fenómenos para continuar con las demostraciones (71). La segunda clasificación hace parte del empirismo, característico de la filosofía del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX; uno de sus exponentes fue Bacon, quien consideró la experiencia no solo como un punto de partida hacia el conocimiento, sino un fin en sí mismo, de esta manera, la experiencia es la iluminación interior que puede lograrse de manera accidental o de manera científica (71). La tercera y última clasificación se relaciona con los planteamientos filosóficos de Kant y del idealismo alemán, para ellos, la experiencia era la base del conocimiento, debido a que se conoce únicamente lo que se experimenta; desde este punto de vista, la filosofía debe dar razón de toda experiencia, que, al fin y al cabo, es donde se encuentra el objeto a conocer y la inteligencia que conoce (71).

Los planteamientos anteriores, relacionan íntimamente la noción de experiencia con el conocimiento, sea esta como fundamento, medio o fin; no obstante, a finales del siglo XIX en Norteamérica surge el pragmatismo, una corriente de pensamiento que orienta el concepto de experiencia de una manera mucho más amplia y significativa con respecto a los conceptos tradicionales (72). Desde esta perspectiva, se da valor a la experiencia real dentro del curso mismo de la vida humana, y es entendida más como un intercambio “entre un ser viviente y su medio ambiente físico y social.”(72). Esta corriente de pensamiento, propone que la filosofía debe buscar interpretar todo juicio acerca de la realidad y valor de

la vida por sus consecuencias prácticas en los seres humanos y en la sociedad, su objetivo es reconciliar el campo del conocimiento con el campo práctico.

Uno de sus principales exponentes fue John Dewey, quien, debido a su interés por las problemáticas sociales y las inquietudes vitales de los norteamericanos, planteó que la filosofía, más allá de buscar realidades absolutas, debe ser un tipo de investigación intelectual que aporte a la solución de los problemas de las personas, además, que debe contemplar los problemas del mundo actual relacionados con los continuos avances de la ciencia, el desarrollo industrial, y los modelos de organización sociopolítica dentro de un vasto, ilimitado y cambiante universo (71); para Dewey, todo ser vivo es “alguien que reacciona, que trata de experimentar, alguien comprometido con el padecimiento de un modo tal que puede influenciar en lo que está aún por suceder” (72); este planteamiento, se asimila a la definición aristotélica de la experiencia, entendida como el conocimiento que puede predecir acciones futuras, sin embargo, Dewey argumentó que la experiencia trasciende el conocimiento y el campo individual, debido a que en cualquier ser vivo, por sencillo que sea, existen “experiencias no-cognitivas” y “experiencias no-reflexivas”; de esta manera, la experiencia hace parte del existir, del sentir y del sufrir, para él, experimentar significa vivir, y “la vida se da en y a causa de un medio circundante, y no en el vacío” (72).

De manera similar, la visión de enfermería interactiva-integrativa, en la que se planteó la presente investigación, considera fundamental que desde el cuidado de enfermería haya un acercamiento a las dinámicas humanas, sociales y contextuales de las personas (70); la investigación desde esta visión, explora el conocimiento dentro de la subjetividad, reconoce la complejidad y variabilidad que hay en los seres humanos y en sus interacciones, y explora las experiencias para comprender su situación (73). Por lo tanto, investigar en la experiencia humana es una necesidad en enfermería, que es considerada la “ciencia del cuidado de la experiencia de la salud humana” (74).

Teniendo en cuenta los planteamientos anteriormente mencionados, el presente estudio se desarrolló con base en la siguiente definición de experiencia: *intercambio entre la persona y su medio, que le permite existir, sentir, sufrir y obrar, y en el que influyen*

dinámicas humanas, sociales y contextuales. Por lo tanto, se abordó a las mujeres participantes del estudio de una manera integral y holística, indagando vivencias, acciones, sentimientos, sensaciones, etc., se exploró el contexto socioeconómico, educativo, familiar y cultural, y se tuvo en cuenta diferentes momentos de su vida (relacionados con el anticonceptivo permanente), para tener un acercamiento al ser que está en constante cambio y transformación.

Marco metodológico

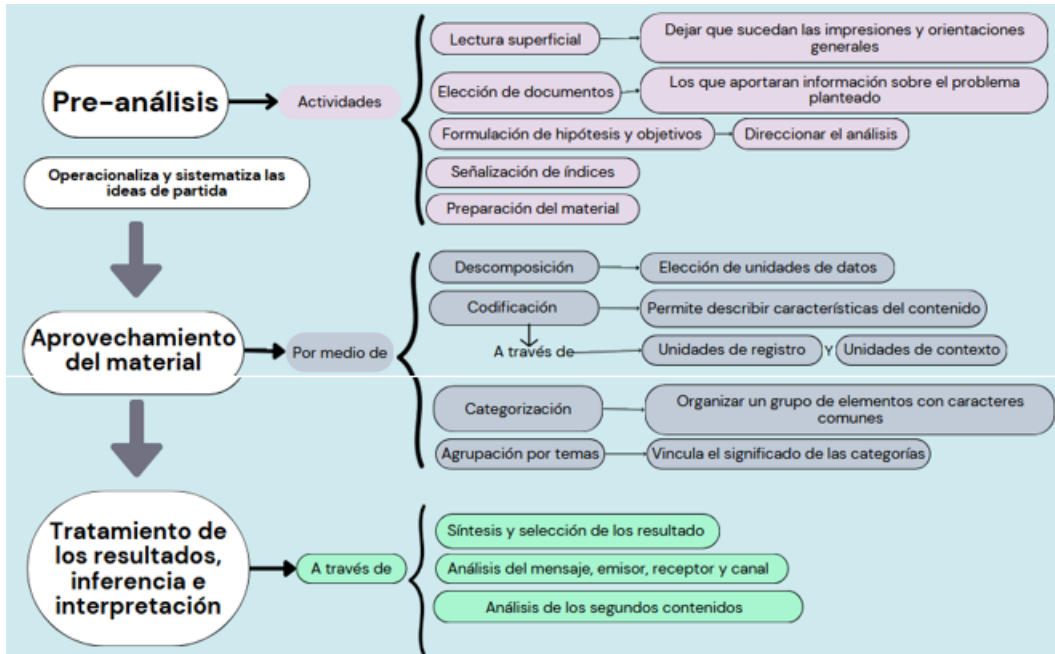
3.1 Diseño

Se realizó una investigación cualitativa descriptiva con análisis de contenido, con el objetivo de decodificar la información obtenida por las participantes en el estudio teniendo en cuenta su contexto (75). Según Bardin, el objetivo de este tipo de análisis consiste en traducir la información, que suministra un sujeto o población de estudio, en elementos comprensivos y válidos a través de un proceso de sistematización y descripción del contenido de los mensajes (75); una de sus características principales, es la profundización en los significados que una persona o población atribuye a sus códigos de comunicación; incluyendo los contenidos políticos, sociales y demás elementos involucrados considerados contextuales.

Para la implementación del análisis de contenido en el presente trabajo, la investigadora realizó entrevistas semiestructuradas grabadas en audio a cada una de las participantes, se transcribieron de manera textual y se sometieron a la ruta del análisis de contenido propuesto por Bardin y que se ilustra en el gráfico N.1; obteniendo de esta manera, la descripción de las experiencias de las mujeres con el método permanente de planificación familiar por medio de unidades de registro, unidades de contexto, categorías y temas.

La entrevista semiestructurada tuvo un proceso de pilotaje con las tres participantes iniciales, ellas hicieron parte de la muestra, aunque después fue necesario complementar información con una de ellas. Se entrevistaron en total doce mujeres.

Gráfica 3.1: Fases del análisis de contenido



Gráfica 1: Fases del análisis de contenido

Fuente: Elaboración propia 2024, basado en el análisis de contenido de Laurence Bardin (73)

3.2 Recolección de la información

La información se recolectó por medio de entrevistas semiestructuradas a las participantes del estudio (ANEXO A: ENTREVISTA). La entrevista es un acto de comunicación en donde se obtiene información de una persona (76), y es una herramienta valiosa en investigación cualitativa para conocer los puntos de vista de las personas a través del relato de sus experiencias (77); se pueden clasificar en entrevistas estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas (78). Las revistas estructuradas cuentan con un orden y categorías estandarizadas y se aplican a todos los participantes de manera rígida; las revistas no estructuradas contienen preguntas abiertas, permitiendo mayor libertad a tal punto que el rumbo de la entrevista puede desviarse del objetivo original; las revistas semiestructuradas se encuentran en el punto medio, que, aunque cuentan con unas preguntas planteadas con anterioridad, permiten ajustarlas al entrevistado, aclarar o ampliar conceptos, ya sea por parte del entrevistador o del entrevistado, y de alguna manera, permitir algo de

informalidad para favorecer la empatía y así obtener respuestas más profundas acerca del tema en estudio (79).

3.3 Población

Mujeres mayores de edad y usuarias del procedimiento permanente quirúrgico de planificación familiar.

3.4 Muestreo

El elemento metodológico empleado fue la saturación de datos, que consiste en recopilar información de manera indeterminada hasta que se empiezan a repetir las mismas ideas, es decir, que aumentar el número de entrevistas no aportará mayor información a la ya recolectada (80).

3.5 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Mujeres mayores de edad
- Usuarias del método de planificación familiar permanente quirúrgico
- Participación voluntaria y con capacidad de dar su autorización por escrito.

Criterios de exclusión:

- Mujeres con alteración en su estado mental o discapacidad que le impidan participar en el estudio.

3.6 Escenario y forma de captación

Inicialmente se planteó realizar la captación de las participantes en instituciones de planificación familiar, sin embargo, debido a la contingencia sanitaria por Covid-19 no fue posible; se realizó la captación de mujeres intencionalmente, y a partir de esta captación inicial, se utilizó la técnica de bola de nieve o de cadena (81).

Una vez identificadas y contactadas las participantes, se concertó fecha, hora y lugar del encuentro para la entrevista, se les explicó el propósito de la misma, el contenido del consentimiento informado y se les entregó para su firma; la mayoría de las entrevistas se realizaron en los domicilios de las participantes y en espacios con privacidad. Una mujer fue entrevistada de manera virtual (por google meet), debido a que se encontraba fuera de la ciudad, se le pidió que se ubicara en un espacio que garantizara su intimidad, se le leyó el consentimiento informado y se obtuvo su autorización de manera verbal.

3.7 Procedimiento o fases para el desarrollo del estudio

1. Obtención del aval de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia
2. Captación de las participantes (informantes claves) y posteriormente, por bola de nieve, identificación de las mujeres con los criterios de inclusión y definir las fechas para los encuentros
3. Firma de consentimiento informado y entrevista.
4. Transcripción de entrevistas
5. Devolución de las entrevistas transcritas a las participantes para validación de la información
6. Análisis
7. Presentación de resultados

3.8 Criterios de rigor

Credibilidad: Hace referencia al valor de la verdad, a la autenticidad de los resultados de la investigación en relación con el fenómeno observado (82). Este criterio se cumplió por

medio de: la obtención de información por parte de diferentes mujeres hasta que se logró la saturación de los datos, la custodia de las entrevistas, la transcripción textual de las entrevistas, y una vez transcritas, se devolvieron a las participantes para validar si la transcripción correspondía a la información suministrada.

Transferibilidad: Consiste en poder transferir los resultados de la investigación a otros estudios (82). Este criterio se garantizó haciendo una descripción exhaustiva de las características sociodemográficas de las participantes, y con el cumplimiento de los criterios de inclusión y de exclusión.

Auditabilidad: Denota el rigor del estudio cuando otro investigador sigue el proceso empleado para el análisis y llega a conclusiones similares (82). Para el cumplimiento de este criterio, se describió detalladamente el proceso de análisis de los datos y se analizó los resultados por dos personas separadamente, directora de tesis e investigadora.

Los criterios de rigor anteriormente descritos son llamados también criterios de calidad, por lo tanto, el no cumplimiento de los mismos se convierte en amenazas o sesgos para la investigación cualitativa en las diferentes etapas del proceso (83), a continuación, se resaltan algunos tipos de amenaza:

En la recolección de la información:

- Relaciones interpersonales del investigador muy estrechas o demasiado distantes. En la presente investigación se tuvo un trato igual con todas las mujeres del estudio, y en la captación de las participantes no se tuvo en cuenta a quienes hacían parte del núcleo familiar y social estrecho de la investigadora.
- Registro de la información incompleta o inexacta: se minimizó esta amenaza por medio de la grabación de la entrevista, aportando información fidedigna.

En el análisis:

- No realizar el análisis de los datos de forma sistemática y clara: Este aspecto se controló siguiendo las fases del análisis de contenido descritas anteriormente de manera minuciosa.
- No tener en cuenta el contexto o desconocerlo. Se tuvo en cuenta la caracterización sociodemográfica de las participantes, y la investigadora, debido a su recorrido profesional, tiene conocimiento acerca de los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

3.9 Aspectos éticos

El presente estudio se desarrolló a través de los lineamientos de la RESOLUCIÓN N° 8430 de 1993 (84), en la que se establecen las normas para la investigación en salud, especialmente las contenidas en el capítulo I que enfatizan en el respeto a la dignidad y la protección de los derechos de las personas y su bienestar. De igual manera, se tuvo como premisa los principios científicos y éticos contenidos en la declaración de los derechos humanos, la declaración de Helsinki y los principios de ética y bioética (85), de los que se resaltan los siguientes:

Autonomía: Es la aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones; por esto, se contó con el consentimiento informado, que es considerado un acuerdo por escrito mediante el cual “el sujeto de investigación autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna” (84) (ANEXO B: CONSENTIMIENTO INFORMADO).

Beneficencia: Considerada el hacer el bien a otros (85). La investigación permitió a corto plazo identificar lo que sucede con las mujeres después que se realizan el procedimiento quirúrgico de planificación familiar, y cuál es el efecto que tiene en su vida. Al finalizar el estudio, las participantes serán invitadas a la socialización de los resultados de la investigación, una vez sustentada la tesis, se les enviará una copia por correo electrónico.

A mediano y largo plazo, los beneficios esperados consisten en demostrar la necesidad de generar un espacio de cuidado específico para las mujeres que desean adoptar este anticonceptivo, en el que se promuevan los derechos sexuales y reproductivos, y haya una atención centrada en la paciente.

Reciprocidad: Con el desarrollo del presente estudio, las mujeres participantes podrán comprender los posibles impactos del procedimiento en sus vidas, a través de la socialización de los resultados. Además, esta investigación ampliará los conocimientos relacionados con los métodos permanentes quirúrgicos y, por ende, se espera que haya un fortalecimiento en la atención relacionada con estos. A mediano plazo, se pretende hacer propuestas a instituciones para mejorar los procesos de atención hacia las candidatas del método.

Privacidad y confidencialidad: La información suministrada por parte de las participantes en el estudio se trataron bajo anonimato, garantizando su privacidad y confidencialidad.

Riesgos y beneficios: Se consideró que las participantes del presente estudio tuvieron un riesgo mínimo, según el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 (84), debido a que se empleó el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en “examen o pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto”.

Se protegió los derechos de las participantes por medio del cumplimiento de principios éticos como autonomía, privacidad y confidencialidad; su bienestar estuvo garantizado permitiéndoles el tiempo necesario y un ambiente adecuado para tomar decisiones acerca de la participación del estudio, con base en la información suministrada por la investigadora y contenida en el consentimiento informado. Se procuró hacer la entrevista en un lugar privado, sin posibilidad de intromisión de terceros, y se ofreció la opción de realizar la

entrevista fuera del entorno de su hogar, de igual manera, se informó acerca de la libertad que tenía de retirarse en cualquier momento del estudio y la devolución de la información.

Durante el desarrollo de las entrevistas, una mujer tuvo un episodio de llanto al recordar el dolor experimentado por un embarazo ectópico (a los cinco años de haberse implementado el método quirúrgico); al identificar la situación, se suspendió la entrevista y se realizó una escucha activa; ella verbalizó que en su momento reprimió las emociones generadas por esta situación, y que la entrevista le sirvió para desahogarse; posteriormente, agradeció el espacio de escucha y pidió continuar con la entrevista. No se evidenció mayor repercusión que requiriera atención por el área de salud mental

La investigación fue realizada por la investigadora principal quien es enfermera, tiene una amplia experiencia en la atención de mujeres en diferentes escenarios, como programas de planificación familiar, salas de maternidad y urgencias. Se llevó a cabo una vez se obtuvo la aprobación por parte del comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, y fue supervisada por la directora de tesis asignada.

Propiedad intelectual: Con respecto a la honradez intelectual del investigador y los derechos de propiedad intelectual, se tuvo en cuenta la referencia bibliográfica de los autores de textos, artículos, páginas Web y software. Desde el punto de vista del impacto ambiental, se limitó el uso de papel, favoreciendo el uso de recursos virtuales, y en el caso de los consentimientos informados, se aprovechó las hojas por ambas caras.

3.10 Impacto esperado y medios de divulgación

Se espera que los resultados del presente trabajo de investigación aporten al mejoramiento de la atención en planificación familiar, dado que, al ampliar los conocimientos en el método de planificación familiar permanente femenino, se favorecerá el cumplimiento de los objetivos relacionados con el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos, contenidos en el Plan Decenal de Salud Pública (2), y en la Resolución 3280

(37). Además, se espera que el abordaje contextual, holístico, integral y respetuoso a las mujeres, orientado en el estudio, sea replicado en los servicios de planificación familiar. Los resultados, serán publicados en una revista científica, y se socializarán en un evento académico, y a las mujeres participantes de esta investigación.

3.11 Presupuesto: Ver anexo (ANEXO C)

Resultados

Resultados de las experiencias de mujeres con el método permanente quirúrgico de planificación familiar

A continuación, se muestra la caracterización de las participantes, y se presentan los resultados más destacados del estudio, que fueron organizados en temas y categorías, de acuerdo a la metodología planteada para describir las experiencias de las mujeres con el método permanente quirúrgico de planificación familiar.

4.1 Caracterización de las participantes

En la Tabla 4-1 se exponen las características sociodemográficas de las participantes del estudio, en el que se evidencia que todas fueron colombianas y procedentes principalmente de Bogotá, el nivel educativo se concentró en el bachillerato (completo e incompleto), con 1 a 5 hijos (excepto por una participante que no tuvo hijos), la mayoría con creencias católicas y cristianas, y pertenecientes, casi todas, a los estratos socioeconómicos 2 y 3; varias de ellas contaban con una pareja estable, y la edad en la que se practicaron el procedimiento osciló entre los 20 a 37 años.

