

Experiencias de mujeres con la esterilización femenina

Women's experiences with female sterilization

Experiências das mulheres com a esterilização feminina

Jenny Andrea Prieto-Tenjo¹

Luz Stella Bueno-Robles²

Resumo

Objetivo: Describir las experiencias de mujeres en Bogotá-Colombia con la esterilización femenina (antes, durante y después de su implementación). **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 a la esterilización femenina 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. Las entrevistadas accedieron al método sin la suficiente educación para tomar una verdadera decisión informada. En el “durante”, las experiencias difieren según el momento de realización del procedimiento (posparto o intervalo); se identificaron falencias en el proceso del diligenciamiento del consentimiento informado. En el “después”, las mujeres percibieron cambios en su salud, especialmente en el patrón menstrual, algunas quedaron en embarazo y otras reportaron arrepentimiento. **Conclusión:** Las experiencias de usuarias de la esterilización femenina demuestran la necesidad de fortalecer: la asesoría en este anticonceptivo, basada en los derechos sexuales y reproductivos, y con la suficiente educación para que las mujeres tomen decisiones informadas; y durante su implementación, la atención con enfoque en derechos, especialmente hacia las mujeres en fase de posparto. Después del procedimiento, se requiere que el sistema de salud realice seguimientos a las mujeres con esterilización, teniendo en cuenta los posibles efectos colaterales del anticonceptivo.

Palabras clave: Planificación familiar; Esterilización Reproductiva; Anticoncepción; Enfermería; Investigación Cualitativa.

Abstract

Objective: to describe the experiences of women in Bogota-Colombia with female sterilization (before, during and after its implementation). **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 female sterilization until several years after its implementation participated. These experiences were grouped according to the moments explored: In the "before", the women approached the method because of the need to adopt a good contraceptive; both personal and contextual aspects influenced

Autor de correspondencia*

^{1*} Enfermera, estudiante Maestría en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Correo: japrietot@unal.edu.co.  0009-0008-5155-1538. Bogotá, Colombia

² PhD en Enfermería, Profesora Asociada. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Correo: lsbuenor@unal.edu.co.  0000-0002-9842-536X Bogotá, Colombia.

Recibido: 17 julio 2024

Aprobado: 27 septiembre 2024

Para citar este artículo

Prieto-Tenjo JA, Bueno-Robles LS. Experiencias de mujeres con la esterilización femenina. Rev. cienc. cuidad. 2024; 21(2):42-54. <https://doi.org/10.22463/17949831.4610>

© Universidad Francisco de Paula Santander. Est e es un artículo bajo la licencia CC-BY-NC-ND



their decision making; the interviewees accessed the method without sufficient education to make a truly informed decision. In the "during" period, the experiences differed according to the time of the procedure (postpartum or interval); shortcomings were identified in the process of filling out the informed consent form. In the "after", women perceived changes in their health, especially in the menstrual pattern, some became pregnant and others reported regret. **Conclusion:** The experiences of users of female sterilization demonstrate the need to strengthen: counseling on this contraceptive, based on sexual and reproductive rights, and with sufficient education for women to make informed decisions; and during its implementation, care with a focus on rights, especially for women in the postpartum phase. After the procedure, the health system is required to follow up with women who have undergone sterilization, taking into account the possible side effects of the contraceptive.

Keywords: Family Development Planning; Sterilization Reproductive; Contraception; Nursing; Qualitative Research.

Resumo

Objetivo: descrever as experiências das mulheres em Bogotá-Colômbia com a esterilização feminina (nos momentos antes, durante e depois de sua implementação). **Materiais e Métodos:** Pesquisa descritiva qualitativa; as informações foram coletadas por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo. **Resultados:** Participaram 12 mulheres que tiveram experiências diferentes desde sua abordagem à esterilização feminina até vários anos após sua implementação. Essas experiências foram agrupadas de acordo com os momentos explorados: no "antes", as mulheres abordaram o método por causa da necessidade de adotar um bom contraceptivo; tanto os aspectos pessoais quanto os contextuais influenciaram sua tomada de decisão; as entrevistadas acessaram o método sem educação suficiente para tomar uma decisão verdadeiramente informada. No período "durante", as experiências diferiram de acordo com o momento do procedimento (pós-parto ou intervalo); foram identificadas deficiências no processo de preenchimento do formulário de consentimento informado. No "depois", as mulheres perceberam mudanças em sua saúde, especialmente no padrão menstrual, algumas engravidaram e outras relataram arrependimento. **Conclusão:** As experiências das usuárias de esterilização feminina demonstram a necessidade de fortalecer: o aconselhamento sobre esse contraceptivo, com base nos direitos sexuais e reprodutivos e com educação suficiente para que as mulheres tomem decisões informadas; e, durante sua implementação, o atendimento baseado em direitos, especialmente para as mulheres na fase pós-parto. Após o procedimento, o sistema de saúde deve fazer o acompanhamento das mulheres esterilizadas, levando em conta os possíveis efeitos colaterais do contraceptivo.

Palavras-chave: Planejamento familiar; Esterilização Reprodutiva; Anticoncepção; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.

