

**Motivos de discontinuación en el uso del implante subdérmico (IS) en dos centros de salud del Área Programática del Hospital Santojanni. Repensando estrategias locales de implementación para mejorar su adherencia.**

**DIRECTORA:** Viviana Mazur

**EQUIPO DE INVESTIGACIÓN**

<b>NOMBRE y APELLIDO</b>	<b>DNI</b>	<b>INSTITUCIÓN</b>	<b>PROFESIÓN</b>
Verónica García (Coordinadora)	23508495	CeSAC 4	Ginecóloga
Natalia Israeloff	27777890	CeSAC 7	Antropóloga
Cecilia Quattrucci	33106463	CeSAC 4	Socióloga
Marisa Menestrina	22791519	CeSAC 7	Médica Generalista
Natalia Barbieri	27941345	CeSAC 7	Médica Generalista

**Lugar de realización:** Ciudad de Buenos Aires - CeSAC 4 y CeSAC 7 - Área Programática Htal. Gral. de Agudos Donación Francisco Santojanni

**Dirección:** Av. Olazábal 5226, 4to E. CP 1431.

**Teléfono:** 1161006008

**Mail:** nataliabarbieri80@yahoo.com.ar

**Fecha de informe final** 31/03/2021

**Trabajo inédito**

**Trabajo de investigación con enfoque mixto cuali-cuantitativo**

**Categoría: Gestión / Administración de servicios de salud**

**Acerca de las autoras:** El equipo de investigación está conformado por una socióloga integrante de la Residencia Posbásica de Investigación en Salud, una ginecóloga del CeSAC 4, y tres integrantes del equipo de Salud Sexual del Cesac 7: una antropóloga y dos médicas generalistas. Además contamos con una directora, encargada de supervisar nuestro trabajo. El proyecto se llevó a cabo en el marco de un subsidio otorgado para proyectos de investigación traslacional para la salud, otorgado por la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional del Ministerio de Salud del GCABA, a fines del 2019.

**Motivos de discontinuación en el uso del implante subdérmico (IS) en dos centros de salud del Área Programática del Hospital Santojanni. Repensando estrategias locales de implementación para mejorar su adherencia.**

Autoras: Cecilia Quattrucci; Natalia Israeloff; Marisa Menestrina; Natalia Barbieri

CeSAC 4 y CeSAC 7. Av. Olazábal 5226, 4to E CP 1431. Tel 1161006008  
Mail: nataliabarbieri80@yahoo.com.ar

Trabajo de Investigación con enfoque cuali-cuantitativo

Trabajo inédito

Categoría temática: Gestión / Administración de servicios de salud

El implante subdérmico (IS) es un método anticonceptivo hormonal de larga duración. Desde su implementación hasta la actualidad el uso en la Ciudad ha ido creciendo. En el último año se observó la existencia de una proporción considerable de mujeres que desean extraerlo antes de los tres años o no renovar su uso una vez cumplido el plazo. El trabajo se centró en el análisis de los principales motivos de discontinuación en relación con las expectativas depositadas en su elección, la información recibida por parte del equipo de salud y los mecanismos de acceso tanto a la colocación como a su extracción, en mujeres que se atendieron en los centros de salud 4 y 7 del AP del Hospital Santojanni entre los meses de mayo y noviembre de 2020.

Se destacan dentro de los principales motivos de elección la seguridad que brinda respecto del efecto anticonceptivo, la disminución de la carga mental para las mujeres que lo utilizan y la larga duración del método. En relación al acceso se encontró que la mayoría se dio a través de turnos programados y de consejerías individuales llevadas adelante por una profesional médica. Con respecto a los efectos secundarios más referidos se mencionó el aumento de peso en primer lugar, seguido por amenorrea, dolor de cabeza, disminución del deseo sexual, irritabilidad y metrorragia. Por último, en lo que respecta a la discontinuación se identificaron tres principales motivos: las variaciones en el sangrado, los cambios en el peso y el dolor de cabeza.

Palabras clave: Implante subdérmico, accesibilidad, consejería, adherencia

## ÍNDICE

	pág.
1. RESUMEN DEL PROYECTO / TRABAJO: (Introducción, objetivos, métodos, resultados)	4
2. DESCRIPCIÓN DE LOS AVANCES DESDE EL INICIO DEL PROYECTO	5
• Adaptaciones del plan de trabajo al contexto epidemiológico	5
• Descripción de los resultados, análisis y conclusiones	5
Desarrollo del trabajo de campo	6
Caracterización de la población	7
Descripción de la muestra obtenida	11
Procesamiento y análisis de los datos	14
• Descripción de los resultados	14
PRIMER MOMENTO: De motivaciones, trayectorias previas, momento y modalidad de toma de decisión del uso del IS	
Motivaciones	14
Modalidad de toma de decisión	16
Trayectorias previas	17
SEGUNDO MOMENTO: Modalidad de acceso al implante subdérmico y consejerías	
Acceso a la colocación del IS	20
Obstáculos y facilitadores	20
Las consejerías	22
TERCER MOMENTO: Experiencia de uso	
Cambios en el peso	24
Cambios en la menstruación	25
Cambios en la sexualidad	26
Cambios emocionales y en los vínculos socioafectivos	27
Otros síntomas físicos	28
Efectos secundarios no informados al momento de la consejería	29
Consultas al equipo de salud durante el uso del implante	29
Ponderación personal de efectos secundarios y satisfacción de la experiencia	32
CUARTO MOMENTO: Motivos de discontinuación y acceso a la extracción	
Motivación para la extracción	33
Modalidad de toma de decisión	34
Acceso a la extracción	35
MAC con el que continúa	38
• Análisis	39
• A modo de propuesta	43

3. COMENTARIOS	45
4. DIVULGACIÓN DE LOS RESULTADOS	46
Bibliografía citada	46

## **1. RESUMEN DEL PROYECTO / TRABAJO:** (Introducción, objetivos, métodos, resultados)

El implante subdérmico (IS) es un método anticonceptivo hormonal que actualmente forma parte de la estrategia de promoción de la anticoncepción de larga duración de la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS de la Ciudad de Buenos Aires. Desde su implementación hasta la actualidad el uso del IS en la Ciudad ha ido en crecimiento, principalmente en los efectores localizados en la zona sur. En el último año se observó la existencia de una proporción considerable de mujeres que desean extraerlo antes de los tres años o no renovar su uso una vez cumplido el plazo. Por la corta trayectoria de implementación del IS son escasas las investigaciones al respecto y a nivel local no se conocen cuales son las principales causas de su extracción anticipada y no renovación.

En este marco, el presente proyecto se centró en el análisis de los principales motivos de discontinuación del implante subdérmico en relación con las expectativas depositadas en su elección, la información recibida por parte del equipo de salud y la modalidad de acceso al mismo, en mujeres que se atendieron en los centros de salud 4 y 7 del AP del Hospital Santojanni entre los meses de mayo y noviembre de 2020.

Se utilizó una estrategia metodológica mixta, combinando métodos cualitativos y cuantitativos. Para el relevamiento de los datos cuantitativos, se recurrió a datos secundarios a través de los registros provistos por SIGEHOS. Por su parte, los datos cualitativos se relevaron a través de entrevistas en profundidad a 24 mujeres que discontinuaron el implante en ambos centros de salud. Las principales variables de análisis fueron los motivos de discontinuación en el uso del IS, en relación con la información recibida en las consejerías de Salud Sexual y Reproductiva, las expectativas frente a la elección del IS y los mecanismos de acceso tanto a la colocación como a su extracción.

Como resultado del análisis de los datos se construyó una caracterización de la población total que discontinuó el uso del IS en el período comprendido por la investigación en ambos centros de salud. Asimismo, se construyó un perfil de la muestra de las 24 entrevistadas, encontrando características similares entre ambos grupos, tanto en la distribución por centro de salud como en la distribución etaria.

Por su parte, a partir del análisis cualitativo de las entrevistas en profundidad, se construyeron 4 momentos en los que se organizaron los hallazgos: un primer momento centrado en la trayectoria previa y la toma de decisión sobre el uso del IS, un segundo momento, orientado a describir las características del acceso al IS, un tercero, que profundiza acerca de la experiencia de uso y un cuarto momento que aborda los motivos de la discontinuación y el momento de la extracción.

Se destacan dentro de los principales motivos de elección la seguridad que brinda el IS respecto del efecto anticonceptivo, la disminución de la carga mental para las mujeres que lo utilizan y la larga duración del método. En relación al acceso se encontró que la mayoría se dio a través de turnos programados y de consejerías individuales llevadas adelante por una profesional médica, recibiendo información mayormente sobre la posible variación del sangrado. Con respecto a los efectos secundarios más referidos por las usuarias de IS, se mencionó el aumento de peso en primer lugar, seguido por amenorrea, dolor de cabeza,

disminución del deseo sexual, irritabilidad y metrorragia. A pesar de los mencionados efectos, la mayoría de las mujeres dijo estar satisfecha o muy satisfecha con el método. Por último, en lo que respecta a la discontinuación se identificaron tres principales motivos: las variaciones en el sangrado, los cambios en el peso y el dolor de cabeza.

**2. DESCRIPCIÓN DE LOS AVANCES DESDE EL INICIO DEL PROYECTO:** Resultados alcanzados al momento del informe.

### **ADAPTACIONES DEL PLAN DE TRABAJO AL CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO**

A los fines de lograr el desarrollo de la investigación en el contexto epidemiológico que se nos presentó durante todo el 2020, debimos realizar algunas readecuaciones sobre el plan de trabajo original. Los principales cambios estuvieron vinculados con los tiempos y procesos de recolección de datos, entre ellos:

- La realización de las entrevistas se vieron retrasadas, debiendo iniciarse en marzo, pudimos comenzar a realizarlas en el mes de mayo de 2020.
- Parte de la recolección de datos, en particular los datos cuantitativos sobre la población total de mujeres que solicitaron la extracción del implante, estaba planteada a través de la elaboración y el llenado de una planilla. Esta planilla se confeccionó pero por el cambio en los procesos de atención de los centros de salud, sólo se utilizaron para recabar datos de las mujeres entrevistadas.
- En estrecha vinculación con el punto anterior, ante la imposibilidad de aplicar la planilla de relevamiento a la totalidad de mujeres y para lograr dar cuenta de las características de la población total que había discontinuado el uso del implante en ambos centros de salud, se realizó un pedido de datos a SIGEHOS.
- Otro de los procesos de recolección que también se vió modificado, aunque en menor medida, fue la realización de las entrevistas en profundidad, ya que si bien la gran mayoría pudo realizarse de manera presencial en los efectores que participaron del proyecto, en 4 de los casos se realizaron entrevistas virtuales, incluyendo un formulario en línea para completar el consentimiento.
- En relación a la participación de los equipos ampliados de salud de ambos centros, sólo pudimos realizar un primer encuentro de presentación en uno de los centros de salud, por lo que elaboramos un material de difusión que se compartió de manera digital. El segundo encuentro de intercambio sobre los hallazgos preliminares luego de finalizado el campo, se realizó de manera virtual y conjunta con los equipos de ambos centros de salud.
- Por último, cabe mencionar que la totalidad de las reuniones del equipo de investigación se realizaron de manera virtual.

### **DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS, ANÁLISIS Y CONCLUSIONES**

## **Desarrollo del trabajo de campo**

El trabajo de campo comenzó con la socialización de un material de difusión del Proyecto de Investigación basado en una síntesis de los objetivos y contenidos generales del mismo, destinado al equipo ampliado de salud sexual de ambos centros de salud. Esta presentación inicial, al tratarse de un proyecto de investigación en implementación, resultaba un paso importante para dotarlo de viabilidad.

En uno de los centros se realizó además un encuentro de presentación e intercambio sobre el proyecto con el equipo de salud. Allí se utilizó el material elaborado como soporte gráfico, además se compartió en formato digital con los integrantes de ambos equipos de salud sexual, a fin de que todos los involucrados puedan conocer las características y los objetivos del proyecto, así como plantear dudas, inquietudes y sugerencias.

Si bien en el cronograma original del proyecto estaba planteada la realización de las entrevistas entre los meses de marzo a octubre, el inicio de la pandemia y la reorganización de los equipos de trabajo, así como el contexto general iniciado con el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO), llevaron a que los tiempos y las condiciones de la recolección de los datos se vieran levemente modificados.

Las entrevistas pautadas se realizaron entre los meses de mayo y noviembre y si bien en la mayoría de los casos se desarrollaron bajo la modalidad presencial en los dos centros de salud, también se incluyeron 4 entrevistas realizadas por videollamada (zoom, whatsapp).

Las entrevistadas fueron contactadas a través de las profesionales que intervienen en la respuesta en salud sexual en los dos centros de salud que participaron del estudio. En el marco de la consulta por extracción se invitó a participar de manera voluntaria en la entrevista a todas aquellas mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión.

El proyecto propuso la utilización de una estrategia metodológica mixta. Para la recolección de los datos cualitativos, como mencionamos, se realizaron las entrevistas en profundidad. Para la construcción de los datos cuantitativos se había propuesto confeccionar una planilla de relevamiento de datos y completarla para todas las mujeres que se extrajeran el IS en ambos centros de salud (hayan o no cumplido los tres años de uso) y decidieran no renovarlo, la cual relevaría la edad, localidad de residencia, efector donde se colocó el implante, dónde se lo retiró, MACs anteriormente utilizados, número de gestas, partos/cesáreas, abortos, tiempo de uso del IS, efectos secundarios asociados al tiempo de uso, motivos manifiestos de discontinuación. La planilla se confeccionó, pero los cambios en los procesos de trabajo y en la modalidad de atención de ambos centros de salud, llevaron a que no pueda implementarse para la totalidad de la población. De todos modos, sí se utilizó para todos los casos que conformaron la muestra.

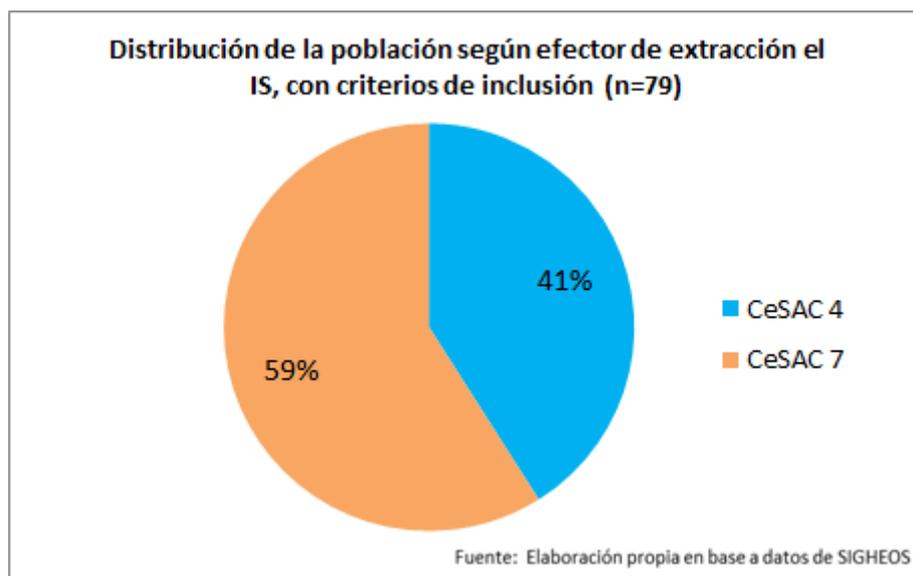
Para poder recolectar los datos que nos permitieran caracterizar a la población total de mujeres que discontinuaron el IS durante el período de nuestro estudio, se decidió solicitar esta información a SIGEHOS a través de los directivos de cada CeSAC. A partir de los datos relevados bajo esta metodología se confeccionó una matriz sobre la que se realizó un análisis cuantitativo de caracterización de la población que discontinuó el IS, en base a las siguientes

variables: edad, tiempo de uso del IS, paridad, lugar de colocación del IS, motivo de extracción y lugar de extracción. A continuación se exponen los principales resultados.

### **Caracterización de la población**

Nuestra población de estudio se conformó por aquellas personas que discontinuaron el uso del implante subdérmico entre mayo y noviembre de 2020 y realizaron la extracción en los Centros de Salud 4 o 7 del Área Programática del Hospital Santojanni. Los criterios de inclusión comprendieron a las mujeres que habiéndose colocado el IS dentro de los últimos tres años hayan decidido su extracción anticipada y a las que cumplido el plazo de uso de o más años realizaran su extracción y no renovación del mismo.

Durante los meses comprendidos entre mayo y noviembre de 2020 concurrieron a los Centros de Salud 4 y 7 un total de 106 mujeres que solicitaron la extracción del implante subdérmico, 27 de ellas solicitaron el recambio del mismo y las 79 restantes la discontinuación por lo que se las incluyó en esta Investigación.



**Gráfico N°1**

De las 79 extracciones, 32 se realizaron en el centro de salud N°4 y 47 en el centro de salud N°7 (ver Gráfico N°1).

Los efectores de salud a donde habían concurrido las mujeres para colocarse el implante subdérmico fueron identificados en 71 de las mujeres atendidas. El 80% había realizado la colocación dentro del Área Programática del Hospital Santojanni. El 59% se lo colocó en el mismo efector al que concurrió para la extracción (ver Gráfico N°2).

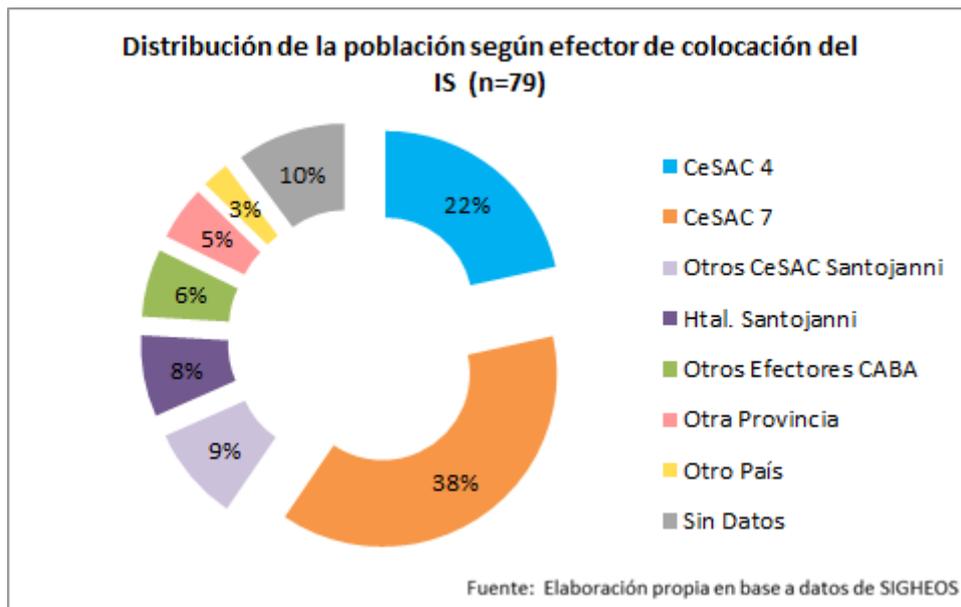


Gráfico N°2

Las edades estuvieron comprendidas entre 15 y 43 años, con un promedio de 25,8 años y una mediana de 25,5. Más de la mitad de la población está representada por el rango etario de 20 a 29 años (ver Gráfico N°3).