TABLA N 4-1. Características sociodemográficas de las mujeres con método permanente quirúrgico de planificación familiar

Id.	Edad (años)	Procedencia	Mayor nivel de educación	Estrato	Estado civil	N. de hijos	Edad en la que se practicó el procedimiento	Religión
M1	55	Bucaramanga	Bachiller	2	Unión marital de hecho	4	37 años	Católica
M2	51	Bogotá	Post grado	3	Casada	2	32 años	Católica
M3	46	Ubaté-C/marca	Pregrado	2	Soltera	2	32 años	Cristiana
M4	27	Bogotá	Bachiller	2	Soltera	2	20 años	Adventista
M5	49	Bogotá	Bachiller	2	Casada	2	30 años	Cristiana
M6	29	Bogotá	Bachiller	3	Unión marital de hecho	3	25 años	Ninguna
M7	43	Guamal-Magdalena	Técnico	2	Unión marital de hecho	5	32 años	Cristiana
M8	43	Bogotá	Pregrado	4	Casada	2	33 años	Ninguna
M9	26	Bogotá	Séptimo de bachillerato	2	Soltera	4	25 años	Ninguna
M10	30	Socorro-Santander	Tecnóloga	3	Soltera	0	29 años	Ninguna
M11	33	Girardot-C/marca	Sexto de bachillerato	2	Unión marital de hecho	3	24 años	Católica
M12	54	Algeciras-Huila	Noveno de bachillerato	3	Soltera	1	27 años	Católica

Tabla 1: Características sociodemográficas de las mujeres con método permanente quirúrgico de planificación familiar

Fuente: Registros entrevistas investigadora Jenny Andrea Prieto T.

4.2 Descripción de las experiencias de las mujeres con el método permanente quirúrgico de planificación familiar

Las experiencias de las mujeres con el método permanente quirúrgico de planificación familiar se evidenciaron a través de cuatro temas principales que se muestran en la tabla 4-2 con sus respectivas categorías. El tema 1, corresponde al momento *antes* de la implementación del procedimiento; el tema 2, al *durante*; y los temas 3 y 4 al *después* de su implementación.

TABLA 4-2: Temas y categorías de las experiencias de las mujeres con el método permanente de planificación familiar

TEMA 1: Conociendo y eligiendo el método de planificación familiar permanente	
Categoría 1	Entre la búsqueda y la oferta del mejor método anticonceptivo
Categoría 2	Fin de la maternidad y los beneficios del método definitivo; razones de peso para elegirlo
Categoría 3	Seguridad versus incertidumbre y miedo
TEMA 2: Implementando el método de planificación familiar	
Categoría 4	Recordando el ingreso y el momento del procedimiento
Categoría 5	Después de la cirugía hay que cuidar la herida y no hacer esfuerzo físico
TEMA 3: Cambiando la percepción que tenía del método	
Categoría 6	Cambios en la menstruación y aparición de dolores en el cuerpo después la cirugía
Categoría 7	De la alegría a la frustración con el paso del tiempo
Categoría 8	Cambios en la libido y conflictos con la pareja
Categoría 9	"No era así como tan inocuo"
TEMA 4: Reflexionando frente al papel del sistema de salud en la implementación del método de planificación permanente quirúrgico.	
Categoría 10	Mejorar la educación y el seguimiento respecto al método permanente

Tabla 2: Temas y categorías de las experiencias de las mujeres con el método permanente de planificación familiar

Fuente: Registros entrevistas investigadora Jenny Andrea Prieto.

4.2.1 Experiencia de las mujeres antes de realizarse el método de planificación familiar permanente.

TEMA 1: Conociendo y eligiendo el método de planificación familiar permanente

La experiencia de las mujeres inicia a partir de su propia necesidad o sugerencia por parte del personal de salud y familia (pareja y madre) lo que la lleva a ampliar el conocimiento relacionado con el método de planificación permanente, por ejemplo, en qué consiste el procedimiento, si es efectivo, cómo se realiza el proceso para tramitarlo y realizarlo. La información anterior, orienta a la mujer para elegir el método definitivo. De este tema surgen las siguientes categorías:

Categoría 1. Entre la búsqueda y la oferta del mejor método para no tener más hijos

Las mujeres obtienen información del método permanente a través de diferentes fuentes, una de las principales es el sistema de salud por medio de la consulta de planificación familiar y control prenatal. En la consulta de planificación familiar, las mujeres reciben información relacionada con la técnica quirúrgica que emplearán durante el procedimiento, tienen la oportunidad de solucionar sus dudas y así mayor seguridad en su elección; los aspectos abordados en esta consulta incluye, características del procedimiento: duración corta, atención ambulatoria o en el caso que tengan un bebé lo pueden realizar de una vez; no tiene costo, y deben firmar el consentimiento informado; los documentos que se requieren para tramitarlo son pocos; además, no necesitan usar otros anticonceptivos y los resultados son efectivos; los posibles efectos adversos de la cirugía, a corto plazo, son: dolor, infección y riesgo de dehiscencia de la herida; a mediano o largo plazo, es mínima o nula la información. En la consulta prenatal, las mujeres reportan que la información recibida fue muy breve, se orientó a la posibilidad de realizarlo una vez nazca el bebé, con resultados confiables, irreversibles y con pocos efectos colaterales (diferentes a los postoperatorios comunes, como dolor y riesgo de infección); al finalizar la consulta, recibieron la orden del procedimiento para su implementación en el postparto.

En ambos casos, quienes asisten a consulta de planificación familiar y control prenatal, cuentan con la disponibilidad de la Entidad Promotora de Salud -EPS-, para gestionar y proveer el servicio de una manera sencilla, gratuita y rápida, y especialmente, a las mujeres que son remitidas desde la consulta prenatal. A continuación, los relatos de las mujeres:

M1 30-44: *“Ya después la doctora me dijo: -hay esta opción (la cirugía)- (...), entonces allá en Compensar sacan grupos, como allá tienen la historia de uno, entonces revisan, me llamaron y me dijeron: -usted entró al grupo, si está de acuerdo para que venga pase, se tome la prueba de embarazo y entre para que le hagan la cirugía en Profamilia de la 34- (...). Me dijeron que me iban a hacer la cirugía por laparoscopia, por el ombligo, por medio de una fisurita, por el ombligo llegaban a las trompas y las trozaron, porque a mí no me las ligaron, las cortaron. Y eso fue lo que me dijo la doctora”.*

M3 47-61: *“La doctora me dijo: -me imagino que ya se va a hacer el Pomeroy porque ya es su segundo hijo-, y yo -bueno, si se puede hacer de una vez, entonces listo-” (...). Que era definitivo, que era quirúrgico, que iba a ser más doloroso porque se iba a sumar a la otra cirugía que era la cesárea; entonces que iba a tener bastante dolor, que prácticamente iba a ser como irreversible porque era ligadura más cauterización de trompas, entonces que iba a quedar muy seguro, porque después, si quería hacer la reversión iba a ser bastante complicado, también estaba esa posibilidad”.*

M5 36-55: *“Cuando estaba embarazada de mi segundo hijo yo le pregunté al doctor (sobre el método permanente) y él me decía que sí, que era bueno, que ya no había problemas, que ya, por ejemplo, para la vida sexual que eso era normal, que no tenía nada, que lo único bueno de eso era que no quedaba embarazada (...). Me dijo que era bueno y listo, y que se podía hacer, bueno, mis dos hijos los tuve por cesárea, entonces me dijo que ya con mi hijo, de una vez en la cesárea se podía hacer (...). En esa época uno le creía al médico, uno dice: -ah bueno, pues si ellos que son los que saben, listo-, pero no me asesoré más”.*

Algunas mujeres acudieron a otras fuentes: familia, amigos y personas cercanas, quienes recomendaron el método por considerarlo la mejor opción para el control de la natalidad; y también, se reportaron consultas en libros e internet.

M3 69-72: *“Pues leí, lo que era pertinente y lo que había de literatura, eso fue lo que hice (...) libros porque en esa época no había internet (risas)”*.

M6 68: *“Mi mami siempre me dijo que era lo mejor”*

M10 147-151: *“Soy de leer, de investigar en internet, preguntar, pues a mis amigos que son médicos, pregunté a mis primas que son enfermeras, obviamente, investigué por mi lado, cuando fui al pre quirúrgico le pregunté a la doctora de todo, las dudas que tenía respecto a la cirugía y la doctora me las aclaró”*

Dos mujeres en especial reportaron acompañamiento por el área de psicología: quien no había tenido hijos, y quien se realizó el método quirúrgico a los 20 años.

M4 32-34: *“Inclusive psicóloga fue y me dijo que no me operara, que yo era muy joven, que de pronto más adelante quería otro hijo”*

M10 26-27: *“Yo tomé la decisión a los 22 años de no tener hijos, a los 25 lo intenté, y el gobierno de este país me puso 75 trabas, tuve que ir 2 veces al control con psicólogo”*.

Categoría 2. Fin de la maternidad y los beneficios del método definitivo: razones de peso para elegirlo

Esta categoría hace referencia a los factores internos y externos que influyen en la elección del método permanente, se identificaron factores personales, sociales, familiares, culturales y económicos. Dentro de los factores personales, uno de los más destacados fue el deseo de no ser madre, o de no serlo nuevamente, la mayoría de las mujeres manifestaron paridad satisfecha; otro factor importante, fue la percepción positiva hacia el método, las mujeres pensaban que era el anticonceptivo más efectivo que había y también definitivo; adicionalmente, influyeron las experiencias negativas con métodos de planificación familiar temporales, por ejemplo, algunas refirieron que con el Dispositivo

Intrauterino (DIU) presentaron hemorragias, con los métodos hormonales cefalea y aumento de peso, y otras, quedaron en embarazo durante su uso. Las participantes lo expresaron de la siguiente manera:

M10:26 “Yo realmente tomé la decisión de no tener hijos a los 22 años”.

M3 33-40: “Que es un método muy seguro y ya, pues si uno no quiere tener más hijos, para qué sigue tomando pastillas o inyecciones, si ya tuviste tu tope de hijos, pues ya. (...) De pronto el más efectivo, el más definitivo”.

M6 79-82: “Tomé la decisión, ya, le dije (a la pareja) - No, ya llegó la segunda niña ya no más, yo ya no voy a tener más hijos-”.

M6 44-46: “Digamos que yo lo veía como el mejor método para no tener embarazos no deseados”.

M1 93-95: “Me gustó el método (cuando lo mencionaron en la consulta de planificación familiar), primero que todo, por la tranquilidad de uno no estar con esa planificación, que la pastilla que esto sí o que esto no, y con esas hemorragias que me daban (con la “T”)”.

M4 57-58: “Yo ya había planificado con las pastas y la inyección, y quede embarazada de la niña”

M6 69-71: “Porque las pastas a uno se le olvida, las pastas no, las inyecciones a mí me dan mucho miedo, no me gustaban las inyecciones, y pues cuando me puse la “T”, fue cuando quedé embarazada de la niña, al año de ponérmela quedé embarazada”.

En los factores sociales, se destaca el papel facilitador del sistema de salud porque sea que la mujer esté en postparto o no, realiza la gestión para que ellas lo puedan adoptar de una manera sencilla y gratuita. Esta gestión se identifica desde la consulta (de planificación familiar o prenatal), en donde se ofrece información clara de la facilidad del proceso, así como su pronta disponibilidad, hasta su realización. Adicionalmente, algunas mujeres recibieron llamadas telefónicas de su EPS para informarles acerca de la disponibilidad del

procedimiento, y de esta manera, hacerlo más accesible para ellas. Ante esto, expresaron lo siguiente:

M2 195-197: *“Realmente la EPS me funcionó a mí de afán, de pronto hubiera sido otra cosa, de pronto hubiera sido más lenta, más trámites, pero a mí me funcionó, en cuestión de ocho días ya estaba operada”.*

M6 123-128: *“Cuando me preguntaron con qué método iba a planificar (después del parto), yo dije: -no, ya yo tengo orden de cirugía-, entonces la doctora que me atendió me dijo: -¿quiere que revisemos la orden?-, porque la orden estaba para el Hospital Universitario San José, pero no alcanzamos a llegar allá, entonces me llevaron aquí, a la Corpas; entonces, como la orden estaba para allá, ella me dijo: -no hay problema, si hay salas, la operó de una vez- y yo: -listo, hágale-, después me dijo: -a las nueve tenemos sala, a las nueve la ingreso a cirugía-”.*

M10 138-141 *“Realmente esta vez fue muy sencillo, fui al médico: -doctor me quiero operar-, inmediatamente me dio la orden pre quirúrgica a través de Profamilia, fui a Profamilia, me valoraron, la doctora sólo me pregunto: -¿realmente está segura?, -sí, yo me quiero operar-, y listo, eso fue todo, me programaron la cirugía y ya”.*

M12 42-45: *“Un día, me llamó la esposa de mi papá y me dijo: - aquí en Bosa va a ver algo que las señoras que se quieran mandar operar lo van hacer gratis- (...) y yo le dije: - inscríbame a mí, yo voy-. Claro, a mí me llamaron, eso era como un viernes y yo fui allá y llene los datos que me preguntaron, yo llene todo allá, entonces me programaron para los ocho días”.*

Los factores familiares predominantes fueron la opinión de la pareja y de la mamá; en el primer caso, las mujeres refirieron que, en su última gestación, su compañero les manifestó el deseo de no tener más hijos, ellas consideraron esta opción al considerar la permanencia de la pareja, y la facilidad de acceder al procedimiento en el posparto. Con respecto a la opinión de su mamá, fue evidente la sugerencia específica hacia la adopción del método quirúrgico, para asegurar la anticoncepción y evitar que sus hijas pasen situaciones difíciles, similares a las que ellas experimentaron cuando se convirtieron en madres. De la siguiente manera lo expresaron las mujeres:

M3 28-30: *“Uno piensa que siempre va a estar con la misma persona toda su vida, porque cuando uno hace vida en pareja tiene el imaginario que eso va a ser para siempre, también por eso, eso pesa mucho en la decisión”.*

M3 75-76: *“Bueno, el papa de los niños no quería más niños, y la ginecóloga me dijo que se podía de una vez (en el posparto)”.*

M9 9-13: *“No, yo no me quería operar, pero el papá de mi hijo me dijo: -opérese y ya no tenemos más niños-”.*

M6 44-46: *“Mi mamá siempre me lo había dicho: -opérate, opérate, apenas tengas el primer hijo lo mejor es que te operes- (...), mi mami siempre me dijo que era lo mejor (el método quirúrgico)”.*

Desde los factores socio-culturales existe un imaginario entre las personas respecto al tope máximo de hijos, esto permea tanto a la misma mujer como a los profesionales de la salud; se considera que tener dos hijos es suficiente, por lo que es un criterio de paridad satisfecha para definir un método de planificación definitivo, no obstante, las mujeres que no cumplen con este requisito reportan mayor dificultad para acceder a este tipo de procedimientos. Ellas lo expresaron de la siguiente manera:

M3 47-48: *“Pues digamos que yo no solicité la asesoría, pero la doctora me dijo: -bueno, me imagino que ya se va a hacer el Pomeroy porque ya es su segundo hijo”.*

M4 29-30: *“No quería tener más hijos, eran dos suficientes”*

M6 18: *“No, ya ameritaba, ya con tres hijos, ya son un montón”.*

M 10 123-127: *“Yo tomé la decisión a los 22 años de no tener hijos, a los 25 lo intenté y el gobierno de este país me puso 75 trabas, tuve que ir 2 veces al control con psicólogo, después de eso entonces vuelven y me envían a esto que lo envían de promoción y prevención que se hace con una jefe de enfermería (...). Al fin me dieron la orden, me pasaron con ginecología, pero lo que me demoraron una eternidad hasta que se me venció (la orden), deje ahí”*

M12 46: “(...) Y en Profamilia no me iban a operar porque yo tenía un solo hijo (...)”.

Los factores económicos que influyen en la decisión de optar por un método de planificación definitiva incluyen: la necesidad de trabajar para aportar al sostenimiento de la familia, por ende, dedicación limitada de tiempo para cuidar a sus hijos; e ingresos insuficientes. Así lo manifestaron ellas:

M2 25-28: “Por la situación del país y por mi situación, mi trabajo, mi esposo trabaja (...), no tenía tiempo para cuidarlos (a los hijos), entonces dije: -no más hijos-, y ya, me puse de acuerdo con él (esposo) y ya”.

M3 22-23: “Si voy a tener dos hijos puedo responder por dos hijos, no puedo responder por más, es un poco complejo por la parte económica”.

M4 20-23: “Mi vida era bastante complicada pues estaba en embarazo, tenía la niña y tenía un niño, no contaba con el apoyo económico de nadie (...), entonces decidí no tener más hijos”

M12 55-58: “Si yo tuviera plata para darle buena estabilidad a mi hijo y los demás, pues ya tendría 20 hijos, pero pues yo siempre he trabajado en ventas y como en un mes me puede ir bien en otro no (...) si ganara bien tendría más, pero yo tan pronto pueda (pensaba) me mando operar.

Categoría 3: Seguridad versus incertidumbre y miedo

En esta categoría se encuentra el reconocimiento de los pensamientos, sentimientos y sensaciones que experimentan las mujeres cuando toman la decisión de realizarse el procedimiento. Una vez toman la decisión, reportan dos posturas: una de seguridad y tranquilidad, por la confianza anticonceptiva del método; y otra, incertidumbre por las posibles consecuencias a futuro, y por el riesgo de arrepentimiento. A continuación, las expresiones de las mujeres:

M2 59-61: *“Me dijeron: -la efectividad es del 99 por ciento- entonces, como yo quería eso para mí fue genial, entonces no pregunté muchas cosas porque yo dije: -ese es el que quiero-”*

M5 46-48: *“Pues tranquila, porque le dan a uno la seguridad de que puede estar con su esposo, pero no tiene que ponerse el aparatico en el brazo, que ni pastillas, ni nada de eso; que eso era como lo más seguro”.*

M3 94-95: *“Pues si quería, pero en el fondo uno piensa que uno ya va a quedar como incompleto, y qué tal que uno se arrepienta más adelante, entonces fue un poco como dual”.*

M9 47: *“Quién sabe más adelante tenga otra oportunidad y también quiera tener hijos (pensaba)”.*

4.2.2 Experiencia de las mujeres durante la realización del método de planificación familiar permanente.

TEMA 2: Implementando el método de planificación familiar

En este tema se describe lo que las mujeres experimentaron dentro del centro asistencial el día de su cirugía, desde su ingreso al procedimiento hasta el egreso. A continuación, se describen las categorías que emergen.

Categoría 4: Recordando el ingreso y el momento del procedimiento

La experiencia difiere en las mujeres según la forma de ingreso, por una parte, están las mujeres que asisten de manera ambulatoria (en intervalo), y por otra, las mujeres que están hospitalizadas en fase posparto. En ambos casos, concuerdan los recuerdos relacionados con las características de la cirugía, que es ambulatoria, de corta duración y sencilla, así como el tipo de anestesia que les practicaron; quienes asistieron en forma ambulatoria, fueron anestesiadas de manera general, y las mujeres que se encontraban en el post parto, con anestesia epidural.

