



ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Factores psicosociales que intervienen en la regulación de la fecundidad en mujeres, Tunja, Colombia, 2014-2016

Psychosocial factors that intervene in the regulation of fertility in women, Tunja, Colombia, 2014-2016

Fatores psicossociais que intervêm na regulação da fertilidade em mulheres, Tunja, Colômbia, 2014-2016

Ruth Jael Robles-Santos¹, Isabel Cristina Flórez-Escobar¹

¹ Grupo HYGEA, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Boyacá, Tunja, Colombia

Correspondencia: Ruth Jael Robles-Santos, Carrera 2ª Este N° 64-169, Universidad de Boyacá, Tunja, Colombia. Teléfono:(313) 494-4554

Correo electrónico: rjrobles@uniboyaca.edu.co

Fecha de recibido: 09-11-2016

Fecha de aceptación: 25-06-2017

Citar este artículo así:

Robles-Santos RJ, Flórez-Escobar IC. Factores psicosociales que intervienen en la regulación de la fecundidad en mujeres, Tunja, Colombia, 2014-2016. Revista Investig Salud Univ Boyacá. 2017;4(2):169-187. doi: <https://doi.org/10.24267/23897325.235>



RESUMEN

Introducción. En Colombia, la regulación de la fecundidad es un derecho, pero es necesario tener acceso a la información y a los servicios para poder decidir libremente tener hijos o no. Se presentan los factores que intervienen, entre ellos los psicosociales, para el cumplimiento terapéutico de los métodos de regulación de la fecundidad.

Objetivo. Determinar los factores psicosociales en el cumplimiento de los métodos de regulación de la fecundidad y su asociación con variables sociodemográficas.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal con enfoque cuantitativo, con una muestra de 318 mujeres y la aplicación de una encuesta.

Resultados. El 61,6 % de las mujeres de la muestra estaba entre los 20 y los 29 años de edad; el 42,3% obtuvo información de los métodos de regulación de la fecundidad de profesionales de la salud; el 90,0 % siempre los utilizó durante las relaciones sexuales; el 81,4 % tuvo, en promedio, dos hijos; el 19,6 % declaró haber quedado embarazadas utilizándolos; el 91,3 % expresó que es una responsabilidad compartida por la pareja, apoyándolas a seguir las indicaciones del profesional en el 66,0 %; el 56,9 % asistió siempre al control de regulación de la fecundidad. Se encontró asociación entre el nivel educativo de las mujeres y la responsabilidad en el uso de los métodos; el 97,8 % tenía educación superior y consideraba que la responsabilidad es de la pareja, y el 80,1 % de las mujeres con hijos acudía siempre a los controles.

Conclusiones. Los factores psicosociales inciden en el cumplimiento de los métodos de regulación de la fecundidad, dado que un porcentaje significativo refirió como estado conyugal la unión libre, lo que les permitía autonomía para la elección del método y apoyo de la pareja. Las mujeres participaron voluntariamente en el programa y hubo satisfacción con la atención y con la información brindada por el proveedor del servicio.

Palabras clave: planificación familiar, fertilidad, terapéutica, consejería médica.

ABSTRACT

Introduction: In Colombia, the regulation of fertility is a right, but it is necessary to have access to information and services to decide freely whether or not to have children, presenting psychosocial factors that intervene in their adherence to the methods of regulation of fertility.

Objective: To determine the psychosocial factors of the population under study in the adherence to the methods of regulation of fertility and its association with sociodemographic variables.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted with a sample of 318 women and a survey.

Results: 61.6% of the sample were between 20 and 29 years of age; 42.3% obtained information on fertility regulation methods from health professionals; 90.0% always used them during sexual intercourse; 81.4% had on average of two children; 19.6% reported becoming pregnant while using them; 91.3% expressed that it is a responsibility shared by the couple, supporting them to follow the professional's instructions in 66.0%; 56.9% always attended the control of fertility regulation.

Conclusions: Psychosocial factors influence adherence to fertility regulation methods, since a significant percentage referred to marital status in free union, allowing them autonomy for the choice of method and support of the couple. The women participated voluntarily in the program and there was satisfaction with the care and information provided by the service provider.

Key words: Family planning, fertility, therapeutics, medical counseling.

RESUMO

Introdução: Na Colômbia, a regulação da fertilidade é um direito, mas é necessário ter acesso a informações e serviços, a fim de decidir com liberdade se ter filhos ou não. Os fatores que intervêm são apresentados, entre eles os psicossociais, para a realização terapêutica dos métodos de regulação da fertilidade.

Objetivo: Determinar os fatores psicossociais em conformidade com os métodos de regulação da fertilidade e sua associação com variáveis sócio-demográficas.