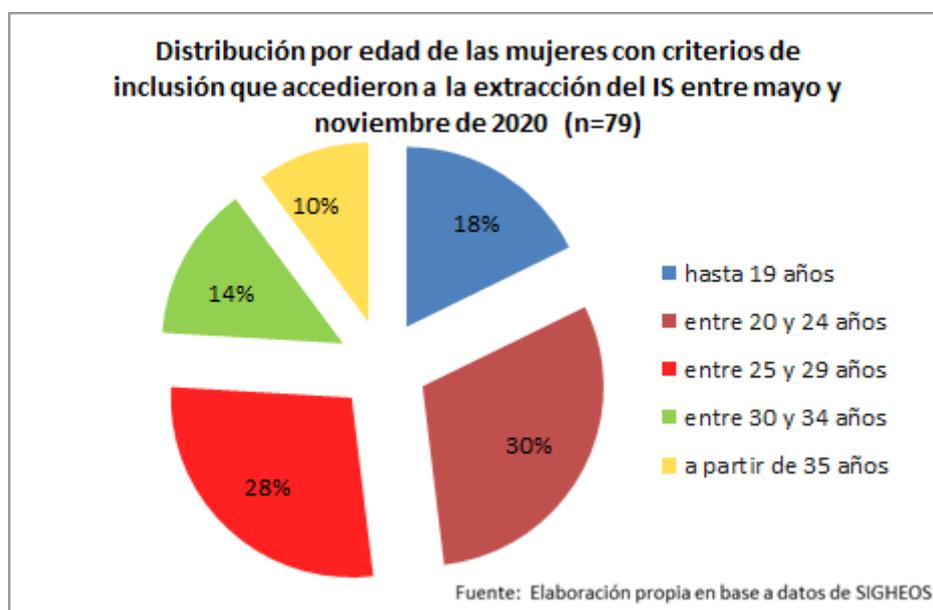


Gráfico N°3

En cuanto a la paridad de este grupo se pudo relevar el dato en 77 de las mujeres. Se encontró que 14 de ellas no habían cursado nunca un embarazo, 44 refirieron entre 1 y 2 gestas y las 19 restantes tuvieron 3 o más gestas, siendo 12 de éstas múltiparas (ver Gráfico N°4).

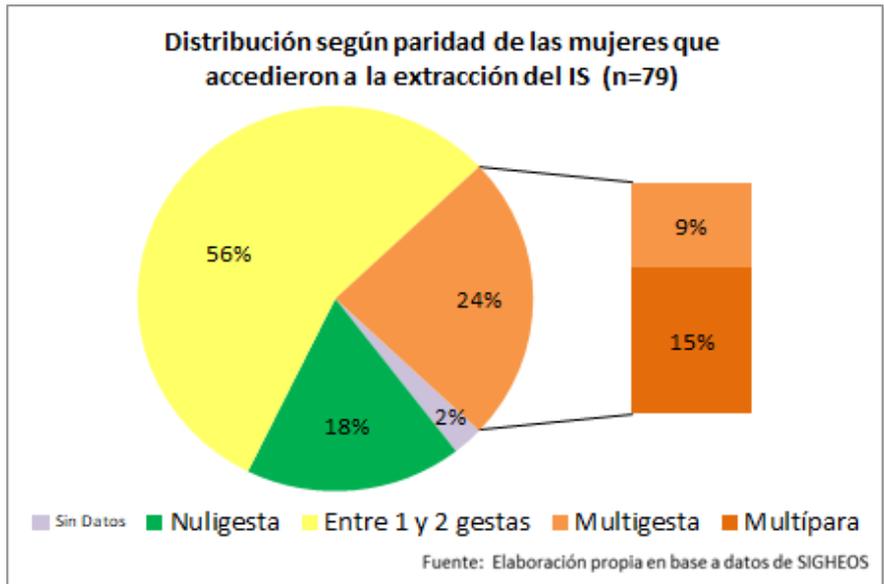


Gráfico N°4

En relación a los motivos de discontinuación del IS una cuarta parte de la población refirió que el vencimiento era la principal causa, seguido en similar medida por la aparición de metrorragia. El aumento de peso, la irregularidad en el sangrado y las cefaleas aparecen mencionados en los registros con similar magnitud llegando a un 16% de frecuencia (ver Gráfico N°5).

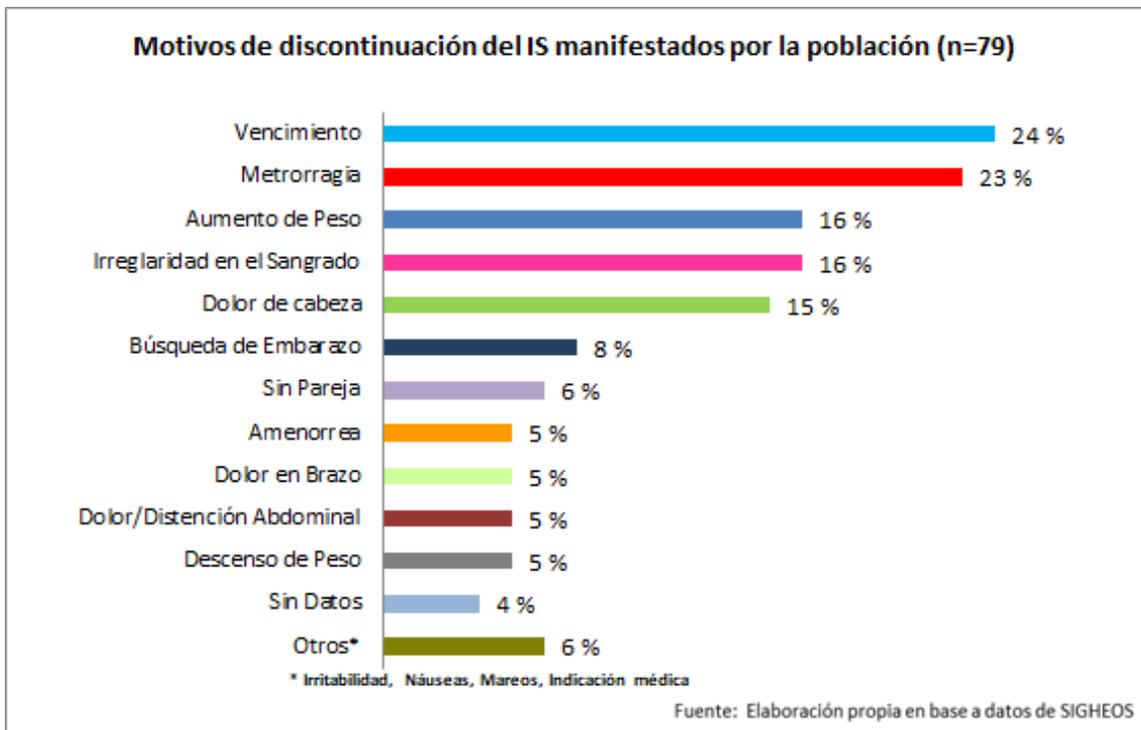


Gráfico N°5

En el total de la población estudiada se constató un uso promedio de 22,4 meses, un valor mínimo de 2 meses y uno máximo de 44 meses<sup>1</sup> encontrando la mediana en 23,5 meses. Se notó un descenso paulatino en la cantidad de mujeres que continuaron el uso de IS a lo largo de los meses. La mitad de la población se encontraba sin IS al mes 24 desde la colocación (ver Gráfico N°6).

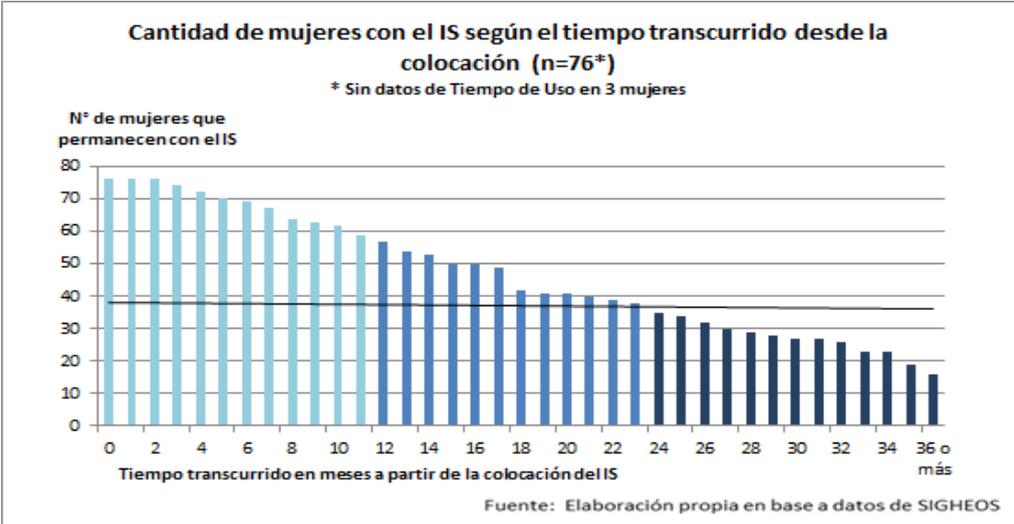


Gráfico N°6

En el transcurso del primer año de uso del IS un 24% de las mujeres decidió la extracción del mismo, porcentaje que se repitió durante el segundo año. A lo largo del tercer año solicitó la discontinuación un 27% de la población, alcanzando solamente un 20% el período completo recomendado por las Guías de Anticoncepción (ver Gráfico N°7).

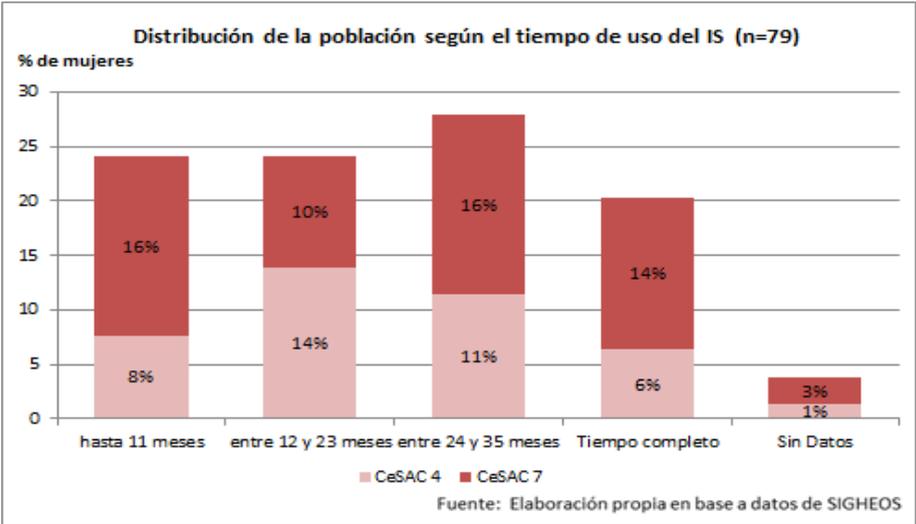
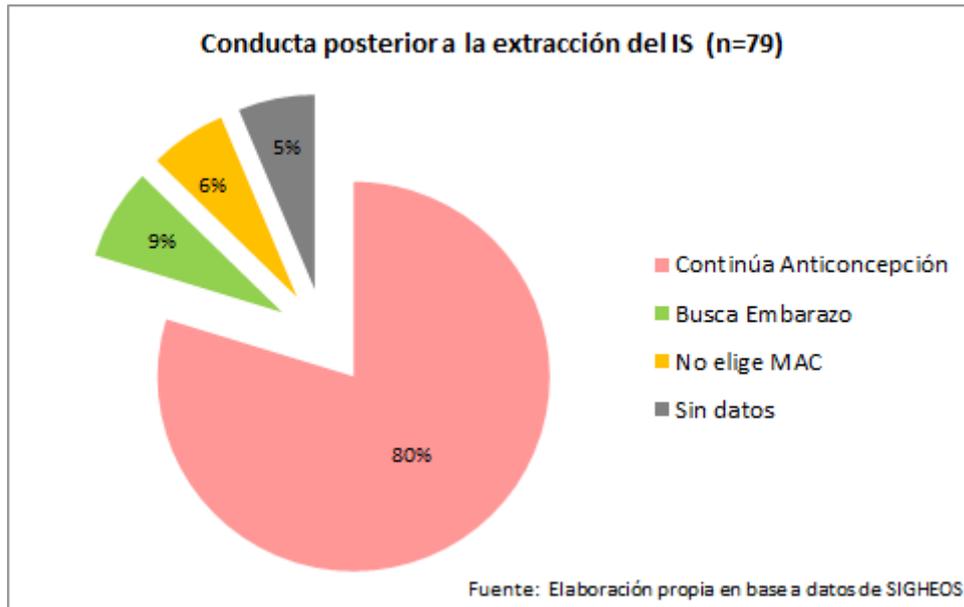


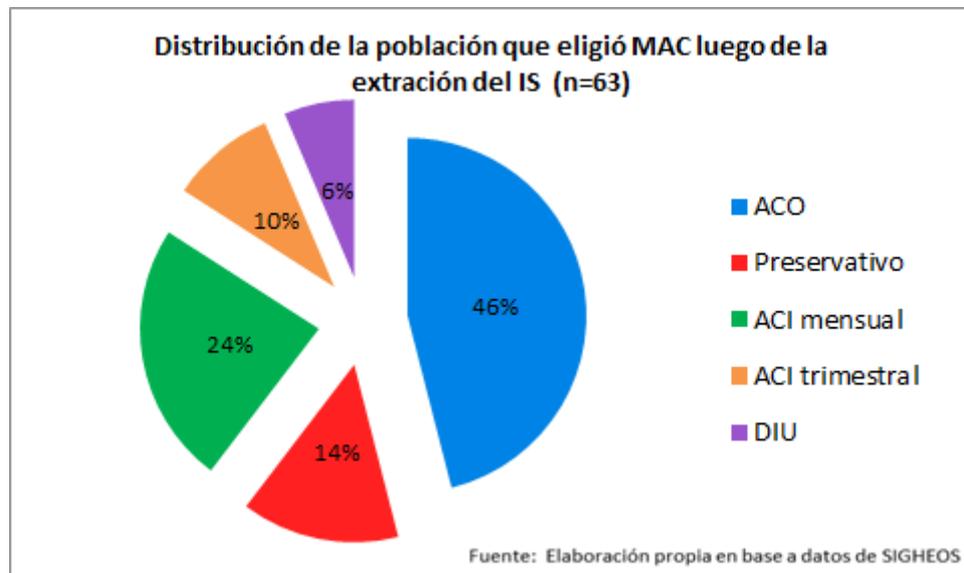
Gráfico N°7

<sup>1</sup> A raíz de la pandemia por COVID-19 las sociedades internacionales de anticoncepción hicieron recomendaciones acerca de la extensión del uso de LARC (anticonceptivos reversibles de acción prolongada). Con respecto al implante subdérmico se prolongó su uso, garantizando su efectividad, hasta por 4 años (Comité de opinión AMAdA. Mayo 2020).



**Gráfico N°8**

Un total de 63 mujeres eligió un MAC luego de la extracción del IS. Un grupo de 6 mujeres refirió planificar un embarazo y otras 5 manifestaron “no tener pareja” y por lo tanto no optaron por ninguno de los insumos disponibles (ver Gráfico N°8).



**Gráfico N°9**

Con respecto a la continuidad de la anticoncepción más del 90% de las mujeres eligió métodos de corta duración, correspondiendo la mitad a los ACO, seguidos por ACI mensual, preservativo y ACI trimestral en ese orden (ver Gráfico N°9).

**Descripción de la muestra obtenida**

La muestra contó con un total de 24 mujeres entrevistadas, 13 de ellas realizaron la extracción en el CeSAC 7 y 11 en el CeSAC 4. (ver Gráfico N°10) Cabe señalar que la

distribución entre los grupos correspondientes a cada centro de salud mostraron cierta proporcionalidad con la distribución de la población total.

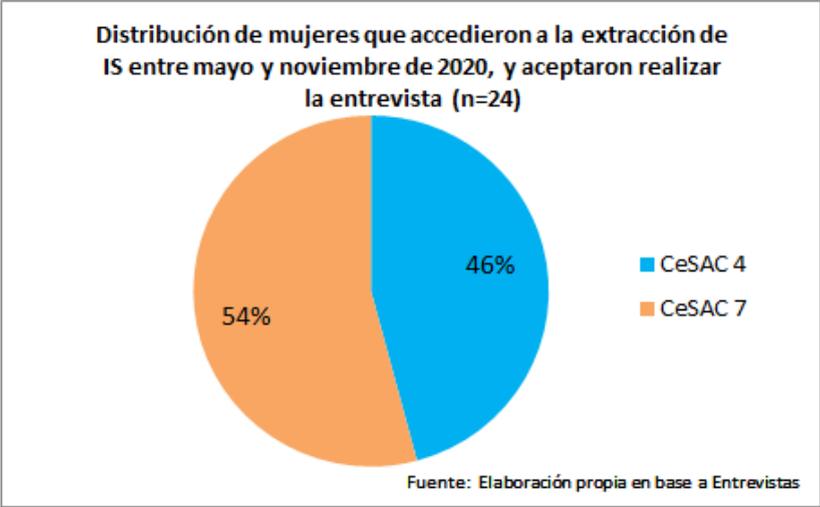


Gráfico N°10

El promedio de edad fue de 25.6 años, abarcando el grupo etario entre 20 y 29 años el 58% del total. La muestra se conformó entre una edad mínima de 18 años y una máxima de 42, siendo la distribución de las categorías por edad muy similar a la observada en población total (ver Gráfico N°11).