Las mujeres manifiestan que el consentimiento informado fue firmado antes del procedimiento, sin embargo, el proceso de diligenciamiento difirió entre las mujeres según el momento de realización (posparto o intervalo); algunas, fueron informadas sobre los posibles efectos de la cirugía como dolor, y la responsabilidad que asumen en relación a la decisión y complicaciones que se generen; otras, especialmente las que accedieron al procedimiento en el postparto, refieren que les dieron el consentimiento para su lectura, pero le prestaron muy poca o nula atención, debido a que lo consideraron un documento más dentro de su atención hospitalaria; una mujer explicó que no se pudo concentrar en la información del consentimiento porque estaba preocupada por su hijo. Estas mujeres mencionaron que lo prioritario para ellas era su bebé y la necesidad de salir pronto del procedimiento para descansar del proceso de parto.

Los recuerdos del momento del procedimiento difieren en relación con el tipo de anestesia; las mujeres que recibieron anestesia epidural, recuerdan la preparación previa (a la aplicación de la anestesia), las conversaciones que tenía el personal de salud sobre la forma como se iba a realizar el procedimiento; incluso una recordó el olor a menta y otra el sonido generado por el cauterizador a su alrededor. Las mujeres que recibieron anestesia general, mencionaron muy pocos detalles y enfatizaron en lo rápido y práctico que fue el procedimiento para ellas.

M1 46-50: *“Cuando llegué allá a Profamilia de una vez me alistaron y me anestesiaron, fue anestesia general, allá estuve a las 7 de la mañana y a las once ya desperté y a las doce ya fue Lucho y me recogió y a la una de la tarde ya estaba en la casa”.*

M2 80-82: *“Fue anestesia general, yo me acuerdo que llegué a la clínica, me acostaron y ya no me acuerdo de nada más, hasta que desperté, fue una cirugía sencilla, solo tenía un puntico y pues muy chévere, espectacular en ese momento”*

M1 75-78 *“Me dijeron que yo estaba autorizando para que me hicieran el procedimiento, eso se llama Pomeroy, uno firma que ellos no van a responder nada, ahí uno firma como la sentencia de uno, y que cualquier cosa o algo es bajo su responsabilidad, pase lo que pase”.*

M5: 36-39 *“Que, si llega a haber algún riesgo, eso corre más por cuenta de uno, ni por el que va a hacer la cirugía, ni por el hospital, entonces uno tiene que conocer los riesgos de la cirugía, pero más que todo ellos enfatizaban en la cesárea, no más”*

M3 108-113: *“Lo que pasa es que como yo iba para parto por cesárea, entonces uno se enfoca más en la cesárea, en el nene, y ya cuando lo sacaron entonces me dijeron, “bueno, ahora vamos a cauterizar” (...) y ya, me hizo la cirugía y me dijeron que me habían cortado y cauterizado y listo, que me iba a doler, que me iba a arder, que iba a doler hartito, y ya, lo normal”.*

M6 111-113: *“A mí me hicieron la cirugía a las dos horas que ella (hija) nació, realmente yo quería que me operaran rápido para poder dormir, estaba muy cansada (risas), pensaba yo ya quiero salir de eso ya”.*

M9 123-146: *“Me dijeron: -mira, como te vas a operar para que tengas este papelito (consentimiento informado)-, porque eso sí me pusieron en una silla, y que esperara, y que si quería lo fuera leyendo, y sí, lo leí un poquito pero no le puse atención (...). Yo estaba distraída de lo que estaba pasando con mi hijo que no llegaba y yo les decía que dónde estaba mi hijo y no llegaban con él”.*

M3 91-106: *“El consentimiento lo firme cuando ya iba para la cesárea (...) cuando me pasaron el consentimiento para firmar la cesárea, me pasaron de una vez el del Pomeroy, eso fue cesárea más Pomeroy”.*

M6 146-147 *“La doctora me dijo: -este es el consentimiento de la cirugía, firmelo y con esto la puedo operar-, y yo firmé y no lo leí”.*

M6 153-157: “Ya después me pasaron a la sala de cirugía, la anestesióloga habló conmigo, me explicó el tema de la anestesia (...), me anestesiaron de la cintura para abajo, y luego me aplicaron como un gel de la cintura para arriba que me durmió el resto del cuerpo, que huele como a menta, (...) luego me explicó que esos punticos había que retirarlos como a los 10 días, y ya”

M4 136: “Eso se escuchó así “ssshhh” cuando las quemaban (a las trompas de Falopio)”.

Una vez finaliza la cirugía, algunas de las mujeres experimentaron dolor por lo que requirieron analgésicos.

M1 50: “Pero el dolor si muy impresionante al despertar, y en el ombligo.”

M6 21-22: Lo duro para mí fue la despertada de la anestesia, sentí como otro parto.

M10:138: “Pues yo si me levante adolorida y me mandaron pastillas para el dolor” dolor”.

Categoría 5: Después de la cirugía hay que cuidar la herida y no hacer esfuerzo físico

La mayoría de las mujeres mencionaron que la información suministrada al momento del egreso del centro asistencial fue centrada en los cuidados post operatorios para evitar complicaciones, por ejemplo, los cuidados con la herida, vigilancia de los signos y síntomas de alarma y no realizar esfuerzos físicos. Las mujeres que se realizaron el procedimiento posterior a la cesárea reportaron que no hubo información adicional o diferente a los cuidados postparto.

M1 101-104: “Que tuviera en cuenta el ombligo que no se fuera a infectar, si había postema (pus) o algo, lo más que me dijeron fue que no me fuera a reír, porque como uno hace

fuerza, que se podía reventar un punto y que eso no lo podían volver a coser, que ya era responsabilidad mía lo que pasara”.

M6 151-152: *“Al otro día el médico me revisó, me dijo que estaba bien y que ya me podía ir, y me dijeron que sacara la cita para el retiro de puntos, y ya”.*

M4 79: *“No hacer fuerza, reposar, y ya”.*

M9 32-33: *Me dijeron que fuera a los 15 días para quitarme los puntos y ya, y que no tenía que hacer fuerza por el momento (...) porque se podría descoser uno por dentro, eso fue lo único que me dijo la enfermera de ahí no más.*

M3 125: *“Del Pomeroy no, de todo lo del postparto”.*

M5 137: *“Pero más que todo ellos enfatizaban en la cesárea, no más”.*

4.2.3 Experiencias de las mujeres después de la realización del método de planificación familiar permanente.

TEMA 3: Cambiando la percepción que tenía del método

Posterior a la realización del procedimiento permanente quirúrgico las mujeres expresan cambios en la percepción que tenían del mismo, ya que la mayoría pensaba que era un método que no generaba afectaciones en la salud y que era el mejor al que podían acceder. En las siguientes categorías se describen los diferentes cambios que las mujeres experimentaron:

Categoría 6: Cambios en la menstruación y aparición de dolores en el cuerpo después la cirugía

En esta categoría, se agrupan todos los cambios que vivieron las mujeres a nivel físico, en los que se destacan: aumento de cefaleas; dolor en diferentes partes del cuerpo como piernas, caderas y ombligo; dificultad para bajar de peso; mayor irregularidad en el periodo menstrual; aumento en la intensidad de los cólicos; y hemorragias menstruales, que en algunos casos requirieron histerectomía. Los cambios anteriores, generaron molestia e incomodidad referida como una experiencia “insoportable”. A continuación, algunas expresiones de las mujeres:

M1 116-131: *“Desde el 2004 (dos años después del procedimiento) empecé la pesadilla, ya me llené de miomas, ya me empezaron los sangrados fuertes, los dolores, los cólicos. (...) yo dure así digamos que tres años bien, y después fue que empecé a sufrir de esa hemorragia, de esos dolores, ahí fue cuando empezó lo más duro, porque una cirugía de histerectomía no la hacen: -venga acuéstese se la hago rápido-, no, eso es un proceso largo y duro a seguir”.*

M2 109-121: *“¡Uy sí terrible! sí eso sí fue terrible (patrón menstrual), yo siempre fui muy puntual, y siempre me duraba los tres días y al tercer día ya, después de la cirugía tuve mucha hemorragia, o sea cada periodo era terrible, como una llave abierta, mucho cólico, muy irritable, muchos dolores (...) a nivel pélvico (dolor durante el periodo menstrual), pero más que todo a nivel de la cadera, sentía como si fuera a parir hijos nuevamente, era terrible.*

M4 86-89: *“En los dolores, después de operarme me dura poquito tiempo (la menstruación), pero esos tres, cuatro días me hacen sufrir como si fuera un mes, es bastante, el dolor es muy fuerte, y boto mucho coágulo, demasiado, y me duele muchísimo cuando voy al baño, eso me quedó”.*

M5 109-117: *“Hace unos diez años empecé a sentir molestias, me salieron miomas, mucha menstruación, duraba hasta quince días menstruando (...) fui con la ginecóloga, le conté mi proceso (...) que el estómago lo sentía súper hinchado, me salían unos coágulos*

horribles, entonces ya me mandó que ecografías, que todo eso, y vio que eran miomas y entonces fue cuando decidieron hace 3 años hacerme la histerectomía”.

M6 172-187: “Sí, bastante (cambios en el patrón menstrual), terrible, fue muy duro porque a mí siempre me llegaba bien (...). digamos que va a ser cuatro años, ahorita en noviembre, que me hice la cirugía y mi periodo no ha sido regular (...), me llega de una forma alocada, realmente muy fuerte, muy fuerte, los dos, tres primeros días es muy duro, muy duro, los cólicos, yo, pues sí recuerdo que a mí me daban cólicos y todo, pero no como me dan ahorita (...), también, me baja mucho coágulo, no sé si sea normal, hay veces no me alcanzo ni a parar de la cama, terrible, es duro”.

M11 158-170: “Lo único que me cambió es que me volvieron otra vez esos berracos cólicos. (...) ¡uy no, eso es muy feo!, ya después le dije a la doctora que me dolía mucho la parte de la vejiga que no me aguantaba, que sentía como si me fuera a estallar, entonces me hicieron unos exámenes y me dijeron que tenía miomas (...), a veces no me deja ni parar, y si medio me muevo parezco peor que una llave, eso baja como un berriondo (el sangrado menstrual) y bajan unos coágulos muy grandes.

M3 133-135: “Me di cuenta que me empezaron a dar unas migrañas, se me aumentó muchísimo el dolor de cabeza y antes no me daba así de fuerte, me da bastante duro, y por ejemplo se me entumece la pierna del dolor, sobre todo la derecha”.

M6 128-130 “Sí, eso fue terrible, me llega con mucho dolor (la menstruación), abundante; dolor en las piernas, cuatro días antes ya me da dolor, me da dolor en las caderas, me pone mal”.

M11 118-130: “Un dolor muy fuerte a veces se me inflama esta (pierna), o a veces se me inflama esta, o hay veces que juntas me cogen y se me inflaman. Se me duermen las piernas, me agarra un dolor, parece que me estuvieran metiendo un gato esos de carro y me estuvieran abriendo y eso es un dolor, y eso me hace llorar (...), me agarra como a dormirse las piernas, es un dolor y no me aguanto estar de pie, me toca estar sentada y

no sé ni cómo acomodarme (...), y así yo tome pastas de esas de cólicos no me sirve, no me hace nada, eso es como tomar un dulce y ya no me hace nada, entonces eso me da un desespero que no me quita ese dolor, pues eso me preocupa.

M4 46-51: *“Lo que me quedó fue que no me puedo tocar el ombligo, me duele bastante (...) después de tantos años, me duele”*

M6 193-194: *“Me he subido más de peso, no sé si eso pasa, pues yo siempre he sido gordita, no es que yo haya sido que delgadis, no, pero si siento que se me dificulta más bajar de peso”.*

M10: *“Me engordé, eso sí, yo no volví a adelgazar, ni de fundas volví a adelgazar”*

Categoría 7: De la alegría a la frustración con el paso del tiempo

Las mujeres atraviesan por cambios emocionales según va transcurriendo el tiempo de realizado el procedimiento; recién se realizan la cirugía, la mayoría tiene sentimientos de tranquilidad, paz y alegría, porque el método permanente les quita el miedo a quedar embarazadas a futuro; además, se sienten liberadas de los demás métodos de planificación familiar. Sin embargo, a medida que va pasando el tiempo y las situaciones de vida cambian, algunas llegan a expresar culpabilidad, frustración, dolor, y remordimiento. La principal causa es el arrepentimiento, porque consideran que tomaron una decisión apresurada y desean volver a ser madres, algunas por el deseo personal de disfrutar su embarazo y otras, para satisfacer la ilusión de su pareja actual de ser padres. A continuación, sus expresiones:

M10 286-290: *“Estoy bien, estoy tranquila, estoy feliz, estoy muy conforme con mi proceso a pesar de los altos y los bajos, me siento muy tranquila me siento muy en paz, ya no siento esa carga, ¿y qué pasa si se rompe, que pasa si el condón se rompe, porque lo*

creas o no, a través de todos estos años ese era mi mayor miedo y ¿si el condón se rompe?, yo que no quiero ser mamá, qué carajos voy hacer”

M5 118-119: De pronto tranquilidad en el tema sexual, uno dice: ya puedo estar un poco más tranquila frente a un embarazo”

M2 183-194: “Pienso que la decisión de practicarse el método busca responder a una necesidad momentánea, pero uno nunca piensa en las implicaciones, uno no piensa en el después, o sea, más adelante, incluso uno no piensa que quisiera tener un hijo más adelante, porque uno con la pareja podría decir: -que rico tener otro hijo, ya es hora, es momento-., y de todas formas, el trabajo de pareja es para toda la vida, y al adoptar este método es algo momentáneo, lo mío fue más por lo económico (...), y me cerré en ese momento, pero nunca pensé en mi salud, nunca pensé en lo emocional, en lo espiritual, nunca pensé en mi pareja, porque realmente con él en lo que pensamos fue en plata, ¿cómo vamos a mantener tres hijos?, no, en ese momento fue: no se puede, pero fue en ese momento, nunca pensamos en más adelante si podríamos.

M3 150-174: Pues a veces me pregunto que hubiera sido interesante leer más, por ejemplo, qué dice Dios de eso. Uno toma decisiones a la ligera, y porque uno no sabe las vueltas que da la vida, ¿no?, yo por ejemplo me separe, y mi pareja ahora que no tiene hijos quisiera tener hijos, entonces ¿qué hace uno?, o sea, se siente uno como incompleto, se siente como frustrado, si hay mucha frustración ahí, y como la ilusión de que de pronto uno pueda reversárselo y poder todavía ser mamá (...), si, o sea, si se siente uno como frustrado, a veces le da a uno como nostalgia (...) da como una arruguita en el corazón, uno quisiera de pronto pensar que esa persona (pareja actual) cumpla su sueño de ser papá y sentir que con uno no se va a poder es doloroso y es frustrante”.

M4 107-109: “No disfruté los embarazos, y yo quisiera sentir esa sensación, de cuando se mueven, de hablarles, de cantarles, de dedicarles tiempo en el embarazo, pero ya, en ese sentido sí me arrepentí, y he querido tener un hijo, pero ya no puedo”.

Categoría 8: Cambios en la libido y conflictos con la relación de pareja

A nivel sexual, algunas mujeres percibieron cambios en el interés y en la libido, algunas manifestaron disminución y otras, aumento. En la relación de pareja, surge el cuestionamiento: ¿por qué la mujer debe someterse a este tipo de procedimiento y no el hombre?, porque está situación les genera desconexión consigo mismo y un sentimiento de mártir, al ser ellas quienes deban someterse y no él al método quirúrgico de planificación familiar. En la relación de pareja, se identifican dos tipos de situaciones que reflejan cambios en el interés de estar con su pareja; por una parte, algunas mujeres expresan disminución de la libido, llegando a rechazar a su pareja y evitando tener relaciones sexuales, sin embargo, ellas intuyen que su pareja cree que ellas tienen otra persona, lo que genera conflictos conyugales; por otra parte, algunas experimentan aumento de la libido. Otro aspecto visibilizado, fue la sensación de pérdida de la feminidad y del atractivo debido al procedimiento, condición que les genera inseguridad y miedo de que su esposo consiga otra persona.

M2 129-147: *“Sí también cambió (funcionamiento sexual), yo pienso que sí, en eso sí no lo educan a uno. No me gustaba que me cogiera ya, me fastidiaba, como que me dolía (...) de pronto él en algún momento pensó (pareja) que yo me había hecho la cirugía porque quería estar con otros hombres”.*

M 11: *“Ya no me dan ganas de estar con mi pareja siempre lo estoy rechazando”.*

M8 88-93: *“A mí me da más apetito sexual (...) fue muy fogoso... yo duré, así como unos dos años y era una necesidad, que yo decía: - ¿será que estoy enferma? -, pero yo nunca fui al médico porque yo decía: eso es psicológico, o uno saca conclusiones de otras cosas.*

M10: 331-337 *“Más ganas (...), aumentó en vez de disminuir, sí, mi libido ha aumentado un 110% (...), el deseo sexual aumentó considerablemente en comparación de antes, porque si me daban ganas, pero no así”.*

M8 114-129: *“Y también hubo algo, que yo ya no me sentía tan femenina, si, que ya no era tan atractiva (...), yo creo que sí vienen cosas psicológicas porque si tú lo piensas, a pesar de que tú no estás perdiendo un órgano, si estás perdiendo una conexión contigo misma, dentro de tu propio cuerpo (...). Entre tanto yo decía, por qué tengo que ser la mártir yo aquí, yo por qué tengo que ser la operada, opérese usted (pareja), opérese usted así se demore, por qué tiene que ser mi cuerpo y por qué tiene que ser mi disposición y por qué tiene que ser mi energía la manipulada”.*

Categoría 9: "No era así como tan inocuo"

Algunas mujeres inicialmente consideraban que el método era inocuo, efectivo y la mejor decisión, sin embargo, la percepción que tienen cambia llegando en algunas ocasiones a lamentarse por haberlo elegido. Este cambio surge por diferentes situaciones: alteraciones en la salud experimentados por ellas y en otras mujeres conocidas a lo largo del tiempo; cambios en el ciclo menstrual y hasta histerectomía; nuevo embarazo debido a la ineffectividad del método, y cambios en la situación de vida por pérdida de pareja o de los hijos. Así lo manifestaron las mujeres:

M1 161-168: *“Pero lo curioso es que yo he visto tres mujeres amistades mías (...), ellas se hicieron el Pomeroy, y a los pocos años les tocó hacerle la histerectomía, porque empezaron con hematomas, con miomas, con todo eso; por ejemplo, hace como quince días se la hicieron a una amiga y está delicada porque a ella le hicieron la histerectomía total, ella se había hecho la Pomeroy hace 3 años”.*

M2 85-86: *“Cuando quedé embarazada dije: -no, esta vaina qué es, no, qué horror-.*

M2 111-116: *“Yo cuando iba por los dolores al médico, no me hacían pruebas de embarazo, como decían: -tiene Pomeroy-, entonces: -embarazada no- (...), pero cuando ya no me pude sentar, ya fui a un médico particular y el médico sí me hizo todos los exámenes del mundo y entonces sí me salió que estaba embarazada, lloré y ahí sí vaya a*

una clínica, porque ya se le reventó la trompa y usted puede morir en cualquier momento.