Materiais e métodos. Foi realizado um estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa, com uma amostra de 318 mulheres e a aplicação de uma pesquisa.

Resultados: 61,6% das mulheres na amostra tinham entre 20 e 29 anos de idade; 42,3% obtiveram informações sobre métodos para regular a fertilidade dos profissionais de saúde; 90,0% sempre usaram o métodos durante a relação sexual; 81,4% tinham, em média, duas crianças; 19,6% manifestaram ter ficado grávidas usando-os; 91,3% expressaram que é responsabilidade compartilhada pelo casal, apoiando-os a seguir as indicações do profissional em 66,0%; 56,9% sempre participaram do controle da regulação da fertilidade. Foi encontrada associação entre o nível educacional das mulheres e a responsabilidade no uso dos métodos; 97,8% tiveram educação superior e consideraram que a responsabilidade pertence ao casal, e 80,1% das mulheres com filhos sempre foram aos controles.

Conclusões: Os fatores psicossociais afetam o cumprimento dos métodos de regulação da fertilidade, uma vez que uma porcentagem significativa referiu ao estado civil como livre união, o que lhes permitiu autonomia para escolher o método para regular a fertilidade e apoio do casal. As mulheres participaram voluntariamente do programa e houve satisfação com a atenção e com as informações fornecidas pelo provedor de serviços.

Palavras-chave: planejamento familiar, fertilidade, terapêutica, aconselhamento médico.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento terapéutico como el “grado en el que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de asistencia sanitaria”. La falta de el cumplimiento terapéutico constituye un importante problema de salud pública y es considerado por la OMS como uno de los temas prioritarios, dadas sus consecuencias clínicas y económicas, y sitúa el incumplimiento en una de las fronteras que más separan la eficacia de la efectividad de un determinado fármaco; es decir, su toma inadecuada afecta directamente el objetivo por el que se han prescrito (1).

Por lo tanto, el término ‘cumplimiento’ (adherence) indica un aspecto activo de compromiso por parte del paciente, y responsabiliza al médico y al profesional en enfermería para crear un contexto en el que el paciente comprenda su problema de salud y las consecuencias de seguir el tratamiento, y facilite la toma de decisiones compartidas y, como resultado, mejore la efectividad terapéutica.

Con respeto a los factores psicosociales que determinan el cumplimiento con los métodos de regulación de la fecundidad, según Menéndez, et al. (2), los aspectos que influyen en la aceptación de los métodos de planificación familiar de las mujeres en edad fértil, se relacionan con que sus

esposos les den el apoyo necesario para acudir al servicio de salud más cercano y poder elegir uno de los métodos anticonceptivos según sus necesidades. A su vez, Mafla, et al. (3), refieren que el principal factor social que impide la utilización de métodos de regulación de la fecundidad es el relacionado con el nivel de instrucción académico y la influencia que tiene la pareja o compañero sexual en cuanto a la planificación familiar, seguido por el factor religioso, ya que las religiones evangélicas y los Testigos de Jehová impiden la utilización de métodos anticonceptivos. Ku (4), en su estudio, describió que la oposición de la pareja al uso de métodos anticonceptivos determinó la necesidad insatisfecha, su presencia fue un riesgo para que la mujer no utilizara la anticoncepción y tuviera un embarazo no deseado.

Asimismo, Gómez, et al. (5), refieren que la elección del anticonceptivo depende de la facilidad de compra o de que la empresa promotora de salud lo provea, similar a lo comentado por Torres, et al. (6), quienes encontraron una relación positiva entre el nivel educativo de la mujer y su conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y la demanda por servicios de salud, existiendo un alto uso de métodos de planificación familiar por parte de las mujeres casadas o en unión libre, y de las sexualmente activas.

Colombia ha sido considerado uno de los países latinoamericanos más exitosos en lograr un

descenso rápido de su fecundidad; a este hecho han contribuido, entre otros la rápida urbanización, el aumento de la escolaridad y la gran aceptación de la planificación familiar por parte de la comunidad. Sin embargo, a pesar de la alta prevalencia en el uso de métodos mostrada en la última "Encuesta de demografía y salud", existe una gran demanda insatisfecha, especialmente en las poblaciones rurales y en las urbanas menos favorecidas (7). Sin embargo, para Boyacá se registra la tasa de fecundidad deseada de 1,8 hijos por mujer; solo el 49 % de los embarazos y de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años han sido deseados, el 28 % deseaba el embarazo pero proyectado en el mediano o largo plazo y el 23 % lo reporta como francamente no deseado, el 70 % de las mujeres en unión libre no desea más hijos; el 83 % de las mujeres boyacenses casadas o en unión libre, utiliza un método de regulación de la fecundidad, y el más usado es la esterilización femenina, con 32 %, y solo el 7,5 % de las mujeres en unión libre utiliza el condón en sus relaciones sexuales.