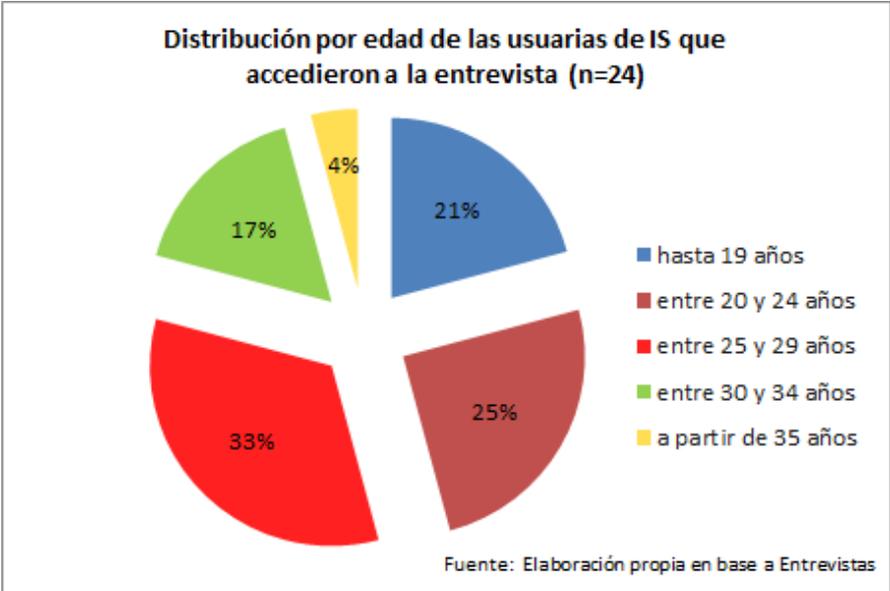
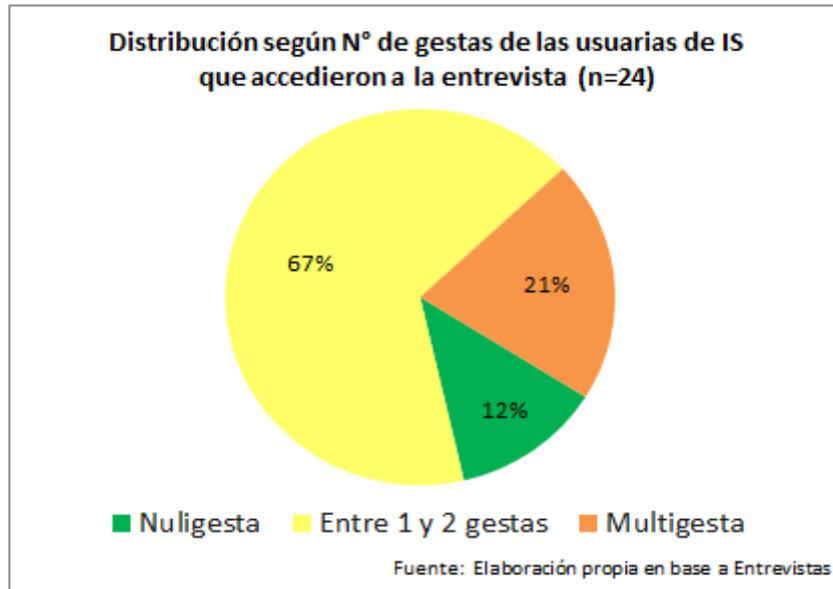


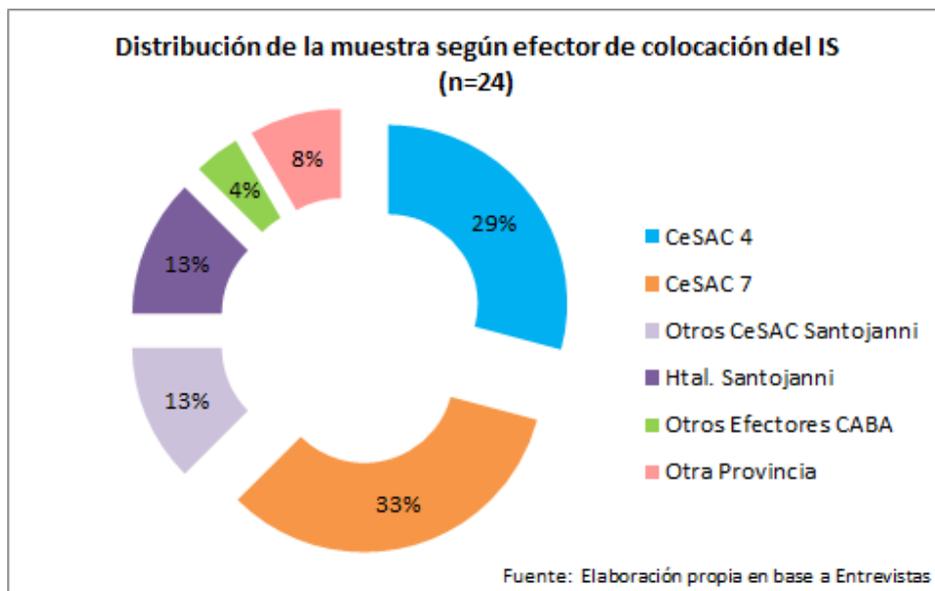
Gráfico N°11

La mayor parte de las mujeres tenían por lo menos 1 hijx al momento de la colocación del implante (88%). Por su parte, 5 de las 24 entrevistadas eran multigestas (tres gestas o más) y además multíparas (tres hijxs o más). Cuatro mujeres no tenían hijxs, siendo 3 de éstas nuligestas (ver Gráfico N°12).



**Gráfico N°12**

De las 24 mujeres, 21 se colocaron el IS en el Área Programática del Hospital Santojanni, 3 en el Hospital y 18 en alguno de los CeSACs del área, las otras 3 se lo colocaron en otros efectores fuera del área (ver Gráfico 13). De ellas, sólo a una se le indica el uso del IS por una condición de salud específica y la falla previa del dispositivo intrauterino (DIU); las restantes 23 mujeres lo eligieron entre la gama de MACs disponibles en el sistema público de salud. El tiempo de uso promedio del IS fue de 24,7 meses, con una mediana de 26,5 meses, un valor mínimo de 5 meses y uno máximo de 42 meses.



**Gráfico N°13**

## **Procesamiento y análisis de los datos**

La totalidad de las entrevistas realizadas fueron desgrabadas y volcadas en una grilla para su análisis. Para procesar y sistematizar los datos obtenidos<sup>2</sup> se construyó una matriz de datos cualitativos, donde se seleccionaron los discursos más relevantes asociados a cada una de las dimensiones de análisis y su posterior codificación, a partir de la elaboración de un libro de códigos.

La matriz se construyó en base a las principales variables propuestas en el proyecto e incluídas en el diseño de las entrevistas, tomando a su vez datos significativos surgidos de los relatos que no estaban delimitados en la formulación inicial del proyecto. En una segunda etapa se codificaron de manera manual los datos en base a las categorías pre construidas y los emergentes surgidos de las entrevistas. La construcción de los códigos fue realizada en conjunto por el equipo investigador en sucesivas reuniones, fue probada y reformulada, arribando a un listado de códigos finales en base al cual se procedió a la codificación de cada entrevista. Esta tarea se realizó de manera doble, de forma que cada entrevista fuera codificada por dos integrantes del equipo, para una mayor fiabilidad de la misma.

Finalmente como parte del análisis de los datos se construyeron cuatro momentos a partir de los cuales se organizó la información, dando cuenta de la trayectoria de las mujeres usuarias el implante desde el momento de la decisión de su colocación hasta la concreción de la extracción. A continuación presentamos los principales resultados obtenidos<sup>3</sup>:

## **DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS**

### ***Primer momento - De motivaciones, trayectorias previas, momento y modalidad de toma de decisión del uso del implante subdérmico***

#### **Motivaciones**

En cuanto a las motivaciones iniciales para el uso del IS las categorías que a continuación detallamos NO son excluyentes, es decir que varias han mencionado más de una. De las 24 mujeres 13 expresaron que el método les brindaba seguridad en relación a la acción anticonceptiva del mismo:

“...no tengo que andar diciendo me tomo una pastilla, o mañana, o me va a fallar. No, es algo muy seguro. Eso es lo que yo digo, es muy seguro el implante...La verdad que de nadie que se lo puso supe o me enteré que se haya quedado embarazada. Sí vi muchos casos que se lo sacaran antes de tiempo porque se quedaban flacas, se quedaban gordas, pero embarazadas no, que era lo importante.” (Marcela, 29 años).

---

<sup>2</sup> A pesar de que la formulación del proyecto se proponía trabajar en la sistematización y el análisis de los datos con el software SPSS, finalmente se trabajó con hojas de cálculo en Excel. Esta decisión metodológica se debió a que el conjunto del equipo manejaba esta última herramienta, y a que, dado el volumen acotado de datos con el que trabajamos, nos resultaron pertinentes las opciones que la herramienta ofrece. Asimismo, el trabajo con las hojas de cálculo nos ha permitido un proceso de trabajo flexible a la hora de realizar la codificación de los datos.

<sup>3</sup> En todos los casos en que realizamos la transcripción de citas textuales, se utilizaron nombres ficticios para preservar el anonimato de las entrevistadas.

“...Porque era más eficaz. Pensaba que era más eficaz y era más seguro. Porque con las pruebas que había era más seguro. Yo me había mandado a poner el DIU y me agarró una infección muy grande y quise probar con el chip” (Jazmín, 22 años).

En los relatos que emergen de las entrevistas 12 mujeres expresaron de una u otra forma, motivaciones que categorizamos como “Disminuye la carga mental”. Las categorizamos de esa manera porque en los relatos aparece la cuestión de “no pensar” en el método, como “algo menos” frente a las múltiples “tareas de gestión, organización o responsabilidades que implica el trabajo de cuidados” (Carrasco, C.; Borderías, C. y Torns, T., 2011).

“Entonces me pareció interesante que te pusieras y ya como que te olvidabas hasta que llegara el tiempo en el que había que cambiarlo o quitártelo definitivamente. La pastilla ya la había probado un par de meses y no, o sea como que no servía yo para las pastillas, y las inyecciones me molesta tener que estar cada tiempo pinchandome. Entonces me pareció más práctico para mí, por mi vida, con mis hijos, porque estoy para todos lados con ellos que voy y vengo, entonces no tenes que estar pensando en que ya llega tal fecha,(...) entonces era más cómodo para mi, o sea en mi vida personal, porque ando de un lado para el otro con los nenes” (Claudia, 33 años).

“...que son tres años y te olvidás, no tenés que tomar la pastilla todos los días, que viste que tiene sus pro y contra también. Así que dije vamos por esa y fue así como llegué a querer ponérmelo” (Romina, 29 años).

También en 12 de las 24 entrevistas las mujeres mencionaron la larga duración como motivación inicial para la colocación, que podríamos considerar articulada con lo anterior:

“A mí me había gustado, la idea de tenerlo más que nada porque es un método que te dura tres años se supone y que era muy eficaz” (Griselda, 18 años).

“Yo si quería ponerme, a mi me gustó, como tenía las nenas chicas y me dijo que era seguro y duraba tres años...” (Angela, 27 años).

Respecto a la motivación para el uso del IS en relación con la utilización de otros métodos anticonceptivos, aparece condicionada la decisión de colocarse el IS en el contexto de falta de acceso a la ligadura tubaria, falla de otros métodos y/o negativa o dificultad de su pareja para el uso correcto de preservativo.

Del total de las 24 mujeres entrevistadas, tres de ellas habían solicitado ligadura tubaria, sin éxito:

"Lo que sí yo había pedido era la ligadura de las trompas. Lo había hablado solamente con una enfermera que me dijo que por ahí como yo era muy joven que no era posible hacerlo, que tendría que pasar por el psicólogo y un montón de cosas más y, o sea, un montón de cosas me dijeron (...), y bueno entonces ahí como la ligadura era descartada para mí porque me dijeron que no se podía, entonces se me ocurrió el implante.” (Evangelina, 33 años).

“Yo en realidad no me quería poner el implante, no me quería cuidar con esto ni con nada, yo no más me quería ligar”. (Gisella, 23 años)

E: ¿Y antes cuando estabas embarazada de tu hijo, ya habías pensado en la ligadura, te habían hablado de la ligadura?

M: Eh sí me hablaron, pero me dijeron sos muy chica, pero si yo tenía la decisión era mi decisión y ese día que yo fui a tener a mi nene estaba un partero y me dijo “¿te vas a ligar las trompas si no nace parto normal?”, sí le dije yo, y las enfermeras que estaban ahí empezaron a decir, para convencerme, y les dije que no que no quería saber más nada de tener hijos, aparte soy chica y quiero estar con ellos y hacerlos crecer bien, no llenarme de hijos y ellas..., el partero dijo traigan el papel y que firme y ellas charlaban, charlaban y se olvidaron y después las retó cuando ya estaba....

E: ¿Cuándo ya te habían cosido?

M: Sí, si es que ya me estaban cosiendo, y las retó él y les dijo, por qué no le hicieron lo que ella pidió, si ella está pidiendo es su decisión, pero bueno y ahí ya está.

E: Osea vos en tu último parto, en tu última cesárea pediste la ligadura?

M: Sí, pedí, pero no, como que no...

Porque no, está bien, soy chica, puedo tener más hijos, pero si una no quiere.... (Mariana, 26 años).

En relación a fallas y/o problemas con el uso de otros MACs, aparecen en general vinculadas al uso de inyectables, anticonceptivos orales o al DIU, asociadas las primeras con olvidos y/o fallas a las que no logran dar explicación y que han redundado en embarazos no intencionales.

“Yo las pastillas mucho no me confiaba por el tema de que yo con las pastillas quedé embarazada (...) Me cuidaba con las pastillas y él con preservativo. Pero yo no lo busqué. No sé en qué habrá fallado porque yo las pastillas me las tomaba todos los días” (Estela, 19 años).

### **Modalidad de toma de decisión**

En cuanto a la forma en la que toman la decisión de colocarse el implante relevamos también una variedad de situaciones en relación al entorno socio-afectivo, el hecho de contar o no con personas allegadas con experiencia de uso del IS y la modalidad que asume esa decisión. Las redes de amistad y familiares han formado parte del entramado de toma de decisión en 19 de los 24 relatos de las entrevistadas, tratándose en este caso de vínculos establecidos exclusivamente con otras mujeres, ya sea amigas, hermanas, primas, cuñadas, madres.

“La mayoría de mis primas casi todas lo tienen y tengo amigas, conocidas ahí en el barrio, que la mayoría ya lo había tenido tres años, ya iban por el segundo año, y como que era confiable” (Juliana, 19 años).

“Después una amiga me habló, le conté que mi periodo se me atrasaba, mi amiga utilizaba también implante y me dijo que debería hacerme poner eso, eso es más seguro me dijo. Y por eso más que todo me animé” (Daniela, 27 años).

En 9 de los casos aparece en el relato de las entrevistadas la opinión de la pareja como parte de la toma de decisión de colocarse el IS. De estos casos sólo en dos se refleja un diálogo exclusivo con la pareja, mientras que en los otros siete continúan apareciendo con fuerza también las redes familiares y sobre todo vinculadas a amistades con otras mujeres.

“Me enteré por esta amiga que se lo había puesto hace tres años y me dijo que bueno, que estaba... que a ella también se le hacía cómodo porque también está estudiando, también tuvo a la nena y también se puso apenas tuvo a la nena. Yo ya estaba decidida. Yo anteriormente lo había hablado con mi pareja entonces bueno, me apoyó” (Jazmín, 30 años).

“Y por eso más que todo me animé. los hombres no quieren usar el preservativo, y por ahí capaz al papá de mi hija no le gustaba, eso pensaba yo, prefería ponerme el implante y quedarme tranquila. Cuando yo le pregunté se puso de acuerdo. Mejor, dijo, porque él trabajaba y con una criatura más no voy a poder más ni trabajar. Y por eso nos pusimos de acuerdo y me mandó a hacer poner” (Daniela, 27 años).

“...le comenté (a una amiga) como era ... y ahora tiene el turno para CHIPEARSE ella.” (Fernanda, 26 años)

En tres de los casos las mujeres afirman haber tomado solas la decisión de colocarse el IS, en uno de ellos informándole a la pareja pero sin que él mismo intervenga en la toma de decisión.

E: Vos decís que estabas con tu pareja. Hablaste con él antes de elegir este método?

F: No, en ese sentido él en mis cosas... no me dice no eso no, fijate. No tiene ningún conflicto, lo que yo decida.

E: ¿Lo conversaste con él?

F: Le dije y me cargaba. Me decía vas a andar chipeada, pero ningún conflicto. En ese sentido querés inyección, anda e inyectate, querés el implante, ponete” (Fernanda, 26 años).

### Trayectorias previas

Un eje que tomó importancia al momento de los relatos, tuvo que ver con el momento de la propia biografía en la que las mujeres deciden el uso de este MAC, es decir, en qué contexto de su propia trayectoria vital en relación a su salud sexual y (no) reproductiva se encontraban cuando tomaron esta decisión y cómo de una u otra manera puede esto impactar en su experiencia con el uso del IS.

Todas habían usado previamente algún otro método anticonceptivo, 22 de ellas en algún momento habían usado preservativo, para 4 de las cuales fue el único método utilizado; 19 de ellas habían usado algún método hormonal, y una usó DIU; para todas era su primera experiencia en el uso de IS (ver Gráfico N°14).

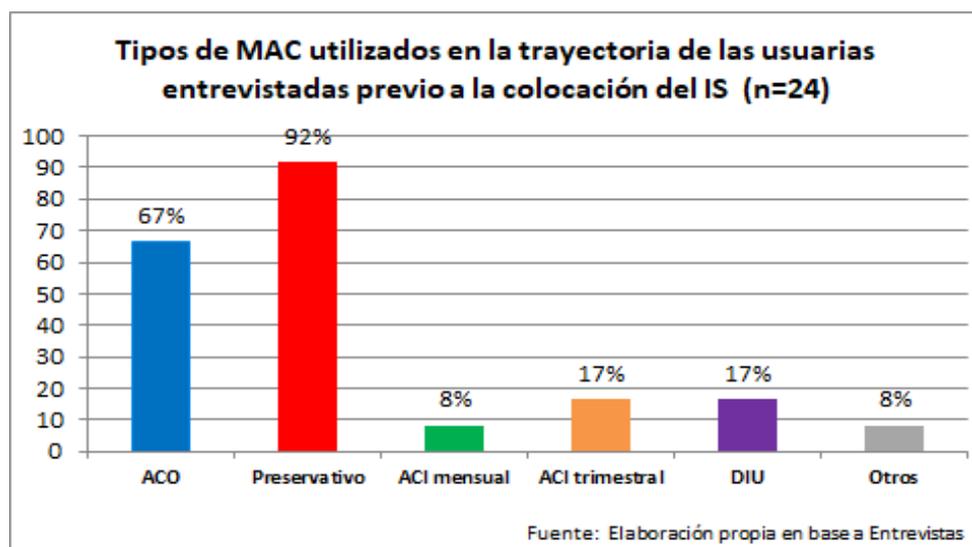


Gráfico N°14

De las 24 entrevistadas, 10 se encontraban púrperras al momento de tomar la decisión de uso del IS, considerando puerperio al primer año transcurrido desde el parto. Durante el

primer mes pos parto accedieron 6 mujeres, de las cuales 4 lo hicieron en el puerperio inmediato estando internadas (ver Gráfico N°15).