M3 165-169: *“Pues uno se da cuenta que lo que uno piensa que es para siempre, no es para siempre, que los pensamientos de uno a veces no son los más adecuados, uno toma decisiones a cierta edad y una década después se da uno cuenta de que de pronto fueron decisiones precipitadas. Después uno se lamenta, y porque además se da uno cuenta cómo le cambia a uno su ciclo, sus cosas, entonces dice uno –no era así como tan inocuo”.*

M3 180-191: *“Pienso que uno a veces no toma decisiones que son muy conscientes, entonces uno, como que se deja llevar, para dónde va la gente va Vicente y no piensa en las consecuencias a mediano o largo plazo, o que la situación puede cambiar, en que uno en ese momento está con su pareja y no quiere; pero si le pasa algo a la pareja o le pasa algo a los hijos y uno vuelve a tener una vida con una persona, entonces uno ya tomó decisiones que de pronto no consultó, por ejemplo, con Dios, siempre tomando todo como: yo, yo, yo, y mi cuerpo, y yo soy dueña de mi cuerpo, y resulta que muchas veces no es así, ¿no? (...) uno no debería tomar decisiones tan radicales porque es una cosa irreversible”.*

M7 41-51: *“Después de un tiempo cuando vine a los cinco años se me presentó una enfermedad, imagínese que estaba como barrigona y me mandaron a poner la hepatitis (vacuna) (...), entonces la enfermera me dijo: -yo te veo como palidita, mal-, y ahí me hizo una prueba, y después me llamó y me dijo: -tú no te puedes poner esa vacuna porque, tú estás embarazada-, le dije: -no, yo no estoy embarazada porque yo tengo la Pomeroy (...). Yo me fui rápido y me hice otro examen, otra prueba, y me salió positiva, tenía tres meses, esa era la enfermedad.*

TEMA 4: Reflexionando frente al papel del sistema de salud en la implementación del método de planificación permanente quirúrgico.

Las mujeres reconocieron que el sistema de salud tuvo una gestión importante para que pudieran tener un acceso sencillo y oportuno al anticonceptivo permanente. Así mismo,

mencionaron algunos vacíos identificados en las consultas, especialmente, en la información relacionada con el método y sus posibles consecuencias, que ellas consideran importante, para poder tomar una decisión verdaderamente informada. En este tema emergió el siguiente código:

Código 10: Mejorar la educación y el seguimiento relacionado con el método permanente

Las mujeres manifestaron la necesidad de una consulta integral, que incluya educación no sólo del procedimiento y los beneficios, sino también de los posibles efectos a nivel físico, emocional, sexual y familiar de la cirugía, a corto, mediano y largo plazo. Igualmente, destacan la necesidad de crear espacios diferentes a la consulta prenatal para la asesoría en planificación familiar, y que se genere (en algunas mujeres) un acompañamiento psicológico para la toma de decisión. Resaltaron la importancia de ofrecer espacios de seguimiento a los cambios que pueden experimentar después de haber adoptado este método de planificación familiar. A continuación, sus expresiones:

M2 172-174: *“Uno no recibe las orientaciones más que físicas, como las orientaciones emocionales, de decir: –te puede afectar en esto, te va a dar esto, puedes tener otras posibilidades-, nunca nos lo dieron, nunca”.*

M3 79-81: *“Pues es que yo no vi una asesoría como tal más allá de la cita que tenía con la ginecóloga (en los controles prenatales), pienso que eso debe hacerlo una enfermera, por ejemplo, que se encargue de toda la parte de planificación familiar, debería ser una cita aparte”.*

M5 65-66: *“Que le hablen tanto de los pros y los contra que uno puede tener como riesgo a un futuro de uno haberse hecho esta cirugía”.*

M6 100-106: *“A mí me faltó información, o sea, a mí me dijeron: - ¿te vas a operar? -, -sí-, - bueno, bueno, es tu decisión-, y ya, nunca me dijeron: -mira, de pronto vas a tener, no sé, tales repercusiones en el periodo, en el estado de ánimo-, todas esas cosas nunca me las explicaron. Digamos que lo que sabía frente a una cirugía era lo que me había dicho mi mamá, o cuando lo vi con mis tías ya grande; entonces sí siento que digamos no tanto”.*

repercutir en la decisión de la persona, sino decirle: -bueno, esta decisión es bien o mal, o es tu decisión, pero te queremos dar esta y esta información-, ¿me hago entender?, porque realmente conmigo no lo hicieron”.

M10 205-231: *“Creo que ahí deberían hacer un acompañamiento, no tan largo, no tan complicado, pero sí que alguien explore tus emociones cuando tomes esta decisión; que estés 100% segura que nunca a través de la vida vas a querer tener hijos, vas a querer ser mamá (...). Porque te explican todo lo físico, pero no te preguntan si realmente emocionalmente estás preparada para lo que significa eso (...), y tú tienes que estar preparada para asumir esta decisión a los 21 como a los 30, 40, 50 y a los 60 (años), tener la claridad de que no vas a tener nunca un hijo, entonces creo que por ese lado le haría falta un poco más de acompañamiento.*

M10 358-376: *“Realmente cuando tú haces todo el proceso te das cuenta que no todos los doctores te informan debidamente lo que van hacer con tu cuerpo, y creo que eso sí debería ser de vital importancia, y hacerte firmar que tu médico está informando todo absolutamente todo lo que puede estar pasando antes, durante y después de tu cirugía. Porque a pesar de que a mí me informaron algunas cosas, otras no fue así, en qué aspecto, en lo que yo te decía, o sea, en mí pre quirúrgico la doctora no me explico lo que me iban hacer, eso yo lo investigue (...). Porque la doctora que debió haberlo hecho no se tomó la tarea porque se entiende: -eso es lo que quiere, que firme-. Creo que es muy importante para alguien que se confía 100% en un médico, y no lo hace como yo, que investigo, que tengo los medios porque no todas tienen los medios para preguntar, para informarse (...), que te brinde toda la información que deberías tener, porque te están operando de algo bastante delicado, para no tener hijos”.*

Discusión

En este capítulo se contrastan los resultados del trabajo de investigación con la evidencia, en el que se aborda la metodología empleada, las características sociodemográficas de las participantes, principalmente: nivel educativo, estrato socioeconómico, edad de realización del procedimiento, número de hijos y religión, y se discuten las experiencias de las mujeres antes, durante y después de la realización del procedimiento.

El presente trabajo aporta una mirada cualitativa con la que se exploró la implementación del método de planificación familiar permanente en la mujer, desde esta misma mirada se reportan algunos estudios relacionados con el tema. En Estados Unidos se exploraron las actitudes y creencias que tienen los/as obstetras con respecto a los requisitos que establece el seguro médico para personas de bajos ingresos (Medicaid) para la implementación del anticonceptivo quirúrgico (53); en Chile, se indagaron los procesos de elección y del acceso a la esterilización femenina, así como las prácticas de las usuarias y del personal de salud alrededor de este (4); en Colombia, se investigaron las circunstancias que influyeron en la elección de este método de planificación familiar en mujeres en situación de vulnerabilidad social (60). En contraste, la literatura reporta varios estudios cuantitativos, por ejemplo: en Uganda (8), Países Bajos (48), Nigeria (49), Estados Unidos (50–52), e India (86), en los que se exploraron las características sociodemográficas, los antecedentes médicos y gineco obstétricos de las usuarias de este método (49–51); los factores que influyeron en su elección (8, 48), el arrepentimiento posterior al procedimiento, y la calidad de los servicios de atención de los centros que realizan este procedimiento (48,86,87).

Estos estudios aportan valiosa información alrededor del método de planificación familiar permanente, no obstante, desde las experiencias de las usuarias, son limitados los estudios; en Etiopía (88), se exploró la experiencia y la percepción de las mujeres con el método permanente, sin embargo, las participantes se habían practicado el procedimiento hace menos de 7 años. Por lo que el presente trabajo, abre un camino para explorar las experiencias con perspectiva de curso de vida, aporta conocimiento para futuras investigaciones, y orienta las prácticas de atención en salud hacia las mujeres en el contexto colombiano.

Pasando al tema de las características sociodemográficas de las participantes de este estudio, se destacan varios aspectos; por una parte, el predominio del nivel educativo básico y medio; que también fue reportado en las encuestas de salud de varios países: en Estados Unidos, el 44% de las usuarias del método tienen educación secundaria (7); en Colombia (3) y Uganda (8), alrededor de la mitad de mujeres con esterilización femenina han alcanzado como mayor nivel educativo la primaria; y en la India, se señaló que las mujeres más pobres y menos educadas son las que asisten a los centros de salud públicos, puesto que son los mayores proveedores de servicios de esterilización del país (6,89).

Algunas de las razones por las que las mujeres con bajo nivel educativo eligen el método de planificación permanente, es porque tienen tasas de fertilidad altas a temprana edad (90), y muchas de ellas tienen algunos mitos relacionados con la planificación familiar reversible, por ejemplo, que los métodos hormonales pueden causar tumores o quistes cancerosos (91). En contraparte, las mujeres con mayor educación retrasan la maternidad, tienen mayor acceso tanto a la información, como a los demás métodos de planificación familiar, por lo que tienden a elegir métodos reversibles y altamente eficaces, y en algunos casos naturales, por considerarlos más saludables (7). De igual manera, tener mayor educación aumenta el empoderamiento en relación con la salud sexual y reproductiva, y en la elección de los métodos anticonceptivos (92).

Con respecto al estrato socioeconómico, las mujeres en este estudio reportaron en su gran mayoría pertenecer a los estratos 2 y 3, que, según el Departamento Administrativo

Nacional de Estadística -DANE- (93), pertenecen a los estratos más bajos en Colombia, ya que es allí en donde se ubican las personas con menores recursos, que requieren de subsidios, y a las que mayormente se dirigen los programas sociales (93). Este resultado fue similar en Brasil (36), y en la India (21), en los que las usuarias del método permanente son mujeres habitantes de los entornos más desfavorecidos socialmente. La información anterior es coherente con el contexto histórico de la esterilización femenina, ya que era implementada para el control poblacional de personas y grupos considerados “indeseables” (pobres, personas con discapacidad, minorías étnicas, etc.) (11); uno de los países en los que más se ha documentado su uso con este objetivo, ha sido la India, en donde por varios años se realizó de manera masiva y coercitiva, se exigían cuotas mensuales (de realización del procedimiento) al personal de salud, y se daban reconocimientos económicos a quienes se sometían al procedimiento y a quienes lo realizaban (32,89).

No obstante, en otros países el panorama es diferente; en Estados Unidos, debido a que las mujeres que viven en áreas más desfavorecidas, en su mayoría, se encuentran afiliadas a un seguro médico público que promueve la política de esterilización informada y libre de coacción (56), deben esperar para la implementación del método por lo menos 30 días después del diligenciamiento de un formulario de consentimiento, periodo de tiempo en el que las mujeres pueden perder la cobertura del seguro o presentar dificultades para asistir nuevamente al centro de atención (53). En Kenia-África, hay limitación en el acceso al método permanente de las mujeres de zonas rurales, por falta de personal calificado para implementarlo, y recursos limitados para la compra y mantenimiento del equipo laparoscópico (92).

Lo anterior, demuestra que según el contexto socioeconómico surgen diferentes factores que limitan o promueven el acceso a ciertos métodos de planificación familiar, en este sentido, los gobiernos juegan un papel protagónico respecto a la inversión y a las políticas de gestión. En algunos condados de Kenia, el método anticonceptivo más usado son las inyecciones mensuales, debido a que son las más ofrecidas por los centros de salud públicos (92), por el contrario, en la India, además de la gratuidad del anticonceptivo

permanente, hay compensaciones económicas, apoyo en transportes, en alimentación, en el cuidado de los hijos durante la permanencia en el hospital y cubrimiento de los laboratorios adicionales requeridos (89).

Por otra parte, en el presente estudio la mayoría de las mujeres se realizaron el procedimiento alrededor de los 30 años, resultado comparable con los datos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar en la India, que indicaron que la adopción del método permanente se acrecienta con el aumento de la edad de las mujeres, y que la mayoría se lo practican alrededor de los 30 años (21,47), y así mismo en Uganda (8), a partir de los 25 años las mujeres prefieren el método de planificación familiar permanente en comparación con los anticonceptivos temporales, probablemente, porque a mayor edad, se aumenta la probabilidad que las mujeres hayan completado el número de hijos deseados, por lo que desean restringir futuros embarazos (21). Sin embargo, en Zambia-África, la Encuesta Nacional entre 2016 y 2020, reveló un comportamiento opuesto, las mayores usuarias del método permanente fueron las jóvenes (entre 15 y 24 años), debido a que desean tener menos hijos que las mujeres mayores de 35 años (94).

Con respecto al número de hijos, las participantes reportaron en su mayoría tener entre 2 y 4 hijos, este resultado es concordante con un estudio en Bangladesh-Asia que reportó que las mujeres que tenían tres o más hijos tenían mayor probabilidad de utilizar el método permanente (47). Así mismo, en Kenia (92), y en Debre Markos – Etiopía (95). Una de las razones por las que se observa este comportamiento podría ser debido a que las mujeres multíparas reciben mayor asesoramiento acerca de los métodos anticonceptivos durante los embarazos (47); igualmente, es probable que las mujeres que tienen varios hijos deseen limitar el número de ellos, a diferencia de quienes no cuentan con la paridad satisfecha (8,95). Otro aspecto a tener en cuenta, es la cultura orientada hacia las familias pequeñas, en Colombia, la tasa de fecundidad por cada mujer es menor a dos hijos (96). En contraparte, en Uganda y Zambia, la cultura contempla familias numerosas, se considera tener al menos 4 hijos porque ellos, especialmente en Uganda, aportan mano de obra para la economía agraria poco mecanizada (8).

Otra característica identificada en este estudio fue la religión, la mayoría de las participantes manifestaron practicar la religión católica y cristiana. En Bangladesh (47) y en la India (47), se identificó que las mujeres hindúes, cristianas, y budistas, tenían más probabilidades de utilizar métodos de acción prolongada (implantes o dispositivos intrauterinos) en comparación con las mujeres musulmanas (6). En Pakistán (97), un estudio cualitativo mostró que las opiniones al respecto varían entre las musulmanas, algunas mujeres explicaron que es lícito usar métodos naturales de planificación familiar, pero que los métodos permanentes no, aunque en algunos casos las mujeres los adoptan por situaciones de salud (97). En Uganda (98), se reportó que las religiones desalientan el uso de los métodos anticonceptivos no naturales, especialmente la religión Católica porque lo considera pecado, y el Islam, porque recomienda tener muchos hijos para el crecimiento de la religión musulmana, adicionalmente, en esta religión se permite a los musulmanes tener varias esposas (hasta cuatro) y por ende muchos hijos (98). En Tanzania-África (99), se identificó que algunos cristianos se oponían al uso de métodos anticonceptivos, según ellos, porque la Biblia orienta a la multiplicación y población de la tierra; los musulmanes por su parte, argumentan que, aunque los textos religiosos no cubren expresamente este tema, se puede inferir que no se apoya la planificación familiar porque los profetas han dado el ejemplo de tener numerosos hijos; los participantes de ambas religiones (cristiana y musulmana) en este país, expresaron la creencia de que el uso de la planificación familiar interfiere con el plan divino al negar a los niños el derecho a nacer; esta creencia está muy definida en la etnia Sukuma, que es la más grande de Tanzania, donde consideran que cada óvulo es una persona y no se debe obstaculizar su proceso natural de vida (99). De esta manera, se puede apreciar cómo las creencias religiosas afectan la elección de los métodos de planificación familiar.

Pasando a las experiencias de las mujeres antes de realizarse el procedimiento, se indagaron varios aspectos, uno de ellos fue la fuente de información acerca del método permanente quirúrgico, en donde se identificó al sistema de salud como principal fuente, seguida por la familia, los amigos y las personas cercanas; y muy pocas mujeres consultaron libros o internet. En Salamanca – España (100), se reportó que las mujeres consultan los temas de planificación familiar principalmente al personal de salud (médico, matrona, ginecólogo), pero también a los amigos, al internet y a la familia. Otro estudio en

Países Bajos (48), reporta fuentes de información similares: el médico, internet, y pareja. Estos estudios, muestran el internet como una fuente de consulta importante, que difiere de los resultados de la presente investigación, posiblemente, porque la mayoría de las mujeres entrevistadas se había realizado el procedimiento hace 10 años o más y no contaban con la facilidad de acceso que se tiene hoy en día tanto al internet como a las redes sociales (101), por lo tanto, acudieron a los centros de salud, a los familiares y personas cercanas para asesorarse al respecto.

Uno de los principales escenarios del sistema de salud, en el que las participantes del presente estudio recibieron información específica del anticonceptivo permanente fue el control prenatal. Este hallazgo es comparable con lo reportado en otro estudio realizado en Bogotá - Colombia (60), en el que siete de doce mujeres entrevistadas informaron que la asesoría relacionada con este anticonceptivo, la recibieron durante la gestación o previa atención del parto (60); esto puede deberse a que en la consulta prenatal el profesional de salud requiere orientar acciones que permitan prevenir embarazos no deseados en el posparto, dado que, en caso de nueva gestación, se pueden presentar posibles complicaciones en la salud materna (hemorragia posparto, aborto) y en el recién nacido (mortalidad, bajo peso al nacer, prematuridad) (102). Además, se ha identificado que las mujeres que tienen sus hijos por cesárea, tienen mayores probabilidades de adoptar el método permanente quirúrgico en comparación con las mujeres que los tienen por parto normal, esto, por ofrecimiento directo del personal de salud, o por su elección personal dada la facilidad de implementarlo de manera simultánea con la cesárea (9,48,51).