Introducción

La esterilización femenina o ligadura de trompas es un procedimiento clínico para impedir la reproducción biológica de la mujer (1). Se realiza mediante la oclusión de las trompas de Falopio por medio de corte, cauterización, colocación de ligaduras o dispositivos como grapas, clips o anillos (2). Por ser quirúrgico y

permanente puede generar cambios en la salud de la mujer, por ejemplo, en el patrón menstrual (3,4) en el funcionamiento sexual (5), y cardiovascular (6,7).

A nivel mundial, es el anticonceptivo preferido por el 19% de las mujeres casadas (8,9), y en Colombia, es el más usado (34.9%), seguido por la inyección mensual (9.1%) (10); las técnicas quirúrgicas más usadas en este

país son las de Pomeroy y Parkland, que se realizan por mini laparotomía y tienen en común la ligadura con sutura y corte de una porción de las trompas de Falopio (11).

Las investigaciones relacionadas con la esterilización femenina en Colombia, han abordado los factores de elección en mujeres con vulnerabilidad social (12); la implementación del consentimiento informado (13), y el arrepentimiento (11).

Estas investigaciones han aportado conocimientos acerca del uso de la esterilización femenina en el contexto colombiano; sin embargo, tanto en Colombia como en el mundo, existe poca evidencia que aborde las experiencias de las mujeres con este anticonceptivo de una manera integral, y en diferentes momentos a lo largo de su vida; teniendo en cuenta que es un método de planificación familiar permanente y no está destinado a revertirse (14).

Algunos estudios han mencionado la necesidad de aumentar la investigación centrada en las mujeres para mejorar su atención en salud (15); específicamente, en la esterilización femenina investigar en los factores de arrepentimiento (11). Además, se ha identificado que los servicios de planificación familiar son inadecuados (16), y que se requiere mejorar la calidad de atención relacionada con la esterilización femenina en Colombia, y en otros países latinoamericanos y asiáticos (17).

Por lo tanto, se propuso realizar una investigación cualitativa para aportar conocimiento acerca de las experiencias de las usuarias del método de manera holística, contextual y abordando diferentes momentos en las vidas de las mujeres, relacionados con el uso de este anticonceptivo. El concepto experiencia se sustenta y desarrolla a partir de los postulados de Dewey (18) llegándose a considerar para este estudio como el intercambio entre la persona y su medio, que le permite existir, sentir y obrar, y en el que influyen las dinámicas humanas, sociales y contextuales.

Objetivo

Describir las experiencias de mujeres atendidas en la red pública de servicios de salud, residentes en el distrito de Bogotá, Colombia, alrededor de la implementación de la esterilización femenina (en los momentos antes, durante y después), para aportar al mejoramiento

de la calidad de atención en salud hacia las mujeres que eligen este anticonceptivo.

Materiales y Métodos

Se realizó una investigación cualitativa descriptiva con análisis de contenido según Bardin (19), que tiene por finalidad decodificar la información obtenida por las participantes en el estudio teniendo en cuenta su contexto; aspecto coherente con la visión de enfermería integrativa-interactiva, que considera a la persona como un ser holístico, en constante interacción con su ambiente y su contexto (20).

Se identificaron de manera intencionada mujeres usuarias de la esterilización femenina, mayores de 18 años, residentes en Bogotá, Colombia. Mediante la técnica de “bola de nieve” (21), se captaron 12 participantes hasta conseguir la saturación de los datos (22). A estas participantes se les explicó el propósito de la investigación, las consideraciones éticas y se enfatizó en su participación libre, voluntaria y gratuita; once de ellas firmaron el consentimiento informado y una dio su autorización de manera verbal, por encontrarse fuera de la ciudad, y fue entrevistada por medio virtual.

Mediante una entrevista semiestructurada con grabación de voz, en un tiempo promedio de 30 - 40 minutos, se llevó a cabo la recolección de los datos. La entrevista contenía preguntas que pretendían indagar aspectos relacionados con la vida de la mujer antes de practicarse el procedimiento (con quién vivía, cuántos hijos tenía, qué hacía, etc.) y cómo fue su acercamiento y acceso a este método de planificación familiar; durante el procedimiento, lo que experimentó en el centro asistencial: qué hizo ella, qué percibió, qué le hicieron, qué le dijeron, qué información recibió al egreso; y finalmente, después del procedimiento: cómo fue su proceso de recuperación, si percibió cambios a nivel físico, psicológico, emocional, sexual y familiar, y si en algún momento se arrepintió de su elección.

El análisis de la información, se realizó por medio de las fases para el análisis de contenido propuestas por Bardin (19). De esta manera, se obtuvo la descripción de las experiencias por medio de unidades de registro (palabras clave de las participantes) y unidades de contexto (contexto de las palabras), que fueron organizadas en categorías según su similitud y en temas según su significado.

La investigación se desarrolló según los lineamientos de la resolución 8430/93 (23), que enfatiza en el respeto a la dignidad y la protección de los derechos de las personas y su bienestar dentro de las investigaciones en salud. Esta investigación fue aprobada por el comité de Ética de la Facultad de Enfermería de una universidad pública en Colombia mediante el aval 006-20. Se garantizó el anonimato de las mujeres, por lo que a cada entrevista se le atribuyó una letra y un número (por ejemplo, M1, M2, M3, etc.). Así mismo, 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 (24).