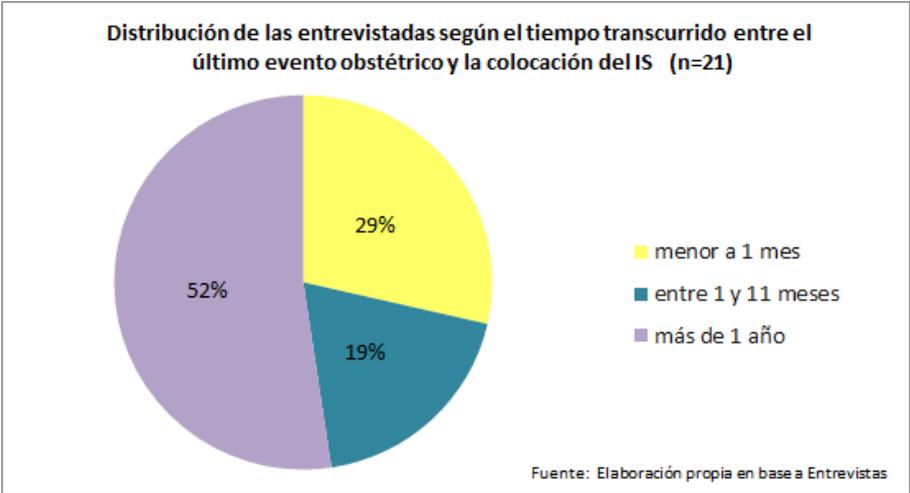


Gráfico N°15

En 10 de los 24 relatos que surgen de las entrevistas nos encontramos con situaciones de embarazos no planificados, inmediatamente anteriores a la decisión de usar este MAC, lo cual consideramos puede actuar como un determinante importante a la hora de evaluar esta decisión anticonceptiva (ver Gráfico N°16). Por otro lado, la condición de (no) intencionalidad del embarazo previo a la colocación del IS no supuso diferencias en el tiempo promedio de uso.

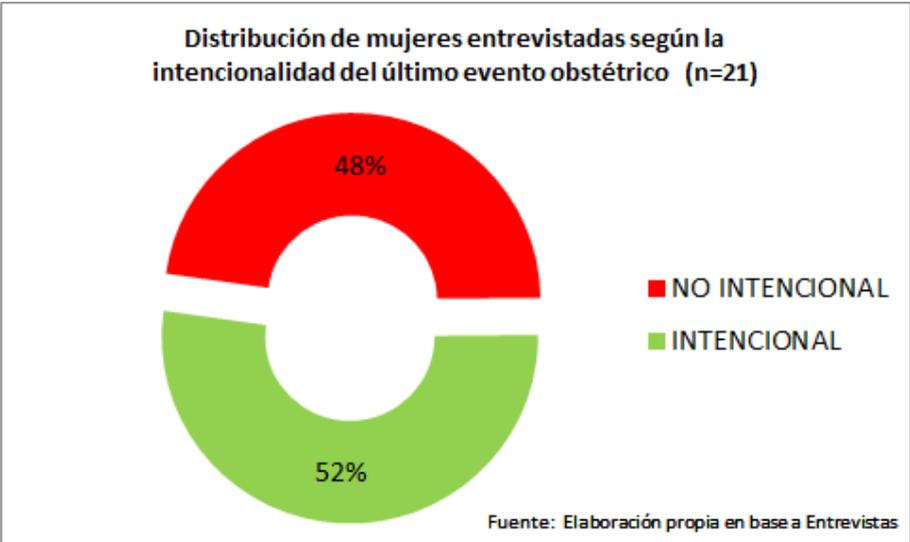


Gráfico N°16

Aquí algunos relatos que dan cuenta de esta no intencionalidad del embarazo inmediatamente anterior a la decisión de colocarse el IS.

“F: En realidad yo lo hablé con mi mamá y ella se acercó hasta la salita y me sacó el turno. Ella estaba de acuerdo porque cuando yo lo tuve a mi nene tenía 16.

E: Y eso qué significa?

F: Así como ella estaba de acuerdo yo estaba de acuerdo, porque yo a mi nene no lo busqué. Me cuidaba con las pastillas y él con preservativo. Pero yo no lo busqué. No sé en qué habrá fallado porque yo las pastillas me las tomaba todos los días.

E: *Sentís que te falló ese método. F: Sí* (Fabiana, 19 años).

“E: Y bueno, entonces vos me decías que tenías esa decisión (ligarse las trompas) y no se pudo por una cuestión de que no había anesthesiólogo, y decís que vos elegiste el implante?”

C: Sí, me ofrecieron DIU, pastillas, pero como me pasó con pastillas de que tuve a la bebé, porque yo tengo un nene de dos años y bueno la bebé que ahora tiene un año y dije al final no, me quiero ligar, y me ofrecieron pastillas, DIU, pero que iba a venir el período supuestamente hasta 15 días, 10 días y bueno me daba miedo así que dije también no y el implante, el implante era bueno, bueno lo acepté y me lo pusieron” (Camila, 23 años).

Asimismo, de las 24 mujeres entrevistadas, como se detalló anteriormente, sólo 3 de ellas eran nuligestas al momento de decidir la colocación del implante, mientras que en 9 de los casos tenían por lo menos 1 hijx a cargo y 11 de las mujeres tenían entre 2 y 4 hijxs al momento de la colocación. (ver Gráfico N° 17)

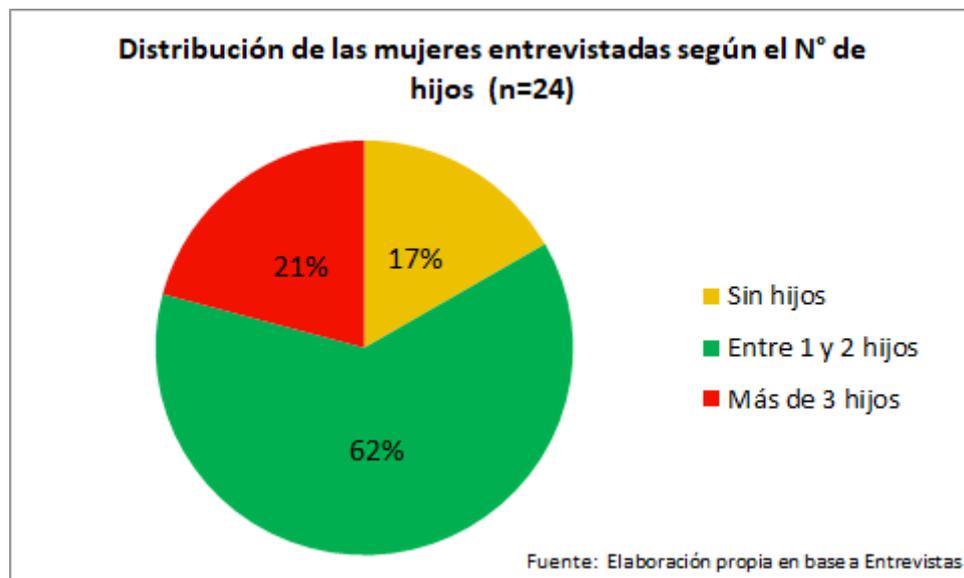


Gráfico N° 17

Sobre la situación vincular, 19 de las 24 entrevistadas se encontraban en pareja al momento de decidir colocarse el IS.

E: Vos estabas en pareja en el momento que elegiste el implante?

V: Sí, estaba y estoy. E: Lo conversaste con él o con alguna otra persona este hecho de ponértelo?

V: No, mi marido no sabía. Yo me fui en la semana y no le dije porque no le gustó mucho a él. Pero como yo no puedo tomar pastillas era la única manera de cuidarme, porque tener otro chico no quería. Entonces después de una semana le conté lo que hice y no me dijo nada, me dijo está bien. Pero después, ahora, él me pidió que me lo saque, no para que tengamos hijos ni nada sino porque a mi me hacía mal (Verónica, 27 años).

A su vez 4 de ellas estaban estudiando o con el proyecto de hacerlo:

“Yo por ejemplo no quiero más tener hijos, porque no tengo una buena situación económica, estoy estudiando aparte y no tengo ese proyecto de tener otro hijo ahora” (Marcela, 29 años).

“...nosotros no queríamos más chicos, porque yo estoy estudiando y se me complicó todo y tener otra criatura es muy difícil y no tener una casa propia es todo un tema. Ya teníamos uno y era muy difícil, y ahora ya tenemos dos. Como que tener más criaturas, no” (Mariana, 22 años).

## **Segundo momento - *Modalidad de acceso al implante subdérmico y consejerías***

### **Acceso a la colocación del IS**

En relación con la modalidad en que se dio el acceso al IS, 15 de las 24 entrevistadas accedieron a través de un turno programado, en 4 casos el acceso fue a través de la oferta post parto durante la internación, 3 casos pasaron por lista de espera para acceder al IS, por no haber disponibilidad de implantes al momento de la consulta y 2 de las entrevistadas accedieron por demanda espontánea, accediendo a la colocación en el momento mismo que se acercaron a consultar.

### **Obstáculos y facilitadores**

Con respecto a los principales obstáculos identificados para el acceso al IS, encontramos que 4 de las entrevistadas refirieron no haber recibido ninguna información sobre anticoncepción en general, ni sobre el implante en particular durante el embarazo, aún considerando que todas estas mujeres habían controlado sus embarazos en instituciones de salud.

*“E: ¿Te habían hablado en los controles del embarazo sobre qué opciones tenías para cuidarte después de que tuvieras a tu hija?”*

Ev: No, en los controles no, nada más ahí cuando ya había tenido, porque aparte yo tuve cesárea y no podía tener otro embarazo y tenía que elegir un método.

*E: ¿Y te acordás qué fue lo que te contaron en el hospital?”*

Ev: No nada, me dijeron nada más cuál quería y yo elegí el implante y te lo ponían” (Evangelina, 23 años).

*“E: Mientras estabas embarazada ¿tuviste acceso a alguna información sobre los métodos, alguien te ofreció la posibilidad?”*

D: No, yo por mi propia cuenta empecé a investigar

*E: ¿Nadie te comentó de algún método para después del embarazo?”*

D: No, acá cuando yo vine, creo que en mayo, yo la tuve en abril, en mayo me comentaron todos los métodos que había, yo dije que quería el implante y me comentaron un poco más del implante” (Débora, 29 años).

En este aspecto, cabe señalar que 10 de las 24 entrevistadas al momento de tomar la decisión de uso del implante se encontraban transitando el puerperio. Al consultarles por el asesoramiento que habían recibido durante las sucesivas consultas en la atención del embarazo sobre la anticoncepción posterior, 4 manifestaron explícitamente no haber contado con un asesoramiento previo al respecto, de manera que la decisión sobre el uso del IS fue tomada en base a la información previa con que contaba la persona y la consejería - cuando la hubo- recibida en el momento de la internación.

“Bueno, yo el implante me lo puse después de tener a mi nena (...) Después de que la tuve, a los dos meses, va cuando estás internada te preguntan qué anticonceptivo querés seguir usando y yo opté por probar este, porque en realidad nunca lo había probado (...)

E: *¿Y vos antes durante el embarazo, dónde te lo controlabas?*

F: En el hospital también.

E: *¿Y ya habías charlado algo sobre los métodos?*

F: No, previamente no.

E: *No te habían dicho nada.*

F: No, no, nada, después que yo tuve la nena que pasan y te revisan y ahí pasó las chicas preguntando qué métodos iban a usar, si es que van a usar, cuál y ahí te asignaban el turno para la cita” (Fabiana, 31 años).

Por su parte, 4 mujeres mencionaron algún tipo de obstáculo administrativo en el acceso a la colocación del IS (referidos a trabas para el acceso al turno o al empadronamiento<sup>4</sup>), 3 reconocieron al hecho de no encontrarse dentro de la población objetivo<sup>5</sup> de la política como un factor que dificultó su acceso y solamente 2 de las entrevistadas se refirieron a la espera para la colocación como un obstáculo. Esto último, podría vincularse con lo hallado en relación al tiempo de espera, ya que casi el 71% de las entrevistadas esperó menos de un mes la colocación del implante y entre ellas, 6 no tuvieron tiempo de espera. De esas 6, a 4 se les ofreció en la internación posparto y 2 dos lo solicitaron a través de la demanda espontánea en un centro de salud. En relación con la percepción de ese tiempo de espera, 18 de las entrevistadas lo reconocen como adecuado. Estos datos nos hablan de un acceso facilitado al método por parte del sistema de salud. Sin embargo, cabe mencionar aquí también que para algunas de las entrevistadas el acceso inmediato no fue vivido como una ventaja, ya que, en especial en los casos en que sucedió en el marco de la internación posparto, sintieron poco tiempo para pensar y procesar la decisión.

“En internación. lo tenías que decir ahí en el momento (...) Te tenías que anotar ahí, porque después para conseguir un turno, me dijeron de acá a que vos consigas un turno para poder ponértelo como que tardaban mucho tiempo” (Fabiana, 31).

A la hora de identificar aquellos factores que facilitaron el acceso a la colocación del IS, el más mencionado en las entrevistas fue el hecho de ser usuarias de ese centro de salud, tanto ellas de manera directa como para la atención de sus hijxs. En este sentido, 15 de las 24 entrevistadas ya eran usuarias del centro de salud donde se colocaron el IS, una de ellas accedió al IS a partir del asesoramiento recibido en ocasión de la consulta de salud de pediatría. Este caso, si bien no fue algo acerca de lo cual se indagó en profundidad durante las entrevistas, nos muestra un ejemplo del tipo de oportunidades para asesorar y/o derivar a las mujeres que circulan por el sistema de salud, más allá del espacio propio de las consejerías en salud sexual<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> Se llama empadronamiento al acto administrativo que permite ingresar los datos de la persona que consulta al Sistema Informático que nuclea las atenciones en salud en el Sistema Público de CABA. Una vez realizado se pueden registrar las diferentes acciones en la Historia Clínica Digital.

<sup>5</sup> Según consta en la página del Ministerio de Salud de la Nación “Es gratuito en hospitales y centros de salud de manera prioritaria para adolescentes y jóvenes hasta 24 años”; dicha limitación no está establecida en CABA.

<sup>6</sup> Este caso se refiere a lo que se conoce como la consejería bajo la modalidad de oportunidad en la asistencia. “En oportunidad en la asistencia es posible que se cuente con menor cantidad de tiempo (que en la consejería

En segundo lugar, otro factor que identificamos como facilitador para el acceso al IS fue el hecho de que 5 de las entrevistadas habían recibido la oferta de la colocación durante la internación posparto. En contraposición a esto, ninguna de las mujeres recibió información sobre este u otros MAC en el contexto de las consultas para control de embarazo, siendo este ámbito de atención un momento por demás favorable para el abordaje de este aspecto de la salud (no) reproductiva dado que permitiría llegar al momento del posparto con una decisión más elaborada y reflexionada.

“Bueno, el 7 de junio yo tuve a mi bebé y el 8 de junio pasaron unas médicas ofreciendo métodos anticonceptivos charlándonos de ello y a mí me pareció más eficaz el implante, una porque yo con las pastillas yo mucha fe no me tengo ya que soy medio olvidadiza” (Claudia, 18 años).

### **Las consejerías**

Sobre las consejerías nos encontramos con una importante predominancia de consejerías individuales, 19 de las 24, y llevadas adelante exclusivamente por personal médico para 18 de los casos. Sólo en 5 de las entrevistas se pudo relevar la ocurrencia de una consejería interdisciplinaria. Esto se corresponde más con el modelo de atención tradicional que con el modelo propuesto para las consejerías en salud sexual y salud reproductiva (DSSyR, 2018). Asimismo observamos que el contenido de la información brindada se orienta mayormente a las cuestiones clínicas y reproductivas (en especial a los cambios en el patrón de sangrado).

En relación con el contenido de las consejerías, las categorías que a continuación detallamos no son excluyentes, ya que los temas tratados en las consejerías suelen ser varios.

Lo más recordado por las entrevistadas acerca del contenido fue el tema de los posibles cambios en el patrón de sangrado, 18 de las entrevistadas refieren haber recibido información sobre cambios en la menstruación o sobre la ausencia de sangrado (amenorrea), aunque no específicamente sobre spotting (sangrado escaso tipo goteo que no requiere uso de protectores sanitarios) ni sobre metrorragia.

“Que eso es normal, que no te va a bajar, que a algunas personas les baja normal y a algunas no. Eso me había dicho la doctora. Ella me explicó todo lo del implante, como era, como te va a hacer, todo, hasta si me había dicho que me atrasaba también, o te va a venir o no, todo eso me hablaba la doctora” (Daniela, 27 años).

“La que me puso solamente me habló de que me iba a venir, de que no me iba a venir, eso sólo no más me dijo y que me lo venga a controlar” (Gisella, 23).

“Con el implante me dijeron que podía llegar a ser que venga como que no” (Fernanda, 26 años).

“Sí, me dijo que es normal si no te viene, que te va a venir, depende de cada organismo, algunas lo toman bien, algunas lo toman mal. Pero no me dijeron nunca que me iba a venir mucho y que iba a tener dolor de cabeza” (Yanina, 34 años).

---

propia mente dicha), pero es una ocasión válida para generar un vínculo de confianza que habilite las demandas en relación con las necesidades de las personas.

En ambas modalidades el objetivo es entablar un nexo que permita que la persona tome la palabra para expresar sus necesidades. Sin embargo, en la consejería propia mente dicha hay una demanda activa por parte de la persona, mientras que en la oportunidad en la asistencia se trata de una propuesta que hace el profesional, por eso es una posibilidad de consejería, nunca una imposición. Puede darse en el consultorio cuando la persona se acerca por otro motivo, en espacios de internación o en la comunidad” (DSSyR, 2018).

Por su parte, 10 de las entrevistadas refieren que se les mencionó la efectividad del método, a 8 se les informó sobre posibles cambios en el peso y a 7 de las entrevistadas también se les brindó información sobre otros posibles efectos secundarios (ansiedad, dolor de cabeza).

A 6 de las entrevistadas les informaron que los efectos del IS pueden variar de mujer a mujer, algo que categorizamos como la ocurrencia de efectos que dependen de cada cuerpo.

“me dijo que era seguro y duraba tres años. Me explicaron que sí, que a algunos les baja a otros no” (Verónica, 27 años).

“Me explicaron que bueno, que no iba a sangrar, que me iban a levantar granitos, depende el cuerpo, o que iba a engordar o que iba a bajar de peso eso depende el cuerpo de uno” (Jazmín, 30 años).

“me explicó que el cuerpo algunas veces no lo recibe y te hace bajar la sangre todo el tiempo y para eso había un antibiótico, hay que darle un tiempito para que se normalice el cuerpo con el chip. Eso me dijo, que algunos cuerpos reciben bien y otros cuerpos reaccionan diferentes (...) que hay algunas mujeres que le hace bien, que no le cambia mucho el metabolismo, como que su vida sigue normal, su menstruación y eso baja o no baja durante el tiempo que tenés el implante” (Gloria, 41 años).