Con respecto al tipo de información recibida por las mujeres en este estudio, la mayoría menciona que fueron informadas acerca de las características del procedimiento en cuanto a su duración, tipo de atención, disponibilidad inmediata, gratuidad, efectividad y facilidad para realizarlo; en relación con los efectos de la cirugía, se explicaron los efectos a corto plazo como dolor, riesgo de infección y/o dehiscencia de la herida; en Bogotá - Colombia (60), la información suministrada por el personal de salud estuvo enfocada principalmente hacia los riesgos peri operatorios y sus cuidados (60); un estudio realizado en Santander - Colombia (22), mostró que más del 90% de las mujeres entrevistadas tuvieron suficiente

información relacionada con la permanencia del método (22). Esto difiere de lo informado por mujeres estadounidenses, quienes consideran que la esterilización femenina es un procedimiento fácilmente reversible (52); probablemente, porque en países como Estados Unidos la reversión de este método la cubre el seguro médico, a diferencia de Colombia, en donde los costos de estos tipos de procedimientos los cubre en su totalidad la paciente (103), y no se garantiza la posibilidad de nuevo embarazo (16); por lo tanto, en este contexto la información relacionada con la permanencia del método debe ser muy precisa y clara (104).

Algunos autores plantean que la asesoría previa a la implementación del anticonceptivo permanente, debería contener información relacionada con el riesgo de arrepentimiento y sus factores asociados: edad temprana al momento del procedimiento, menor paridad, realización del procedimiento en el postparto inmediato, divorcio o nuevo matrimonio (22); así como los riesgos de nuevo embarazo y de embarazo ectópico (104).

Por otro lado, el acompañamiento psicológico, y las dificultades para acceder al método permanente, reportado por parte de las mujeres jóvenes, con un solo hijo o sin ellos, fue informado también por estudios realizados en Colombia (60), Chile (4), y Alemania (105); para estas mujeres, la edad o la paridad generan barreras de acceso, ya sea porque deben convencer a otro profesional, generalmente de psicología, para poder acceder al método, o porque perciben que el personal de salud se opone y dificulta los trámites para su implementación. Este trato diferencial dista de la normatividad colombiana, en la que los criterios de elegibilidad están orientados hacia la decisión libre e informada (37); por lo tanto, este hallazgo evidencia discriminación y un trato paternalista en los servicios de salud, en donde se tienen en cuenta factores no médicos como la edad y la paridad para la orientación de un anticonceptivo (60,107).

Otros estudios, que abordaron las experiencias de mujeres durante la consejería de planificación familiar, informaron también discriminación y prejuicios por factores como el nivel socioeconómico, la edad, la etnia o la orientación sexual (68,69), así como barreras de acceso para las personas con discapacidad (106); esto, junto a los resultados de la

presente investigación, evidencia que la atención en planificación familiar requiere una reestructuración orientada a las necesidades, preferencias y experiencias de las personas, enmarcada en derechos (69).

Pasando a la elección del método de planificación permanente, en la presente investigación la mayoría de las mujeres hablaron de su preferencia por el método cuando completaron el número de hijos deseados; esto también fue informado por estudios realizados en India (6), Uganda (8), y Colombia (60); no obstante, también participó una mujer que había renunciado a la maternidad desde muy joven y consideraba al método permanente como la mejor opción anticonceptiva; hallazgo compatible con lo informado en Estados Unidos (107), en donde mujeres sin hijos eligen este anticonceptivo para disfrutar de su sexualidad sin el riesgo de embarazos no deseados.

Otro factor de elección del método permanente en el presente estudio, fue la percepción positiva que las mujeres tenían sobre él; lo consideraban el más efectivo y con pocos o nulos efectos adversos en comparación con otros anticonceptivos; del mismo modo, mujeres en Estados Unidos lo eligieron por su efectividad y por la ausencia de hormonas (52). La OMS (2019), lo describe como “muy eficaz, con tasas de fracaso muy bajas y complicaciones graves mínimas” (16); y algunos autores destacan en sus investigaciones su gran efectividad, seguridad y conveniencia para las mujeres que no desean tener más hijos (9,10). En relación con la efectividad del método, el Ministerio de Salud Colombiano informa que hay métodos más efectivos que el quirúrgico, entre los que se encuentran los implantes con progestágenos y el sistema intrauterino con levonorgestrel (37); en Estados Unidos, en el 2010, se realizó un estudio observacional prospectivo con 10,685 mujeres y concluyó que la efectividad del método permanente quirúrgico disminuye a medida que pasa el tiempo, después de un año, la tasa de falla es de 5,5 por cada 1000 mujeres, a los 5 años de 13 por cada 1000, y a los 10 años, de 18,5 por cada 1000 (25). Otro estudio en el mismo país en el 2018 (24), informó que la tasa de embarazos difiere según la vía de realización del procedimiento: por vía histeroscópica, es del 4,7%, y por laparoscópica de 5.57%; en este estudio a diferencia del anterior, se menciona que la tasa de falla es menor según va pasando el tiempo, sin embargo, se evidencia que el riesgo de falla de este procedimiento es más alto de lo esperado (24).

Con respecto a los efectos adversos del método permanente, es evidente que, dados los avances en técnicas quirúrgicas después de la segunda guerra mundial, este procedimiento llegó a ser seguro y costo-efectivo, convirtiéndose en uno de los métodos de planificación familiar más utilizados a nivel mundial (59). Sin embargo, se han identificado alteraciones en la salud de la mujer relacionadas con este procedimiento, a nivel físico, emocional y sexual (18–20,39,40). Lo anterior, demuestra la necesidad de fortalecer la capacidad y las habilidades del personal de salud, para generar un enfoque de atención basado en derechos, y con educación e información de calidad hacia las mujeres que eligen este anticonceptivo.

Por otra parte, las mujeres en la presente investigación, expresaron que el sistema de salud influyó en la elección del método de planificación familiar, algunas, cuando se les sugirió este anticonceptivo durante la atención prenatal; y otras, cuando se les informó acerca de la disponibilidad del método por medio de llamadas telefónicas o divulgación en los barrios; esta influencia también fue reportada por mujeres chilenas (4), quienes informaron que el personal de salud influyó en la toma de decisión y hasta ejerció presión para convencerlas acerca de la decisión que ellos consideran correcta. En la India, se promueve específicamente el uso de este método anticonceptivo, e históricamente, se ha implementado por medio de prácticas forzadas y persuasivas (55,87), logrando ser el país con el mayor porcentaje de usuarias del método permanente (38%) (55); en Colombia, también se cuenta con un gran porcentaje de usuarias del método (34%) (3), no obstante, la normatividad establece la elección informada, después de un adecuado proceso de asesoría (37). En contraste, Estados Unidos tiene un porcentaje de usuarias mucho menor (18%) (54), y el sistema de salud público cuenta con políticas para garantizar la práctica de una manera libre e informada (53).

Pasando a otro factor de elección del método de anticonceptivo permanente, las mujeres en el presente estudio manifestaron que la opinión de su pareja fue importante para considerar su decisión, información también suministrada por mujeres neerlandesas (48), y etíopes (95), quienes consideraron importante la opinión de su pareja, y para algunas,

su aprobación. De esta manera, aún se observa el predominio de la masculinidad sobre las decisiones en el cuerpo femenino (60), y que la planificación familiar continúa siendo un asunto que deben asumir las mujeres.

Con respecto a la opinión de la familia, una mujer informó que su progenitora influyó para que adoptara este anticonceptivo, demostrando que la participación de la madre en decisiones anticonceptivas no es muy frecuente; en Estados Unidos se reveló que los temas relacionados con sexualidad y planificación familiar son infrecuentemente abordados con las madres, y, además, que sus opiniones pueden ser barreras para la toma de decisión basada en evidencia (108).

Una vez las mujeres toman la decisión de practicarse la anticoncepción definitiva, la mayoría, se sienten seguras y tranquilas, primero, por la confianza en la efectividad del método, y segundo, por la liberación de los demás métodos de planificación familiar; estos hallazgos concuerdan con un estudio realizado en México (109), mujeres y hombres reportaron que el método quirúrgico es prácticamente el único anticonceptivo que les genera confianza. Otras participantes del presente estudio, refirieron sentir incertidumbre por las posibles consecuencias a futuro, y otras, miedo al proceso quirúrgico; al igual que otras mujeres entrevistadas en Colombia (60), quienes manifestaron algunos miedos relacionados con la cirugía y sus posibles complicaciones, y creencias erróneas acerca de la reversibilidad futura del método (60).

En relación con las experiencias de las mujeres durante el procedimiento quirúrgico, la mayoría de mujeres adoptaron el anticonceptivo permanente en el posparto inmediato; información coincidente con estudios realizados en Estados Unidos (51), Países Bajos (48) y Colombia (22,60); esto puede deberse a que en las consultas prenatales las mujeres reciben mayor asesoramiento en anticoncepción (47), y especialmente, cuando el parto es por cesárea, tienen la facilidad de acceder a él de manera inmediata (9).

Al indagar acerca del consentimiento informado, se evidenció que la mayoría de las mujeres, especialmente quienes adoptan el anticonceptivo en el posparto, acceden al

procedimiento quirúrgico con desconocimiento de la información contenida en el documento que firman; de manera similar fue reportado en otros estudios en Colombia (59,60); según estos, muchas mujeres se realizan procedimientos ginecológicos invasivos en un estado insuficiente para tomar decisiones (por efectos secundarios de medicamentos, dolor, etc.); la mayoría desconocen la finalidad de este documento, no tienen la posibilidad de preguntar sobre el procedimiento que les van practicar, y no saben que pueden desistir de su decisión (59). Las situaciones mencionadas, afectan la fidelidad del consentimiento informado, que se supone, debe garantizar el respeto a la autonomía de las personas sobre su cuerpo, así como la atención en salud ética y de calidad (110).

La información que las mujeres aportaron acerca de la implementación del procedimiento, reflejó los procesos rutinarios en las salas de cirugía: preparación para la anestesia, sonidos y olores del entorno quirúrgico, conversaciones del personal de salud relacionados con el procedimiento, etc., sin describir mayores detalles, posiblemente, porque la mayoría de las participantes se habían practicado el procedimiento hace más de 10 años; por el contrario, en otro estudio en Colombia (60), las mujeres reportaron que durante el procedimiento sintieron desconfianza, miedo e inseguridad debido a las preguntas y comentarios incómodos, relacionados con su edad y su decisión, que les hizo el personal de salud; estas situaciones fueron percibidas por las mujeres como agresiones, además de ser prácticas no humanizadas de la atención en salud (60).

Una vez finalizada la cirugía, algunas de las mujeres experimentaron dolor en el ombligo y en la espalda por lo que requirieron analgésicos, aparte de esto, en general manifestaron un buen proceso de recuperación en el postquirúrgico inmediato. En contraste, en Chile (4), varias de las mujeres que se practicaron este procedimiento presentaron alteraciones asociadas a la intervención, como lesiones en la vejiga, hemorragia durante la intervención quirúrgica, dolor e inflamación en la zona umbilical (4); estas situaciones les generó, a algunas, mayor estancia hospitalaria y días de reposo adicionales, a otras malestares crónicos con los que tuvieron que aprender a convivir, requiriendo readaptaciones corporales (caminar más despacio, evitar esfuerzos físicos y ciertos movimientos) (4).

Finalmente, al egreso del centro asistencial, la mayoría de las mujeres mencionaron que la información suministrada estuvo centrada en los cuidados postoperatorios para evitar complicaciones: cuidados con la herida, vigilancia de los signos y síntomas de alarma y no realizar esfuerzos físicos; no obstante, además de este tipo de información, se debe recomendar evitar la actividad sexual en la primera semana postoperatoria, e informar a la usuaria que la cirugía no protege contra infecciones de transmisión sexual y siempre enfatizar en la doble protección (37).

Pasando a las experiencias después de la implementación del método, las participantes de este estudio, y de otro realizado en Chile (4), manifestaron cambios en el patrón menstrual, específicamente en el aumento del sangrado, de la frecuencia y del dolor menstrual; en algunas mujeres del presente trabajo, estos cambios requirieron la realización de legrados periódicos, e histerectomía. Una revisión sistemática realizada en México (19), concluyó que desde 1951 se ha descrito la asociación entre la esterilización femenina y los cambios en el ciclo menstrual, sobre todo, en las mujeres que se practican la cirugía antes de los 30 años, y que también, esto depende de la gravedad del daño vascular ocasionado por la técnica quirúrgica empleada, siendo Pomeroy la menos perjudicial (19). En el mismo país, otra investigación presentó resultados similares: las técnicas de salpingectomía y oclusión tubárica aumentan el tiempo de sangrado menstrual posterior al procedimiento (18). En Irán (20), se evidenció que los cambios en la menstruación influyen directamente en el arrepentimiento que las mujeres experimentan; y otros autores, mencionan que estos cambios pueden deteriorar la calidad de vida de las mujeres, no solo en su parte física sino también psicológica y emocional (20,111).

Otros métodos de planificación familiar también pueden generar cambios en la salud femenina, por ejemplo, los implantes, mujeres con el Implanon manifestaron irregularidades en el patrón menstrual, y en el peso corporal (112); la diferencia entre estas mujeres y las usuarias del anticonceptivo permanente, es que ellas pudieron cambiar de anticonceptivo y revertir los cambios ocasionados por el mismo. Esto evidencia la necesidad de fortalecer la educación relacionada con los posibles efectos adversos, antes de la implementación del método permanente, para que las mujeres tomen una decisión informada.

Desde el área emocional, algunas participantes expresaron culpabilidad y frustración por haber elegido este anticonceptivo, especialmente por su irreversibilidad, y porque su opinión frente a la maternidad cambió años después de su implementación; esto también fue identificado en otro estudio en Colombia (60), y en la India (113), en donde se identificó que uno de los factores significativamente asociados con el arrepentimiento es el tiempo transcurrido desde el procedimiento (113); muchas mujeres cuando se deciden por este anticonceptivo no desean tener más hijos, pero a lo largo del tiempo reconsideraron su decisión; la imposibilidad de recuperar la fertilidad puede generar depresión llegando a requerir atención por el área de salud mental (60). Los principales factores predictivos de arrepentimiento son: la edad al momento de la esterilización, entre más joven mayor riesgo de arrepentimiento; tener pocos hijos en el momento de la esterilización; la muerte de un hijo; maternidad en edad temprana; problemas menstruales; ansiedad; depresión, y el deseo procrear con una nueva pareja (20,48,113–115). En un estudio cualitativo realizado en México, un ginecólogo manifestó la importancia de reflexionar al respecto, debido a que “no es lo mismo no querer tener un hijo, a no poder tener un hijo”; según él, tiene impactos diferentes en la mente femenina, porque no poder ser madres genera angustia, y afecta mucho la autoestima en la mujer (109). Lo anterior, demuestra la necesidad de fortalecer el proceso de asesoría, en el que se enfatice el carácter permanente del método, y se ofrezcan todas las opciones anticonceptivas, y plantear a la candidata posibles escenarios futuros que la inviten a reflexionar acerca de la variabilidad de la vida y de las intenciones futuras de nueva maternidad (16).

En el área sexual también se evidenciaron cambios por parte de las mujeres del presente estudio, así como de otros en Chile (4) y México (19); por un lado, mujeres manifestaron disminución en la libido, y en el interés sexual, relacionado con aspectos físicos (dolor y molestias a nivel ginecológico), y psicológicos (sentirse menos atractivas y relación de la sexualidad únicamente con la reproducción); por otro lado, mujeres refirieron aumento de la libido y del disfrute sexual, esto, al contar con la seguridad anticonceptiva de este método, o porque reconocieron su cuerpo sin el efecto de las hormonas anticonceptivas que utilizaron durante muchos años (4). De esta manera, se concluye que realizar investigación en sexualidad femenina es complejo, debido a que está influenciada por

múltiples factores (fisiológicos, culturales, sociales, etc.) y que su interrelación y dinamismo pueden alterar los resultados de los estudios; por lo tanto, se requiere de un gran rigor científico que aporte evidencias de calidad en esta área (19).

Una vez las mujeres son usuarias del anticonceptivo permanente, experimentan diferentes cambios en su salud, y también, los identifican en otras mujeres conocidas, esto genera un cambio de percepción acerca del método permanente, y en algunos casos, lamentan haberlo elegido; esto también fue reportado en Irán (20), las mujeres se arrepienten de su elección al identificar los efectos asociados al método de planificación familiar permanente (cambios menstruales, disfunción sexual, ansiedad, y depresión) (20).

Por último, las participantes del presente estudio reconocieron la gestión solícita del sistema de salud colombiano para que, en la mayoría de los casos, las mujeres accedan a la anticoncepción permanente, no obstante, mencionaron varios aspectos por mejorar, entre los que se destacan: aumentar la educación en las posibles consecuencias del método, y crear consultas integrales de planificación familiar que contemplen seguimientos posteriores. Las mujeres entrevistadas accedieron a un control posquirúrgico (entre los 5 y 10 días después del procedimiento), pero más allá, no hubo ningún tipo de acompañamiento desde el sistema de salud; información reportada también en Chile (4), las mujeres informaron que después del procedimiento experimentaron problemas en la vejiga, dolores crónicos en el ombligo, cambios en el ciclo menstrual y en la función sexual, que sólo cuando se convierten en incapacitantes buscan atención médica, que depende del tiempo, dinero y si cuentan con una persona que les ayude con las tareas domésticas y el cuidado de los(as) niños(as); los factores anteriores, conllevan generalmente a que prefieran resignarse a convivir con las molestias generadas por la cirugía de esterilización sin ningún tipo de acompañamiento profesional (4); al respecto, la Organización Mundial de la Salud (2022)(1), propone un modelo de atención en salud mediante servicios integrados, que tenga en cuenta estrategias para garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva centrado en las personas, teniendo en cuenta el curso de vida. Estas estrategias incluyen, entre otras, ofrecer servicios coordinados entre los diferentes actores

de salud para reducir la fragmentación y satisfacer las necesidades de las personas de una manera accesible (1).

Finalmente, vale la pena destacar el aporte innovador de esta investigación acerca de las experiencias de las mujeres relacionadas con el método de planificación permanente quirúrgico, desde una mirada cualitativa y holística en el contexto colombiano; la mayoría de la literatura se enfoca en temas y momentos puntuales alrededor de este tema, en los que se destacan; procesos de elección (9,52,92), arrepentimiento (20,22,115,116), o alteraciones en la salud femenina (18,19,117), entre otros.