En Tunja, según el Análisis de la Situación de Salud del 2013, en la dimensión de salud sexual y reproductiva, se prioriza entre las principales problemáticas el embarazo en mujeres adolescentes que se encuentra con un índice aumentado en la ciudad (8).

Por lo tanto, la presente investigación pretendió determinar los factores psicosociales en el cumplimiento de los métodos de regulación de la fecundidad y su asociación con variables socio-demográficas, y la incidencia que tiene en el cumplimiento terapéutico, como factor protector de la salud, en los costos sociales y económicos, en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) de la Empresa Social del Estado Santiago de Tunja (E.S.E.), con la finalidad de dar respuesta a la situación actual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se adelantó un estudio descriptivo y transversal con enfoque cuantitativo, subproducto del macroproyecto de investigación "Factores que determinan la adherencia (sic) terapéutica a los métodos de regulación de la fecundidad en las mujeres en edad fértil (15-49 años), E.S.E. Santiago de Tunja, Boyacá, Colombia, 2014-2016".

De una población total de 20.488 mujeres en edad fértil que asistieron al programa de planificación familiar durante el año 2015, se tomó una muestra de 318 mujeres calculada con el programa estadístico Epidat 3.1, con un nivel de confianza del 5 %, confiabilidad del 95 %, precisión del 5 % y una proporción esperada del 50 %.

El dato fue tomado en virtud de la limitación de estudios similares que proyectaron la prevalencia en el tema de investigación (9). El muestreo se

hizo de forma no probabilística a cuotas, las cuales se definieron por los rangos de edad (15 a 49 años), desde el referente estadístico y casuístico reportado por la E.S.E. Santiago de Tunja, con respecto a la participación de mujeres adolescentes desde los 15 años en el programa de planificación familiar.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años de edad) e inscritas en el Programa de Planificación Familiar de la E.S.E. Santiago de Tunja, Boyacá, Colombia, y que estuvieran utilizando los métodos de regulación de la fecundidad.

Los criterios de exclusión fueron: mujeres en condición de discapacidad cognitiva y mujeres con terapia hormonal anticonceptiva o con fines terapéuticos diferentes a la regulación de la fecundidad.

Para la recolección de la información, se hizo una encuesta estructurada que contenía variables sociodemográficas (edad, procedencia, estado civil, escolaridad, ocupación y estrato social) y factores psicosociales que intervenían en la observancia de los métodos de regulación de la fecundidad (interacciones entre las personas y su ambiente físico, social, económico y cultural, y la forma como asocia sus necesidades y su satisfacción personal a su entorno). El instrumento tuvo

validación de criterio y contenido con la técnica del juicio de expertos.

Los datos se procesaron con el programa SPSS®, versión 20. Se hizo el análisis univariado de las variables categóricas y su magnitud por medio de la distribución de las frecuencias absolutas y relativas. Se calcularon las medidas de tendencia central y de variabilidad o dispersión para las variables cuantitativas; el análisis bivariado contempló la aplicación de pruebas no paramétricas (ji al cuadrado).

Consideraciones éticas

El proyecto fue avalado formalmente por el Comité de Bioética de la Universidad de Boyacá (CB 172 del 22 de octubre de 2015), a partir de lo establecido en la Resolución 008430 de 1993, en la cual se categorizó como una investigación de mínimo riesgo; además, se contó con la aceptación y firma del consentimiento informado.

RESULTADOS

Aspectos sociodemográficos

En cuanto a la edad, se encontró que el 61,6 % de las mujeres estaban entre los 20 y los 29 años; la mayoría procedía de la zona urbana (84,2 %); en cuanto al estado civil, predominó la condición

de unión libre (60,3 %). En el nivel educativo, se tuvo que el 42,6 % presentaba nivel secundario completo, el 22,4 %, secundaria incompleta; el 21,8 %, nivel superior, y el 12,3 %, nivel primario completo o incompleto (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de mujeres en edad fértil, Empresa Social del Estado Santiago de Tunja, Colombia, periodo 2014-2016

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n (%)*
Edad (años)	
15-19	76 (23,9)
20-29	196 (61,6)
30-39	42 (13,2)
40-49	4 (1,3)
Procedencia	
Rural	50 (15,8)
Urbano	266 (84,2)
Estado civil	
Nunca casada ni en unión libre	79 (24,9)
Casada	30 (9,5)
Unión libre	191 (60,3)
Divorciada o separada	17 (5,4)
Educación	
Sin educación	3 (1,0)
Primaria completa	23 (7,3)
Primaria incompleta	16 (5,0)
Secundaria completa	135 (42,6)
Secundaria incompleta	71 (22,4)
Superior	69 (21,8)

* Se excluyeron las mujeres que no respondieron y a las que no aplicaba.