En 5 de las entrevistas se menciona haber recibido información sobre la duración del IS y 4 recuerdan haber recibido información acerca del tiempo de inicio del efecto anticonceptivo una vez colocado el IS.

Resulta interesante señalar aquí que no se mencionó en ninguna entrevista como contenido de la consejería aspectos vinculados con la sexualidad integral, identificando por ejemplo, la ausencia absoluta de la mención sobre posibles efectos en la libido o en la afectación de las relaciones sexuales. Tampoco se incluyeron temas referidos a la esfera emocional.

Asimismo, es pertinente señalar acerca de las consejerías que son un modelo de atención que se caracteriza por centrarse en las personas usuarias (DSSyR, 2018), es decir, por darle lugar a la escucha y a la singularidad de quien consulta. Muchas veces por cuestiones de tiempo, ya que las consultas son cortas y la carga de trabajo es mucha, no se da el espacio propicio para el intercambio, hay poco lugar a la escucha, para indagar con qué viene la persona, con qué información cuenta, cuáles son sus inquietudes, etc. En estas situaciones pueden hacerse recomendaciones o prescripciones “de rutina” que no se adecúen a las expectativas y necesidades de quien acude a la consulta.

“(sobre las pastillas de lactancia) directamente me las dieron. Tomá esto todos los días me dijeron. Como, no tengas más hijos. Me fui del Hospital con las 5 cajitas, mi hijo y la bolsita de preservativos. La doctora como que me quiso decir: cuidate” (Marcela, 29 años).

“fueron así, de rápido. Esto y esto y ya está. yo decía, qué rápido. En el sentido que bueno, ellos son médicos y saben. si tienen algo que decirme me lo van a decir, si son médicos” (Beatriz, 25 años).

Otra de las cuestiones que encontramos en las entrevistas fue que en algunos casos las consejerías incluían en su contenido valoraciones personales por parte de lxs profesionales de salud. En este sentido, 4 de las mujeres fueron advertidas sobre el alto costo del insumo que se les iba a colocar, otras 4 recibieron una evaluación profesional negativa de su conducta

anticonceptiva (y su capacidad de gestionarla), 2 recuerdan haber sido cuestionadas por la cantidad de hijos que tenían y 2 más fueron advertidas sobre la dificultad para la extracción.

“Fui y me dijo ponete el implante porque si no te vas a olvidar y te vas a quedar embarazada. Y yo le dije bueno, está bien. Y sí, así ya no estás renegando para ver si te olvidás o no. Bueno le dije. Pero yo no pensé. Me puso rápido, me dijo, bueno, ya está”. (...) “Me dijo ponetelo mejor porque te dura tres años, encima tenés cuatro hijos, otro más? Sí, ya sé le decía, yo me cuido. Vino por venir la nena, no es porque quiero llenarme de hijos. Bueno, igual ponételo porque si no vas a tener otro hijo. Bueno, está bien, le pongo le dije. Es como que no quieren que tengas hijos” (Yanina, 34 años).

“me dijo que si estaba el 100% segura de querer ponermelo que por el método que es sale más costoso que otros métodos, y no es fácil sacarlo como se coloca, tiene otro procedimiento.(...) Sí, si estaba 100x100 segura de colocarlo y que no sea cosa me dijo como ha pasado, que se lo ponen y vienen a los dos tres días a querer sacárselo” (Fernanda, 26 años).

Las advertencias sobre la mayor dificultad para la extracción parece corresponderse luego en los relatos con la dificultad para el acceso efectivo a la extracción, como expondremos más adelante, parece ser más accesible colocarlo que extraerlo. Esta situación puede estar vinculada con que la práctica en sí implica una dificultad mayor o que hay menos entrenamiento en la extracción que en la colocación.

### Tercer momento - *Experiencia de uso*

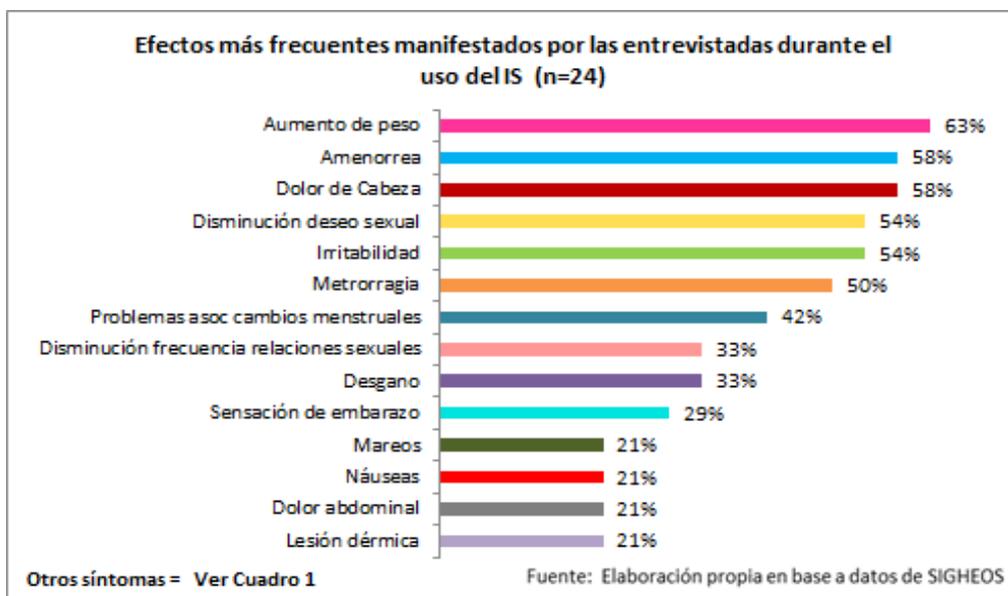


Gráfico N° 18

#### Cambios en el peso

De las 24 entrevistadas 15 manifestaron aumento de peso. Algunas lo asocian a un aumento en la ingesta producto de la ansiedad.

“Comía ahora y después quería seguir comiendo siendo que hacía 5 minutos había terminado de comer (...) después que me puse el implante, vinieron las ansiedades y subí bastante de peso” (Juliana, 19 años).

“Los primeros meses fueron como que muy difíciles para mí porque tenía mucha ansiedad de comer, todo el tiempo estaba con la comida, daba la vuelta y estaba con la comida, mucha ansiedad la que tenía” (Romina, 33 años).

Otras relatan haber subido de peso a pesar de no haber hecho cambios en la dieta, o incluso haber realizado dietas restrictivas para evitarlo.

“Al principio empecé a ver que no bajaba de peso, yo veía que mi hermana después que tuvo bajó un montón y yo no bajaba, dije bueno capaz yo no soy igual, me pasa diferente, pero yo soy flaca y no bajaba. Y eso que no comía distinto, no es que comía más yo, comía igual” (Evangelina, 23 años).

“Subí de peso, no comía me ponía a hacer dieta y nunca bajaba, siempre echaba libras, subí, subía, subía. pesaba 54 y debo estar pesando como 60 y pico ahora, un montón. Me sentí mal, ya ni me compraba ropa, hasta me agitaba, vivía agitada” (Camila, 23 años).

“Aumentaba de peso todo el tiempo. Osea, yo hacía la misma rutina, lo mismo que hacía antes pero no podía bajar de peso” (Fabiana, 31 años).

Por otro lado 5 de las mujeres manifestaron haber bajado de peso. Sin embargo, 2 de ellas no pueden asociarlo directamente al uso del implante, una porque debió realizar un régimen para someterse a una cirugía programada y la otra realizó un cambio en la alimentación con el objetivo de bajar de peso. Las otras 3 asocian el descenso de peso directamente al uso del implante.

“Bajé mucho de peso, me hacía que no quería comer y si comía lo quería devolver y como que me sentí mal”. (Beatriz, 25 años)

“Estaba perdiendo demasiado peso. Yo terminé mi embarazo con casi 70 kilos y de repente empecé a bajar, y a bajar y a bajar, era una cosa que de 70 pasé a 60, de 60 a 50 y de 50 a 40 kilos. El último estudio que me hice estaba pesando 42 kilos con 900 gramos creo. Yo no era de estar tan flaca, si me ves ahora y una foto de antes no soy nada que ver, yo tenía una vida linda que era mi peso regular entrenaba casi todos los días. Al principio hacía equitación y después empecé con jockey, como sabés es un deporte que te saca mucha espalda, muchas piernas, estas constantemente corriendo, entre máquinas y demás y de repente me hice así, estoy hecha un palito a lo que era antes, y bueno, yo me supongo que era por eso”. (Claudia, 18 años)

### **Cambios en la menstruación**

Todas las mujeres entrevistadas manifestaron cambios en la menstruación: 10 presentaron amenorrea y 8 metrorragias. Las 7 restantes manifestaron irregularidades menstruales como alternancia de periodos de amenorrea con periodos de metrorragias, ciclos más cortos o sangrados más abundantes. Algunas de las siguientes frases seleccionadas, dan cuenta de la constante referencia a los cambios en el sangrado.

“Desde que yo me lo puse no me vino, no me viene. (...) igual fue bueno, porque que a una que no le venga durante tres años. Pero a la vez es malo porque te hinchas, y una se mira al espejo y dice ‘estoy más hinchada’”. (Karina, 19 años)

“Me venía un montón. A veces no me venía tres meses y después me venía con todo y me venía dos veces. Y a veces como todos los días”. (Beatriz, 25 años)

“Y empecé a sangrar muchos días, osea, estaba 15 días sangrando y 15 no. Yo antes tenía mi regla que me duraba tres días, y con el chip me venía un montón, dos semanas tenía menstruación y se me iba y después de nuevo lo mismo. Enseguida, después que me lo puse poco tiempo después ya empecé con la menstruación así. Casi todo el tiempo. En verdad no me vino la regla normal desde que tengo el chip”. (Evangelina, 23 años)

“Perdí la menstruación por completo, y bueno, al principio no me afectaba mucho, dije en algún momento va a volver. Me empecé a preocupar por la menstruación que bueno, pasó un mes no pasó nada, pasaron dos meses, nada y hasta ahora voy un año y seis meses que nada”. (Estela, 24 años)

Además 5 de las entrevistadas tuvieron spotting (manchas de sangre fuera del periodo menstrual).

“Manchitas marrones. Es como que ya se iba terminando y no se terminaba” (Marcela, 29 años).

También 10 de las entrevistadas relataron otros problemas asociados a los cambios en el ciclo, como irritación, dolores, incomodidades y molestias.

“Pero eso era molesto para mí porque las partes son muy delicadas y al estar tanto tiempo con las toallitas, con los protectores, era muy fastidio, era muy incómodo, porque te pasabas todo el tiempo” (Romina, 33 años).

“Porque yo a veces me iba a la calle y me descomponía, me bajaba la presión, y era porque estaba con el periodo. Y trataba de no salir. El domingo estuve todo el día en cama y no quería salir porque me levantaba y era la sensación. Es mucha la pérdida que te viene y dolor de cabeza” (Yanina, 34 años).

“No tengo sangrado y eso era otra cosa que me atemorizaba, me ponía en alerta, no me viene el período, no me viene el período, pero me dolía, como cuando te viene el periodo te duelen los ovarios, sentía dolor muy fuerte, cosa que cuando antes a mi me venía el período no me sabía doler. Se supone que todos los meses hay que menstruar. Me compraba las pruebas de embarazo casi todos los meses” (Camila, 23 años).

Los diferentes patrones de sangrado manifestados por las usuarias generaron una variada gama de percepciones. La sensación de incomodidad fundamentalmente referida a molestias desencadenadas por la gestión casi constante de los sangrados o la hinchazón relacionada a la amenorrea, agregando a ésta el temor de que la sangre se esté acumulando en algún lugar del cuerpo. El temor vuelve a aparecer vinculando a la amenorrea con la posibilidad de un embarazo y también por estar atravesando un proceso corporal considerado “anormal”.

“A veces usaba preservativo por ese miedo [a embarazarse], cuando sangraba dejaba de usarlo porque se quedaba más tranquila”. Ese miedo era recurrente, no confiaba plenamente en el IS (Beatriz, 25 años).

### **Cambios en la sexualidad**

De las 24 mujeres entrevistadas 18 relataron cambios en su sexualidad. De ellas 13 percibieron una disminución en el deseo sexual, que en 3 casos aparece además asociado a una disminución en la frecuencia con que mantenían relaciones sexuales.

“Porque yo era de querer y querer. Y como que a veces digo no. A veces mi marido me dice qué te pasa. Porque yo soy de querer, como que me quitó un poco de ganas también”. (Beatriz, 25 años)

“Me pasó eso, no tenía tanto deseo sexual y el me decía ay te volviste muy fría y yo le digo capaz es el implante”. (Romina, 33 años)

“No me daban ganas de tener relaciones con mi pareja, no me sentía más como antes. No tenía las hormonas. Incluso no venía ni flujo, yo no compraba toallitas de reserva de flujo. No me vino en todo el año ni un poquito de flujo. Cuando terminas de tener la menstruación tenés más placeres para estar con tu pareja. Pero a mi no me pasaba, un año así, no tenía. Me sentía muy rara ya, porque no quería tener relaciones, no me gustaban, nada de esas cosas y me era raro” (Mariana, 22 años)

La frecuencia con la que mantenían relaciones sexuales sin percibir cambios en el deseo, pero en asociación con incomodidades para el encuentro sexual producidos por cambios en la menstruación (metrorragias) o cambios en el peso, fue manifestada por 5 de las entrevistadas

“Porque a mi me incomoda tener el periodo, no se si a alguna mujeres les pasa lo mismo. Las toallitas femeninas me irritan” (Marcela, 29 años).

“A veces quería y no podía, porque viste cuando te viene y no se te corta más. Él decía pero igual, pero no, no me gusta, me da impresión (...) Le decía que no y a veces como que se enojaba, no? Porque decía que quería y yo era la que me molesta. Una vez hice y no me gustó, porque el coso ese te molesta, es como que me mancho. No me gusta, no me gusta. Y me ponía histérica y no quería. Pero él quería. Terminábamos enojándonos. (...) Pero bueno a mi no me gusta cuando me viene, me molesta.(...) O sea que en eso tenían menos relaciones sexuales que antes”. (Yanina, 34 años)

“Menos deseo sexual aparte como estas gorda y no no quiero nada viste. Me sentía más que nada por el peso, aparte tener sexo con tres hijos te da miedo ya. Pero menos, era menos”. (Camila, 23 años)

“No podía estar yo con mi marido estando yo enferma, porque a mi no me paraba. La verdad era muy incómodo”. (Verónica, 27 años)

### **Cambios emocionales y en los vínculos socioafectivos**

De las 24 mujeres que fueron entrevistadas 19 expresaron cambios emocionales y en sus vínculos afectivos. Los cambios relevados fueron irritabilidad, desgano, ansiedad. Además tres de ellas relataron problemas con sus parejas, frecuentemente asociado a la disminución de las relaciones sexuales.

Los cambios manifestados con mayor frecuencia fueron irritabilidad en 13 de las entrevistas y desgano en 8. La sensación de ansiedad como uno de los cambios fue expresada en 4 de las entrevistadas. En 5 de las entrevistas se asocian dos o los tres cambios relevados.

“A veces es como que estaba lo más bien así con amigas y de golpe y porrazo me cambiaba el humor. Igual que en mi casa que chocaba mucho con mis hermanos. Desde que me puse el implante cero paciencia, no aguantaba a nadie. O por ratos estaba bien y por ratos no”. (Juliana, 19 años)

“Tuve cambios de malhumores, a veces como que estaba que te sentís mal. Más que nada por lo que no te venía también y porque te hace sentir como que estás embarazada”. (Karina, 19 años)

“A veces no sé si después que te ponen el implante te pone nerviosa. Nervios me atacaba, dolor de cabeza. Cuando yo tengo nervios tengo que discutir con mi marido o con mi hija, o si no tengo que llorar. Cuando lloro me salen los nervios, tranquila estoy con eso, o si no voy a la cancha a caminar, a salir, vuelvo tranquila a la casa”. (Daniela, 27 años)

“Estaba demasiado triste, deprimida, sin saber por qué, porque qué era lo que me pasaba, imagínate una persona teniendo muchos cambios hormonales, de repente ves que te baja todos los días y demasiada sangre, abundante, ves que se te cae el pelo, que es algo que el pelo que una mujer es principal y ver que se me caía y empezaba a tener peladeras era muy feo, demasiado, es algo que no podía entender. Estaba todo el tiempo deprimida, llorando, hay veces que no tenía ganas de levantarme de la cama, me sentía mal constantemente”. (Claudia, 18 años)

“Noté que estaba súper sensible, cualquier cosa que me decías yo ya me ponía mal y yo no soy de ponerme mal por cualquier cosa, estaba hipersensible o sino me enojaba por cualquier cosa o me asqueaba con la comida, estaba como asquerosa y a la vez sensible”. (Estela, 24 años)

Cabe señalar, en relación a los cambios emocionales, que una de las entrevistadas se plantea la posibilidad de que algunos de estos efectos puedan estar asociados al hecho de encontrarse transitando el puerperio.

“No tengo muchas ganas. Yo en general soy de tener, o sea me pongo mal cuando no tengo, de mal humor, y ahora no muchas ganas, pero puede ser por el posparto, la nena, todo que capaz por eso no quiero” (Evangelina, 23 años)

En otros casos, las mujeres que transitaban el puerperio al momento de la colocación del implante, relatan situaciones de malestar y padecimiento físico y emocional, que podrían ser similares y asociarse a ambas cuestiones, aunque ellas no refieren una relación. Sin embargo, nos parece importante visibilizar este momento de la trayectoria de las mujeres para que pueda abordarse o acompañarse desde los equipos de salud y propiciar estrategias comunitarias para transitarlo.

### Otros síntomas físicos

Otros efectos manifestados por las entrevistadas	
- Descenso de peso	17%
- Sangrado irregular	17%
- Ansiedad	17%
- Hinchazón	17%
- Problemas con la pareja	13%
- Debilidad	8%
- Caída de cabello	8%
- Sensación de síntomas premenstruales	8%
- Vómitos	8%
- Agalactia	4%

Tabla N°1

Todas las entrevistadas manifestaron además otros síntomas físicos asociados al uso del IS. Los síntomas relevados fueron dolor de cabeza, sensación de embarazo, síntomas premenstruales, náuseas, mareos, vómitos, dolor abdominal, dolor persistente en el sitio de colocación, lesiones dermatológicas, debilidad, hinchazón. (ver Tabla N°1)

La mayoría de las entrevistadas presentaron una combinación de varios de estos síntomas. El dolor de cabeza fue el más referido durante las entrevistas, apareciendo en 14 de ellas.

La sensación de embarazo se dio mayormente en mujeres que presentaron amenorrea durante el uso del IS. Una de las mujeres manifestó agalactia.