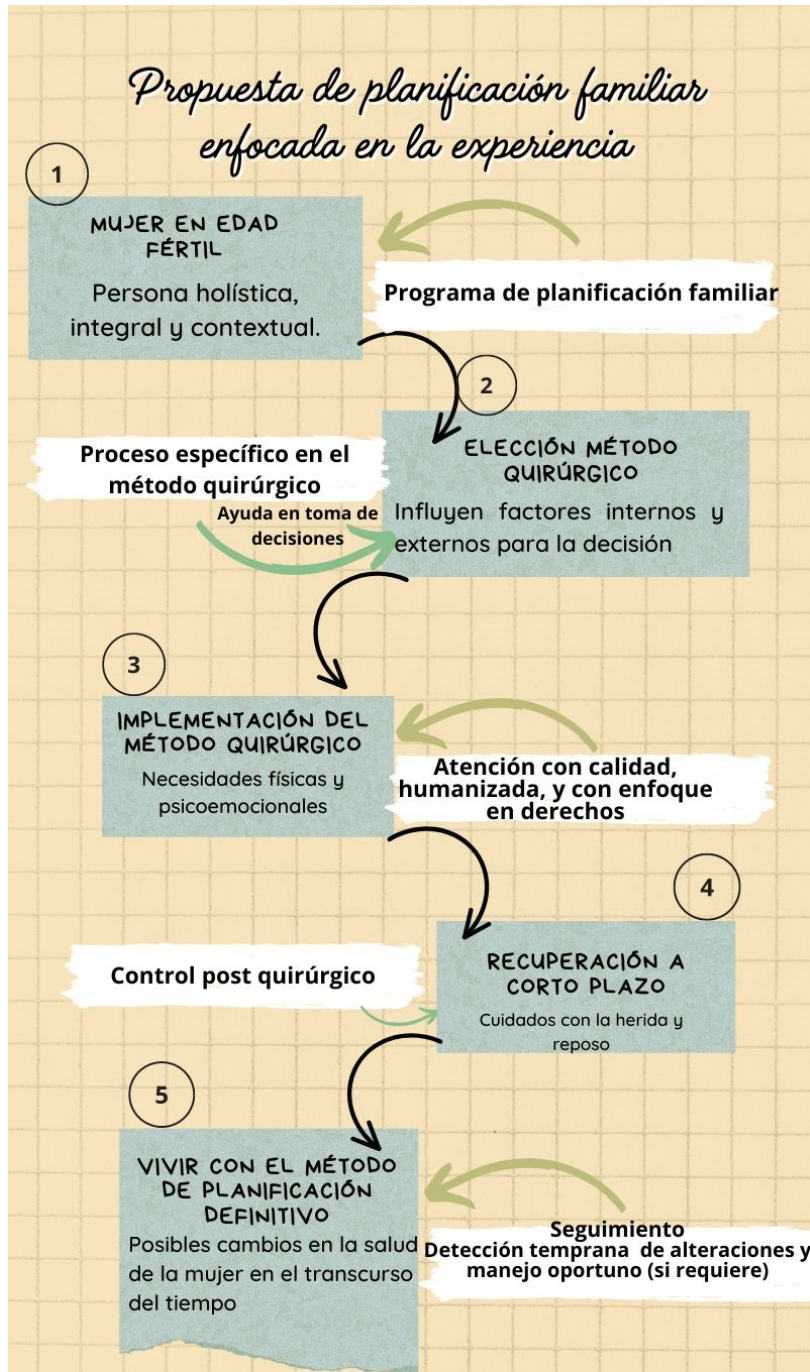
Aportes de los resultados a la práctica

Las participantes del presente estudio manifestaron algunas necesidades alrededor del proceso de implementación del método de planificación familiar permanente quirúrgico, así mismo, la literatura menciona varios aspectos por mejorar, entre ellos, aportar a las consultas de planificación familiar ayudas para la toma de decisiones (48,54); estas ayudas han demostrado, aunque en otros escenarios de atención, empoderar a las personas acerca de la toma de decisiones en salud basada en valores (118); en este mismo sentido, el Manual Mundial para Proveedores de Planificación Familiar (16), indica que las candidatas a la esterilización femenina, con ciertas características: jóvenes, con pocos hijos o sin ellos, quienes perdieron un hijo recientemente, solteras, casadas con problemas conyugales, o que su pareja se opone a la planificación definitiva, deberían recibir una atención que les permita tomar decisiones informadas y meditadas (16).

Por lo tanto, la presente investigación pretende aportar elementos fundamentales para la asesoría específica en el anticonceptivo permanente desde la visión de enfermería interactiva-integrativa, para que, además de mejorar la experiencia de las mujeres alrededor de la implementación de este anticonceptivo, se fortalezca la autonomía y el ejercicio de la profesión en este espacio de cuidado. Al respecto, en una clínica del Reino Unido (119), una enfermera con experiencia en ginecología y planificación familiar, después de ser capacitada para el asesoramiento en esterilización femenina, atendió a la mayoría de las candidatas a este método, recibiendo por parte de ellas comentarios muy favorables sobre el estilo y el contenido de la consulta (119). A continuación, en la imagen 6-1, se ilustra una propuesta de asesoría en el anticonceptivo permanente, en la que se reconoce que la mujer vive con este anticonceptivo en su cotidianidad; y que el programa

de planificación familiar debe permear momentos claves de esa vivencia; en la tabla 6-1 se describen sus principales aspectos.

Imagen 6-1: Propuesta de planificación familiar



Gráfica 2: Propuesta de Planificación Familiar

Fuente: Elaboración propia 2024.

Tabla 6-1: Proceso de planificación familiar en mujeres que eligen el método permanente

Paso	Descripción
Programa de planificación familiar	Este programa hace parte de los servicios de salud sexual y reproductiva ; comprende el asesoramiento en anticoncepción, orientación de la elección y suministro de los métodos de planificación familiar, y controles periódicos (37). Los procedimientos de atención son descritos en el documento de Recomendaciones para el Uso de Anticonceptivos de la OMS (120), y en la Resolución 3280/18 (37).
Proceso específico en el método permanente	Consiste en una consulta específica para las mujeres que eligen la esterilización quirúrgica, permite el tiempo y el espacio para ofrecer una experiencia centrada en la persona y en sus necesidades; el contexto, la historia personal, las motivaciones, y expectativas son valoradas para orientar las decisiones hacia una vida digna y saludable. Contiene elementos fundamentales para garantizar una elección informada del anticonceptivo quirúrgico (al finalizar esta tabla, se amplían dichos elementos), y aspectos que pueden ser implementados tanto en escenarios de atención individual como grupal (servicios amigables para adolescentes y jóvenes, cursos de preparación para la maternidad y la paternidad).
Ayuda en toma de decisiones	Incluye la entrega de material informativo adicional para que las mujeres cuenten con más herramientas para la elección informada (54). Identificar la necesidad de acompañamiento psicológico, especialmente si la mujer tiene antecedentes de depresión, ansiedad o alteraciones en el funcionamiento sexual (20,26); generar remisión si es necesario. Informar que puede desistir de su decisión en cualquier momento, antes de que tenga lugar (sin perder ningún derecho o beneficio). beneficio).
Implementación del método quirúrgico	Atención clínica para la implementación del método dentro de la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, atención humanizada y con calidad. Al egreso, informar los cuidados post quirúrgicos, y las razones para consultar inmediatamente: sangrado por la herida, dolor intenso, signos y síntomas de infección (fiebre, pus, hinchazón, calor local o enrojecimiento de la herida que no mejora o que empeora), desmayos o mareos constantes e intensos (16); recomendar evitar la actividad sexual en la primera semana postoperatoria, informar que la cirugía no protege contra infecciones de transmisión sexual, y siempre enfatizar en la doble protección (37). Citar para retiro de puntos y control posquirúrgico (según protocolo institucional).
Seguimiento	Control postquirúrgico y retiro de puntos. Valoración del proceso de recuperación. Informar las razones para consultar inmediatamente: sangrado por la herida, dolor intenso, síntomas de embarazo o dolor persistente en la parte baja del abdomen (sospecha de embarazo ectópico) (16). Recordar que la cirugía no protege contra infecciones de transmisión sexual, y enfatizar sobre la doble protección (37).

	<p>Informar “vuelva cuando quiera”; cualquier mujer que sienta que tiene un problema de salud, después de haberse practicado el procedimiento, debe buscar atención por enfermería o medicina (16). Seguimiento anual a las usuarias según protocolo institucional (por medio de llamada telefónica, cita de control presencial o virtual); indagar posibles complicaciones del procedimiento de manera integral y no únicamente física (alteraciones emocionales, sexuales, etc).</p> <p>En caso de identificar necesidades específicas relacionadas con el procedimiento, generar la atención en salud necesaria.</p>
--	---

Tabla 3: Proceso de planificación familiar en mujeres que eligen el método permanente
Fuente: Elaboración propia. 2024

6.1.1 Proceso específico en el método de planificación familiar permanente

Este proceso consiste en una consulta específica para las mujeres que eligen la esterilización quirúrgica para fortalecer la toma de decisiones, y ofrecer una atención centrada en la paciente (34), se propone su desarrollo por parte de profesionales de enfermería con capacitación específica en: derechos sexuales y reproductivos, consejería en planificación familiar, temas éticos, bioéticos, y atención humanizada. Durante la consulta, el/la profesional deberá explicar el propósito de la atención, favorecer un ambiente de confianza, y explorar la información necesaria para tener un acercamiento a la persona desde la visión de enfermería interactiva-integrativa, es decir, información personal, familiar, y contextual; indagar acerca de las experiencias previas con otros métodos de planificación familiar y los conocimientos relacionados con el método permanente y sus expectativas; la información a ampliar se describe a continuación:

Ventajas y desventajas del método quirúrgico:

Ventajas

- Ayuda a prevenir el embarazo, tiene una efectividad de 99.5% (37)
- Ayuda a prevenir el cáncer de ovario, especialmente si se realiza salpingectomía (17).

Desventajas

- No protege contra infecciones de transmisión sexual

Procedimiento: Explicar el procedimiento quirúrgico, las técnicas más empleadas (16), sus riesgos y cuidados post operatorios, así mismo la importancia del proceso de consentimiento informado antes de su implementación.

Permanencia del método: Este procedimiento de planificación pretende ser definitivo, porque en general no se puede revertir la esterilización; la intervención quirúrgica de reversión es difícil y cara, y en la mayoría de los casos no se realiza, y cuando se lleva a cabo, a menudo no garantiza nueva gestación (16).

Riesgo de arrepentimiento y sus factores asociados. Se han descrito principalmente: edad temprana en el momento del procedimiento, pocos hijos, realización del procedimiento en el postparto inmediato, divorcio y cambio de pareja (20,48,113–115). Orientar a la candidata a contemplar posibles escenarios futuros que podrían influir en lamentar su decisión (16).

Riesgo de nuevo embarazo, y de embarazo ectópico. Informar la efectividad del método, y sugerir utilizar doble protección (37), así mismo, explicar los signos y síntomas de embarazo ectópico para consulta oportuna (16,104).

Posibles alteraciones en el ciclo menstrual. Aumento de la cantidad, duración y frecuencia del sangrado, dismenorrea (menstruación dolorosa) y dolor pélvico (18-20).

Posibles alteraciones psicológicas y sexuales. Algunas mujeres han experimentado disfunción sexual, ansiedad y depresión asociadas al uso de este anticonceptivo (19,26).

Plantear el método quirúrgico masculino. Discutir, si la pareja asiste a la consulta, la posibilidad de implementar la esterilización masculina, ya que es un procedimiento más sencillo y con recuperación más rápida en comparación con la femenina (23).

Adicionalmente, abordar los mitos relacionados con los anticonceptivos hormonales; recordar que las dosis actuales son mucho menores en comparación a las de años atrás, y que hay algunos con pocos o nulos efectos colaterales (16,109), y ofrecer todas las opciones anticonceptivas que ofrece el sistema de salud (113), especialmente las de larga duración, que tienen excelente efectividad (dispositivos intrauterinos e implantes subdérmicos) (60).

Finalmente, permitir el espacio para resolver inquietudes, entregar material informativo adicional, como ayuda para la toma de decisiones, entregar la remisión para especialista (según protocolo institucional), para continuar con el proceso de implementación del método. Recordar que puede desistir de su decisión en cualquier momento. Si al finalizar la asesoría, la paciente decide posponer el procedimiento, proveer un método de planificación temporal y realizar la educación correspondiente.

Conclusiones, recomendaciones y limitaciones

7.1 Conclusiones

Las experiencias aportadas por las mujeres del presente trabajo, permitieron identificar lo que sucede alrededor de la implementación del método de planificación familiar permanente quirúrgico, en los momentos antes, durante y después, aportando conocimiento para brindar atención holística a las mujeres que eligen este anticonceptivo.

Desde el contexto socioeconómico la mayoría de las mujeres entrevistadas pertenecían a estratos socioeconómicos bajos, en concordancia con el contexto histórico de este anticonceptivo que ha sido adoptado, principalmente, por mujeres con mayor vulnerabilidad social.

En los momentos *antes*, las mujeres se acercan al método de planificación familiar permanente, principalmente, por la necesidad de implementar un buen anticonceptivo; en la toma de decisión influyen factores personales como: paridad satisfecha, la percepción positiva del método y experiencias negativas con otros anticonceptivos; así como factores contextuales y socioeconómicos, entre ellos: la facilidad de implementación, sugerencia de otras personas, la cultura orientada hacia las familias pequeñas y los escasos recursos económicos para considerar tener más hijos; sin embargo, algunas mujeres fueron influenciadas por su pareja o por el personal de salud para la implementación del método en el posparto. En contraparte, las mujeres que desean acceder a este anticonceptivo encuentran dificultades si no tienen la edad o el número de hijos considerados “idóneos”, reflejando las relaciones de poder intrínsecas en los servicios de salud, que determinan criterios de elegibilidad basados en ideologías del personal asistencial, ignorando el ejercicio de la profesión de manera ética y basada en los derechos sexuales y reproductivos.

Se identificó en el *durante* que las mujeres que se realizan este procedimiento de planificación familiar en el periodo posparto, no son asesoradas adecuadamente para el diligenciamiento del consentimiento informado, algunas de ellas se sienten inseguras de su decisión, y la mayoría, tienen puesta su atención en el recién nacido más que en ellas mismas; por el contrario, las mujeres que acceden en el periodo de intervalo (momento separado al embarazo), manifiestan una experiencia sencilla y agradable, reciben y son más conscientes de la información suministrada por parte del personal de salud. Lo anterior, genera un interrogante acerca de la idoneidad de sugerir e implementar este anticonceptivo en mujeres en estado de gestación que se encuentran en un estado de mayor vulnerabilidad (física, emocional, psicológica, social, etc.), o acompañar la elección de un método temporal que le permita tomar este tipo de decisiones (permanentes), sin la presión de la inminencia del parto, y de la “oportunidad de realizarlo de una vez”; no obstante, se reconoce que la estancia hospitalaria favorece su implementación para prevenir embarazos no deseados durante el posparto, por lo que visibilizar estas experiencias aporta al mejoramiento de la atención hacia este tipo de mujeres.

Las experiencias *después* de la implementación del método, están relacionadas con cambios percibidos en su salud durante el transcurso del tiempo; las mujeres se dan cuenta que es un método que tiene riesgo de ineffectividad, y efectos colaterales a corto, mediano y largo plazo, especialmente en el patrón menstrual; algunas mujeres lamentaron haberlo elegido, por su carácter irreversible, y porque desconocían los posibles efectos adversos.

De esta manera, se evidenció la necesidad de mejorar los procesos de atención relacionados con el método permanente quirúrgico de planificación familiar en el contexto colombiano, en los que se aborde a la mujer de manera holística dentro del enfoque de derechos. Así mismo, las mujeres hicieron un llamado al sistema de salud para mejorar la atención específica en este método de planificación familiar, por lo que esta investigación aporta sus voces para fortalecer la autonomía femenina en la toma de decisiones, en conjunto con los equipos interdisciplinarios.

7.2 Recomendaciones

Para la investigación, es necesario explorar la experiencia del método de planificación familiar permanente quirúrgico en la salud de la mujer, en diferentes lugares geográficos, etnias y culturas; desde el enfoque cuantitativo, analizar el impacto del método en la salud de la mujer; validar y determinar la eficacia del protocolo de planificación familiar en diferentes instituciones de salud.

Para la docencia, es importante ofrecer a los/las estudiantes de enfermería y otras disciplinas como medicina y psicología, información actualizada y basada en evidencia acerca de las ventajas y desventajas de este método de planificación familiar en particular, así como fortalecer la educación en derechos sexuales y reproductivos.

En relación con la disciplina de Enfermería, esta investigación aporta conocimiento desde la visión interactiva-integrativa dado el abordaje a la mujer de manera integral, sujeto de derechos y parte de un contexto; visibiliza que además de la adopción de un método de planificación, hay una mujer que siente, que tiene una historia personal, y unas motivaciones para elegir determinado método de planificación familiar. Esto debe ser considerado al momento de intervenir por parte del profesional de la salud, para discernir las necesidades actuales por las que la mujer está atravesando para acompañar su experiencia en salud y orientar la toma de decisiones hacia una vida digna y saludable. Ampliar el conocimiento científico que sustente la práctica de enfermería en el escenario de planificación familiar para mejorar los servicios de atención centrados en las mujeres, de esta forma, visibilizar la disciplina y empoderar los planes de cuidados de enfermería basados en la evidencia. Liderar la creación de contenidos educativos, y herramientas de asesoramiento en planificación familiar, y en especial en el método definitivo, acordes al contexto cultural y con información basada en evidencia.

En la práctica, se recomienda visibilizar los aspectos planteados en la “Atención para la planificación familiar y la anticoncepción” contenidos en la resolución 3280/18, que resalta la importancia de la educación, información y asesoría en los procesos de elección de anticonceptivos, y la garantía del ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas (37).

Se sugiere que todas las mujeres en estado de gestación, reciban información acerca de las alternativas en planificación familiar en espacios diferentes a los del control prenatal; y para todas las mujeres, incentivar la asistencia a los programas de planificación familiar acompañadas por sus parejas.

Para las instituciones de salud, es importante fortalecer los protocolos y rutas de atención relacionadas con el método de planificación familiar permanente (en particular). Realizar actualizaciones periódicas al personal de salud, relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos, y en los protocolos de atención de planificación familiar.

Para los tomadores de decisiones, adoptar planes y políticas a nivel nacional que aumenten el acceso a los servicios de planificación familiar de alta calidad, culturalmente apropiados y con personal capacitado para garantizar la educación sexual y reproductiva (1). Ampliar los escenarios de educación de los derechos sexuales y reproductivos, y de métodos de planificación (ej. espacios educativos, sociales, etc) para orientar la planificación familiar desde el enfoque de proyecto de vida.

Se sugiere implementar la estrategia “Gestión Integral del Riesgo en Salud” en las mujeres usuarias del método de planificación familiar quirúrgico; esta estrategia, que hace parte de la Política de Atención Integral de Salud en Colombia pretende: prevenir la enfermedad, y en caso de presentarse, identificarla y tratarla oportuna para impedir o minimizar sus consecuencias (2); lo anterior, por la asociación que algunos autores han identificado entre este anticonceptivo y el riesgo de histerectomía con todas sus implicaciones en la salud femenina (39,42,43). Desde esta estrategia, fomentar y apoyar la investigación para aumentar el conocimiento relacionado con las consecuencias de este método de planificación en la salud de la mujer, con el fin de implementar la “integralidad del cuidado” propuesto en el Plan Decenal de Salud Pública (2), que busca intervenir desde lo preventivo y promocional para favorecer el cuidado de la vida y de la salud. En esta misma línea, implementar protocolos de atención para las usuarias del método de planificación familiar permanente, en el que se reconozca y aborde las alteraciones relacionadas con

este procedimiento en la salud de la mujer.