Con respecto al nivel socioeconómico de la población objeto de estudio, se tiene que el 56,6% correspondían al estrato 1,34, el 6 %, al estrato 2; el 8,5 %, al estrato 3, y el 0,3 %, al estrato 4. En relación con el trabajo femenino, se tiene que el 67,9 % se encontraba sin empleo, el 28,0 %, con empleo, y el 4,1 %, no empleada en los últimos 12 meses.

Factores psicosociales

Acerca de los factores psicosociales que determinaron la observancia de los métodos de regulación de la fecundidad, la mayoría (42,3 %) de la población de estudio manifestó que obtuvo la información sobre dichos métodos de profesionales de la salud; les siguieron el profesor, la madre y el amigo. La frecuencia del uso de los métodos durante las relaciones sexuales, fue del 90,0 % (tabla 2).

Tabla 2. Frecuencia de uso de los métodos de regulación de la fecundidad durante las relaciones sexuales, Empresa Social del Estado Santiago de Tunja, Colombia, periodo 2014-2016

FRECUENCIA DEL USO	TOTAL*	%
Nunca	3	1,2
Muy poco	6	2,4
Frecuente	16	6,4
Siempre	224	90,0
Total	249	100,0

* Se excluyeron las mujeres que no respondieron y a las que no aplicaba.

Las mujeres que utilizaron muy poco o nunca los métodos de regulación de la fecundidad durante las relaciones sexuales, manifestaron que las causas fueron: por considerarlo un pecado, o la preferencia de métodos no convencionales, como la ducha vaginal.

En la tabla 3 se evidencia que el 81,35 % de las mujeres en edad fértil del presente estudio tienen, en promedio, dos hijos.

Tabla 3. Presencia y número de hijos de las mujeres en edad fértil. Empresa Social del Estado Santiago de Tunja-Boyacá-Colombia. Periodo 2014-2016.

Hijos*	
Presencia, n (%)	205 (81,4)
Número de hijos, media (DE)	2 (0,889)

* Se excluyeron las mujeres que no respondieron y a las que no aplicaba.

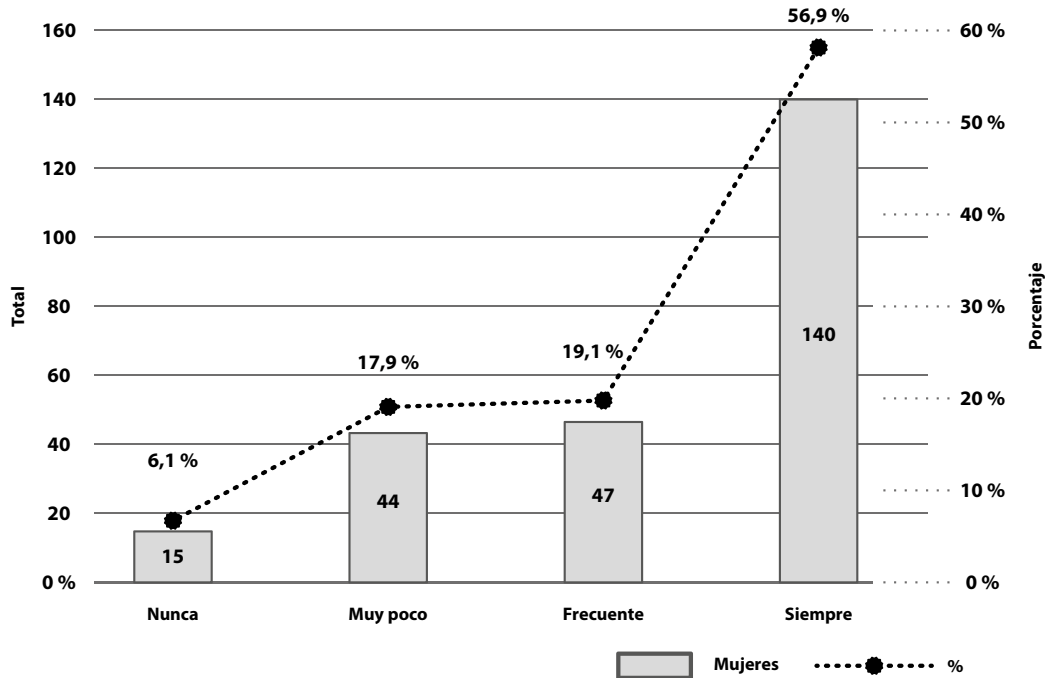
DE: desviación estándar

El 19,6 % de las mujeres declaró que habían quedado embarazadas mientras utilizaban algún método de regulación de la fecundidad; sobre la responsabilidad del uso de los métodos, el 91,3% informó que es compartida por la pareja. En cuanto a la ayuda de la pareja para seguir las indicaciones del profesional de salud sobre el uso de los métodos, el 66,0 % manifestó que su pareja siempre le ayudó, aunque a las que les ayudaron muy poco o nada a seguir las indicaciones fue por

falta de interés o de tiempo, o porque querían tener hijos.