“Y después como al mes o a los dos meses empecé con dolor de cabeza, osea, cada tanto me daban dolores de cabeza (...) Después el dolor de cabeza me empezaba cada tanto, cada tanto, eso fue durante todo el tiempo. Aunque ya durante los últimos meses era como que los dolores de cabeza eran muy constantes para mí. Eran muy fuertes y no se me iban. Ya hace dos meses que yo tuve un dolor de cabeza que se me vino así de pronto, de golpe, hasta que yo llegué a ver mal de los dos ojos (...) como que yo tenía un corazón en la cabeza que me latía ahí, peor de dolor”. (Romina, 33 años)

“Después empecé a tener dolor de cabeza y en un momento pensé que estaría embarazada otra vez. (...) muchas nauseas, todos los días comer ensalada y no alimentarme de otra forma. Sentí que estaba embarazada. Tenía ganas de comer distintas cosas”. (Fernanda, 26 años)

“Tres meses le di nomás, después no. Porque eso también, se me cortó la leche, no sé si fue por el implante o por otra cosa. Me empezó a dar nauseas, tenía muchas nauseas, dolor de cabeza”. (Evangelina, 23 años)

“Empecé a brotarme con los granitos. Cada vez que sentía que me tenía que venir sentía los dolores, los cólicos, todo, me hinchaba más eh y cuando ya es como que me dejaba de venir ponele, entonces se me volvía a mi cuerpo. Pero sentía esos cólicos, esos dolores, pensando que me podría indisponer, pero no, nada”. (Jazmín, 30 años)

### **Efectos secundarios no informados al momento de la consejería**

Al momento de consultar a las mujeres por aquellos efectos que ellas perciben como secundarios al uso del implante y que no fueron informados en el momento de la consejería inicial, en 15 de las 24 entrevistas las mujeres dan cuenta de “efectos no informados”. Detallaremos a continuación aquellos que aparecieron con mayor frecuencia: en 9 de estos casos los relatos aluden a diferentes dimensiones vinculadas a la menstruación, ya sea por su ausencia, ya por el sangrado constante, por la presencia de síntomas premenstruales o lesiones dermatológicas vinculadas al uso constante de toallitas femeninas; en 5 de los casos se refieren a cambios en el peso; en 4 aluden a dimensiones vinculadas al estado de ánimo como irritabilidad o desgano y finalmente en 3 nombran explícitamente a la disminución del deseo sexual como un efecto vivenciado y no informado.

### **Consultas al equipo de salud durante la experiencia de uso del implante**

A pesar de ser “promocionado” en gran parte de las consejerías iniciales como un “método que no requiere seguimiento”, encontramos que en 20 de las 24 entrevistadas las mujeres realizaron algún tipo de consulta en efectores de salud para buscar una respuesta frente a malestares o por dudas surgidas durante la experiencia de uso del implante.

Quienes no consultan al equipo de salud afirmaron no hacerlo, encuadrando el padecimiento en una supuesta “normalidad” esperable con el uso del implante, lo que las lleva a no consultar a pesar de los malestares sentidos:

“No porque yo cuando me fui a colocar el implante jamás me dijeron que tenía que hacerme un control cada un mes o cada dos meses, a mi me pusieron el implante y a tu casa.” (Juliana, 19 años)

“Cada tanto me daban dolores de cabeza, ya lo tenía asimilado porque la doctora me dijo que una de los efectos podía ser dolor de cabeza o mucha ansiedad así que yo lo tenía asimilado(...) Sí, ya me había acostumbrado, pero bueno, no me quedaba otra, tampoco me lo quería quitar.” (Romina, 33 años)

Las particularidades de la situación epidemiológica y/o las disposiciones en materia de circulación asociadas a ella también impactaron especialmente en este ítem, ya que en 11 de las 24 entrevistas encontramos que demoran la consulta o directamente no la realizan porque, o bien tenían miedo de salir y de asistir a un efector de salud, o bien suponían que no era una atención prestada en este contexto por no configurar una urgencia, o pensaban directamente que el efector no estaba abierto:

“Yo me enteré la semana pasada que la salita estaba abierta porque no pensé que las salitas estaban abiertas, que estaban atendiendo.” (Angela, 18 años)

“Y como para acá no se podía venir [de provincia a CABA durante la cuarentena] no quería venir tampoco porque tenía miedo que me digan no, volvete para tu casa.” (Valeria, 26 años)

De las 20 que efectivamente concretan una consulta de salud, 4 la realizan en el marco de otra consulta propia o en ocasión de asistir a un efector de salud para la consulta de otros a cargo, situaciones que denominamos como “consulta oportunista”

“Un día mi hijo enfermó, en plena cuarentena lo tuve que llevar a la guardia y lo llevé a la guardia, lo atendí a él, entonces se me ocurrió que yo ya que estoy ahí me podría hacer revisar también. Así que me fui, pasé por guardia y le dije a la doctora masomenos lo que me pasaba” (Romina, 33 años)

En cuanto al tipo de respuesta recibido en el marco de esas consultas, hay una frecuencia notable de una respuesta que se repite por parte del personal de salud y que a su vez es coincidente con el motivo por el cual algunas de estas mujeres directamente no han consultado: nos referimos a la constante referencia a la “normalidad”. “Es normal” es una respuesta que, en la mayor parte de los casos remite a los efectos esperados de este método anticonceptivo vinculados estrictamente al aspecto biofísico de los mismos, sin ponderar el grado de padecimiento que éstos implican en términos de salud integral de la mujer. De las 20 que efectivamente concretaron consultas 8 recibieron esta respuesta, ocasionalmente esto se combina también con la percepción de un maltrato desde el personal de salud que las lleva a no volver a pesar de la persistencia de los efectos, o, por el contrario, ante la respuesta en los parámetros de una supuesta normalidad, empiezan un derrotero de múltiples consultas buscando una respuesta que las satisfaga.

“Porque yo iba a consultar por qué me baja demasiado, si era normal, porque me dolían mucho los ovarios. Y me decían sí, el implante causa eso. Y nada más. Después les decía también la cabeza. Sí, también me decían. Pero me hablaba así, viste?”

E: Te hablaba cómo, así cómo?

Y: Me decía sí, es normal lo del implante. Te lo querés sacar? No te lo podés sacar, porque está muy caro. No me lo quiero sacar, quiero saber si es normal. Sí, es normal. Después no fui más a consultar porque decían que era normal. (...) Yo no creía que podía ser normal que no te venga.” (Yanina, 34 años)

“Que eso es normal, que no te va a bajar, que a algunas personas les baja normal y a algunas no. Eso me había dicho la doctora. Después vine a consultarle a la doctora y la doctora me mandó aquí, que había una charla de métodos. Vine ahí hablaron y me tranquilicé cuando hablaron que eso era normal, que no se juntaba ahí adentro.” (Daniela, 27 años)

En 5 de las 20 que han realizado consultas, se trató de múltiples consultas en el marco temporal de uso del implante, ya sea en el mismo efector, ya en distintos y/o con distintos profesionales:

“(…) después de varios meses volví a consultar porque era muy frecuente los síntomas del embarazo. O sea como que te agarra todo todo del embarazo y vos decís estoy embarazada. Y yo vine como tres veces a hacerme test de embarazos, me hicieron ecografías pero nada. Ahí me explicaban, me decían que podían ser síntomas del implante, que no me preocupe, que era seguro, cien por ciento seguro.” (Karina, 19 años)

En relación al tipo de trato que perciben las mujeres, quienes espontáneamente ante la pregunta de cómo fueron las consultas realizadas refieren malos tratos, relatan intercambios verbales con profesionales vinculados a la presuposición de que el motivo de consulta tiene el objetivo de la “extracción anticipada” y aparecen valoraciones profesionales al respecto.

“De hecho la última vez que fui a ser verdad me trataron mal porque me dijeron que si quería tener otro bebé, yo les dije que no (...) me preguntó eso, que si yo quería tener otro bebé, yo le había dicho que no, y me dijo que bueno que entonces no me podían ayudar.” (Claudia, 18 años)

“ Me decía sí, es normal lo del implante. Te lo querés sacar? No te lo podés sacar, porque está muy caro. No me lo quiero sacar, quiero saber si es normal (...)

E: Y cuántas veces fuiste a consultar?

Y: Dos veces. Pero las dos veces no me trató bien, entonces no fui más. Como me decían que era normal ya tres meses(..) Y allá no te quieren ni hablar, te cierran la puerta, la ginecóloga. Tiene muchas quejas, por qué trata así? No sé. Capaz es su forma de atender. Yo no me lo quiero sacar le dije, yo quiero saber si es normal, quería consultar. Es un problema de mujer. Quería saber si era normal que te baje mucho. (Yanina, 34 años)

Ante los padecimientos, dudas o malestares generados durante la experiencia de uso del implante, las mujeres también recurren a diversas prácticas de autocuidado; que puede o no incluir automedicación, que usualmente incluye la auto administración de test de embarazo y también las consultas al entorno cercano sobre estos efectos:

“E: Tomabas algo para el dolor de cabeza?

Y: Sí, ibuprofeno.

E: Eso te lo dio la médica para el dolor de cabeza o lo empezaste a tomar por tu cuenta? No, por mi cuenta porque me dolía mucho la cabeza. Como me decían que era normal entonces decía bueno voy a tomar un ibuprofeno para el dolor de cabeza. (..) Y después me empezaba a sentir mal y no podía hacer tantas cosas. (...) Si a veces dejaba de ir a la escuela a vender o dejaba de salir porque cuando me venía me quedaba dos días en cama para tratar de que se me vaya un poco.” (Yanina, 34 años)

“Mi cuñada cuando le decía que me viene mucho. Es normal. Pero yo le decía que no puedo comer. Pero es normal eso, hasta que se te acostumbre el cuerpo me decía.” (Beatriz, 25 años)

“Yo me hacía todos los meses igual [se refiere a test de embarazo] Cuando empecé mal con el implante yo me hacía todos los meses. Si me venía un mes y después no me venía más yo ya pensaba que estaba embarazada porque me bajaba la presión, o vomitaba. Los iba a comprar o los venía a buscar (a la salita). El año pasado no me hice nunca test de embarazo porque ya me acostumbré que sé que es el implante. Pero cuando ya cumplió los tres años, que ponele fue el año pasado, ya este año me avivé en cuidarme o no cuidarme y hacerme test de

embarazo. Si no me venía dos meses ahí era que yo me hacía test, si no me salían dos rayitas listo, es el implante (Angela, 18 años).

### **Ponderación personal de efectos secundarios y satisfacción de la experiencia**

Encontramos que la totalidad de las mujeres entrevistadas tuvo malestares de algún tipo que la afectaron en el tiempo de uso del implante, para algunas esto implicó su extracción anticipada y para otras la no renovación una vez transcurridos los 3 años - o más- de uso.

Para 16 de las 24 entrevistadas se trató de efectos que no fueron ponderados en el momento de la elección del MAC y que por eso encuadramos en la categoría de “padecimiento no esperado”:

“Y mal. Porque me sentía incómoda que me venga dos veces, antes no me pasaba eso. Antes de usar el implante nunca me pasó eso. Pero igual yo le comenté a la doctora y me dijo que era normal, que los cuerpos no son todos igual y que cada quien reacciona a los métodos. (...) También el tema de viajar, ir y venir es un tema. No sólo en las relaciones sexuales. Cuando me voy a estudiar tengo una hora de viaje o cuando voy a trabajar. No puedo estar yendo a cada rato al baño” (Marcela, 29 años).

“Que mi cuerpo no iba a tener eso, esas dificultades, porque era entre una posibilidad muy lejos y una posibilidad muy cerca, depende de cómo tome el cuerpo el chip. En una parte estaba bien, pero yo no pensé que me iba a ocasionar tanto, porque cuando te viene la menstruación una mujer se siente más limpia, todo y a la vez tenés más placeres cuando tenés relaciones.(...) Sí, pensé que no me iban a pasar a mi, como dicen no a todos los cuerpos, depende el cuerpo de cada persona (...) (Mariana, 22 años).

En 9 de las 24 entrevistadas los discursos muestran una priorización del efecto anticonceptivo que incidió fuertemente en la ponderación subjetiva que realizan de los efectos adversos que padecieron:

“No es malo porque resultó. Durante los tres años que lo tuve no quedé embarazada, pero te hace sentir que estás embarazada, sentís movimientos en la panza. Capaz estaba acostada lo más tranquila (...) y sentía como que se movía algo adentro de mi panza y es como raro, porque lo sentís y una se pone a pensar, qué es?” (Karina, 19 años).

“Tenía re sensible la cabeza o me rozaban y me dolía y no no me gustaba para nada eso y así lo aguanté un año y meses.” (Valeria, 26 años).

“entonces pensé (en sacarlo) pero dije no. Osea yo pensaba llegar a los tres años, cumplir los tres años y quitármelo luego, y después descansar (...) osea cumplir la fecha que me dió la doctora”. (Romina, 33 años)

“Yo me la aguanté te juro; si es normal, no me lo voy a sacar...” (Yanina, 34 años)

Esta idea de “aguantar” los efectos aparece en varias entrevistas, muy asociada a la subjetivación propia del género femenino, que “aguanta”, se “sacrifica”, sufre en pos de los cuidados, en este caso los propios cuidados anticonceptivos.

Paralelamente, y asociado a lo anterior, al consultarlas sobre el grado de satisfacción de la experiencia, aunque la totalidad de las mujeres manifestaron malestares, la mitad de ellas afirmó sentirse satisfecha o muy satisfecha con la experiencia de uso.

“Sacando los efectos a mí me funcionó. En el sentido que no estoy embarazada. Como dónde iba a ir esa sangre que no menstruo, me generó más que nada miedo”. (Estela, 24 años)

#### Cuarto momento - *Motivos de discontinuación y acceso a la extracción*

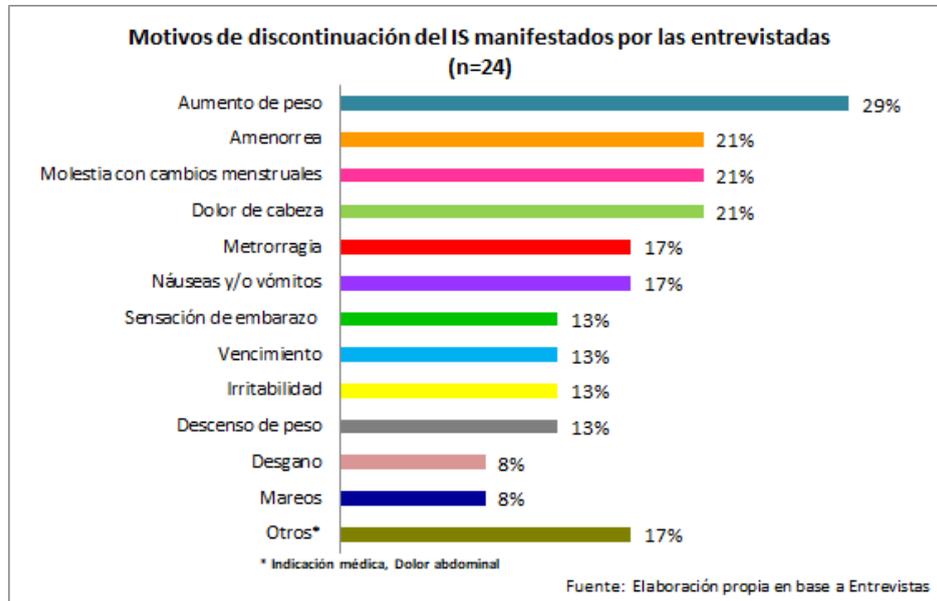


Gráfico N° 19

#### Motivación para la extracción

De las 24 mujeres, solamente 6 llegaron a cumplir los 36 meses de uso, y la mitad de éstas sobrepasaron ese tiempo. Sin embargo al momento de indagar sobre las motivaciones para la extracción sólo 3 manifestaron el vencimiento como una motivación, y en una sola de ellas fue el único motivo expresado. Este mismo dato relevado en la población del estudio mostró que el 25% de las mujeres había manifestado como motivo el vencimiento, poniendo en evidencia que lo relevado en el contexto de la consulta es consignado con menor detalle. La mayoría de las mujeres refirieron más de una motivación para la extracción. (ver Gráfico N° 19). Las manifestadas mayormente fueron las relacionadas con las variaciones del ciclo menstrual: 5 destacaron molestias con los cambios menstruales, 4 padecían metrorragia, y 5 no se encontraban cómodas con la amenorrea. Dentro de las entrevistadas ninguna tenía planes inmediatos de embarazo, pero solo una lo manifestó explícitamente durante la entrevista.

“Lo hablé con mi marido, vuelvo a las mensuales así por lo menos se me regulariza a mi un poco el ciclo y esa hinchazón que viste sentís cuando no te viene” (Fernanda, 26 años).

“Pensaba ir más bien a una ginecóloga que me haga todos los estudios, contarle esto de que me agarraba de esto de aquello, del tema de los placeres y esas cosas que sacármelo. Pero después cuando me empezó a bajar, que ya no podía más, que no podía ni bajar la escalera, que no podía limpiar, que no me podía agachar, esos dos meses fueron terribles” (Mariana, 22 años).

“Yo empecé a pensar en sacarlo porque como te dije no me venía ya como tres meses. Esos 4 días estuve con mareos y vómitos y fue que me hice el test de embarazo y yo decía qué pasa que estoy mal, tenía que estar acostada porque si me paraba me caía. Yo dije estoy embarazada o sigue jodido el implante” (Angela, 18 años).

“Me harté de usar protector, y no estar o no sentirme limpia. Yo ya me estaba sintiendo insegura, como que no me gustaba más, porque es incómodo” (Verónica, 27 años).

Otra motivación frecuente para la extracción estuvo relacionada con los cambios en el peso: mayormente por aumento, expresado en 7 de las entrevistadas; aunque otras 3 refirieron como problema el descenso marcado.

“Engordé muy rápido y más con esta cuarentena, pero como muy poco y es raro, entonces por eso preferí sacármelo” (Jazmín, 30 años).

“Es que ya me sentía muy débil y aparte había bajado mucho de peso, me empezaron a pasar cosas que pensaba que me iba a morir” (Beatriz, 25 años).

“Me lo quiero sacar porque no me viene el periodo, tengo cambios de humor, subí de peso, eso por esos tres motivos” (Camila, 23 años).

El dolor de cabeza fue también una motivación frecuente para tomar la decisión de la extracción en 5 de las entrevistadas.