7.3 Limitaciones

Algunas limitaciones del presente estudio estuvieron relacionadas con que su desarrollo coincidió con la contingencia sanitaria por Covid-19, de esta manera, no se pudo ingresar a instituciones que probablemente hubieran aportado mayores resultados en cuanto a la diversidad cultural y social, sin embargo, se ajustó identificando mujeres de diferentes estratos sociales y niveles educativos.

Otro aspecto a destacar, es la escasez de datos estadísticos actualizados respecto al uso de métodos de planificación familiar, para Colombia la última versión de Encuesta Nacional de Demografía y Salud en Colombia es del 2015. Aspecto fundamental en el planteamiento del problema.

No fue posible acceder en texto completo a algunos artículos de interés para este estudio, dado que tenían altos costos.

Los resultados de este estudio no son generalizables, dado que se obtuvieron desde un método inductivo, no obstante, el enfoque cualitativo cumple con el rigor científico y aporta datos novedosos desde la experiencia de las mujeres, lo que permite conocer las necesidades e interés de este grupo poblacional.

Anexo A: Entrevista

Fecha: _____

Entrevista #: _____

Identificación sociodemográfica

Edad: _____

Lugar de nacimiento: _____

Estado civil: Casada___ Unión libre___ Cohabitación___ Soltera___

Tiempo de convivencia: _____

Mayor nivel de educación: Ninguna___ Primaria___ Secundaria___ Técnico___

Tecnólogo___ Universitario___ Posgrado___

Categoría por grupo étnico: Población mestiza___ Población indígena___ Población negra o raizal___ Población gitana___

Filiación religiosa: cristianismo___ católico___ ortodoxo___ protestante___ agnóstico___ ateo___ otra___ ¿Cuál? _____

Procedencia (Lugar donde nació): _____

País: _____

Departamento: _____

Ciudad/Municipio: _____ Rural___ Urbana___

Residencia actual:

País: _____

Departamento: _____

Ciudad/Municipio: _____ Rural___ Urbana___

Estrato socioeconómico: 1___ 2___ 3___ 4___ 5___ 6___ NA___

Seguridad social: _____

Número de hijos: _____

Edad en la que tuvo su primer hijo: _____

Edad en la que tuvo su último hijo: _____

A qué edad se realizó el procedimiento quirúrgico: _____

Entrevista semiestructurada

Preguntas relacionadas con la etapa previa al procedimiento:

1. ¿Qué la llevó a solicitar asesoría relacionada con el método permanente quirúrgico de planificación familiar?
2. ¿Cómo fue el proceso de asesoría en planificación familiar, especialmente en el método permanente quirúrgico? (Quién le dio la información, el acceso a las citas fue rápido y fácil o por el contrario demorado y complicado; qué pasos tuvo que seguir para llevar a cabo el procedimiento).
3. Describa la información suministrada acerca del método permanente de planificación familiar permanente quirúrgico (¿Qué le dijeron acerca del método?).
4. ¿Fue informada de los posibles riesgos que podría tener a futuro, al practicarse el procedimiento? (a nivel físico, emocional, porcentajes de arrepentimiento).
5. ¿Le informaron acerca de otros métodos de planificación familiar?
6. Considera que la información suministrada fue suficiente para tomar la decisión o requirió información por otros medios (personas allegadas, otros profesionales, medios de comunicación, etc.)
7. ¿Considera que las personas que la asesoraron influyeron de alguna manera para tomar la decisión de practicarse el procedimiento?
8. ¿Qué razones la llevaron a tomar la decisión de realizarse el procedimiento, y cómo se sintió? (valores, creencias, patrones culturales, influencia o presión de alguna persona).
9. ¿Tuvo alguna preparación especial antes de practicarse la cirugía?
10. ¿Cómo fue el proceso de diligenciamiento del consentimiento informado, qué le explicaron antes de firmarlo?

Preguntas relacionadas con la etapa durante el procedimiento quirúrgico:

11. ¿Cómo fue el proceso de la cirugía? (desde que ingreso al centro asistencial hasta que salió, teniendo en cuenta si se presentó alguna complicación, tiempo de estancia, cómo percibió la atención del personal de salud, y si recibió información adicional en esa instancia, cómo se sintió).
12. ¿Cuántos días de incapacidad le dieron?
13. ¿Qué información recibió al egreso del centro asistencial?

Preguntas relacionadas con la etapa después del procedimiento quirúrgico:

14. ¿Cómo fue el proceso de recuperación después del procedimiento?
15. ¿Tuvo algún seguimiento después de la cirugía? (citas de control, llamadas telefónicas)
16. ¿Considera que su patrón menstrual cambió después de la cirugía? (Cantidad del sangrado, días de duración, regularidad del ciclo, dolores asociados al ciclo menstrual), en caso afirmativo, especificar cómo era antes de la cirugía y cómo fue después.

17. ¿Considera que su funcionamiento sexual cambió después de la cirugía? (interés, deseo, satisfacción)
18. ¿Considera que el haberse practicado la cirugía repercutió en algo de su vida a nivel psicológico, emocional o espiritual?
19. ¿Considera que el haberse practicado el procedimiento generó algún cambio a nivel familiar?
20. ¿Se ha arrepentido de haberse practicado el método? ¿por qué?
21. ¿Alguna vez indagó o ha indagado acerca de procedimientos para la reversión del método?
22. ¿Si pudiera revertir el método de manera segura, lo haría?

Anexo B: Consentimiento informado



Estudio Investigativo: EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES CON EL MÉTODO PERMANENTE QUIRÚRGICO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Investigador principal: Estudiante de Maestría en Enfermería Jenny Andrea Prieto

La estudiante de maestría Jenny Andrea Prieto la está invitando a participar en una investigación, que tiene como objetivo describir las experiencias de las mujeres con el método permanente quirúrgico de planificación familiar. Esta investigación es un estudio para optar por el título de magíster de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. La investigadora principal será la responsable de recolectar la información a través de una entrevista que usted amablemente responderá si está de acuerdo en participar voluntariamente en este proyecto que durará aproximadamente 9 meses en la recolección y análisis de la información.

La investigación se desarrollará a través de una entrevista, en la cual usted responderá a una serie de preguntas de caracterización sociodemográfica y acerca de las experiencias que ha tenido con el método permanente de planificación familiar. Responder a las preguntas le llevará una hora aproximadamente, no requiere mencionar su nombre en ninguna parte y sus respuestas se mantendrán bajo anonimato. La investigadora principal será quien realice esta recolección, tomará notas sobre la conversación y realizará grabación en audio. El contenido se transcribirá textualmente y posteriormente se le devolverá para que identifique si la información transcrita corresponde a la suministrada.

Riesgos y beneficios:

La presente investigación se clasifica como de riesgo mínimo, según el artículo 11 de resolución 8430 de 1993, ya que se empleará el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en “examen o pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto”, sin embargo, en caso de presentarse alguna alteración emocional a causa de la entrevista realizada, se remitirá a consulta psicológica a través de su sistema de salud. Además, la investigadora principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño para la salud de la mujer que participa en el estudio. Así mismo, será suspendida de inmediato para aquellas que así lo manifiesten.

Quizá algunas de las preguntas le parezcan muy personales, no tiene que decir nada que la haga sentir incomoda. No está obligada a contestar una pregunta si no lo desea.

La investigación permitirá a corto plazo comprender las experiencias de las mujeres que se realizan el procedimiento permanente quirúrgico de planificación familiar. A mediano y largo plazo los beneficios esperados consisten en demostrar la necesidad de generar un espacio de cuidado para las mujeres que desean realizarse el procedimiento, en donde se brinde cuidado integral, más allá de la necesidad de adoptar un método de planificación familiar, teniendo en cuenta los posibles impactos que puede tener en la vida de la mujer. Al finalizar el estudio, las participantes podrán tener acceso a los resultados de la investigación y serán invitadas a la socialización de los mismos.

Garantía de anonimato, confidencialidad, opciones para abandonar el estudio y el consentimiento: Su participación en el estudio es voluntaria, no tiene ninguna obligación de participar, tiene derecho a abandonar el estudio cuando quiera y no se verá en absoluto afectado.

No habrá costo alguno para participar en este estudio, tampoco, será compensada por su tiempo. Nada que diga o haga durante el estudio será usado para identificarla. Todo se mantendrá en privado de acuerdo con las leyes. Su nombre no aparecerá en ninguna de las entrevistas, se le asignará un número codificado que aparecerá en toda su información. No se emitirá ningún dato que pueda identificarla. Toda la información del estudio será recopilada por la investigadora, se mantendrá en un lugar seguro y con llave. Los datos e informaciones solo serán utilizados para fines académicos y podrán ser divulgados en eventos científicos y publicados en revistas científicas.

Su participación o no en el estudio no afectará de ninguna manera su relación con su médico, su institución de salud, o la universidad que desarrolla la investigación. Si decide participar en el estudio, puede cambiar de opinión en cualquier momento y retirarse. Al final del estudio, se le informará acerca de lo que se descubrió en general.

Finalmente,
yo _____

Manifiesto que he leído y entendido los lineamientos planteados para el desarrollo y participación en esta investigación, que he tenido la oportunidad de discutir el estudio con

la enfermera investigadora, que he recibido suficiente información sobre el estudio y que comprendo que puedo retirarme de él cuando quiera, sin repercusión alguna. Y voluntariamente consiento participar en este estudio.

Firma del (la) participante:

Fecha:

C.C.:

He explicado el estudio a la persona arriba representada y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

Firma del investigador

Fecha

Datos de la investigadora: Puede llamar a la estudiante de Maestría Jenny Andrea Prieto si tiene alguna pregunta acerca del estudio. Su número es: 305 7377840. Correo: japrietot@unal.edu.co

Datos del comité de ética que otorga el aval: Virginia Ines Soto Lesmes. Presidenta comité de ética – Facultad de enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Telefono: 3165000 ext. 17089

Anexo C: Presupuesto

Concepto	Descripción	Financiación propia	Financiación Universidad Nacional de Colombia	Total
Recurso humano	Asesoría dirección de tesis:\$140.000 por 45 horas semestre		\$31,500,000.00	\$31,500,000.00
	Costo dedicación investigadora	\$26,000,000.00		\$26,000,000.00
	Costo dedicación investigadora Hora otros docentes		\$10,000,000.00	\$10,000,000.00
Equipo y Software	Computador	\$1,600,000.00		\$1,600,000.00
	Disco duro externo	\$250,000.00		\$250,000.00
	Grabadora y software de voz	\$400,000.00		\$400,000.00
Comunicaciones y transporte	Transporte para recolección de muestra	\$1,000,000.00		\$1,000,000.00

Concepto	Descripción	Financiación propia	Financiación Universidad Nacional de Colombia	Total
Recurso humano	Asesoría dirección de tesis:\$140.000 por 45 horas semestre		\$31,500,000.00	\$31,500,000.00
	Costo dedicación investigadora	\$26,000,000.00		\$26,000,000.00
	Costo dedicación investigadora Hora otros docentes		\$10,000,000.00	\$10,000,000.00
	Llamad as telefónicas	\$400,000.00		\$400,000.00
	Acceso a Internet	\$800,000.00		\$800,000.00
Impresos y publicaciones	Publicación de artículos: Corrección estilo, traducción	\$2,000,000.00		\$2,000,000.00
	Acceso a artículos con costo	\$300,000.00		\$300,000.00
Materiales y suministros	Impresiones y copias	\$80,000.00		\$80,000.00
	Papelería	\$60,000.00		\$60,000.00
Viáticos y gastos de viaje	Inscripción a ponencias	\$1,000,000.00		\$1,000,000.00

Concepto	Descripción	Financiación propia	Financiación Universidad Nacional de Colombia	Total
Recurso humano	Asesoría dirección de tesis:\$140.000 por 45 horas semestre		\$31,500,000.00	\$31,500,000.00
	Costo dedicación investigadora	\$26,000,000.00		\$26,000,000.00
	Costo dedicación investigadora Hora otros docentes		\$10,000,000.00	\$10,000,000.00
	Viáticos para eventos	\$2,800,000.00		\$2,800,000.00
Total		\$36,690,000.00	42,000,000.00	\$78,190,000.00

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Acciones y consideraciones cruciales para lograr el acceso universal a la salud sexual y reproductiva en el contexto de la cobertura universal de salud a través de un enfoque de atención primaria de salud. [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 30]. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240052659>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP 2022 - 2031 [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 1]. Available from: http://www.saludcapital.gov.co/Planes_Estrateg_Inst/2022/Sectoriales/Plan_Decenal_Salud_2022-2031.pdf
3. Ministerio de salud y proteccion social; profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Encuesta Nacional de Demografía y Salud Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Profamilia [Internet]. 2015;2:1–832. Available from: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/ENDS-2015-TOMO-II.pdf>
4. Santana P, Peña E. Esterilización quirúrgica voluntaria como práctica anticonceptiva de las mujeres en Chile: resistencias, intereses y estigma reproductivo. *Revista de Estudios de Antropología Sexual* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 4];10(1):105–23. Available from: <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/antropologiasexual/article/view/15886>
5. Claire I, Anderson D, Klapperich CM, Kuohung W, Wong JY. Biomaterials and Contraception: Promises and Pitfalls. *Ann Biomed Eng*. 2020 Jul 1;48(7):2113–31.
6. Singh P, Singh KK, Singh P. Factors explaining the dominion status of female sterilization in India over the past two decades (1992-2016): A multilevel study. *PLoS One*. 2021 Mar 1;16.
7. Hayford SR, Kissling A, Guzzo KB. Changing Educational Differentials in Female Sterilization. *Perspect Sex Reprod Health*. 2020 Jul;52(2):117–27.
8. Anita P, Nzabona A, Tuyiragize R. Determinants of female sterilization method uptake among women of reproductive age group in Uganda. *Contracept Reprod Med*. 2020 Dec;5(1).

9. Yassa M, Pulatoğlu Ç. Patients' perceptions toward and the driving factors of decision-making for opportunistic bilateral salpingectomy at the time of cesarean section. *Turk J Obstet Gynecol*. 2020 Jun 1;17(2):115–22.
10. Disilvestro JB, Raker CA, Velasquez J, Mathews CA. Adoption of Complete Bilateral Salpingectomy for Permanent Contraception at Time of Cesarean Delivery in Rhode Island [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 3]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37195163/>
11. Kluchin R. How Should a Physician Respond to Discovering Her Patient Has Been Forcibly Sterilized? Vol. 23, *AMA Journal of Ethics*. 2021.
12. Cahn C. *Justice Delayed: The Right to Effective Remedy for Victims of Coercive Sterilization in the Czech Republic*. 2017.
13. Pan YL, Beal L, Espino K, Sufrin CB. Female permanent contraception policies and occurrence at a sample of U.S. prisons and jails. *Contraception*. 2021 Dec 1;104(6):618–22.
14. Kumar A, Gautam A, Dey A, Saith R, Uttamacharya, Achyut P, et al. Infection prevention preparedness and practices for female sterilization services within primary care facilities in Northern India. *BMC Health Serv Res*. 2019 Dec 31;20(1).
15. Morales A. Condición de vih/sida como situación adicional para ejercer violencia obstétrica en mujeres que llevan a término el embarazo en América Latina, una revisión documental. *Revista de Estudios de Antropología Sexual* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 2];10(1):124–40. Available from: <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/antropologiasexual/article/view/15889/16933>
16. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Planificación familiar: UN MANUAL MUNDIAL PARA PROVEEDORES*. 3ed. [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 14]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51918>
17. Zerden ML, Castellano T, Doll KM, Stuart GS, Munoz MC, Boggess KA. Risk-Reducing Salpingectomy Versus Standard Tubal Sterilization: Lessons from Offering Women Options for Interval Sterilization. *South Med J*. 2018 Mar 1;111(3):173–7.
18. Morgan F, Burgos J, Quevedo E, Morgan-Ruiz F, Baez J, Peraza F. Patrón menstrual y reserva ovárica en pacientes con salpingectomía y oclusión tubárica para esterilización definitiva. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2024 Jan 3];88(2):127–9. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v86n10/0300-9041-gom-86-10-650.pdf>
19. Bermúdez-González C. Association between tubal sterilization and female sexual dysfunction: narrative review. *Ginecol Obstet Mex*. 2022 Jun 1;90(6):513–9.