Resultados

Caracterización de las participantes

Todas las participantes fueron colombianas, tuvieron entre 1 a 5 hijos (excepto por una mujer sin hijos), las principales creencias religiosas fueron la católica y la cristiana, y el rango de edad en la que se practicaron el procedimiento fue entre los 20 a 37 años. En cuanto al nivel educativo, siete de las doce participantes tenían la secundaria (completa e incompleta). La mayoría de las participantes de este estudio, informaron residir en estratos socioeconómicos bajos (2 y 3); la estratificación domiciliaria demuestra la capacidad económica de sus habitantes; por lo tanto, a menor estrato, menor nivel socioeconómico.

Del análisis de contenido emergieron tres temas en correspondencia con los momentos explorados (antes del procedimiento, durante y después), con sus respectivas categorías (ver tabla 1).

Tabla 1 Temas y categorías de las experiencias de las mujeres

Temas	Categorías
1. Antes del procedimiento: Conociendo y eligiendo la esterilización femenina	<ul style="list-style-type: none"> Entre la búsqueda y la oferta del mejor método para no tener más hijos. Fin de la maternidad y los beneficios del método definitivo: razones de peso para elegirlo.
2. Durante el procedimiento: Implementando la esterilización femenina	<ul style="list-style-type: none"> Recordando el ingreso y el momento del procedimiento. Recomendaciones suministradas u omitidas después del procedimiento.
3. Después del procedimiento: Cambiando la percepción que tenía del método	<ul style="list-style-type: none"> Cambios en la menstruación y aparición de dolores en el cuerpo después la cirugía. De la alegría a la frustración con el paso del tiempo. Cambios en la libido y conflictos en la relación de pareja. "No era así como tan inocuo".

Fuente: Elaboración propia

Tema 1. Antes del procedimiento: conociendo y eligiendo la esterilización femenina

La experiencia de las mujeres inicia a partir de su propia necesidad o sugerencia por parte del personal de salud y de su pareja, que las lleva a ampliar el conocimiento relacionado con la esterilización femenina, por ejemplo, en qué consiste, si es efectivo, cómo es el proceso para tramitarlo y realizarlo; la información anterior, orienta a la mujer en su elección. En este tema surgieron las siguientes categorías:

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

Las mujeres manifestaron tener un acercamiento a la esterilización femenina, desde el sistema de salud, por medio de dos fuentes: la consulta de planificación familiar, cuando ellas la solicitaron; y los controles prenatales, cuando se abordó el tema de la anticoncepción pos parto. En la consulta de planificación familiar, las mujeres recibieron información relacionada con la técnica del procedimiento, y pudieron solucionar las dudas para tener mayor seguridad en su elección: "Me dijeron

que me iban a hacer la cirugía por laparoscopia, (...) por el ombligo llegaban a las trompas y las trozaron, porque a mí no me las ligaron, las cortaron". (M1).

Las mujeres que recibieron información acerca del método, durante los controles prenatales, manifestaron que la asesoría fue muy breve y se enfatizó en la oportunidad de implementarlo en el posparto: *"Cuando estaba embarazada de mi segundo hijo yo le pregunté al doctor [acerca de la esterilización femenina], me dijo que era bueno y listo, y que de una vez en la cesárea se podía hacer"* (M5).

La información suministrada en ambos escenarios estuvo enfocada en la efectividad del método, su irreversibilidad, la facilidad de implementarlo, y algunos efectos a corto plazo como dolor; así como los riesgos posoperatorios: riesgo de infección y de dehiscencia de la herida quirúrgica.

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

La alta efectividad de la esterilización femenina fue un factor importante de elección, las mujeres requerían un anticonceptivo seguro porque ya contaban con los hijos deseados, o porque no querían ser madres:

"Que es un método muy seguro (...) si ya tuviste tu tope de hijos, pues ya. (...) de pronto el más efectivo, el más definitivo". (M3). "Yo realmente tomé la decisión de no tener hijos a los 22 años". (M10).

Las mujeres pensaban que la esterilización femenina era el mejor anticonceptivo, además de su efectividad, podían despreocuparse del uso de métodos temporales, con los que algunas habían tenido experiencias negativas: *"Las pastas (anticonceptivos orales) 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". (M6).*

El sistema de salud les ofreció, a la mayoría de las mujeres, facilidad para la implementación de este anticonceptivo, realizando la gestión para que ellas lo adoptaran de una manera sencilla, rápida y gratuita. *"Realmente la EPS me funcionó a mí de afán (...) en cuestión de ocho días ya estaba operada"* (M2). Sin embargo, las mujeres jóvenes, con un hijo o sin hijos

reportaron mayor dificultad para el acceso al método: "Y en Profamilia no me iban a operar porque yo solo tenía un hijo" (M12).

Finalmente, para algunas mujeres fue importante la opinión de su pareja, porque confiaban en la permanencia de la relación. *"Cuando uno hace vida en pareja tiene el imaginario que eso va a ser para siempre, eso pesa mucho en la decisión"* (M3).

Tema 2. Durante el procedimiento: implementando la esterilización femenina

Se describe lo que las mujeres experimentaron el día de su cirugía dentro del centro asistencial, desde su ingreso hasta el egreso del mismo.

Categoría: Recordando el ingreso y el momento del procedimiento

La experiencia difiere en las mujeres según el momento de realización del procedimiento: en intervalo (momento separado del embarazo), o en posparto. En ambos casos los recuerdos concuerdan en que la cirugía es ambulatoria, de corta duración y sencilla, y en el tipo de anestesia que les administraron (general o epidural).