En relación con la frecuencia con la que acudían las mujeres al control de regulación de la fecundidad, el 56,9% declaró asistir siempre, aunque los motivos por los que algunas asistieron poco o nada al control fueron los horarios establecidos por la institución de salud o donde les suministraban los métodos (figura 1).

Figura 1. Frecuencia de asistencia al control de regulación de la fecundidad, Empresa Social del Estado Santiago de Tunja, Colombia, periodo 2014-2016



Nota: se excluyeron las mujeres que no respondieron y a las que no aplicaba.

Se encontraron diferencias en la frecuencia de los grupos de edad con relación al factor de interacción del paciente y el profesional de salud ($p=0,007$). Los grupos de edad de 15 a 19 años y de 20 a 29 años presentaron un comportamiento similar, es decir, participaron por el inicio de las relaciones sexuales y para prevenir embarazos, mientras que, para el grupo de edad de 30 a 49 años, fue por recomendaciones de otras personas y por prevenir embarazos (tabla 4).

Se halló asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y el factor de interacción del paciente y el profesional de salud, relacionado con las razones para participar en el programa de regulación de la fecundidad ($p=0,005$). Las mujeres con educación primaria participaron, principalmente, por prevenir embarazos, las de educación secundaria, por el inicio de las relaciones sexuales y por prevenir embarazos, y las de educación superior, por el inicio de las relaciones sexuales (tabla 4).

Se encontró asociación entre tener hijos y la frecuencia de asistencia al control de regulación de la fecundidad ($p=0,004$). Las mujeres con hijos acudieron siempre o frecuentemente, en contraste con las mujeres sin hijos, quienes acudieron con menor frecuencia al control.

Tabla 4. Asociación entre la edad, el nivel educativo, el tener hijos y el factor de interacción del paciente y el profesional de salud

FACTOR DE INTERACCIÓN DEL PACIENTE Y EL PROFESIONAL DE SALUD	GRUPO DE EDAD (AÑOS)			χ^2 , p
	15 a 19 n (%)	20 a 29 n (%)	30 a 49 n (%)	
RAZONES PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD (PLANIFICACIÓN FAMILIAR)				
Inicio de relaciones sexuales	16 (37,2)	63 (49,2)	6 (20,7)	17,7 ,0,007*
Dudas sobre el uso de los métodos de regulación de la fecundidad	2 (4,7)	9 (7,0)	2 (6,9)	
Recomendado por otras personas	8 (18,6)	15 (11,7)	12 (41,4)	
Prevención del embarazo	17 (39,5)	41 (32,0)	9 (31,0)	
FACTOR DE INTERACCIÓN DEL PACIENTE Y EL PROFESIONAL DE SALUD	EDUCACIÓN			χ^2 , p
	Primaria n (%)	Secundaria n (%)	Superior n (%)	
RAZONES PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD (PLANIFICACIÓN FAMILIAR)				
Inicio de relaciones sexuales	6 (25,00)	54 (39,13)	25 (71,43)	18,7, 0,005**
Dudas sobre el uso de los métodos de regulación de la fecundidad	3 (12,505)	9 (6,52)	1 (2,86)	
Recomendado por otras personas	7 (29,17)	25 (18,12)	1 (2,86)	
Prevención del embarazo	8 (33,33)	50 (36,23%)	8 (22,86)	

* *Diferencias significativas en la frecuencia de respuestas entre los grupos de edad ($p<0,05$)*

***Diferencias significativas en la frecuencia de respuestas entre los grupos de educación ($p<0,05$)*

FACTOR PSICOSOCIAL	TIENE HIJOS		χ^2 , p
	Sí	No	
	n (%)	n (%)	
FRECUENCIA DE ASISTENCIA AL CONTROL DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD (PLANIFICACIÓN FAMILIAR)			
Nunca	8 (4,0)	7 (15,9)	13,6,0,004*
Muy poco	32 (15,9)	12 (27,3)	
Frecuente	41 (20,4)	6 (13,6)	
Siempre	120 (59,7)	19 (43,2)	

* Diferencias significativas en la frecuencia de respuestas entre tener hijos o no ($p < 0,05$)

DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación se concluyó que el 61,6 % de las mujeres en edad fértil se encontraban entre los 20 y los 29 años, obtenían información sobre los métodos de regulación de la fecundidad de profesionales de la salud (42,3%), seguidos de profesores, madres y amigos, el programa de planificación familiar y otros medios, en contraste con los datos analizados por Campo-verde, et al. (10), quienes identificaron que el 48 % de las mujeres obtenían la información sobre anticoncepción de amigos, familiares y vecinos, el 33 % en internet, el 17 % del personal de salud, y el 1 % de la iglesia u otros medios.