“No, no pensé en sacármelo, pero como ya se vencía, se venció el primero, el miércoles pasado, dije no, voy a descansar voy a cuidarme con otra cosa, porque yo no soy de tomar muchas pastillas y sigo tomando pastillas, pastillas (por el dolor de cabeza) Es como que me volví adicta. Y después empecé a tomar el migral porque no me pasaba con el ibuprofeno, y el migral dicen que es muy malo para la salud”. (Yanina, 34 años)

“Los otros efectos se podrían llevar tranquilamente, no creo que haya tanto lío pero con el tema ya que me causa otro efecto más grande y más fuerte sí como fue esto del dolor de cabeza, que fue lo que me inclinó a que yo preguntara si me lo podían sacar, que fue lo que me recomendó el doctor también cuando me vió”. (Romina, 33 años)

Otras motivaciones para la extracción que aparecieron en las entrevistas fueron: sensación de embarazo, irritabilidad, mareos, vómitos, náuseas, dolor abdominal, desgano, hinchazón, miedo a estar embarazada.

Una de las entrevistadas refirió que la extracción fue recomendación médica para tratar un quiste de ovario.

### **Modalidad de toma de decisión**

De las entrevistadas, 10 manifestaron haber tomado solas la decisión de extraer el implante y 7 de ellas comentaron esta decisión con sus parejas.

“Él quería que me ponga de nuevo, pero yo no quise. Ahora no sabe, yo le dije me voy a sacar el implante y vos vas a cuidarte, le dije así, no sabe que voy a cuidarme con inyecciones. No le dije nada. Le dije que mañana tengo turno que voy a hacerme sacar el implante y no hablamos nada (...) Si vos te vas a sacar hacete poner de nuevo me dijo. No, yo no quiero hacerme poner más, te vas a tener que cuidar vos. Te toca a vos le dije, y no me dijo nada”. (Daniela, 27 años)

“Me manejo yo sola, porque si me pasa algo, me embarazo el dolor lo sufro yo así que. En realidad mi marido tampoco quiere que me ligue viste, porque soy joven pero igual ya, soy yo la que sufre ahí cuando estoy pariendo así que dije que no más” (Camila, 23 años).

De las mujeres que participaron de las entrevistas, 13 manifestaron que algunas personas de su entorno le aconsejaron la extracción por los efectos que el IS le producía. Fueron consejos en su mayoría de la pareja y también de sus amigas, familiares y madres.

“Ella (su cuñada) me veía mal. Tenés que sacártelo porque yo ya te veo mal, nunca te vi así (...) Mi marido me dijo que sí, que está bien porque me está haciendo mal y tiene miedo que me pase algo. Mi marido me decía, estás re pálida”. (Beatriz, 25 años)

“Me dijo vamos a ir al hospital. No le dije, yo el martes tengo turno. Vamos porque yo no te quiero ver así. Yo estaba re pálida el domingo. Me preguntó si me venía mucho, si le dije. Yo estaba tirada en la cama y él nunca me ve tirada en la cama. Me dice sacátelo y no te lo pongas más, me dice yo me cuido, no sé, me hago la vasectomía dijo. Yo tampoco quiero más, me dijo. Él tampoco quiere más porque ya somos 4 y él quería un hijo y tuvo una nena y la nena lo tiene así. Si querés me hago en la obra social la vasectomía”. (Yanina, 34 años)

“Mi pareja se había molestado, porque él me venía diciendo hace rato que me lo saque y yo de cabeza dura por no volver a ir a ese hospital; no fui, no fui, me dejé estar, dejé pasar esos últimos meses hasta que me dijo no buscate un consultorio ya sea privado o no y sacatelo. Y así hice”. (Claudia, 18 años)

En el momento de la extracción del implante 5 de las mujeres relataron cambios en su situación de pareja respecto al momento de la colocación: 2 manifestaron estar separadas de esa pareja, otras 2 haber cambiado de pareja y 1 encontrarse sin pareja al momento de la toma de decisión de la extracción.

En relación a otras cosas relevantes en su trayectoria una manifestó estar estudiando y otra tomó la decisión durante el puerperio.

### **Acceso a la extracción del IS**

De las 24 mujeres que participaron de las entrevistas a 21 les otorgaron turno para la extracción, algunas de ellas tuvieron una consulta previa y luego se les programó la extracción. Las 3 restantes accedieron por demanda espontánea.

“yo fui a pedir si me podían sacar el implante o si tengo que sacar algún turno o como se sigue el procedimiento y bueno, para eso tenía que sacar un turno, pero antes del turno tenía que hablar con la ginecóloga y con la ginecóloga yo le expliqué mi situación. Me dieron las chicas del consultorio de salud sexual”. (Jazmín, 30 años)

“le dijeron que venga a sacarme un turno, a charlar con la ginecóloga para que me diera otras opciones. Vine, bueno le conté mi situación y me dio un turno para hoy. La verdad que no me puedo quejar eso sí, llamé por teléfono mi prima ella me dijo que venga el día jueves a sacármelo, no disculpá a averiguar, yo tenía ya un turno, vine, pregunté bueno, me hicieron atender ya a las 10 la ginecóloga y me dio un turno máximo de dos semanas ya vine hace dos semanas”. (Claudia, 18 años)

“Fui al centro de salud a ver a la doctora, que ella atiende los viernes ahora y los viernes saca también, así que me fui justo ese día y me atendió. Yo ya me quería sacar, lo que había pasado, después unos meses otra vez, así que decidimos sacar. En el día me lo sacó. En el momento”. (Gloria, 41 años)

## **Obstáculos y facilitadores**

Las mujeres entrevistadas manifestaron diferentes obstáculos para acceder a la extracción. En su mayoría refirieron obstáculos administrativos o institucionales:

“Quería hablar con la que me había colocado el implante, pero los días que iba nunca la encontraba. Me dijeron que yo tenía que hablar con la persona que me puso el implante. Cuando yo fui me habían dicho que no estaba la doctora que me había puesto el implante a mí. Fui al centro de salud el mismo día que vencía pero me dijeron que no estaba. Después como yo estaba trabajando mandé a la cuñada de mi mamá a ver si me podía hacer el favor pero tampoco estaba le dijeron”. (Julia, 19 años)

“Fui a Santojanni para sacármelo (hace 1 año) y me dijeron que a la tarde pero justo pasó un problema en un trabajo y tuve que ir y perdí el turno”. (Marcela, 21 años)

“Era una vez por mes y era esa vez a la mañana temprano y para un turno dentro de un montón. (En la obra social) Cómo no era de urgencia no me lo querían extraer”. (Fabiana, 31 años)

Otros obstáculos que aparecieron fueron: la exigencia del efector que se lo extraiga la misma persona/efector que lo colocó, altos costos en el sector privado, exigencias de estudios previos a la extracción, costo del método, y la negativa del efector de extraerlo antes de que se cumpla el tiempo de uso

“(En la primera consulta) me hicieron firmar no sé qué y ahí decía que yo no me lo puedo sacar cuando yo quiera (...) Yo te dije que ya no te lo puedo sacar me dijo, porque son cosas del gobierno que valen. Ahí me di la vuelta y me fui. Yo estoy conciente que me lo advirtieron, que me preguntaron si estaba segura y que ellos no me iban a sacar” (Beatriz, 25 años)

“Yo había escuchado que capaz en algunos lugares te decían que tenían que pasar los tres años, me daba miedo que me dijeran eso pero no, me lo sacaron igual y yo hace un año que me lo puse”. (Evangelina, 23 años)

“En la consulta planteó sin rodeos su decisión “quiero sacarme el Implante”. La doctora le preguntó por qué, le habló del costo del insumo y le dijo que primero se tenía que hacer unos estudios (ecografía ginecológica, análisis de orina y laboratorio de sangre que incluía perfil de hormonas sexuales) Griselda, 18 años.

El ASPO también funcionó como un obstáculo. Algunas mujeres no se acercaban a consultar porque pensaban que los centros de salud no estaban funcionando o por temor al contagio. Por otro lado también algunos centros de salud limitaron la atención o la accesibilidad.

“Pensé que no estaban atendiendo a nadie excepto los que estaban enfermos de eso (Covid-19)”. (Camila, 23 años)

“Y como para acá no se podía venir (de provincia a CABA durante cuarentena) no quería venir tampoco porque tenía miedo que me digan no, volvete para tu casa”. (Valeria, 26 años)

“Más que empezó la cuarentena y me daba pánico salir de casa, y bueno me animé a salir y me fui a la salita. En junio masomenos o mayo me lo quería sacar porque eh ya ahí fue cuando ya noté el cambio que fue el aumento de peso enseguida, que ya no me sentía cómoda y bueno, lo patié, lo patié porque estaba la cuarentena y yo como te digo tengo pánico de salir a la calle porque yo tengo un nene chiquito que sufre de los bronquios, entonces yo por ese motivo yo no quería salir y exponerme”. (Jazmín, 30 años)

Por su parte, también se identificaron algunos facilitadores para el acceso a la extracción. El hecho de ser usuaria del efector de salud o la recomendación de una persona allegada que es usuaria y conoce el funcionamiento del efector fueron los facilitadores mayormente manifestados por las entrevistadas.

“Me dijo mi cuñada que acá (en el centro de salud) lo estaban sacando y me vine”. (Beatriz, 25 años)

“A mi nena la atiendo ahí y pregunté y me dijeron que ahí me lo podía sacar y me dieron turno”. (Evangelina, 23 años)

“Tengo a mi prima que se atiende acá el control de embarazo desde el primer día y ella siempre me hablaba que la atendieron bien, que siempre fueron delicados con ella y bueno, ella decidió llamar y averiguar por mi caso e inmediatamente le dijeron que venga a sacarme un turno, a charlar con la ginecóloga para que me diera otras opciones”. (Claudia, 18 años)

Otro de los facilitadores relevados fue recibir asesoramiento cuando se consulta para la extracción.

“Yo fui directamente al consultorio (de Salud Sexual) a explicar mi situación a preguntar como hacer para pedir un turno para sacarme el implante. Las chicas me asesoraron para poder, para que ellas me deriven al ginecólogo y si me puede atender y ver qué es mi situación sobre por qué me quiero sacar y todo, bueno yo le expliqué a la ginecóloga y cuando la ginecóloga me dijo bueno si no hay ninguna otra cosa que hacer porque lo tuyo es con el peso, entonces bueno te conviene sacártelo si vos no te sentís cómoda y fue ahí cuando yo volví de nuevo con las chicas del 19 les expliqué lo que me dijo la ginecóloga fue lo mismo, entonces bueno ahí fue cuando me dieron el turno”. (Jazmín, 30 años)

Por último encontramos como facilitador en 4 de las entrevistadas la posibilidad de conseguir orientación sobre la modalidad para acceder a la extracción o incluso el turno, a través de alguna red social o telefónicamente.

### **Tiempo entre demanda de extracción y extracción efectiva**

La mitad de las mujeres entrevistadas esperó una semana o menos para la extracción desde el momento que la solicitó. En 3 de los casos la espera fue de entre una y dos semanas, en 2 fue de más de dos semanas y menos de un mes y 4 de las mujeres tardaron más de un mes en acceder a la extracción. Por último, en 3 de los casos, el acceso fue inmediato.

En relación a cómo las mujeres evaluaron subjetivamente ese tiempo, la mayoría lo evaluó como adecuado y 4 de ellas lo consideraron no adecuado. En 3 de las entrevistas no fue posible obtener esta información.

“La verdad que de esperar tanto, esas dos semanas no iba a ser nada, así que estuve cómoda con ese tiempo”. (Claudia, 18 años)

“Me pareció adecuado por las dudas para seguir pensándolo si me lo iba a sacar o no”. (Estela, 24 años)

“Al principio dije uyy cuanto tiempo!, pero después bien, lo importante es que me lo van a sacar”. (Camila, 23 años)

“Y bastante, porque estoy masomenos preocupada por este tema, entonces como que estoy bastante impaciente de comenzar con las pastillas”. (Jimena, 24 años)

### Consulta con el equipo de salud

Durante las consultas para solicitar la extracción o para extraer el implante 4 de las 24 mujeres refirieron haber recibido consejería sobre métodos anticonceptivos y el equipo de salud indagó sobre las motivaciones para discontinuar el uso del implante. En 10 de las entrevistas apareció únicamente el asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, sin que se preguntara sobre los motivos, y 4 de las entrevistadas refirieron solamente los motivos de discontinuación como contenido de la consulta.

(La médica) “me dijo que si yo quería venir acá también y me dijo por qué me lo quitaba. Entonces yo le dije y después me dieron el turno. Me explicó todo. Como me tengo que cuidar”. (Beatriz, 25 años)

“Porque la doctora me dijo es mejor que tomes la pastilla así cuando yo te sacó ya tenés efecto de la pastilla, entonces me pareció perfecto porque una semana, tomé la pastilla desde el lunes pasado hasta hoy lunes, tomé la pastilla 7 días y me pareció perfecto, porque me explicó que tome así evitamos otro embarazo”. (Mariana, 22 años)

“me dijeron que tenía que hablar con las ginecóloga, me hicieron una pequeña consulta, bueno yo le expliqué mi situación y bueno, me dijo que no que lo tuyo es con el problema del peso, entonces como vos no te sentís cómoda no hay ninguna consulta, no hay otra cosa que hacer, entonces bueno, fue ahí cuando volví de nuevo con las chicas y me dieron el turno para poder sacarme el implante”. (Jazmín, 30 años)

### MAC con el que continúa

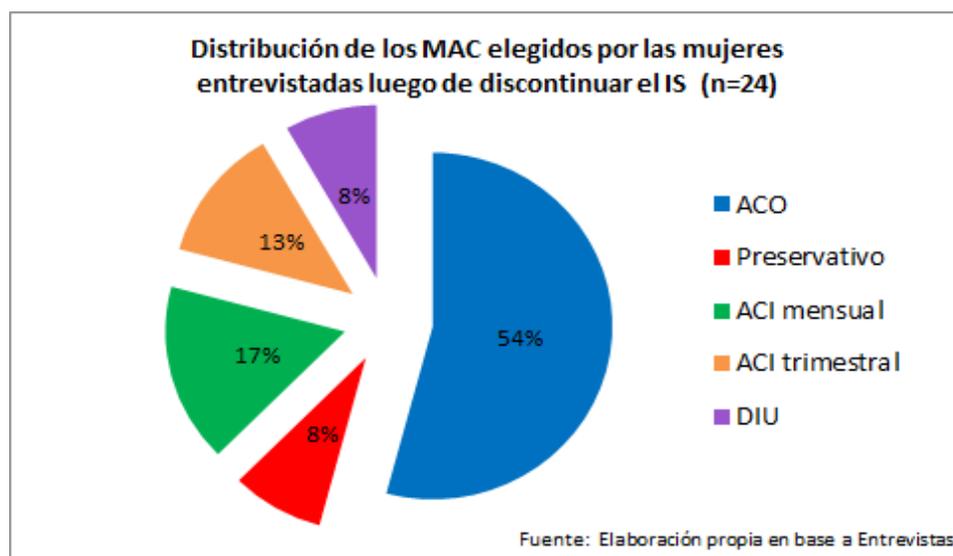


Gráfico N° 20

De las 24 mujeres entrevistadas 11 decidieron continuar con anticonceptivos orales (ACO), una de ellas manifestó además que usaría preservativo y otra que comenzaría con ACO pero quiere la ligadura tubaria. El anticonceptivo inyectable (ACI) mensual fue elegido por 4 mujeres y el trimestral por 3, una desea luego colocarse el DIU. El preservativo como único método anticonceptivo fue preferido por 2 de las entrevistadas. En relación a los métodos de larga duración sólo 2 de las mujeres eligieron el DIU para continuar con la anticoncepción. (ver Gráfico N° 20)

“Ahora decidí ponerme las inyecciones. La ginecóloga me explicó si quería cada tres meses o cada un mes, me dijo que posiblemente se me corte un poco el sangrado, de hecho me sigue el sangrado, espero que ahora se me regularice un poco y bueno, me habló de los distintos métodos, de las pastillas, las inyecciones, el DIU, pero la verdad que preferí ponerme las inyecciones para ver si me va bien, si tengo una buena experiencia ahora con ellas”. (Claudia, 18 años)

“Y las inyecciones por lo menos me hacían venir a rajatabla las mensuales. Entonces digo para normalizar un poco mi organismo y después el día de mañana veré”. (Fernanda, 26 años)

“Ahora estoy tomando las de 21 días y bueno, como pasa. Si veo que sigo engordando lamentablemente no. La última opción será el DIU. Me dijeron, me ofrecieron, pero yo por el momento no me siento convencida”. (Jazmín, 30 años)

“Con pastillas, no estaba segura o con pastillas o con preservativo, no estaba segura, le dije con alguno de los dos nos vamos a cuidar. Y si vos no querés usar preservativo vos tenés que hacerme acordar de tomar a tal hora la pastilla, y él se pone la alarma del celular solito y me dice si yo estoy cerca”. (Mariana, 22 años)

Por otro lado algunas de las mujeres manifestaron que no volverían a elegir ni recomendarían el IS como método anticonceptivo.

“Pero ahora te digo que me saqué el implante no me lo quiero poner más, tengo miedo de ponérmelo y que me haga de vuelta esas cosas”. (Angela, 18 años)

“Es una experiencia que no se la elegiría ni a mi peor enemiga como para darte una idea, es algo que fueron muy feos esos meses, demasiado, teniendo a mi bebé tan chiquito y yo sin tener ganas de agarrarlo porque la verdad que era esa, me sentía mal y como te digo los mareos que tenía me daba miedo de que se me caiga. Recomendación no sé porque como te digo, yo tuve una mala experiencia, quizás hay otras chicas que le hizo muy eficaz, pero yo en mi opinión yo no me lo volvería a poner así que... nada más que eso”. (Claudia, 18 años)

## **ANÁLISIS**

Al momento de sistematizar los motivos de elección nos llamó la atención la recurrencia a algo que algunas mujeres se refirieron como comodidad del método, al hecho de no estar pendiente, o de algo sobre lo que no tenían que pensar más. Algo así como que colocarse el implante les permitía sacar una cosa de la lista, era “una cosa menos”. Frente a estas explicaciones acerca de la elección del IS, nos resultó interesante detenernos a pensar sobre el por qué de la importancia atribuido a esa “comodidad”. En este sentido, recurrimos al concepto de carga mental para repensar las respuestas de las mujeres.

De acuerdo con Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (2011) entendemos que en el trabajo de cuidados hay una dimensión “borrosa” que no se refiere a actividades directas implicadas sino a “la actitud de —estar disponible para—, de —estar atenta/o a—, lo que en el mundo anglosajón denomina estar —on call—; que no es exactamente realizar una acción, sino estar en condiciones y en disposición de realizarla en el momento que se requiera”. Para Alcocer, V. (2018) “la carga mental es silenciosa, y esa cualidad la hace doblemente pesada. La sociedad no la reconoce porque no valora ni remunera los cuidados domésticos, a pesar de ser un pilar fundamental de la economía. Históricamente, además, la gestión del hogar ha sido entendida como algo esencialmente femenino, que ellas hacen casi por instinto”. En este contexto subjetivo marcado por la división sexual patriarcal del trabajo, el IS representa una “cosa menos” para estar atentas.