Quienes recibieron anestesia epidural recuerdan la preparación previa y las conversaciones que tenía el personal de salud sobre la forma como se iba a realizar el procedimiento. *"La anesthesióloga 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"* (M4).

Las mujeres que recibieron anestesia general, mencionaron muy pocos detalles y enfatizaron en lo rápido y práctico que fue para ellas: *"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"* (M2).

Con relación al diligenciamiento del consentimiento informado, las mujeres concuerdan en que fue firmado el mismo día del procedimiento, y algunas mencionan que fueron informadas sobre los posibles efectos de la cirugía como dolor, y la responsabilidad que asumen en cuanto a su decisión y complicaciones que se generen. *"Me dijeron que yo estaba autorizando para que me hicieran el procedimiento (...), ahí uno firma como la*

sentencia de uno, y que cualquier cosa o algo es bajo su responsabilidad” (M1).

Otras, especialmente las que accedieron al procedimiento en el posparto, refieren que les dieron el consentimiento para su lectura, pero le prestaron muy poca o nula atención porque lo consideraron un documento más para su atención hospitalaria, y, además, porque en el posparto están enfocadas principalmente en su bebé. “Me dijeron: - mira, como te vas a operar para que tengas este papelito [consentimiento informado], y que, si quería lo fuera leyendo-, y sí, lo leí un poquito, pero no le puse atención (...), yo estaba distraída con lo que estaba pasando con mi hijo” (M9). Además, algunas de estas mujeres se sintieron inseguras de su decisión: “Pues sí quería, pero en el fondo uno piensa que ya va a quedar como incompleto, y qué tal que uno se arrepienta más adelante, entonces fue un poco como dual” (M3).

Una vez finalizada la cirugía, las mujeres experimentaron dolor en el ombligo y en la espalda, que fue manejado con analgésicos “Pero el dolor sí muy impresionante al despertar, en el ombligo” (M1). Pero en general, la mayoría manifestó un buen proceso de recuperación en el postquirúrgico inmediato.

Categoría: Recomendaciones suministradas u omitidas después del procedimiento

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: cuidados con la herida, vigilancia de señales de alarma, y evitar esfuerzos físicos. “Que tuviera en cuenta el ombligo, que no se fuera a infectar (...), lo más que me dijeron fue que no me fuera a reír, porque como uno hace fuerza, que se podía reventar un punto” (M1). Quienes se realizaron el procedimiento posterior a la cesárea reportaron que no hubo información adicional o diferente a los cuidados postparto: “Del Pomeroy no [información], de todo lo del postparto” (M3).

Tema 3: Después del procedimiento: cambiando la percepción que tenía del método

Posterior a la esterilización femenina, las mujeres cambian la percepción que tenían de este anticonceptivo, la mayoría pensaba que era un método que no generaba

cambios en la salud y que era el mejor al que podían acceder. En las siguientes categorías se describen los cambios que las mujeres experimentaron:

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

Entre los cambios que vivieron las mujeres a nivel físico, se destacan: mayor irregularidad del periodo menstrual; aumento en la intensidad de los cólicos y hemorragias menstruales, descrito por la mayoría como una experiencia difícil, terrible y desagradable. Adicionalmente, manifestaron cambios en la salud física en general, como aumento de las cefaleas, dolor en otras partes del cuerpo como piernas, caderas y ombligo y dificultad para bajar de peso. “Hace unos diez años, ya empecé a sentir molestias, me salieron miomas, mucha menstruación, duraba hasta quince días menstruando (...), y entonces, fue cuando decidieron hace 3 años hacerme la histerectomía” (M5).

“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” (M3).

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

Las mujeres atraviesan cambios emocionales que difieren con el tiempo transcurrido del procedimiento, para la mayoría, recién se realizan la cirugía, el sentimiento es de tranquilidad, debido a la confianza anticonceptiva en el método y porque se sienten liberadas de los anticonceptivos temporales. No obstante, a medida que va pasando el tiempo y las situaciones de vida cambian, algunas mujeres llegan a expresar frustración, dolor, y remordimiento por no poder tener más hijos y porque consideran que tomaron una decisión apresurada.

“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 separé, y mi pareja ahora que no tiene hijos quisiera tener hijos, entonces, ¿qué hace uno? O sea, se siente uno como incompleto (...), 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” (M3).

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

A nivel sexual, algunas mujeres percibieron aumento de la libido y en el interés sexual, y otras, disminución: “Sí, también cambió [funcionamiento sexual], yo pienso que sí, en eso si no lo educan a uno. No me gustaba que me cogiera ya, me fastidiaba, como que me dolía (...)” (M2).

En la relación de pareja, surge el cuestionamiento: ¿por qué la mujer debe someterse a este tipo de procedimiento y no el hombre? Debido a que perciben cambios en su sentir como mujeres, y que llevan una responsabilidad que también puede ser asumida por los hombres.

“Yo ya no me sentía tan femenina, sí, que ya no era tan atractiva (...), por qué tengo que ser la mártir yo aquí, yo por qué tengo que ser la operada” (M8).