Al consultar a las mujeres en edad fértil sobre la frecuencia de uso de los métodos de regulación de la fecundidad durante las relaciones sexuales, el

90,0 % manifestó que siempre los utiliza, el 6,4 % que los utiliza con frecuencia, el 2,4 % que muy poco y solo el 1,2 % que no los utiliza. Contrario al estudio de Maroto, et al. (11), en el cual el 51,8% de las mujeres en edad fértil utilizaba algún método anticonceptivo, y tenía una media de relaciones sexuales por mes de 8,4, que no difería significativamente del 8,2 % de las que no los usaban.

Las mujeres que utilizan muy poco o nunca los métodos de regulación de la fecundidad durante las relaciones sexuales, manifestaron que es por considerarlo un pecado, que no se siente el mismo placer, que pueden presentar alteraciones en la salud y porque daña la figura; en concordancia con lo anterior, Matagira, et al. (12), concluyeron en su estudio, que el 50 % de los jóvenes no usan métodos anticonceptivos porque pierden

la figura (vanidad), el 21,7 % considera que es una pérdida de tiempo, el 15,3 % no cree en las indicaciones de quienes hacen los programas, el 10,8% considera que son costosos y, el 2,2 %, que es pecado (religión).

El 81,4 % de las mujeres en edad fértil tienen hijos, con un promedio de dos, y el 19,6 % de las mujeres declararon que, mientras utilizaban algún método de regulación de la fecundidad, habían quedado embarazadas. Por el contrario, López, et al. (13), observaron la eficacia de los métodos anticonceptivos en el 91 % de las usuarias, mientras que el 9 % se habían embarazado. Sobre la responsabilidad del uso de los métodos de regulación de la fecundidad, el 91,3 % de las mujeres encuestadas expresaron que era compartida por la pareja, el 7,1 % manifestó que recaía en la mujer y, el 1,6 %, sobre el hombre. En cambio, Campoverde, et al. (10), determinaron que el 76 % de las mujeres pensaba que la planificación familiar era responsabilidad exclusivamente de ellas y el 24 % de la pareja.

En cuanto a la ayuda que proporciona la pareja a la mujer para seguir las indicaciones del profesional de salud con respecto al uso de dichos métodos, el 66,0 % manifestó que su pareja siempre le ayudaba, el 15,8 %, con frecuencia, el 12,3 %, muy poco, y el 5,9 % declaró que nunca recibía ayuda de su pareja. Al respecto, comentaron que el 70 % de la población femenina piensa

que es necesaria la presencia y la participación de su pareja en la planificación familiar, mientras que el 30 % piensa que pueden tomar decisiones solas (10).

Sobre la frecuencia con la que acuden las mujeres al control de regulación de la fecundidad, el 56,9 % declaró asistir siempre, y que los horarios establecidos por la institución de salud eran un motivo por el cual algunas mujeres asistían poco o nada al control. Al respecto, Menéndez, et al. (2), determinaron en su estudio que era importante tener en cuenta que entre menor era la distancia hasta un servicio de salud, mayor oportunidad tenía la mujer para acudir a solicitar atención. De igual manera, Ocampo, et al. (14), deducen que otra causa indiscutible de inasistencia al control es el horario en que se ofrece el servicio.

En cuanto a la información recibida por las mujeres durante la consulta sobre los posibles efectos secundarios que puede ocasionar el método que emplea actualmente, el 73,0 % manifestó que siempre recibía la información; del mismo modo, describieron que el 85 % de las personas investigadas respondían que recibían consejería y el 15 % que no, la importancia educativa y comunicativa con los usuarios influye en la elección del método y en su continuidad (2). Por el contrario, según Gómez, et al. (5), aunque el plan de beneficios del sistema de salud colombiano ofrece un amplio abanico de métodos anticonceptivos, solo el 54 %

de las mujeres que usan un método moderno reportaron haber recibido orientación sobre los posibles efectos del método seleccionado.