Al mismo tiempo, observamos que en general a la hora de la elección hay una decisión no dialogada de las parejas varones de no usar preservativo la cual no aparece de modo explícito como motivación para la elección del IS, pero que se asume como un hecho dado. En este sentido, nos parece importante poner el foco en la naturalización de esta negativa masculina tanto a usar preservativo como a asumir responsabilidades del cuidado sexual y anticonceptivo en particular, naturalización que es la mayoría de las veces “telón de fondo” de las decisiones anticonceptivas de las mujeres, no problematizadas ni por los equipos de salud ni por las propias mujeres, salvo algunas excepciones.

Como mencionamos más arriba al describir el acceso al IS y las características de las consejerías, encontramos pocas instancias de consejerías grupales. Creemos que estas pueden resultar valiosas para el intercambio y para abordar cuestiones compartidas por grupos de pares. Es decir, son espacios que propician la conversación y la circulación de saberes y preocupaciones compartidas. Sin embargo, también creemos necesario alojar cada una de las particularidades en salud sexual y (no) reproductiva de las mujeres participantes. En consecuencia, pensamos en la necesidad de dispositivos que contengan ambas instancias, para optimizar las potencialidades de los diferentes momentos de la consejería. Asimismo, una forma de enriquecer los intercambios en esta instancia es la conformación interdisciplinaria de estos espacios de asesoramiento y acompañamiento, ya que esto propicia la mirada integral de la salud sexual, que la aborda más allá de sus parámetros biomédicos y contempla otras variables ligadas a aspectos sociales y subjetivos.

Por otro lado, en gran parte de las consejerías que aparecen en los relatos de las mujeres, no se les ofreció un espacio de seguimiento y/o acompañamiento específico para plantear dudas, preguntas, inquietudes, malestares que puedan surgir en la experiencia del uso del implante. Al ser un método en el que se valora la no necesidad de controles, se hace necesario al momento de la colocación ofrecer la posibilidad de reconsulta durante su uso. En este sentido pensamos que habilitarlo específicamente como parte del encuadre de la consejería inicial podría acompañar de una manera más cuidada la experiencia de uso del implante, atendiendo a las inquietudes que puedan surgir en el camino. Consideramos que este acompañamiento resulta particularmente relevante en el caso de un método como el implante, donde la capacidad de intervención de la mujer sobre su acción y su eventual discontinuación está condicionada necesariamente por la asistencia de un profesional. A

diferencia de los métodos de corta duración donde la persona debe reafirmar la decisión de utilizarlo de manera diaria (Preciado, 2014) en algunos casos, mensual en otros, en el caso del implante la autonomía de la usuaria se vuelve endeble luego de su colocación, a partir de lo cual no se requiere de su participación activa y cotidiana, y en particular, si desde los equipos de salud no hay lugar para alojar y acompañar, sin barreras ni dilaciones, los efectos que pueda ocasionar su uso, así como la eventual demanda de extracción. Esta característica, que condiciona la suspensión del uso a la intervención de lxs profesionales, propicia en algunos casos situaciones que podrían leerse como autoritarias o paternalistas.

En relación con la información brindada en las consejerías, si bien encontramos que en varias de las entrevistas se reitera haber manifestado cambios en el estado de ánimo, disminución del deseo sexual y de la frecuencia en las relaciones sexuales como efectos secundarios asociado al uso del IS, todas las entrevistadas coinciden en no haber recibido información en la consejería previa a la colocación del IS acerca de algún posible efecto relacionado a cambios en el estado de ánimo y/o disminución del deseo sexual. Este punto evidencia una forma hegemónica de abordaje de la sexualidad femenina enfocada en la reproducción (o no reproducción en este caso) y en posibles manifestaciones clínicas como el sangrado, el peso u otros malestares; pero donde aspectos referidos a la salud mental o a la dimensión del placer no son considerados prioritarios o bien se subestiman en el abordaje. Puede pensarse, siguiendo a Preciado (2008), que los métodos anticonceptivos no operan solamente como técnicas de control de la reproducción, sino de producción y de control de género. En este sentido, el deseo sexual de las mujeres es omitido en el diseño y la investigación de la anticoncepción hormonal, pero además es invisibilizado, queda sometido y pasivo frente al del varón, durante las consejerías, a pesar de conocerse que su uso puede producir caída de la libido. Cabe recordar aquí que la consejería en salud sexual y salud reproductiva, supone un abordaje integral tanto acerca del ejercicio de su sexualidad y el cuidado de su cuerpo, como de la salud en relación con su función reproductiva.

Uno de los efectos secundarios más manifestados por las entrevistadas fue el aumento de peso, el cual aparece cargado de gran malestar en su enunciación. Este efecto se relata en estrecha vinculación tanto con el malestar anímico que produce la nueva imagen corporal, como la disminución de las relaciones sexuales producto de la incomodidad con el propio cuerpo.

Otro efecto secundario asociados al uso del IS como la metrorragia, que puede ocasionar en algunos casos limitaciones en las prácticas sexuales, tampoco es tomado en cuenta desde esta dimensión durante las consejerías. Asimismo la amenorrea, que en las consejerías se aborda muchas veces como un efecto positivo en relación a la comodidad de no sangrar y a la disminución del gasto económico, no es vivenciado de esta forma por muchas de las usuarias ya que la menstruación se considera socialmente como natural y propia del ser mujer. Considerando los procesos sociohistóricos, según relata Tarzibachi (2017), hasta el siglo pasado “el cuerpo de las mujeres en edad fértil, no fecundado debía menstruar todos los meses”; ...por lo tanto “si menstruación significa constatación de ausencia de un embarazo así como feminidad, la supresión menstrual podría ser problemática y una causal para el pedido de eliminación” de aquellos métodos que generan este efecto.

Por su parte, un aspecto que nos llamó la atención fue la alta proporción de mujeres que refirieron estar satisfechas o muy satisfechas con IS, pese a describir una experiencia con múltiples efectos secundarios identificados como incómodos o angustiantes. Una forma de interpretar esa satisfacción con el IS frente a relatos de padecimientos en la experiencia de uso, fue a partir de identificar la fuerte valoración de su efecto anticonceptivo, lo que podría estar hablando también de las dificultades para garantizar a través de otras estrategias (ligadura, preservativo, etc.) esta misma posibilidad de decidir sobre la salud (no) reproductiva.

Por último, acerca de la elección del método con el que se continúa, es llamativo que luego de haber elegido el IS en base a su duración prolongada en el tiempo y la comodidad de no tener que ocuparse o estar pendiente de recordar la toma o la colocación, la nueva elección se orienta mayormente a los anticonceptivos de corta duración. Podría pensarse si esta decisión no se ve influenciada por las dificultades enfrentadas durante el uso para alojar sus inquietudes y/o padecimientos, y la imposibilidad de intervenir o discontinuar su uso por sus propios medios.

Finalmente, como parte del proceso de investigación y de manera paralela al análisis de los datos y a la escritura de los resultados, se realizó un encuentro con los equipos de salud de ambos centros de salud a los fines de compartir lo trabajado hasta el momento, intercambiar opiniones e incorporar los aportes que se generen en ese intercambio. Para la reunión se convocó a diferentes servicios del equipo ampliado, considerando la importancia de abordar la sexualidad y la anticoncepción desde las diferentes disciplinas y la diversidad de consultas a las que acuden las mujeres.

Al reflexionar sobre algunas de las citas de las entrevistas en relación a las consejerías muchxs de lxs profesionlxs se sintieron identificadxs en las frases compartidas. En particular, algunas de las participantes reconocieron que muchas veces se realizan consultas sobre salud sexual en un contexto de muchas demandas diversas y poco tiempo, lo cual deriva en que la respuesta se concentre en el ofrecimiento de las opciones anticonceptivas disponibles y una breve entrevista sobre antecedentes clínicos. Asimismo, este tipo de consultas fueron identificadas en los comentarios como espacios poco propicios para la escucha activa y el intercambio entre lxs profesionales y las usuarias, perdiéndose en la mayoría de los casos la oportunidad para abordar la sexualidad de manera integral. En ese sentido nos preguntamos cómo hacer para que las consejerías sean realmente un momento de construcción de autonomía y de toma de decisión informada, y no la consulta que tenemos ganas o posibilidad de hacer en el contexto de atención en el que se dan.

Entendiendo la salud desde una perspectiva amplia, nos parece importante pensar en los métodos anticonceptivos y su efectividad más allá de su efectividad anticonceptiva (no te quedás embarazada), sino también desde otros posibles efectos asociados a su uso, como los psicológicos, emocionales y vinculares. En este punto, nos preguntamos si hay salud sexual si se considera solamente la dimensión reproductiva de la persona, aún cuando esta “garantía” de no embarazo implique el padecimiento en otras dimensiones de la sexualidad.

En relación con los efectos secundarios asociados al uso del implante pueden ser más o menos frecuentes, y en general es muy difícil anticipar a quienes le ocurrirán y cuáles. En ese

sentido solemos decir en las consejerías que los mismos dependen de cada cuerpo. Esto muchas veces es interpretado por las usuarias como algo que deja en falta el propio cuerpo, que parecería ser el que no se adapta. Pensamos que podríamos enunciar esta posibilidad de otras maneras, que hagan referencia al vínculo entre el fármaco, el cuerpo, la subjetividad y las vivencias y que no centren la causa del problema en el cuerpo de la mujer.

Por último, creemos que un aspecto a considerar en el marco de las consejerías son los prejuicios que están presentes en relación a la población con la que trabajamos, que son en general mujeres pobres. Incluso con buenas intenciones, o justamente desde este supuesto lugar, podemos mediante una postura paternalista recomendar ciertos métodos para cuidar a las mujeres, desplegando una forma de intervención que da poco lugar a la capacidad de las personas que consultan, sus deseos, historias y subjetividades.

### **A MODO DE PROPUESTA**

Los hallazgos de campo, así como el intercambio con los equipos de salud y el análisis aquí realizado nos habilitó algunas reflexiones orientadas a repensar la práctica profesional de los equipos de salud:

#### **- El lugar del preservativo y del hombre en las consejerías:**

Aparece como condicionante de la extracción el antecedente de las dificultades para negociar el uso del preservativo con la pareja (no me lo quería sacar porque no quiero más hijos y él no se quiere cuidar). Tener en cuenta para trabajar en las consejerías en MACs. Muchas veces no se ofrece el preservativo como MACs o se subestima. Cómo se trabaja desde el sistema de salud el involucramiento del hombre y en particular la participación en el cuidado de la salud sexual.

En las entrevistas se observa que las mujeres no lo identifican como un método anticonceptivo, al igual que sucede con gran parte de los equipos de salud. En efecto, es frecuente que se ofrezcan directamente los métodos que involucran el cuerpo de la mujer, en su mayoría hormonales.

#### **- Cuestionarnos el concepto de sexualidad que acompaña nuestras prácticas en salud:**

Los espacios de consejería integral en salud sexual y salud reproductiva, suponen un abordaje de la sexualidad que excede ampliamente los márgenes de la dación de un insumo anticonceptivo. La dimensión del placer, los vínculos afectivos y/o de sostén, la autopercepción corporal, son cuestiones constitutivas del desarrollo pleno de la sexualidad de una persona y que deben ser incorporados a la consulta, ya sea de manera directa o dando lugar a la escucha y al planteamiento de estos temas.

La focalización de políticas sanitarias en torno a lo materno infantil ha tendido a encasillar a las mujeres en su rol materno y a excluir a los varones de la atención de los servicios de salud. Ampliar el punto de vista acerca de la mujer, para pensarla más allá de su condición de madre, es uno de los desafíos de atención dentro del sistema de salud (DSSyR, 2018: 7).

**- Repensar como enunciamos la información en las consejerías:**

Tanto en el asesoramiento como en consultas posteriores parece que “todo es normal”. Aparece el uso de esta frase para situaciones muy diversas (sangrar mucho, no sangrar, sangrar “normal”), esto suele generar ambigüedad, porque se naturaliza el padecimiento que está manifestando y se anula la posibilidad de que sea de otro modo.

Todo es normal: hay una serie de efectos que con frecuencia aparecen en las usuarias del implante. Puede suceder que aparezcan, es esperable, y hay que anticiparlo, esto no necesariamente debe implicar naturalizar estos padecimientos. También hay que anticipar que no hay que resignarse a padecer/sufrir los efectos. Si aparecen y generan incomodidad y hasta angustia se debe tratar de buscar alternativas más amigables para las mujeres. En este aspecto es importante también generar un espacio de confianza en las consejerías, donde se eviten los prejuicios y se deje abierta la posibilidad de consulta ante cualquier padecimiento asociado al implante. La respuesta “es normal” si bien en algunos casos puede ser tranquilizadora, en otros pareciera no alojar la preocupación de quién consulta.

Aparece también una imposibilidad desde los equipos de salud de acompañar a las mujeres en la experiencia de uso, en muchos relatos sólo se vislumbran dos opciones: tenerlo puesto y “bancarse los efectos” o sacárselo anticipadamente con el juicio moral mediante de desperdiciar un recurso caro o ser una mujer “descuidada” que trae hijos al mundo irresponsablemente. Ante esto nos preguntamos si éstas son las únicas opciones posibles o si podrían pensarse otras formas de acompañamiento distintas a las que propone el modelo médico hegemónico, formas que permitan alojar esos motivos de consulta desde otro modelo de atención.

**- Revalorizar a la consejería como una modalidad de atención específica, que debe ser contemplada dentro de la organización integral de la atención en salud.**

Desde el Ministerio de Salud de la Nación, en sus documentos orientados a los equipos de salud, las consejerías se presentan como una modalidad de atención que por sus particularidades requiere de una escucha atenta y una orientación adecuada a la singularidad de quien consulta. Este tipo de espacios suponen un tiempo específico destinado a ello y en el mejor de los casos un trabajo interdisciplinario que enriquezca la escucha y la intervención. En muchos efectores de salud, el modo de organización tradicional de la atención no propicia el desarrollo adecuado de los espacios de consejería así concebidos, dejando la responsabilidad en la predisposición, el interés o la habilidad del profesional de manera individual para generar esos espacios aún en condiciones adversas.

**- Generar espacios de atención articulados:**

Aparecieron casos en que las mujeres relatan que se las asesoró sobre el IS en la consulta de pediatría. Esto nos llevó a pensar en la importancia de la articulación con otros servicios, en especial a partir de cuestionarnos la pérdida de oportunidad, al no asesorar en anticoncepción durante el embarazo en obstetricia y en pediatría en los controles de las bebés y niños.

Nos parece importante repensar la modalidad de atención como equipo de salud como una atención integral, no compartimentada, que propicie la articulación y las interconsultas cuidadas. En este sentido, a la hora de pensar el asesoramiento, creemos que debemos partir de concebir al equipo de salud, precisamente como un “equipo” y no como un conjunto desarticulado de atenciones individuales.

### **3. COMENTARIOS:**

El escenario epidemiológico en el cual se desarrolló el proyecto modificó la modalidad de atención y el funcionamiento de los equipos de salud en el último año. A esto se sumó un lineamiento de la Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva e ITS de la CABA que establece- de acuerdo a las últimas evidencias científicas- la prolongación a 4 años de la duración del IS, con lo cual claramente la cantidad de extracciones realizadas bajaron en comparación a la cantidad esperada.

En este contexto y a raíz de los mencionados cambios el plan de recolección de datos se vió ligeramente afectado, sin embargo se pudieron realizar la totalidad de las entrevistas. Por otro lado, las dificultades en la organización del trabajo no permitieron realizar encuentros presenciales con la totalidad del equipo de salud sexual, así como intercambios más frecuentes a los que se lograron realizar. Este último aspecto, creemos que puede haber afectado parcialmente en el involucramiento de lxs profesionales con el proyecto.

En relación a su factibilidad, el proyecto demostró ser absolutamente factible de realizar con los recursos planificados, aún en condiciones adversas; los únicos problemas detectados al momento se vinculan a lo antedicho en relación a la lentificación en los ritmos del trabajo de campo por el contexto sanitario que estamos atravesando.

Destacamos como lecciones aprendidas, la importancia de generar intercambios con todxs lxs involucrados en la investigación, más allá del equipo de investigación. Asimismo, los espacios de reflexión en el marco de las reuniones de equipo fueron aportando a la mejora del rumbo de la investigación.

Las primeras entrevistas y encuentros con los equipos de salud nos trajeron algunas lecciones aprendidas. En principio la posibilidad de entrevistar en duplas, en los casos en que fue posible, nos permitió dividir tareas de manera que una de las entrevistadoras pueda llevar el hilo de la entrevista y la otra dedicarse a realizar un registro más exhaustivo de la misma. Así como complementar la escucha y enriquecer la repregunta.

Otra de las lecciones aprendidas a partir del intercambio con lxs profesionales fue la necesidad de los equipos del primer nivel de atención de poner en valor sus saberes, experiencias y así potenciar la producción de conocimiento situado, y en relación con la implementación de procesos de mejora en la propia práctica. Tomamos los encuentros de intercambio con los equipos de salud como una lección aprendida en relación al

relevamiento del interés de lxs profesionales en la investigación en implementación y en la temática en particular; lo que funcionó como una retroalimentación de esos intereses.

En relación con este último punto, otra lección aprendida fue la importancia de lograr el involucramiento del equipo ampliado de los centros de salud desde el comienzo del proyecto, como facilitador para la implementación de la investigación.

#### **4. DIVULGACIÓN DE RESULTADOS:**

Como primer momento de difusión se realizó un encuentro de intercambio y divulgación de los resultados preliminares con los equipos ampliados de ambos centros de salud. Si bien esta jornada se incluyó como parte del proceso mismo de investigación en el marco de una metodología participativa, también se difundieron los hallazgos y resultados alcanzados hasta el momento.

Asimismo, como resultado de los hallazgos de investigación y de los intercambios con los equipos de salud, se encuentra en elaboración un material de difusión con los principales resultados orientado a los equipos de ambos centros de salud y una cartilla con sugerencias para la intervención y la mejora de las prácticas en salud integral.

Por su parte, dada la calidad y cantidad de los datos construidos, se espera realizar futuras presentaciones de los resultados en jornadas del hospital y otros congresos de salud.

#### **Bibliografía citada**

Alcocer, V. En Abundancia, R. (01 Mar.2019). Carga mental: la tarea invisible de las mujeres de la que nadie habla. *Diario El País*.

<https://smoda.elpais.com/feminismo/carga-mental-tarea-invisible-recae-sobre-las-mujeres/>

Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (eds.) (2011). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2018). *Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación*. 3.a edición. Documento de trabajo.

Preciado, B. (2014). *Testo Yonqui*. Madrid: Espasa.

Tarizbachi, E. (2017). *Cosa de mujeres. Menstruación, género y poder*. Buenos Aires: Sudamericana

A handwritten signature in blue ink on a light brown background. The signature is stylized and appears to be the name 'Dan'.

**FIRMA DIRECTOR/A**