Categoría: “No era así como tan inocuo”

Las mujeres inicialmente consideraban que la esterilización femenina era inocua, efectiva y la mejor decisión, sin embargo, su percepción cambió llegando en algunas ocasiones a lamentarse por haberla elegido. Este cambio surge por factores como: alteraciones en la salud experimentados por ellas, y en otras mujeres conocidas a lo largo del tiempo; cambios en el ciclo menstrual que llevan a la histerectomía; nuevo embarazo debido a la ineffectividad del método, y variaciones en la situación de vida por pérdida de pareja o de los hijos. “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”. (M1).

“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, fui a un médico particular, y el médico sí me hizo todos los exámenes del mundo y entonces sí me salió que estaba embarazada”(M2).

“Uno toma decisiones a cierta edad, y una década después se da uno cuenta de que de pronto fueron decisiones precipitadas, y 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).

Discusión

Describir las experiencias alrededor de la esterilización femenina permitió identificar diferentes situaciones por las que atraviesan las mujeres; algunas comunes, como el acercamiento al método y su implementación, y otras, que difieren según las particularidades de cada persona, como los cambios en la salud, el arrepentimiento y sus factores asociados. Esto permite reconocer la importancia de que los programas de planificación familiar tengan un enfoque individualizado, integral, y centrados en la mujer.

La esterilización femenina ha tenido un contexto histórico relacionado con el control de poblaciones desfavorecidas socialmente (25); en el presente estudio, la gran mayoría de participantes pertenecían a niveles socioeconómicos bajos; encuestas de salud aplicadas en Uganda (8), Brasil (26), Colombia (10) e India (27), obtuvieron resultados similares: las usuarias de esterilización femenina son mujeres con mayor vulnerabilidad social y económica en comparación de las usuarias de métodos temporales. Esto puede deberse a que las mujeres con bajo nivel socioeconómico tienen altas tasas de fertilidad a temprana edad (28), y muchas de ellas creen en mitos relacionados con los métodos reversibles, especialmente, con los hormonales (29). En contraparte, las mujeres con mejores condiciones socioeconómicas retrasan la maternidad, tienen acceso tanto a la educación, como a una gran variedad de anticonceptivos, por lo que tienden a elegir métodos reversibles, y en muchos casos naturales, por considerarlos más saludables (30).

Fuentes de información sobre la esterilización femenina

Las participantes reportaron a los centros de salud como su fuente principal, debido a que es un método que depende completamente de la atención sanitaria, a diferencia de otros anticonceptivos que pueden ser sugeridos e implementados en otros escenarios (31).

Algunas mujeres solicitaron orientación acerca de la esterilización femenina en servicios de planificación familiar de sus seguros médicos, sin embargo, la ma-

yoría fueron informadas acerca de este anticonceptivo, únicamente, durante la atención prenatal; esto también fue reportado en otro estudio en Colombia (12). Uno de los objetivos de la atención sanitaria durante esta etapa es orientar acciones para prevenir embarazos no deseados en el posparto, dado que, en caso de presentarse, puede generar complicaciones en la salud materna y en el recién nacido (32); por lo tanto, en este escenario se debe promover la planificación familiar. No obstante, se ha identificado que la esterilización femenina es adoptada de manera más frecuente si la mujer tiene parto por cesárea, ya sea por ofrecimiento directo del personal de salud, o por elección de la mujer dada la facilidad de implementarlo junto a la cesárea (33,34).

Información recibida antes del procedimiento

La información recibida por las mujeres en ese momento, se enfocó en las características de la cirugía, la efectividad del método, su irreversibilidad y seguridad. En otra investigación en Colombia, a las mujeres se les informó acerca de los riesgos peri-operatorios y sus cuidados inmediatos (12). En un estudio realizado en 25 países (35), se identificó que la educación relacionada con este anticonceptivo, es mínima, lo que puede contribuir al arrepentimiento entre quienes se lo practican.

El Manual Mundial para Proveedores de Planificación Familiar (36), indica que se debe orientar a la candidata a esterilización femenina a contemplar probables escenarios futuros, para reconocer la variabilidad de la vida y ser conscientes de la permanencia del método; además de informar acerca del procedimiento de reversión (difícil, costoso, en la mayoría de los casos no se realiza, y cuando se lleva a cabo, no garantiza nueva gestación) (36). Esta orientación es relevante debido a que muchas mujeres eligen este anticonceptivo confiadas en la estabilidad de su relación sentimental, sin embargo, una de las principales causas de arrepentimiento es el cambio de pareja (37), y el deseo de ser nuevamente madres (12,38). En algunas mujeres, la imposibilidad de recuperar su fertilidad les genera depresión, llegando a requerir atención por el área de salud mental (12).

Adicional a esto, la asesoría debería contener información sobre los riesgos de nuevo embarazo y embarazo ectópico (14), y orientación acerca de posibles cambios a nivel menstrual y sexual, entre otros (3,5,39-41).

Información recibida durante el procedimiento

Durante la implementación de la esterilización femenina en el centro asistencial, las mujeres no son asesoradas adecuadamente para el diligenciamiento del consentimiento informado (12,13); un gran número de mujeres ignoran el contenido de este documento, no tienen la posibilidad de preguntar acerca del procedimiento que les van a practicar, sobre todo por la falta de tiempo, y desconocen que pueden desistir de su decisión (15). Las situaciones mencionadas, afectan la fidelidad del consentimiento informado, que es un documento que demuestra el respeto a la autonomía de las personas sobre su cuerpo, así como la atención en salud ética y de calidad (42).