En relación con la frecuencia del cumplimiento de las citas establecidas por el personal de salud para la consulta de regulación de la fecundidad, el 69,6 % siempre cumplía las citas; en cuanto al horario de la consulta que ofrece el servicio de salud, el 56,2 % declaró que siempre se adecuaba a sus necesidades. Igualmente, registraron que el 100 % de las personas investigadas respondieron que acuden a los servicios de planificación familiar por su propia voluntad, lo que confirma que las mujeres pueden decidir sobre su propia salud en beneficio de su familia, a pesar de que algunas veces hayan encontrado cerrado el servicio de salud, ellas persisten en el deseo de planificar; asimismo, el 95 % respondió que no tienen dificultad para asistir a la consulta de planificación familiar y, el 5 %, que sí (2).

Al consultar a las mujeres de Tunja sobre las razones por las cuales participan en el programa, el 42,5 % declaró que por el inicio de las relaciones sexuales y, el 33,5 %, para prevenir el embarazo; y el 62,2 % de las mujeres que no participan en el programa alegó que por falta de tiempo. En concordancia con lo anterior, Matagira, et al. (12), refieren que el 69,5 % de los adolescentes encuestados no participa en los programas de planificación familiar, mientras que Campoverde,

et al. (10), describen que el 72% de la población de mujeres estudiadas no confía en el personal médico de la institución,

El 57,2 % de las mujeres identificaron los profesionales que hacen parte del programa, el 65,7 % considera que el tiempo empleado por el personal de salud para informar sobre las indicaciones y los cuidados del método es suficiente, con una receptividad del 67,6 % a las preguntas e inquietudes que tienen las mujeres sobre el uso de los métodos. De manera semejante, en el estudio encontraron que el 90 % de las encuestadas que asistían a un puesto de salud se sentían bien atendidas y, el 10%, en forma regular (2).

El 75,2% declararon que recibieron confianza, respeto y confidencialidad del médico o enfermera durante la consulta de planificación familiar; de la misma manera, Cárdenas, et al. (15), identificaron que la confidencialidad entre profesional y usuaria, fue percibida como buena por las adolescentes; el 74 manifestó que el/la matrn/matrona al inicio de la atención garantizó el respeto por la información y el 75 % confió en dicha afirmación.

En el presente estudio se evidenció la asociación que hay entre los factores psicosociales y la observancia de los métodos y de los programas de regulación de la fecundidad ($p=0,007$); los grupos de edad de 15 a 19 años y de 20 a 29 años, participaron por el inicio de las relaciones

sexuales y para prevenir embarazos ($p=0,005$); las mujeres con educación primaria participaron, principalmente, por prevenir los embarazos; de educación secundaria, por el inicio de las relaciones sexuales y para prevenir embarazos, y las de educación superior, por el inicio de las relaciones sexuales ($p=0,004$). Las mujeres con hijos acudieron siempre o frecuentemente, en contraste con las mujeres sin hijos, que acudieron con menor frecuencia al control; la participación de la pareja y la atención de los profesionales de salud influyeron positivamente para decidir sobre la planificación familiar.

Diferente a lo encontrado en el estudio, pero con resultados estadísticamente significativos, de las 102 mujeres encuestadas, el 74,5 % tenía necesidad insatisfecha en planificación familiar por alguna de las causas estudiadas (4). La mayoría (92,2 %) manifestó temor por los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, el 71,6% subestimó el riesgo de embarazo y el 22,5 % expresó que su pareja se oponía al uso de los métodos anticonceptivos. Todos estos porcentajes fueron estadísticamente significativos ($p<0,05$). La dificultad del acceso a los métodos anticonceptivos y la falta de información sobre ellos no fueron estadísticamente significativos ($p<0,05$); sin embargo, la falta de información sobre los signos de alarma (44,1 %), efectos secundarios y el modo de uso (17,6 % y 7,8 %, respectivamente) y el mal trato por parte del proveedor de salud

(1 %) obtuvieron resultados estadísticamente significativos ($p<0,05$).

Para futuros estudios, se podrían considerar otros factores que pueden incidir en la observancia de los métodos de regulación de la fecundidad en las mujeres en edad fértil, como la aplicación de los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud por parte de los profesionales de la salud, como acción fundamental en la decisión informada por parte del usuario y la satisfacción con el método elegido.

CONCLUSIONES

Los factores psicosociales relacionados con la interacción del paciente y el profesional de salud determinan la observancia de los métodos de regulación de la fecundidad, con el hecho de haber iniciado relaciones sexuales y evitar un embarazo. Por estas razones participan en el programa de regulación de la fecundidad, apoyado por las recomendaciones dadas por el médico o la enfermera a las mujeres, las cuales son claras y oportunas, así como el tiempo suficiente que emplea el personal de salud para informarles sobre las indicaciones del uso y cuidado del método elegido. También, refieren que estos le brindan confianza, respeto y confidencialidad, concluyéndose que se presta asesoría y consejería para el uso correcto de los métodos dentro del programa.