20. Sadatmahalleh J, Ziaei S, Kazemnejad A, Mohamadi E. Evaluation of influencing factors on tubal sterilization regret: A cross-sectional study. *Int J Fertil Steril*. 2018 Oct 1;12(3):200–6.
21. Das M, Anand A, Hossain B, Ansari S. Inequalities in short-acting reversible, long-acting reversible and permanent contraception use among currently married women in India. *BMC Public Health*. 2022 Dec 1;22(1).
22. Conde M. Factores asociados al arrepentimiento después de la realización de esterilización quirúrgica en mujeres que asisten a consulta en el instituto de salud de Bucaramanga (Isabu) y la clínica Girón. (Tesis de especialidad en ginecología) [Internet]. 2021 [cited 2024 Jan 3]. Available from: https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/13734/2021_Tesis_Marianelly_Conde%20pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Bansal A, Dwivedi LK. Sterilization regret in India: Is quality of care a matter of concern? *Contracept Reprod Med*. 2020 Dec;5(1).
24. Garipey AM, Lewis C, Zuckerman D, Tancredi DJ, Murphy E, McDonald-Mosley R, et al. Comparative effectiveness of hysteroscopic and laparoscopic sterilization for women: a retrospective cohort study. *Fertil Steril*. 2022 Jun 1;117(6):1322–31.
25. Peterson HB, Xia Z, Hughesa JM, Wilcox LS, Tylora LR, Trussell J. The risk of pregnancy after tubal sterilization: Findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Am J Obstet Gynecol*. 1996 Apr;174(4):1161–70.
26. Youseflu S, Jahanian Sadatmahalleh S. Psycho-sexual influence of sterilization on women's quality of life: a path model. *Health Qual Life Outcomes*. 2021 Dec 1;19(1).
27. Gagliardi AR, Dunn S, Foster A, Grace SL, Green CR, Khanlou N, et al. How is patient-centred care addressed in women's health? A theoretical rapid review. *BMJ Open*. 2019 Feb 1;9(2).
28. Kriel Y, Milford C, Cordero JP, Suleman F, Steyn PS, Smit JA. Quality of care in public sector family planning services in KwaZulu-Natal, South Africa: a qualitative evaluation from community and health care provider perspectives. *BMC Health Serv Res*. 2021 Dec 1;21(1).
29. Jadhav A, Vala-Haynes E. Informed choice y sterilization female en south Asia y Latin America. *Revista de Biosocial Science*. 2018;50(6):823–39.
30. Organización Panamericana de la Salud. Preparar a la Región de las Américas para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2018 [cited 2023 Dec 30]; Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34981>

31. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021 Informe Técnico Periodo 2012 - 2019 [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 2]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-avance-metas-pdsp-2012-2021-periodo2012-2019.pdf>
32. India: Target-Driven Sterilization Harming Women | Human Rights Watch [Internet]. [cited 2019 Jun 26]. Available from: <https://www.hrw.org/news/2012/07/12/india-target-driven-sterilization-harming-women>
33. Lien-Tan Pan. La planificación familiar en china: la política de un solo hijo por familia. *Estud Asia Afr.* 2014 Jan;49(1):173–92.
34. Rubio A, Uribe CG. Análisis de la Política Nacional de Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Ejercer la autonomía al practicar la anticoncepción: apuestas, barreras y retos [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 2]. Available from: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/42327>
35. Neira Contreras R, Luna Pino M, Millahuinca Zavala C. Enfoque de derecho en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva de países OCDE. *Revista Estudios de Políticas Públicas.* 2022 Jul 11;8(1).
36. Trindade RE da, Siqueira BB, Paula TF de, Felisbino-Mendes MS. Contraception use and family planning inequalities among Brazilian women. *Ciencia e Saude Coletiva.* 2021;26:3493–504.
37. Ministerio De Salud Y Protección Social. Resolución Número 3280 DE 2018.
38. Wyshak G. Tubal ligation and the risk of vertebral fractures. *Osteoporosis Internacional.* 2005;16:651–8.
39. Farland L V., Rice MS, Degnan WJ, Rexrode KM, Manson JE, Rimm EB, et al. Hysterectomy With and Without Oophorectomy, Tubal Ligation, and Risk of Cardiovascular Disease in the Nurses' Health Study II. *J Womens Health.* 2023 May 8;
40. Ma X, Sang S, Zhao Y, Wang X, Ji X, Shao S, et al. High Prevalence of Asymptomatic Intracranial Atherosclerosis in Elder Women With Tubal Ligation: Result From a Community-Based Study in Shandong, China. *Front Cardiovasc Med.* 2022 Mar 2;9.
41. Langton CR, Whitcomb BW, Purdue-Smithe AC, Sievert LL, Hankinson SE, Manson JE, et al. Association of oral contraceptives and tubal ligation with risk of early natural menopause. *Human Reproduction.* 2021 Jul 1;36(7):1989–98.
42. Dhobale A V, Kohale MG, Bankar NJ. A Study of Patients Undergoing Abdominal Hysterectomy in Tertiary Care Institute. *Cureus.* 2023 Jan 16;

43. Cuevas V, Díaz L, Espinoza F, Garrido C. Depresión y Ansiedad en mujeres hysterectomizadas no oncológicas posterior a la cirugía. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2019;84(3):245–56.
44. Wallach EE, Huggins GR, Sondheimer SJ. Complications of female sterilization: immediate and delayed. *Fertil Steril.* 1984 Mar;41(3):337–55.
45. Eliassen AH, Colditz GA, Rosner B, Hankinson SE. Tubal sterilization in relation to breast cancer risk. *Int J Cancer.* 2006 Apr 15;118(8):2026–30.
46. Barro A, Nana NG, Soubeiga D, Bationo N, Pafadnam Y, Pilabre H, et al. Knowledge, beliefs and perceptions of religious leaders on modern contraceptive use in burkina faso: A qualitative study. *Pan African Medical Journal.* 2021;39.
47. Ewerling F, McDougal L, Raj A, Ferreira LZ, Blumenberg C, Parmar D, et al. Modern contraceptive use among women in need of family planning in India: an analysis of the inequalities related to the mix of methods used. *Reprod Health.* 2021 Dec 1;18(1).
48. Siemons SE, Vleugels MPH, van Balken MR, Braat DDM, Nieboer TE. Male or female sterilization - the decision making process: Counselling and regret. *Sexual and Reproductive Healthcare.* 2022 Sep 1;33.
49. Kahansim MakshwarL, Pam VictorC, Mutahir JosiahT. The rise and fall of female sterilization in Jos, Nigeria: A cause for concern. *Nigerian Medical Journal.* 2020;61(4):196.
50. Youssefzadeh AC, McGough AM, Sweeney HE, Mandelbaum RS, Ouzounian JG, Matsuo K. Patient characteristics of contraception and sterilization selection at vaginal delivery. *F and S Reports.* 2022 Dec 1;3(4):361–5.
51. Sheyn D, Arora KS. Changes in Rates of Inpatient Postpartum Long-Acting Reversible Contraception and Sterilization in the USA, 2012–2016. *Matern Child Health J.* 2021 Oct 1;25(10):1562–73.
52. Arora KS, Zhao X, Judge-Golden C, Mor MK, Callegari LS, Borrero S. Factors Associated with Choice of Sterilization among Women Veterans. *J Womens Health.* 2020 Jul 1;29(7):989–95.
53. Arora KS, Ponsaran R, Morello L, Katabi L, Behmer Hansen RT, Zite N, et al. Attitudes and beliefs of obstetricians–gynecologists regarding Medicaid postpartum sterilization – A qualitative study. *Contraception.* 2020 Nov 1;102(5):376–82.
54. Mosley EA, Zite N, Dehlendorf C, Deal A, O’Leary R, Achilles S, et al. Development of My Decision/Mi Decisión, a web-based decision aid to support permanent contraception decision making. *PEC Innovation.* 2023 Dec 15;3.

55. Bansal A, Dwivedi LK, Shirisha P. Sterilization incentives and associated regret among ever married women in India, NFHS, 2015–16. *BMC Health Serv Res.* 2022 Dec 1;22(1).
56. Arora KS, Ascha M, Wilkinson B, Verbus E, Montague M, Morris J, et al. Association between neighborhood disadvantage and fulfillment of desired postpartum sterilization. *BMC Public Health.* 2020 Sep 22;20(1).
57. Badul CJ, Strode A, Singh PP. Obtaining informed consent for a sterilisation in the light of recent case law. *South African Medical Journal.* 2018;108(7):557–8.
58. Fedeli P, Cecchi S, Scendoni R, Cannovo N. Legal medicine aspects of female sterilization: our experience. *Front Med (Lausanne).* 2023;10.
59. Carrillo S, Lorduy J. Factores sociodemográficos y obstétricos relacionados con aplicación del consentimiento informado en procedimientos de oclusión tubárica. Cartagena-Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet].* 2020;19(4):1–18. Available from: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3146>
60. Lozano Beltrán JA. Esterilización femenina en mujeres: ¿una elección libre? *Cultura de los cuidados.* 27(65), 41-53. 2023; Available from: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65>
61. Naidoo K, Jenkins LS. Nurses' and patients' experiences of family planning services in a rural district, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2023;15(1).
62. Jeffery AD, Hewner S, Pruinelli L, Lekan D, Lee M, Gao G, et al. Risk prediction and segmentation models used in the United States for assessing risk in whole populations: A critical literature review with implications for nurses' role in population health management. Vol. 2, *JAMIA Open.* Oxford University Press; 2019. p. 205–14.
63. Febré N, Mondaca K, Méndez P, Badilla V, Soto P, Ivanovic P, et al. Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 2018 May;29(3):278–87.
64. Herrera Zuleta IA, Rodríguez Ruiz MF, Fernández Durán V, Sánchez Cabrera LT. Enfermería en la salud sexual y reproductiva para jóvenes y adolescentes. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.* 2022 Jul 27;
65. Ministerios de Salud y Protección Social. Colombia. 2016. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (SSAAJ).

66. Das Shrestha B, Ali M, Mahaini R, Gholbzouri K. A review of family planning policies and services in WHO Eastern Mediterranean Region Member States. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2019 Feb 1;25(02):127–33.
67. Obsa MS, Takiso KT, Ayele TT, Chare Koyra H, Tafesse Hidoto K, Getahun Molla Shanka G, et al. Lived experience of women who underwent early removal of long-acting family planning methods in bedesa town, wolaita zone, southern ethiopia: A phenomenological study. *Int J Womens Health*. 2021;13:645–52.
68. Welti K, Manlove J, Finocharo J, Faccio B, Kim L. Women’s experiences with person-centered family planning care: Differences by sociodemographic characteristics. *Contracept X*. 2022;4:100081.
69. Logan RG, Daley EM, Vamos CA, Louis-Jacques A, Marhefka SL. “When Is Health Care Actually Going to Be Care?” The Lived Experience of Family Planning Care Among Young Black Women. *Qual Health Res*. 2021 May 23;31(6):1169–82.
70. Bueno Robles S. Aspectos Ontológicos Y Epistemológicos De Las Visiones De Enfermería Inmersas En El Quehacer Profesional. *Ciencia y enfermería*. 2011;17(1):37–43.
71. Sandoval J. La reconstrucción de la experiencia en la filosofía de John Dewey. [Internet] 2011, [cited 2024 Jan 2]. Available from <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/6785>
72. Dewey J. La necesidad de una recuperación de la filosofía. Vol. 10. Henry Holt and Co; 1982.
73. Murillo O. The investigation in nursing: A process in construction. Colombia) *Conocimientos en Enfermería*. 2017.
74. Newman MA, Sime AM, Corcoran-Perry SA. The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science*. 1991 Sep;14(1):1–6.
75. Bardin L. Análisis de contenido. Madrid-España: Akal; 1996. 1–183 p.
76. López R, Estrada Jean-Pierre. La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. *Margen61* [Internet]. 2011 [cited 2024 Jan 10];1–18. Available from: <https://www.margen.org/suscri/margen61/lopez.pdf>
77. Vargas I. La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos [Internet]. 2012 [cited 2024 Jan 10];3(1):119–39. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3945773>
78. Laura C, Díaz P, Díaz L, Torruco U, Martínez M, Varela M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Inv Ed Med*. 2013;2(7):162–7.

79. Troncoso C, Amaya A. Interview: A practical guide for qualitative data collection in health research. *Revista Facultad de Medicina*. 2017;65(2):329–32.
80. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*. 2018 Jul 1;52(4):1893–907.
81. Lorenzo R, Sonogo M, Pulido J, González A, Jiménez E, Sordo L, et al. Métodos indirectos para la estimación de poblaciones ocultas. Vol. 91, *Rev Esp Salud Pública*. 2017.
82. Noreña A, Alcaraz-Moreno N, Rojas JG, Rebolledo-Malpica D. Applicability of the Criteria of Rigor and Ethics in Qualitative Research. *Aquichan*. 2012;12:263–74.
83. Cornejo M, Salas N. Methodological rigor and quality: A challenge to qualitative social research. *Psicoperspectivas*. 2011;10(2):12–34.
84. Ministerio De Salud. Resolución Numero 8430 de 1993 [Internet]. [cited 2024 Jan 11]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
85. Morales J, Nava G; Esquivel J, Diaz L. Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre [Internet]. [cited 2019 Nov 28]. Available from: https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4821/libro_principios_de_etica.pdf
86. Bansal A, Dwivedi L, Ali B. The trends of female sterilization in India: an age period cohort analysis approach. *BMC Womens Health*. 2022 Dec 1;22(1).
87. Vinod Joseph KJ, Mozumdar A, Lhungdim H, Acharya R. Quality of care in sterilization services at the public health facilities in India: A multilevel analysis. *PLoS One*. 2020 Nov 1;15.
88. Tesfaw M, Abebe A, Bekele B, Baza D. The Lived Experience of Women Using Bilateral Tubal Ligation Service in Rural Southern Ethiopia: A Phenomenological Study. *Open Access J Contracept*. 2022 May;Volume 13:49–60.
89. Mohanty SK, Mishra S, Chatterjee S, Saggurti N. Pattern and correlates of out-of-pocket payment (OOP) on female sterilization in India, 1990-2014. Vol. 20, *BMC Women's Health*. BioMed Central Ltd.; 2020.
90. Ewerling F, McDougal L, Raj A, Ferreira LZ, Blumenberg C, Parmar D, et al. Modern contraceptive use among women in need of family planning in India: an analysis of the inequalities related to the mix of methods used. *Reprod Health*. 2021 Dec 21;18(1):173.

91. Irons R. Qualitative analysis of the care in the family planning services offered quechua-speaking patients in Ayacucho, Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019 Jun 1;36(2):188–95.
92. Orwa J, Gatimu SM, Ngugi A, Agwanda A, Temmerman M. Factors associated with use of long-acting reversible and permanent contraceptives among married women in rural Kenya: A community-based cross-sectional study in Kisii and Kilifi counties. *PLoS One*. 2022 Oct 1;17.
93. Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-. Estratificación socioeconómica para servicios públicos domiciliarios [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/servicios-al-ciudadano/servicios-informacion/estratificacion-socioeconomica#>
94. Bakibinga P, Matanda D, Kisia L, Mutombo N. Factors associated with use of injectables, long-acting and permanent contraceptive methods (iLAPMs) among married women in Zambia: Analysis of demographic and health surveys, 1992-2014. Vol. 16, *Reproductive Health*. BioMed Central Ltd.; 2019.
95. Bulto GA, Zewdie TA, Beyen TK. Demand for long acting and permanent contraceptive methods and associated factors among married women of reproductive age group in Debre Markos Town, North West Ethiopia. *BMC Womens Health*. 2014 Mar 13;14(1).
96. Ministerio de Salud y Protección Social. Indicadores Básicos de Salud 2023 [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/indicadores-basicos-salud-2023.pdf>
97. Gallimore A, Irshad T, Cooper M, Cameron S. Influence of culture, religion and experience on the decision of Pakistani women in Lothian, Scotland to use postnatal contraception: A qualitative study. *BMJ Sex Reprod Health*. 2020;
98. Nanvubya A, Wanyenze RK, Kamacooko O, Nakaweesa T, Mpendo J, Kawoozo B, et al. Barriers and Facilitators of Family Planning Use in Fishing Communities of Lake Victoria in Uganda. *J Prim Care Community Health*. 2020;11.
99. Sundararajan R, Yoder LM, Kihunrwa A, Aristide C, Kalluvya SE, Downs DJ, et al. How gender and religion impact uptake of family planning: Results from a qualitative study in Northwestern Tanzania. *BMC Womens Health*. 2019 Jul 22;19(1).
100. Lapresa M. Perfil epidemiológico y prácticas en salud reproductiva de la interrupción voluntaria de embarazo en salamanca. [Tesis Doctoral] 2021. Available from: <https://gredos.usal.es/handle/10366/149378>

101. Eugenia Martínez-Coral P. Gaps in the use of the Internet: A front of action far behind in Colombia. 2018;18(1):34–45.
102. Najan A, Dixit P, Bhalerao A. The acceptance of postpartum intrauterine contraceptive devices among women who receive focused family planning counseling in the antenatal period compared to those who receive routine counseling: a randomized controlled trial. *Cureus*. 2023 Jun 13;
103. Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Bogotá DC. Acción de tutela N.2020-0282 [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/35056915/39168803/12Fallo202000282.pdf/bdf2f94b-a135-4c84-940f-abf03453883e>
104. Marino S, Canela CD, Nama N. Tubal Sterilization. 2024. In StatPearls.[Internet] StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470377/>
105. Walter S, Upadhjay M, Beslic J, Pucher M, Herbel R, Stavroula S, et al. FSFI score and timing of tubal ligation in patients: preliminary results of an online survey. *Arch Gynecol Obstet*. 2022 Sep 1;306(3):795–800.
106. Horner-Johnson W, Klein KA, Campbell J, Guise JM. Experiences of Women With Disabilities in Accessing and Receiving Contraceptive Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2021 Nov;50(6):732–41.
107. Shreffler KM, Hill PW, Cacciatore J. Exploring the Increased Odds of Divorce Following Miscarriage or Stillbirth. *J Divorce Remarriage* [Internet]. 2012 Feb [cited 2019 Jun 28];53(2):91–107. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10502556.2012.651963>
108. Alspaugh A, Reibel MD, Im EO, Barroso J. “Since I’m a little bit more mature”: contraception and the arc of time for women in midlife. *Womens Midlife Health*. 2021 Dec;7(1).
109. Pineda G. Mis Acciones Son Mi Descendencia Esterilización voluntaria en un grupo de mujeres y hombres sin hijos/as por elección. [Tesis] [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 13]. Available from: <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000805454/3/0805454.pdf>
110. Tsakmakis PL, Akter S, Bohren MA. A qualitative exploration of women’s and their partners’ experiences of birth trauma in Australia, utilising critical feminist theory. *Women and Birth*. 2023 Jul;36(4):367–76.
111. Tempest N, Hill CJ, Whelan A, De Silva A, Drakeley AJ, Phelan MM, et al. Symptomatology and Serum Nuclear Magnetic Resonance Metabolomics; Do They Predict Endometriosis in Fertile Women Undergoing Laparoscopic Sterilisation? A Prospective Cross-sectional Study. *Reproductive Sciences*. 2021 Dec 1;28(12):3480–90.

112. Motlhokodi MD, Ramavhoya TI, Peu MD. Experiences of women of childbearing age regarding Implanon provision in South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2023 Jun 19;15(1).
113. Pal G, Chaurasia H. Revisiting Post-Sterilization Regret in India. *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*. 2020 Aug 1;70(4):295–303.
114. Eeckhaut MCW, Sweeney MM. Understanding Sterilization Regret in the United States: The Role of Relationship Context. *Journal of Marriage and Family* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2019 Jun 27];80(5):1259–70. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jomf.12500>
115. Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, Peterson HB. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstetrics and gynecology* [Internet]. 1999 Jun [cited 2019 Nov 20];93(6):889–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10362150>
116. Evaluation of Influencing Factors on Tubal Sterilization Regret [Internet]. [cited 2019 Jun 27]. Available from: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=89e8f7ee-2f1a-41c3-8eb5-ecd4d4b72b25%40pdc-v-sessmgr06>
117. Shreffler KM, Greil AL, McQuillan J, Gallus KL. Reasons for tubal sterilisation, regret and depressive symptoms. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 27];34(3):304–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28133405>
118. Isselhard A, Töpper M, Berger-Höger B, Steckelberg A, Fischer H, Vitinius F, et al. Implementation and evaluation of a nurse-led decision-coaching program for healthy breast cancer susceptibility gene (BRCA1/2) mutation carriers: a study protocol for the randomized controlled EDCP-BRCA study. *Trials*. 2020 Dec 8;21(1):501.
119. Tsepov D, Organ A, Evans T, Fox R. Sterilisation counselling: A role for the gynaecology nurse-practitioner. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 2007 Jan 2;27(1):51–5.
120. Organización Mundial De La Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Tercera edición, 2018 [Internet]. 2018 [cited 2024 Jan 9]. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565400>