Información recibida después del procedimiento

La información al egreso del centro asistencial se enfoca en los cuidados posoperatorios, sin embargo, se debe informar a la usuaria que debe evitar la actividad sexual en la primera semana postoperatoria, y que la cirugía no protege contra infecciones de transmisión sexual y siempre enfatizar en la doble protección (43).

Efectos secundarios de la esterilización femenina

Los hallazgos de esta investigación y de otros estudios previos (1,3,5), corroboran cambios en el ciclo menstrual, especialmente en el aumento de la frecuencia, del sangrado y del dolor pélvico durante la menstruación. La asociación entre estos cambios y la esterilización femenina ha sido un tema controvertido, documentos como el Manual Mundial para Proveedores de Planificación Familiar afirman que este método es un anticonceptivo sin ningún efecto secundario (36), sin embargo, algunos estudios plantean que puede afectar la irrigación sanguínea a los ovarios y generar alteraciones en la síntesis y secreción de hormonas ováricas, que se refleja en diferentes cambios, especialmente a nivel menstrual (4,39).

En muchas situaciones, como les sucedió a participantes del presente estudio, se realiza el manejo para los cambios menstruales por medio de histerectomía, que es la cirugía ginecológica más frecuente a nivel mundial (por causas benignas) (44), y que puede producir mayores alteraciones en la salud de la mujer (45). Desde este punto de vista, sería necesaria la implementación de la “Gestión Integral del Riesgo en Salud” (46), hacia

las usuarias de esterilización femenina. Esta gestión del riesgo, hace parte de las políticas de salud colombianas que pretende prevenir la enfermedad, y en caso de presentarse, identificarla y tratarla oportunamente para impedir o minimizar sus consecuencias (46).

En el área sexual, también se reportaron cambios en las participantes del presente estudio, así como en mujeres chilenas (1) y mexicanas (5). En unas mujeres aumentó el interés sexual, por la confianza en la efectividad del método, o porque reconocieron su cuerpo sin el efecto de las hormonas anticonceptivas; en otras, disminuyó el deseo sexual, en ciertos casos, porque se sintieron menos atractivas después del procedimiento. Esto evidencia que en la sexualidad femenina influyen varios factores (fisiológicos, psicológicos, culturales, etc.), por lo que se requiere de un gran rigor científico al indagar en este aspecto (5).

Factores de elección del anticonceptivo

La facilidad para la implementación de este anticonceptivo, sobre todo en el posparto, influye para su elección, no obstante, los resultados del presente trabajo y de otro, en Chile (1), muestran que las mujeres jóvenes, sin hijos, o con uno solo hijo, tienen mayor dificultad para el acceso a la esterilización; esto debido a que en los centros asistenciales se discrimina a las mujeres, por medio de las relaciones de poder basadas en la ideología del personal de salud (1). Distante de esta postura, la normatividad colombiana indica que el mejor método de planificación familiar para una persona es el que ella elige después de un proceso de elección informada (43), por lo tanto, el número de hijos o la edad no deberían constituirse en criterios para promover o limitar el acceso a un método anticonceptivo.

Las mujeres con paridad satisfecha, o que no deseaban tener hijos, valoraron la esterilización femenina como la mejor opción, pensaban que era el anticonceptivo más efectivo, y desconocían que podía tener efectos secundarios. Así mismo, algunos autores destacan la conveniencia de la esterilización femenina para las mujeres que no desean tener más hijos, por ser “muy eficaz, segura y sin efectos secundarios” (36). Sin embargo, en Colombia el Ministerio de Salud (43) informa que existen métodos más efectivos, como los implantes y el sistema intrauterino con levonorgestrel. En Estados Unidos, un estudio identificó que la tasa de falla de este anticonceptivo difiere según la vía de realización: por

vía histeroscópica es del 4,7%, y por vía laparoscópica del 5.5%, evidenciando que los embarazos después de la esterilización femenina son más altos de lo esperado (47).

Cambios en la percepción sobre el método

Las mujeres creían que la esterilización femenina era el mejor método al que podían acceder, pero a medida que van percibiendo cambios en su salud y en la de otras mujeres cercanas, su percepción se modifica y algunas lamentan su elección, así como se reportó en un estudio iraní (40), en el que las mujeres se arrepienten de su decisión por los efectos adversos de este anticonceptivo (trastornos menstruales, disfunción sexual, ansiedad, y depresión). También, algunas mujeres reportan inconformidad por ser ellas quienes deben practicarse este tipo de procedimientos y no su pareja; al respecto, un estudio en la India sugiere la promoción de la esterilización masculina, por ser un procedimiento más sencillo y con recuperación más rápida en comparación con la femenina (9).

La presente investigación aporta una mirada cualitativa de la implementación de este método de planificación familiar, desde esta misma mirada se reportan algunos estudios (1,12,48). Sin embargo, son escasos los que exploran las experiencias de las mujeres. En Etiopía (49), se exploró la experiencia y la percepción en participantes que se habían practicado el procedimiento hace menos de 7 años.

Por lo tanto, este trabajo abre un camino para explorar las experiencias de las mujeres usuarias de esterilización femenina, aporta conocimiento de las vivencias alrededor de este anticonceptivo desde la voz de quienes las experimentan, y desde el contexto colombiano, para orientar las prácticas de atención en salud hacia las mujeres que eligen este método. Para la práctica de enfermería, esta información aporta a la creación e implementación de planes de cuidado coherentes a las necesidades de las personas, y amplía el alcance del cuidado de enfermería hacia las experiencias de las mujeres, que, en su gran mayoría, trascienden el ámbito institucional.

Limitaciones y recomendaciones

Se reconoce que los resultados obtenidos no son generalizables, dado que se obtuvieron desde un método

inductivo, sin embargo, 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 intereses de este grupo poblacional. A partir de este estudio, se evidencia la necesidad de continuar explorando la experiencia alrededor de la esterilización femenina en diferentes lugares geográficos, etnias y culturas. Desde el enfoque cuantitativo, se recomienda 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. Específicamente en enfermería, se sugiere ampliar el conocimiento científico que sustente la práctica profesional para mejorar los servicios de atención centrados en las mujeres, de esta forma, se contribuye con la visibilización de la disciplina y el empoderamiento de los planes de cuidados de enfermería basados en la evidencia.

Conclusiones

Las experiencias aportadas por las participantes del presente estudio visibilizaron que las mujeres atraviesan diferentes situaciones, desde el acercamiento al método hasta muchos años después de su implementación. Estas experiencias les produjeron, inicialmente, tranquilidad por la confianza en el método, pero a medida que pasa el tiempo, frustración, por: desinformación acerca de los posibles efectos colaterales, riesgo de ineffectividad o arrepentimiento; esto evidencia aspectos claves por fortalecer en el sistema de salud colombiano que le permita a la mujer tener una experiencia en planificación familiar que le aporte a su calidad de vida.

En los momentos “antes”, los factores de elección es-

tán relacionados con la necesidad de adoptar un método de planificación familiar en los que influyen las expectativas personales, la opinión de la pareja y del personal de salud; sin embargo, las entrevistadas accedieron a la esterilización femenina sin la suficiente educación para poder tomar una verdadera decisión informada.

En el “durante” las mujeres no recibieron información suficiente para el diligenciamiento del consentimiento informado, por lo que se requiere fortalecer la atención basada en los principios éticos, como la autonomía hacia las mujeres que, en ese momento, se encuentran en una situación de vulnerabilidad.

Después de la implementación, las participantes reconocieron que este anticonceptivo genera cambios en la salud, por lo que se requiere de un tipo de atención sanitaria hacia esta población que reconozca los posibles cambios y genere una atención integral para su manejo. Adicionalmente, algunas mujeres quedaron en embarazo y otras, reportaron arrepentimiento, evidenciando la necesidad de fortalecer la educación específica en este método durante el proceso de elección.

Se evidenció la necesidad de aumentar la calidad en los procesos de atención en salud relacionados con la esterilización femenina en el contexto colombiano, basados en los derechos sexuales y reproductivos, en los que se aborden a las mujeres de manera integral.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés

Referencias bibliográficas

1. Santana P, Peña E. Esterilización quirúrgica voluntaria como práctica anticonceptiva de las mujeres en Chile: resistencias, intereses y estigma reproductivo. *Rev Estud Antropol Sexual*. 2020; 10(1):105–23. <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/antropologiasexual/article/view/15886>
2. Claire I, Anderson D, Klapperich CM, Kuohung W, Wong JY. Biomaterials and contraception: promises and pitfalls. *Ann Biomed Eng*. 2020 Jul;48(7):2113–31. <https://doi.org/10.1007/s10439-019-02402-1>
3. 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*. 2020;88(2):127–9. <https://doi.org/10.24245/gom.v86i10.2188>

4. 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. *Hum Reprod.* 2021; 36(7):1989–98. <https://doi.org/10.1093/humrep/deab054>
5. Bermúdez C. Association between tubal sterilization and female sexual dysfunction: narrative review. *Ginecol Obstet Mex.* 2022 Jun; 90(6):513–9. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i6.7529>
6. Farland LV, 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; 32(7):747–56. <https://doi.org/10.1089/jwh.2022.0207>
7. 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;9:830068. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2022.830068>
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;5(1):25. <https://doi.org/10.1186/s40834-020-00131-8>
9. Bansal A, Dwivedi LK. Sterilization regret in India: is quality of care a matter of concern? *Contracept Reprod Med.* 2020 Dec;5(1):13. <https://doi.org/10.1186/s40834-020-00115-8>
10. Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, componente de salud sexual y salud reproductiva. 2015;2:1–832. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/ENDS-2015-TOMO-II.pdf.11>
11. 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 especialización en ginecología]. Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga; 2021.
12. Lozano-Beltrán JA. La esterilización femenina en mujeres: ¿una elección libre? *Cultura de los Cuidados.* 2023;27(65):41–53. <https://doi.org/10.14198/cuid.2023.65.04>
13. Carrillo S, Lorduy J. Factores sociodemográficos y obstétricos relacionados con aplicación del consentimiento informado en procedimientos de oclusión tubárica. Cartagena-Colombia. *Rev Habanera Ciencias Médicas.* 2020;19(4):1–18. <https://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3146>
14. Marino S, Canela CD, Nama N. Tubal sterilization. In: *StatPearls* [Internet]. 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470377/>
15. 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;9(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026121>
16. 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; 21(1):1246. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07247-w>
17. Jadhav A, Vala-Haynes E. Informed choice y sterilization femenina en South Asia y América Latina. *Rev Biosoc Sci.* 2018; 50(6):823–39. <https://doi.org/10.1017/S0021932017000621>
18. Carreras C. John Dewey: "En el principio fue la experiencia". *Utopía y Praxis Latinoamericana.* 2016;21(72):69–77. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27946220007>
19. Bardin L. *Análisis de contenido.* Madrid-España: Akal; 1996. 183 p.
20. Quiñonez M, Bueno L. Narrativa “amar, cuidar y trascender”: Aporte al conocimiento de enfermería. *Cultura de los Cuidados.* 2022;26(64). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.64.13.21>
21. Hernández G. Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Rev Cubana*

- Med Gen Integr. 2021;37(3). Epub 01-Sep-2021. https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002&lng=es
22. Ortega J. ¿Cómo saturamos los datos? Una propuesta analítica “desde” y “para” la investigación cualitativa. *Interciencia*. 2020;45(6):293–299. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33963459007>
 23. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución número 008430 de 1993 octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [Internet]. Santa Fe de Bogotá: El Ministerio; 1993 [consultado 04 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
 24. Gonzalo G, Alcalde I. Ética en investigación: de los principios a los aspectos prácticos. *An Pediatr*. 2023;99(3):195–202. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.06.005>
 25. Kluchin R. How should a physician respond to discovering her patient has been forcibly sterilized? *AMA J Ethics*. 2021;23(1). <https://doi.org/10.1001/amajethics.2021.18>
 26. Trindade RE da, Siqueira BB, Paula TF de, Felisbino-Mendes MS. Contraception use and family planning inequalities among Brazilian women. *Cien Saude Colet*. 2021;26:3493–504. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.24332019>
 27. 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;22(1):1264. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13662-3>
 28. Sharif AB, Hasan MT, Naziat MH, Zerín T, Kundu S. Permanent, long-acting and short-acting reversible contraceptive methods use among women in Bangladesh: an analysis of Bangladesh Demographic and Health Survey 2017-2018. *BMJ Open*. 2023;13(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-073469>
 29. Irons R. Qualitative analysis of the care in the family planning services offered to quechua-speaking patients in Ayacucho, Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019 Jun 1;36(2):188–95. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4356>
 30. Hayford SR, Kissling A, Guzzo KB. Changing educational differentials in female sterilization. *Perspect Sex Reprod Health*. 2020 Jul;52(2):117–27. <https://doi.org/10.1363/psrh.12137>
 31. 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). <https://doi.org/10.1186/s40695-021-00062-7>
 32. 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;15(6). <https://doi.org/10.7759/cureus.40344>
 33. Siemons SE, Vleugels MPH, van Balken MR, Braat DDM, Nieboer TE. Male or female sterilization - the decision-making process: counselling and regret. *Sex Reprod Healthc*. 2022;33:100767. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100767>
 34. 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. <https://doi.org/10.1007/s10995-021-03152-0>
 35. Jain AK. Examining progress and equity in information received by women using a modern method in 25 developing countries. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2016;42(3):131. <https://doi.org/10.1363/42e1616>
 36. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar: un manual mundial para proveedores. 3rd ed. 2019. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51918>
 37. Eeckhaut MC, Sweeney MM. Understanding sterilization regret in the United States: the role of relationship

- context. *J Marriage Fam.* 2018;80(5):1259–70. <https://doi.org/10.1111/jomf.12500>
38. Pal G, Chaurasia H. Revisiting post-sterilization regret in India. *J Obstet Gynaecol India.* 2020;70(4):295–303. <https://doi.org/10.1007/s13224-020-01309-5>
39. Youseflu S, Jahanian Sadatmahalleh S. Psycho-sexual influence of sterilization on women's quality of life: a path model. *Health Qual Life Outcomes.* 2021;19(1):89. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01733-9>
40. 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;12(3):200–6. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2018.5272>
41. Rufino Y. Asociación de alteraciones menstruales con oclusión tubárica bilateral en mujeres de 18 a 35 años atendidas en el hospital de ginecología y obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México. [Tesis de especialización en ginecología]. México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2021.
42. 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 Birth.* 2023 Jul;36(4):367–76. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.12.004>
43. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 603280 de 2018, agosto 02, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Bogotá D.C.: El Ministerio; 2018 [consultado 15 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
44. Dhobale AV, Kohale MG, Bankar NJ. A study of patients undergoing abdominal hysterectomy in tertiary care institute. *Cureus.* 2023 Jan 15;15(1). <https://doi.org/10.7759/cureus.33818>
45. Cuevas V, Díaz L, Espinoza F, Garrido C. Depresión y ansiedad en mujeres histerectomizadas no oncológicas posterior a la cirugía. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2019;84(3):245–56. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262019000300245>
46. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP 2022 - 2031 [Internet]. Bogotá D.C.: El Ministerio; 2022 [consultado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Planes_Estrateg_Inst/2022/Sectoriales/Plan_Decenal_Salud_2022-2031.pdf
47. 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. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2022.03.001>
48. 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. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.08.009>
49. 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;13:49–60. <https://doi.org/10.2147/OAJC.S359120>.