Por último, se encontró asociación entre tener hijos y la frecuencia de asistencia al control de regulación de la fecundidad, concluyéndose que es importante acudir al control como mecanismo de protección para prevenir un nuevo embarazo en las usuarias del presente estudio.

LIMITACIONES

En cuanto a las limitaciones, quedaron excluidas las mujeres en edad fértil que no acudieron al programa de regulación de la fecundidad durante el periodo en el que se aplicó el instrumento. Asimismo, el contraste de los resultados obtenidos con estudios similares fue limitado, en la medida en que la búsqueda de los mismos no arrojó investigaciones que indagaran exclusivamente en los aspectos psicosociales y su influencia en el cumplimiento de los métodos de regulación de la fecundidad.

AGRADECIMIENTOS

A la Empresa Social del Estado E.S.E. Santiago de Tunja y a las mujeres participantes en el estudio.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

FINANCIACIÓN

Centro de Investigación para el Desarrollo, CIPADE, Universidad de Boyacá.

REFERENCIAS

1. Adarve-Hidalgo E, Falguera G, Seguranyes G. Adherencia y cumplimiento del método anticonceptivo hormonal oral. *Revista Matronas*. 2016;17:1-34. Fecha de consulta: 20 de junio de 2016. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/1987/173/adherencia-y-cumplimiento-del-metodo-anticonceptivo-hormonal-oral>.
2. Menéndez L, Cabrera J. Factores que influyen en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad reproductiva de la comunidad Nuevo Horizonte Santa Ana, Peten (tesis). Ciudad de Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2008.
3. Mafla D, Yamá A. Factores sociales, culturales y religiosos que impiden la utilización de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en el Servicio de Ginecología del Hospital Marco Vinicio Iza de la provincia de Sucumbíos en el periodo marzo-agosto 2014 (tesis). Tulcán, Ecuador: Universidad Politécnica Estatal de Carachi; 2014.

4. Ku E. Causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar en mujeres con embarazo no deseado del Instituto Nacional Materno-Perinatal. *Revista Peruana de Epidemiología*. 2010;14:124-132. Fecha de consulta: 1° de agosto de 2015. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203119666006>.
5. Gómez P, Pardo Y. Percepciones del uso de anticonceptivos en Bogotá, Colombia, 2009. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2010;61:34-41.
6. Torres M, González P. Antecedentes teóricos y empíricos del uso de métodos de planificación familiar. *Investigación y Reflexión*. 2009;17:71-82.
7. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS 2010: Región Oriental, Boyacá; 2011. Fecha de consulta: 21 de octubre de 2014. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia-Profamilia/documentos/boletines/departamentales/Boyaca.pdf>.
8. Alcaldía Municipal de Tunja. Secretaría de Protección Social. Análisis de la situación de salud con el modelo conceptual de determinantes sociales de la salud Tunja: la Alcaldía; 2013. Fecha de consulta: 18 de octubre de 2014. Disponible en: <http://boyaca.gov.co>
9. Mendenhall W, Scheaffer R, Richard L, Lyman O. *Elementos de muestreo*. México, D.F: Editorial Iberoamericano; 1987. p.321.
10. Campoverde W, Gualpa I. Aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres en período fértil en el área de influencia del Hospital Guamote en el período abril a agosto del 2012 (trabajo de investigación). Quito, Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2012.
11. Maroto de Agustin A, Moreno M, Rubio M, Ortiz C. Conocimientos y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud. *Revista Española de Salud Pública*. 1998;72:547-570.
12. Matagira G, Meza J, Hernández Y, Córdoba N. Factores psicosociales que inciden en la adherencia de los usuarios jóvenes al programa de planificación familiar en la Institución Salud Darién IPS en el municipio de Apartadó, Antioquia, Colombia. *DISS*; 2012.
13. López W, Contreras MK. Planificación familiar estudio a realizar en pacientes entre 20 a 30 años de edad que acuden al área de consulta externa de la unidad anidada del Hospital SecSalud/images/Documentos/ASIS_2013/ASIS%TUNJA%202013.pdf.

- Baba en la ciudad de Baba desde febrero a agosto del 2012 (tesis). Babahoyo, Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo; 2012.
14. Ocampo D. Causas de la no adherencia de adolescentes al programa de planificación familiar en la ESE Hospital La Misericordia. Manizales: Universidad de Manizales; 2015.
 15. Cárdenas A, Mora V, Toledo C, Veloso J. Relación entre percepción de atención brindada por matrn/a y continuidad a controles de regulación de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años del CESFAM Río Bueno, Chile (tesis). Valdivia: Universidad Austral de Chile; 2012.



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional