



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2024,
Volumen 8, Número 1.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1

**CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DE LAS MUJERES MBYA
GUARANÍ DE LA COMUNIDAD DE
TARUMANDYMI – LUQUE**

**KNOWLEDGE AND USE OF CONTRACEPTIVE METHODS BY
MBYA GUARANÍ WOMEN FROM THE COMMUNITY OF
TARUMANDYMI – LUQUE**

Eric Abel Ibarrola Báez

Universidad de la integración de las Américas
Asunción

Damaris Thayane De Carvalho Vallejos

Universidad de la integración de las Américas
Asunción

Dulce Yadira Martinetti Vera

Universidad de la integración de las Américas
Asunción

Dalma Denise Avalos Riveras

Universidad de la integración de las Américas
Asunción

Blanca Saturnina Gavilán Servín

Universidad de la integración de las Américas
Asunción

Juan Ramón Escario

Universidad de la integración de las Américas
Asunción

Conocimiento y uso de Métodos Anticonceptivos de las Mujeres Mbya Guaraní de la Comunidad De Tarumandymi – Luque

Eric Abel Ibarrola Báez¹

Eric.ibarrola7@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-1047-5446>

Universidad de la integración de las Américas
Asunción, Paraguay

Damaris Thayane De Carvalho Vallejos

damarisdecarvalho08@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-4015-615X>

Universidad de la integración de las Américas
Asunción, Paraguay

Dulce Yadira Martinetti Vera

dulcemarttivera28@gamil.com

<https://orcid.org/0009-0002-8171-7507>

Universidad de la integración de las Américas
Asunción, Paraguay

Dalma Denise Avalos Riveras

avalosdalma4@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-1531-9574>

Universidad de la integración de las Américas
Asunción, Paraguay

Blanca Saturnina Gavilán Servín

gavilanb29@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-5715-5255>

Universidad de la integración de las Américas
Asunción, Paraguay

Juan Ramón Escario

Jescario9212@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-3228-7979>

Universidad de la integración de las Américas
Asunción, Paraguay

RESUMEN

En esta investigación se llevó a cabo un estudio observacional y descriptivo, utilizando encuestas para la recolección de datos. Se buscó obtener información sobre características sociodemográficas, el uso de métodos anticonceptivos y el conocimiento sobre los mismos. Los resultados demostraron que las mujeres participantes están mayormente casadas y son practicantes de la religión mbya; también se reflejaron roles tradicionales, destacando el de ama de casa. El conocimiento sobre anticonceptivos varía, pero de manera general se encuentra en un nivel bastante bajo. Además, se encontraron precedentes de métodos anticonceptivos naturales. Hemos concluido que existe la necesidad de estrategias de planificación familiar para mejorar la salud reproductiva en la comunidad.

Palabras claves: mbya guaraní, uso de métodos anticonceptivos ,anticonceptivos naturales

¹ Autor principal

Correspondencia: Eric.ibarrola7@hotmail.com

Knowledge and use of contraceptive methods by Mbya Guaraní women from the community of Tarumandymi – Luque

ABSTRACT

In this research, an observational and descriptive study was carried out, using surveys for data collection. We sought to obtain information on sociodemographic characteristics, the use of contraceptive methods and knowledge about them. The results showed that the participating women are mostly married and are practitioners of the Mbya religion; Traditional roles were also reflected, highlighting that of housewife. Knowledge about contraceptives varies, but is generally at a fairly low level. In addition, precedents for natural contraceptive methods were found. We have concluded that there is a need for family planning strategies to improve reproductive health in the community.

Keywords: mbya guaraní, use of contraceptive methods, natural contraceptives

*Artículo recibido 22 diciembre 2023
Aceptado para publicación: 29 enero 2023*



INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva se define como el estado general de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, en los aspectos relacionados con la sexualidad y el sistema reproductivo en todas las etapas de la vida¹. En consecuencia, la misma implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos cuando se desean, pudiendo elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces y accesibles². La planificación familiar permite a las personas decidir el momento de concebir un embarazo, el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos, lo cual tiene una repercusión directa en la salud y bienestar³. La planificación familiar se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y tratamiento de la esterilidad³.

La prevención de los embarazos no deseados o no planeados se puede reducir en más del 50% a través del establecimiento de programas articulados de planificación familiar. Esto se torna aún más preocupante al documentar que la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en muchos países en desarrollo se encuentra cerca del 4% - 12 %⁴. A nivel mundial se calcula que al menos 200 millones de mujeres no tienen acceso a servicios de planificación familiar a pesar de que las condiciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio constituyen un tercio de la morbilidad en mujeres en edad reproductiva (15 – 44 años)^{4,5}.

La Organización Mundial de la Salud reporta que en América Latina una tercera parte de sus mujeres tiene su primer hijo antes de los 20 años; la tasa de nacimientos por cada 1000 adolescentes es de 66.5^{6,7}

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, de los 18 millones de embarazos anuales que ocurren en América latina y el Caribe, 52% no son intencionados y de éstos 21% termina en abortos⁸.

La prevención de los embarazos no deseados o no planeados se puede reducir en más del 50% a través del establecimiento de programas articulados de planificación familiar. Esto se torna aún más preocupante al documentar que la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en muchos países en desarrollo se encuentra cerca del 4% - 12%⁴. A nivel mundial, cada año dan a luz unos 17 millones de muchachas menores de 19 años. Un 15,6% de nacidos vivos vienen de madres menores de 19 años de edad⁹.



A nivel mundial se calcula que al menos 200 millones de mujeres no tienen acceso a servicios de planificación familiar a pesar de que las condiciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio constituyen un tercio de la morbilidad en mujeres en edad reproductiva (15 - 44 años) ^{4,5}. La principal estrategia preventiva para evitar un contagio por una infección de transmisión sexual o un embarazo no deseado es el uso de métodos anticonceptivos de manera correcta ^{6,10}.

En concreto, el grupo de edad de la juventud, comprendido entre los 15 y 25 años, constituye un conjunto etario de especial consideración para la vivencia de una sexualidad exenta de riesgos como infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados o aborto ^{11,12,13,14}.

El embarazo en la adolescencia representa un factor de riesgo alto de morbilidad materna, fetal y neonatal, condicionado en gran medida por diversos factores biológicos, como la inmadurez física y emocional de la madre. También es frecuente que no cuenten con una pareja estable, que interrumpan su proyecto de vida en el aspecto educativo y que sufran rechazo de su familia. Aunado a lo anterior, el bajo nivel socioeconómico se asocia a un mayor riesgo de mortalidad perinatal ¹⁵.

El embarazo en las adolescentes trae consigo problemas maternos y neonatales; conforme menor es la edad más complejos son éstos y van desde anemia en la madre, parto prematuro, hemorragia posparto hasta síndrome de HELLP ^{16,17}. Incluso puede llevar a la muerte de la madre en mayor proporción que en las embarazadas que sobrepasan los 20 años ¹⁸.

Los jóvenes de 15 a 24 años contribuyen con 40% de los casos nuevos de infección por VIH entre la población adulta ¹⁹.

El embarazo en la adolescencia representa un factor de riesgo alto de morbilidad materna, fetal y neonatal, condicionado en gran medida por diversos factores biológicos, como la inmadurez física y emocional de la madre. También es frecuente que no cuenten con una pareja estable, que interrumpan su proyecto de vida en el aspecto educativo y que sufran rechazo de su familia. Aunado a lo anterior, el bajo nivel socioeconómico se asocia a un mayor riesgo de mortalidad perinatal ²⁰.

Como objetivos en esta investigación hemos tenido:

- Investigar y describir las características sociodemográficas de las mujeres Mbya Guaraní pertenecientes a la comunidad de Tarumandymi de Luque, centrándose en el estado civil, religión,



ocupación y nivel educativo, con el objetivo de comprender la diversidad que influye en las percepciones y prácticas relacionadas con los métodos anticonceptivos.

- Examinar el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y las prácticas actuales de anticoncepción entre las mujeres participantes, identificando brechas en la información y explorando la relación entre el conocimiento y las elecciones de planificación familiar.
- Desarrollar recomendaciones basadas en los hallazgos de la investigación, abordando áreas específicas como la falta de información sobre métodos preventivos del VIH/SIDA, barreras logísticas y la conexión entre la cultura y el uso de métodos anticonceptivos naturales. El objetivo es proporcionar directrices para intervenciones educativas y de salud pública que mejoren la conciencia, accesibilidad y respeto a las prácticas culturales, con miras a promover una salud reproductiva integral en la comunidad.

Métodos y metodología

Se llevó a cabo un estudio observacional y descriptivo, utilizando encuestas para la recolección de datos. Para la muestra se establecieron ciertos criterios de inclusión los cuales eran que los participantes deben ser del sexo femenino y en edad fértil también debían pertenecer a la comunidad de Tarumandymi – Luque y ser pertenecientes a la etnia Mbya Guaraní, la población era de 30 mujeres y la muestra fue de 18 mujeres perteneciente a la etnia y comunidad.

Para la realización de la investigación se empleó una encuesta, previamente a la realización de la encuesta también se entregó un formulario de consentimiento la cual fue firmada por las participantes; al finalizar se colocaban las encuestas con el respectivo documento de consentimiento informado en un sobre con el fin de proteger la privacidad de las participantes.

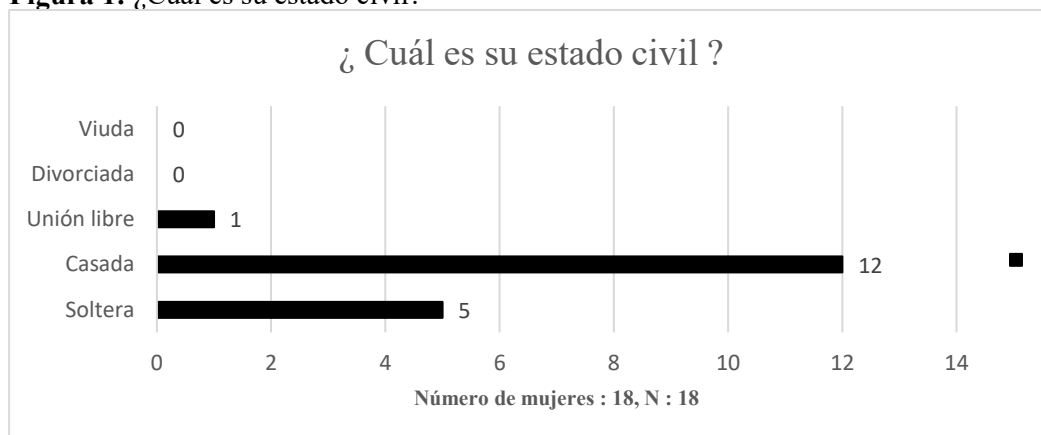
RESULTADO

Los resultados que hemos obtenidos mediante la realización de la investigación nos proporcionaron un mejor entendimiento sobre la comunidad Mbya Guaraní de Tarumandymi – Luque

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

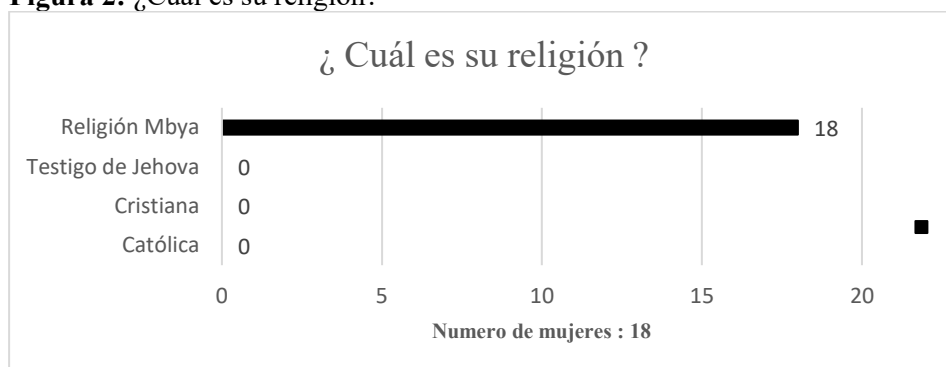


Figura 1: ¿Cuál es su estado civil?



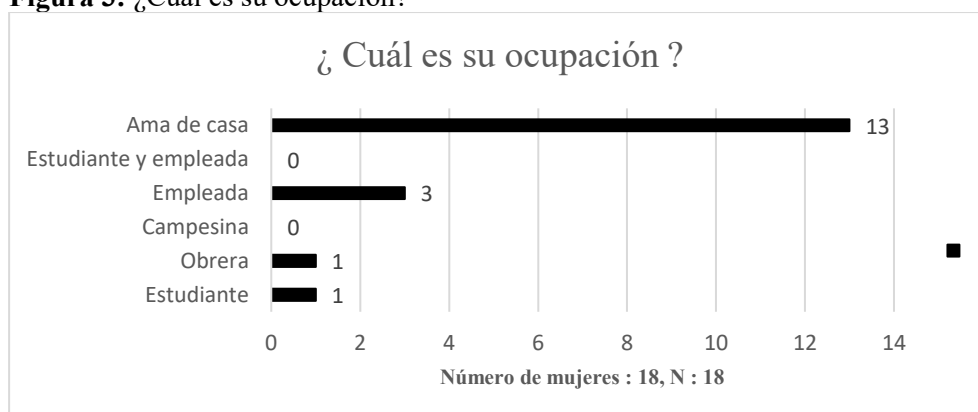
Nota. El eje Y (Viuda, Divorciada, Unión libre, Casada, Soltera) referencia al estado civil de las participantes y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. El 66.67% de las participantes están casadas (12 mujeres), siendo la categoría dominante en la muestra. Además, el 27.78% se identifica como soltera (5 mujeres), y un 5.56% (1 mujer) reporta estar en unión libre. Las categorías de viuda y divorciada no tuvieron representación en nuestra muestra.

Figura 2: ¿Cuál es su religión?



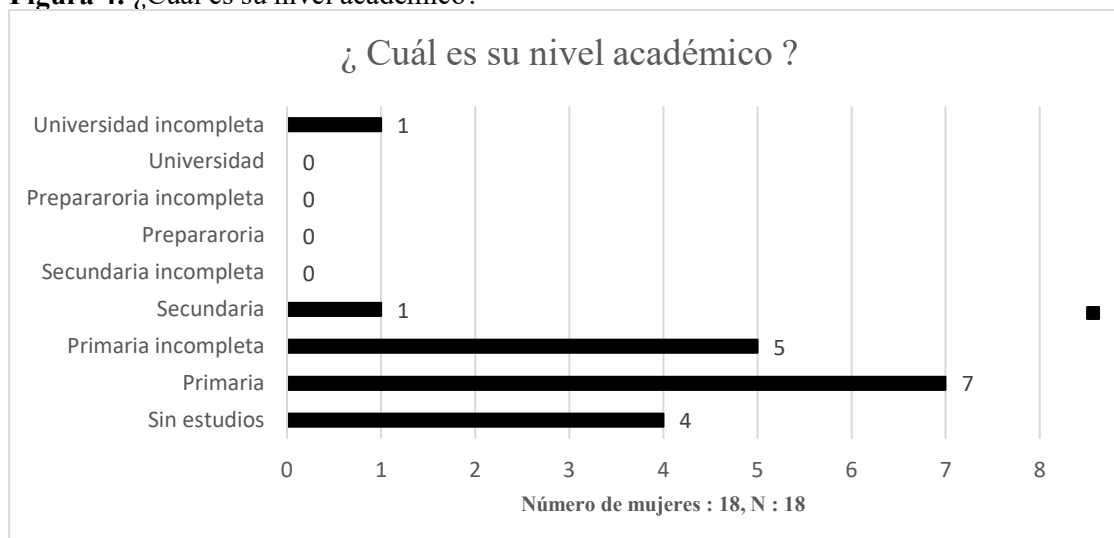
Nota. El eje Y (Religión Mbya, Testigo de Jehova, Cristiana, Católica) referencia a la religión de las participantes y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. Este análisis revela que el 100% de las participantes (18 mujeres) identificaron pertenecer a la religión Mbya. No hubo representación de Testigos de Jehová, religión Cristiana o Católica, ni otras religiones en nuestra muestra. Estos resultados resaltan la homogeneidad religiosa en la comunidad.

Figura 3: ¿Cuál es su ocupación?



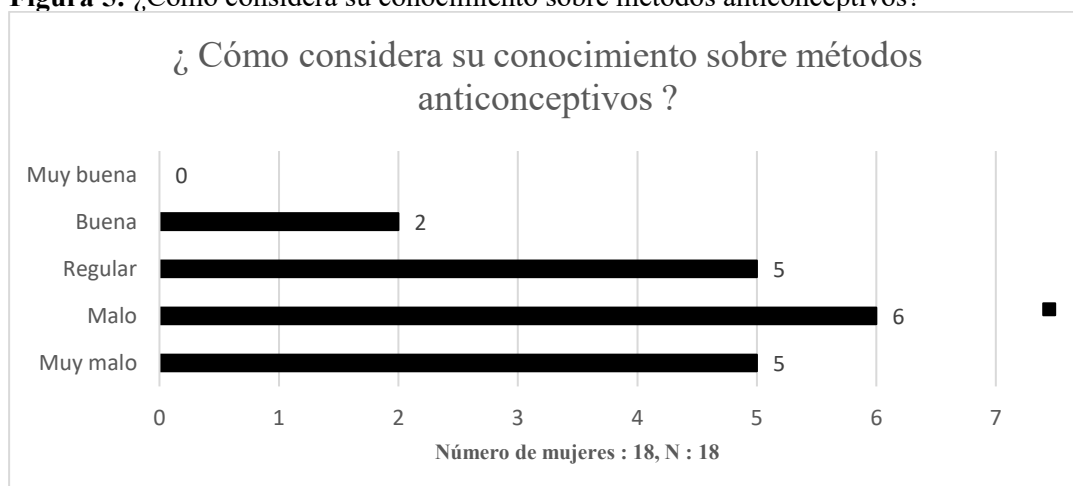
Nota . El eje Y (Ama de casa, Estudiante y empleada, Empleada, Campesina, Obrera, Estudiante) referencia a la ocupación de las participante y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. La mayoría de participantes 72.22% se identificó como amas de casa (13 mujeres), indicando la influencia significativa de roles tradicionales. Además, el 16.67% reportaron ser empleada (3 mujeres), un 5.56% se identificó como obrera (1 mujer), y de igual manera un 5.56% como estudiante (1 mujer). Las categorías de estudiante empleado y campesina no tuvieron representación en nuestra muestra.

Figura 4: ¿Cuál es su nivel académico?



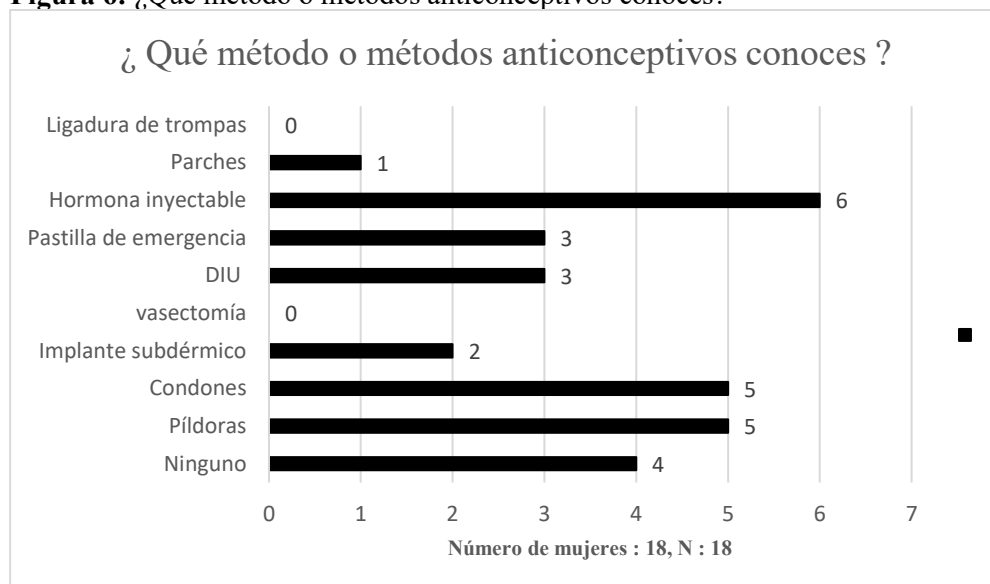
Nota. El eje Y (Universidad incompleta, Universidad, Preparatoria incompleta, Preparatoria, Secundaria incompleta, Secundaria, preparatoria incompleta, Primaria, Sin estudios) referencia al nivel académico de las participantes y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. El 38.89% de las mujeres (7 mujeres) indicó tener educación primaria completa, mientras que el 27.78% (5 mujeres) cuenta con primaria incompleta. El 22.22% (4 mujeres) indicó no tener estudios formales. La presencia de niveles más altos de educación, como secundaria y universidad incompleta, es limitada, con un 5.56% (1 mujer) en cada categoría. No hubo representación de mujeres con educación universitaria o preparatoria completada, ni tampoco con preparatoria o secundaria incompleta.

Figura 5: ¿Cómo considera su conocimiento sobre métodos anticonceptivos?



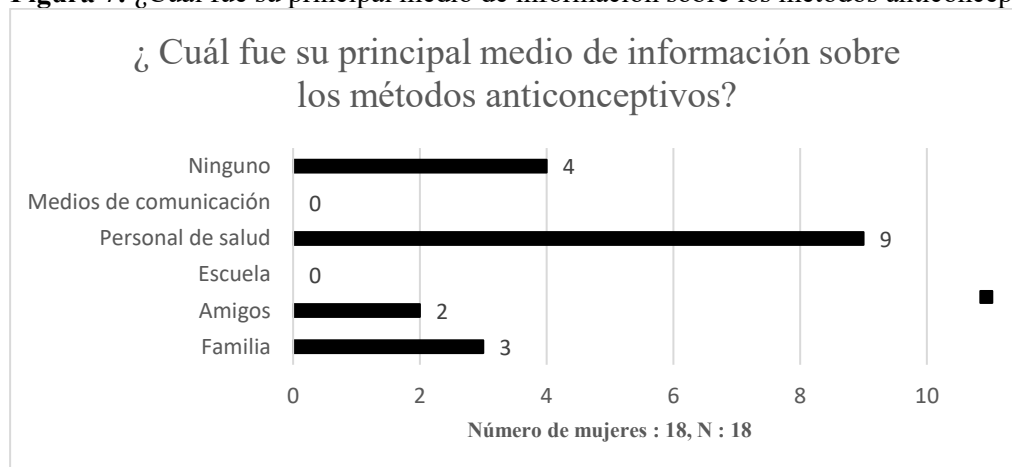
Nota. El eje Y (Muy buena, Buena, Regular, Malo, Muy malo) referencia el conocimiento sobre métodos anticonceptivos de las participantes y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. El 33.33% (6 mujeres) calificó su conocimiento como “malo”, seguido por el 27.78% (5 mujeres) que lo consideró “regular” y otro 27.78% (5 mujeres) que lo percibió como “muy malo”. Solo el 11.11% (2 mujeres) describió su conocimiento como “buena”, mientras que ninguna mujer lo calificó como “muy buena”.

Figura 6: ¿Qué método o métodos anticonceptivos conoces?



Nota. El eje Y (Ligadura de trompas-Salpingoclasia, Parches, Hormonales inyectables, Pastilla de emergencia, DIU, Vasectomía, Implante subdermico, Condones, Píldoras, Ninguno) hace referencia el conocimiento sobre métodos anticonceptivos de las participantes y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. La hormona inyectable predominó con el 33.33% (6 mujeres), seguida por condones y píldora, ambas con un 27.78% (5 mujeres). La pastilla de emergencia representó un 16.67% (3 mujeres) al igual el DIU 16.67 (3 mujeres) El implante subdérmico contó con el 11.11% (2 mujeres), mientras que el parche un 5.56% (1 mujer). La ligadura de trompa y la vasectomía no contarón con representación (0% para ambas). Además, un 22.22% (4 mujeres) indicó no conocer ningún método anticonceptivo.

Figura 7: ¿Cuál fue su principal medio de información sobre los métodos anticonceptivos?



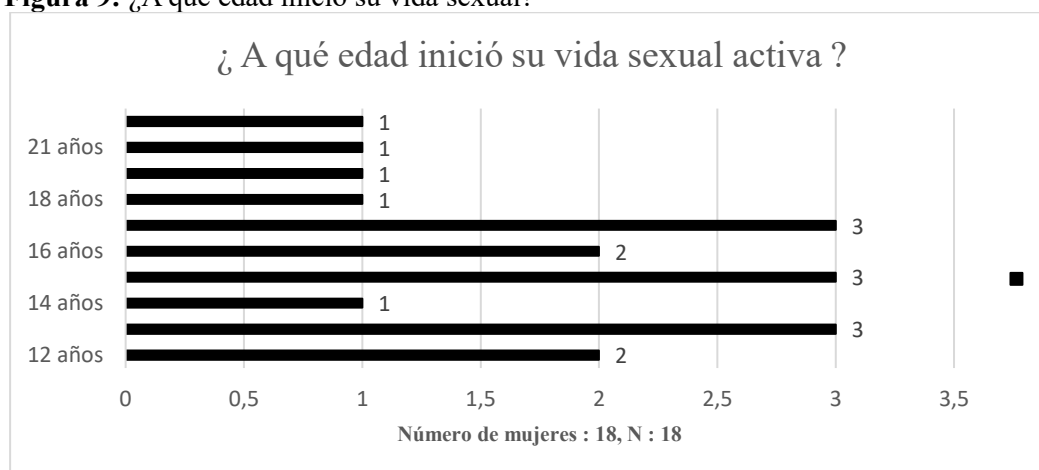
Nota. El eje Y (Ninguno, Medios de comunicación, Personal de salud, Escuela, Amigos, Familia) hace referencia al medio de información por el cual las participantes obtuvieron información sobre métodos anticonceptivos de las participantes y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. El 50% (9 mujeres) indicó que su principal fuente de información fue a través de personas de salud. El 22.22% (4 mujeres) señaló no tener ningún medio principal de información. La familia y los amigos obtuvieron el 16.67% (3 mujeres) y el 11.11% (2 mujeres) respectivamente. La escuela y los medios de comunicación no fueron mencionados como medios principales por ninguna de las participantes.

Figura 8: ¿Ha tenido relaciones sexuales?



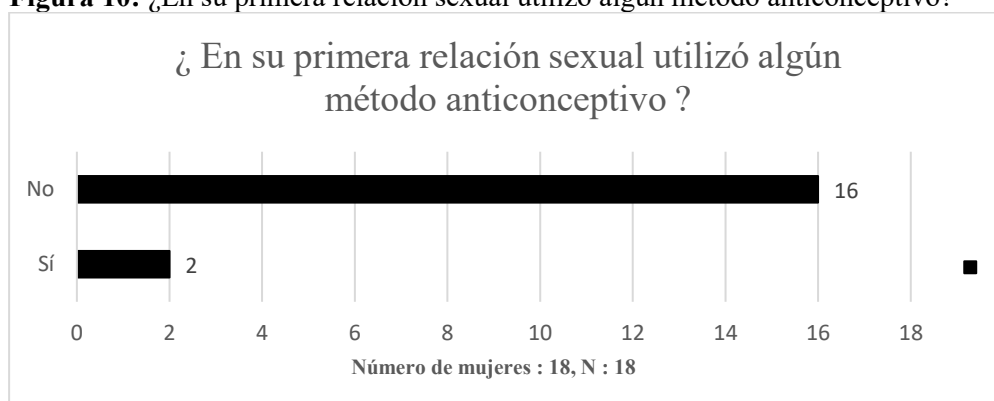
Nota. El eje Y (Sí, No) hace referencia el inicio de la vida sexual de las participantes y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. El 100% (18 mujeres) afirmó haber tenido relaciones sexuales, mientras que ninguna indicó no haberlas tenido.

Figura 9: ¿A qué edad inició su vida sexual?



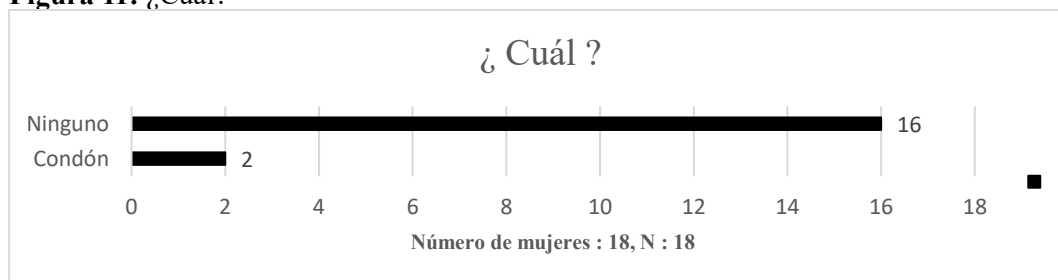
Nota. El eje Y (22 años, 21 años, 19 años, 18 años, 17 años, 16 años, 15 años, 14 años, 13 años, 12 años) hace referencia en la edad de inicio de la vida sexual activa de las participantes y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. Las edades más comunes fueron 17 años con un 16.67% (3 mujeres), 15 años 16.67% (3 mujeres) y de los 13 años representó un 16.67% (3 mujeres), seguidos por los 16 años con un 11.11% (2 mujeres) al igual que los 12 años con un 11.11% (2 mujeres). Las edades menos frecuentes fueron 22, 21, 19, 18 y 14 años, cada una con un 5.56% (1 mujer).

Figura 10: ¿En su primera relación sexual utilizó algún método anticonceptivo?



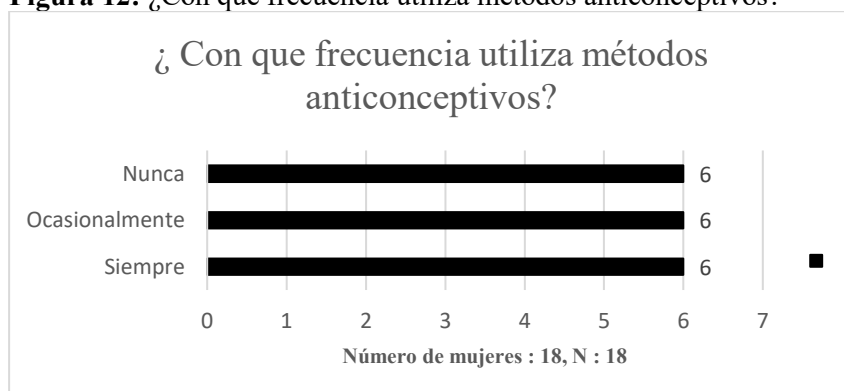
Nota. El eje Y (Sí, No) hace referencia el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual de las participantes y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. La mayoría, el 88.89% (16 mujeres), no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual, mientras que solo el 11.11% (2 mujeres) indicó haber utilizado algún método.

Figura 11: ¿Cuál?



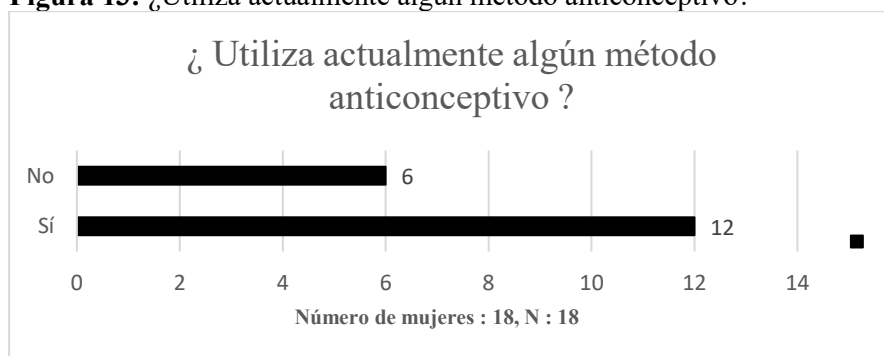
Nota. El eje Y (Condón, Ninguno) hace referencia el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual de las participantes y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. La mayoría, el 88.89% (16 mujeres), indicó no haber utilizado ningún método. Solo el 11.11% (2 mujeres) mencionó haber utilizado el condón.

Figura 12: ¿Con que frecuencia utiliza métodos anticonceptivos?



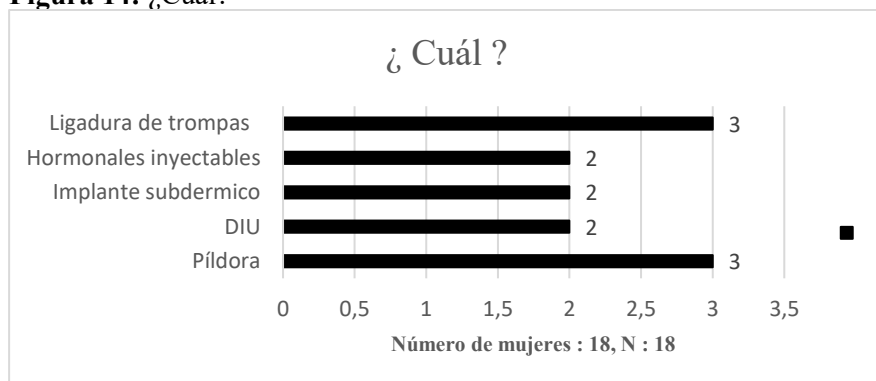
Nota. El eje Y (Nunca, Ocasionalmente, Siempre) hace referencia a la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos de las participantes y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. El 33.33% (6 mujeres) indicó nunca utilizar métodos anticonceptivos, otro 33.33% (6 mujeres) lo hace ocasionalmente, y el restante 33.33% (6 mujeres) utiliza métodos anticonceptivos siempre.

Figura 13: ¿Utiliza actualmente algún método anticonceptivo?



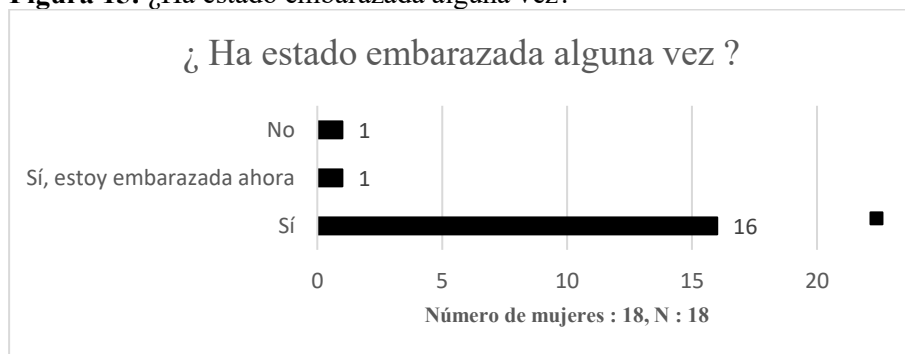
Nota. El eje Y (Sí, No) hace referencia al uso actual de métodos anticonceptivos de las participantes y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. El 33.33% (6 mujeres) indicó no utilizar actualmente ningún método anticonceptivo, mientras que el 66.67% (12 mujeres) afirmó utilizar algún método en la actualidad.

Figura 14: ¿Cuál?



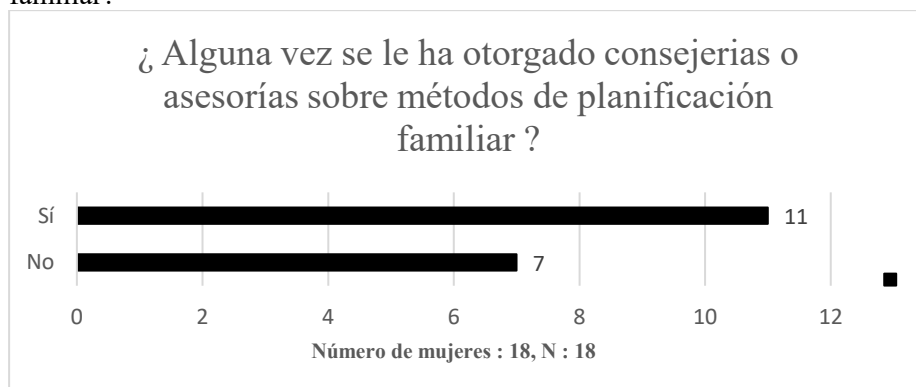
Nota. El eje Y (Ligadura de trompas, Hormonales inyectables, Implante subdermico, DIU, Píldora) hace referencia al uso actual de métodos anticonceptivos de las participantes y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. La ligadura de trompas representó el 25% (3 mujeres) al igual que la píldora con un 25% (3 mujeres) siendo estas dos las más comunes. Por último, los siguientes métodos anticonceptivos indicados fueron Hormonales inyectables 16.67% (2 mujeres), implante subdermico 16.67% (2 mujeres), DIU 16.67% (2 mujeres).

Figura 15: ¿Ha estado embarazada alguna vez?



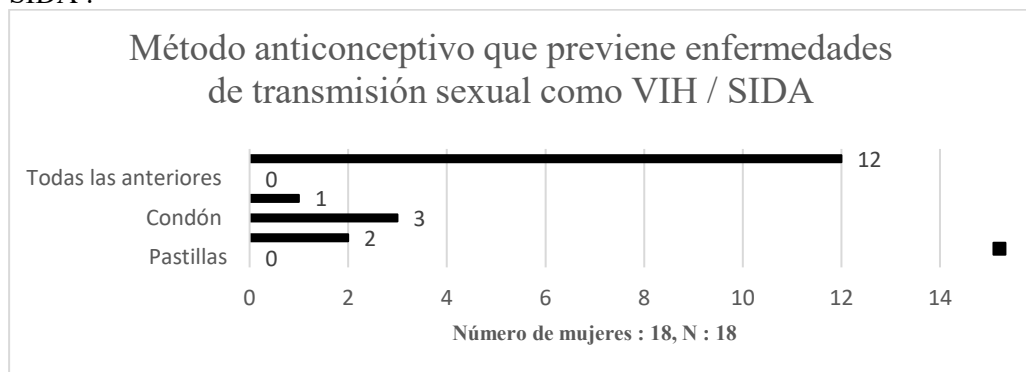
Nota. El eje Y (Sí, No, Si, estoy embarazada ahora) hace referencia a si la participante se encuentra o ha estado embarazada y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. El 88.89% (16 mujeres) ha estado embarazado en algún momento, mientras que el 5.56% (1 mujer) indicó estar actualmente embarazada. El 5.56% restante (1 mujer) nunca ha estado embarazada.

Figura 16: ¿Alguna vez se le ha otorgado consejerías o asesorías sobre métodos de planificación familiar?



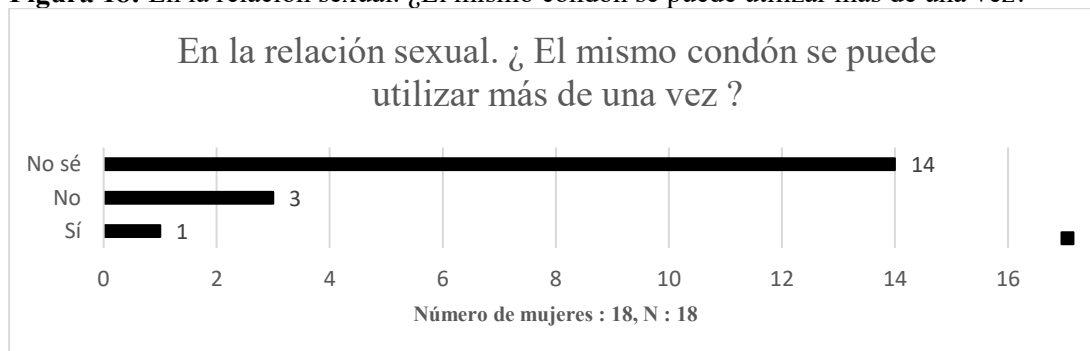
Nota. El eje Y (Sí, No) hace referencia a si la participante se le ha dado consejería o asesorías sobre métodos anticonceptivos y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. El 61.11% (11 mujeres) indicó haber recibido asesorías sobre métodos de planificación familiar, mientras que el 38.89% (7 mujeres) no ha tenido esta experiencia.

Figura 17: ¿Método anticonceptivo que previene enfermedades de transmisión sexual como VIH / SIDA ?



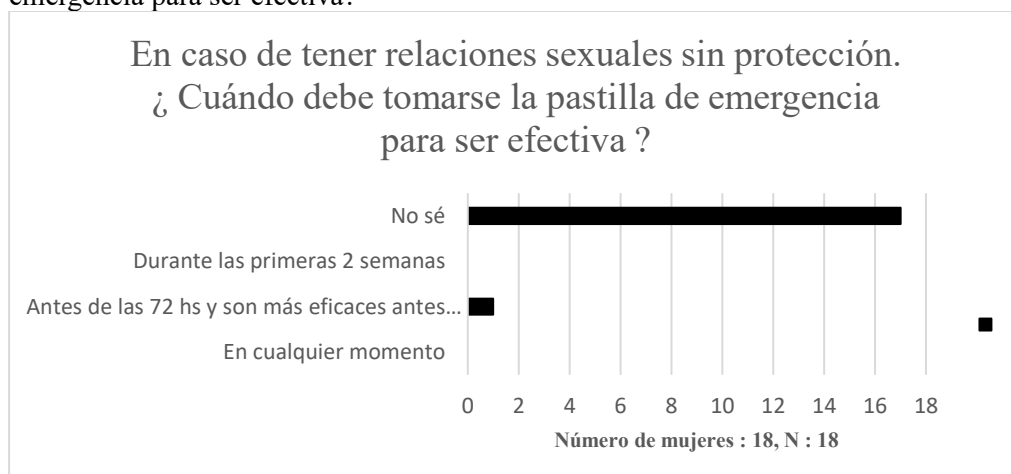
Nota. El eje Y (No sé, Todas las anteriores, Ninguna de las anteriores, Condón, DIU, Pastillas) hace referencia al conocimiento sobre métodos anticonceptivos que previenen enfermedades de transmisión sexual como VIH/SIDA y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. La mayoría, el 66.67% (12 mujeres), indicó No sé. El 16.67% (3 mujeres) mencionó el condón, mientras que el 11.11% (2 mujeres) eligió el DIU. La opción “Ninguna de las anteriores” tuvo un 5.56% (1 mujer), y ninguna participante mencionó la pastilla o todas las anteriores.

Figura 18: En la relación sexual. ¿El mismo condón se puede utilizar más de una vez?



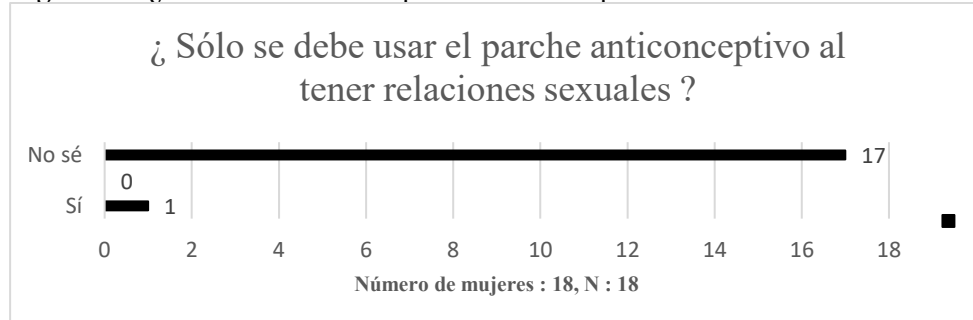
Nota. El eje Y (Sí, No, No sé) hace referencia al conocimiento sobre el uso métodos anticonceptivos y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. La mayoría a la pregunta de si el condon se puede reutilizar más de una vez. Indicaron No sé representando esta opción al 77.78% (14 mujeres), indicó. El 16.67% (3 mujeres) afirmó que no se pueden reutilizar, y el 5.56% (1 mujer) dijo que sí se pueden reutilizar.

Figura 19: En caso de tener relaciones sexuales sin protección. ¿Cuándo debe tomarse la pastilla de emergencia para ser efectiva?



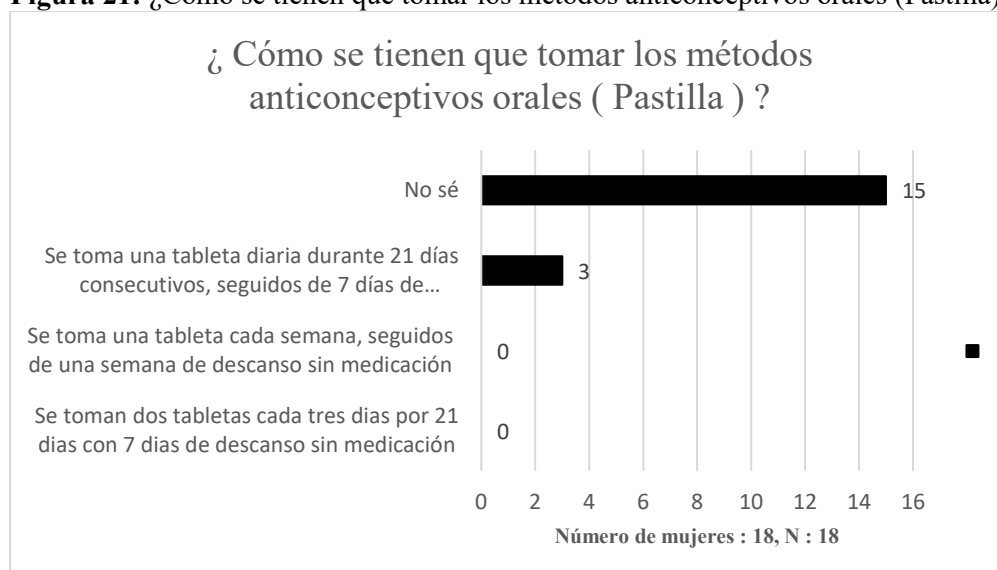
Nota. El eje Y (En cualquier momento, Antes de las 72 hs y son más eficaces antes de las 24 hs, Durante las primeras 2 semanas, No sé) hace referencia al conocimiento sobre el uso métodos anticonceptivos y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. La mayoría, el 94.44% (17 mujeres), indicó no estar segura sobre cuándo debe tomarse la pastilla de emergencia para ser efectiva. Solo el 5.56% (1 mujer) respondió correctamente, mencionando que debe tomarse antes de las 72 horas y es más eficaz antes de las 24 horas.

Figura 20: ¿Sólo se debe usar el parche anticonceptivo al tener relaciones sexuales?



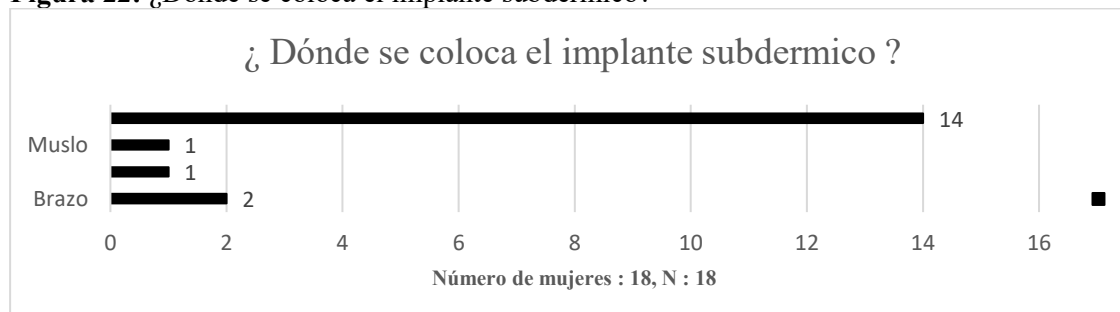
Nota . El eje Y (Sí, No, No sé) hace referencia al conocimiento sobre el uso métodos anticonceptivos y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. El 94.44% (17 mujeres), indicó no estar segura sobre si debe usarse el parche solo al tener relaciones sexuales. Solo el 5.56% (1 mujer) cree que sí debería usarse exclusivamente en ese contexto. La opción de “ No” no tuvo representación en esta muestra.

Figura 21: ¿Cómo se tienen que tomar los métodos anticonceptivos orales (Pastilla)?



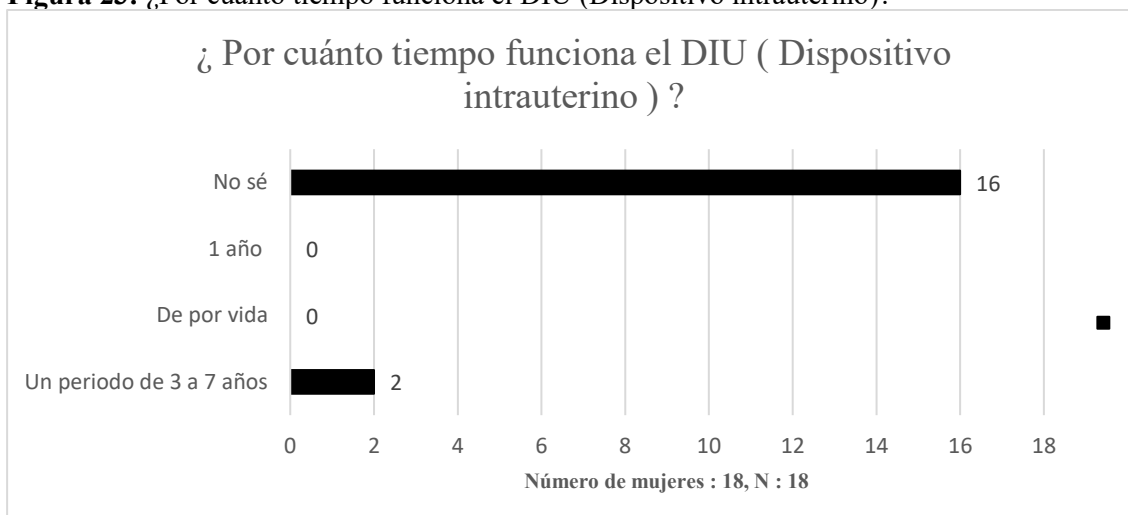
Nota . El eje Y (Se toman dos tabletas cada tres días por 21 días con 7 días de descanso sin medicación, Se toma una tableta cada semana seguidos de una semana de descanso sin medicación, Se toma una tableta diaria seguidos de 7 días de descanso sin medicación, No sé) hace referencia al conocimiento sobre el uso métodos anticonceptivos y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. La gran mayoría, el 83.33% (15 mujeres), indicó no saber cómo se deben tomar. Solo el 16.67% (3 mujeres) respondió correctamente, mencionando una tableta diaria durante 21 días seguidos de 7 días de descanso. La opción de “ Se toma una tableta cada semana, seguidos de una semana de descanso sin medicación “ y “Se toman dos tabletas cada tres días con 7 días de descanso sin medicación” no fueron indicadas por las mujeres participantes.

Figura 22: ¿Dónde se coloca el implante subdermico?



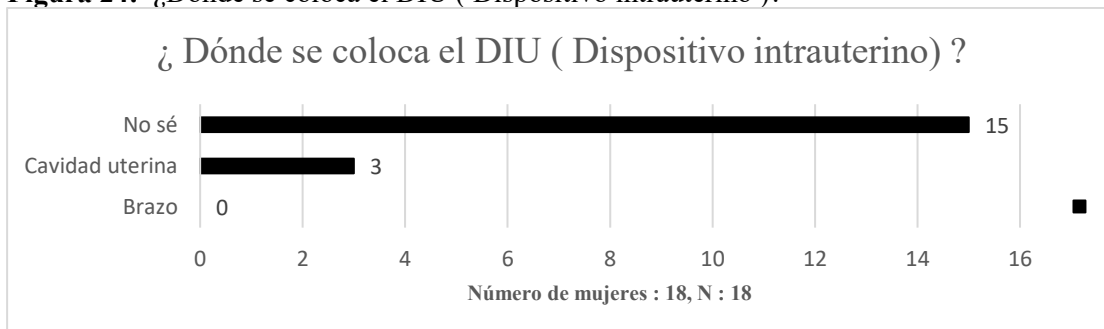
Nota. El eje Y (Brazo, Cuidad uterina, Muslo, No sé) hace referencia al conocimiento sobre el uso métodos anticonceptivos y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. La mayoría, el 77.78% (14 mujeres), indicó no saber dónde se coloca. El 11.11% (2 mujeres) mencionó el brazo, el 5.56% (1 mujer) eligió el muslo, y otro 5.56% (1 mujer) seleccionó la cavidad uterina.

Figura 23: ¿Por cuánto tiempo funciona el DIU (Dispositivo intrauterino)?



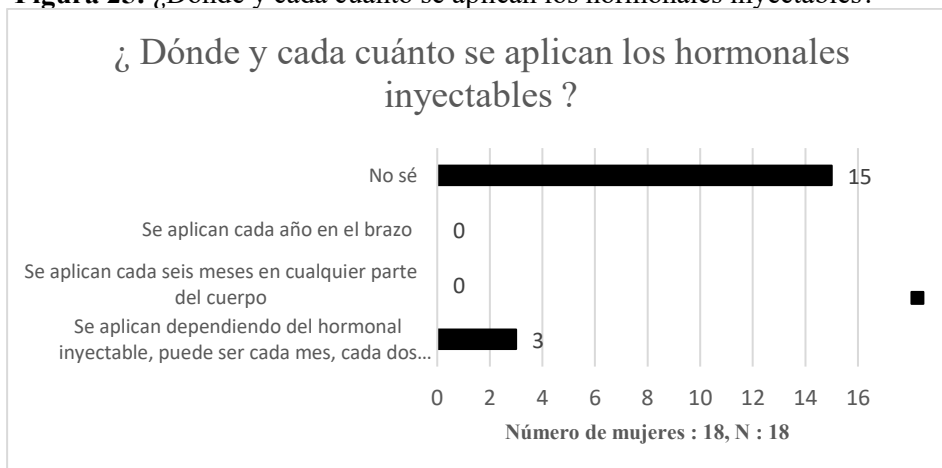
Nota. El eje Y (aún periodo de 3 a 7 años, De por vida, 1 año, No sé) hace referencia al conocimiento sobre el uso métodos anticonceptivos y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. La mayoría, el 88.89% (16 mujeres), indicó no saber cuánto tiempo funciona el DIU. El 11.11% (2 mujeres) respondió correctamente, mencionando un periodo de 3 a 7 años. Ninguna participante eligió las opciones “De por vida” o “Un año”.

Figura 24: ¿Donde se coloca el DIU (Dispositivo intrauterino)?



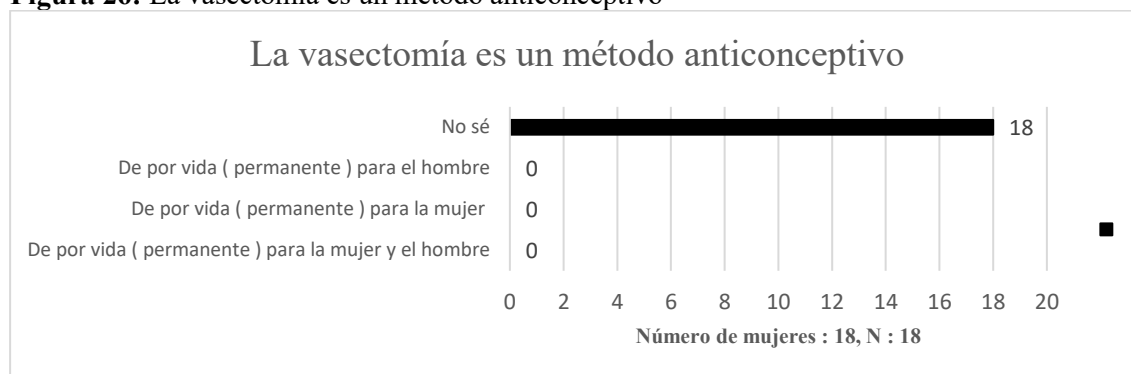
Nota. El eje Y (Brazo, Cavidad uterina, No sé) hace referencia al conocimiento sobre el uso métodos anticonceptivos y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. La mayoría, el 83.33% (15 mujeres), indicó no saber dónde se coloca el DIU. El 16.67% (3 mujeres) mencionaron la opción correcta, la cavidad uterina. Ninguna participante eligió la opción “Brazo”.

Figura 25: ¿Dónde y cada cuánto se aplican los hormonales inyectables?



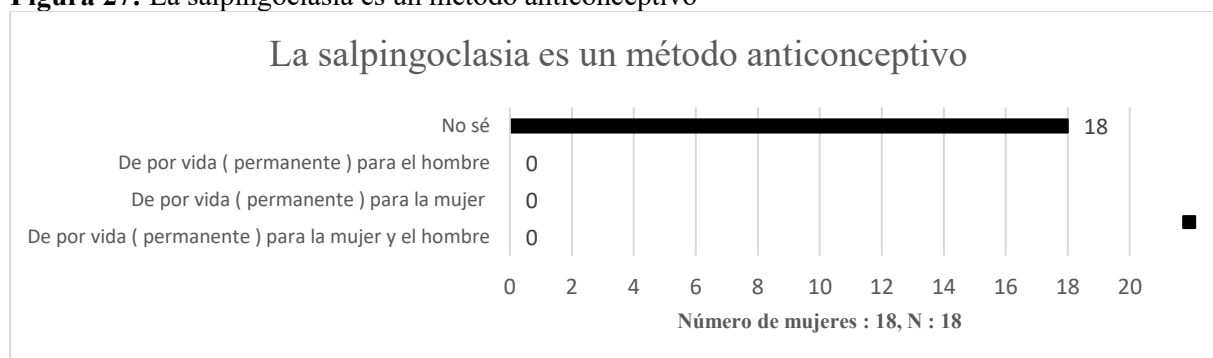
Nota. El eje Y (Se aplican cada mes, cada dos meses o cada tres meses y se aplican en la región glútea (nalgas), Se aplican cada seis meses en cualquier parte del cuerpo, Se aplican cada año, No sé) hace referencia al conocimiento sobre el uso métodos anticonceptivos y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. La mayoría, el 83.33% (15 mujeres), indicó No sé cómo se aplican. Ninguna participante eligió la opción correcta, que especifica la frecuencia y la región glútea. Tampoco se seleccionaron las opciones incorrectas de aplicar en el brazo o cada 6 meses en cualquier parte del cuerpo.

Figura 26: La vasectomía es un método anticonceptivo



Nota. El eje Y (De por vida (permanente) para mujer y hombre, De por vida (permanente) para la mujer, De por vida (permanente) para el hombre, No sé) hace referencia al conocimiento sobre el uso métodos anticonceptivos y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. La totalidad, el 100% (18 mujeres), indicó no saber si la vasectomía es un método anticonceptivo. Ninguna participante seleccionó las opciones relacionadas con la permanencia de la vasectomía para hombres, mujeres o ambas.

Figura 27: La salpingoclasia es un método anticonceptivo



Nota. El eje Y (De por vida (permanente) para mujer y hombre, De por vida (permanente) para la mujer, De por vida (permanente) para el hombre, No sé) hace referencia al conocimiento sobre el uso métodos anticonceptivos y el eje X representa la cantidad de participantes que eligieron alguna de las respuestas del eje Y. La totalidad, el 100% (18 mujeres), indicó no saber si la salpingoclasia es un método anticonceptivo. Ninguna participante seleccionó las opciones relacionadas con la permanencia de la salpingoclasia para hombres, mujeres o ambas.

Cultura

De las 18 mujeres encuestadas, sólo 8 participantes manifestaron saber sobre anticonceptivos naturales, el cual es el "mburika ka'a". De los 8 participantes que afirmaron conocerlo sólo 2 lo utilizan hasta el día de hoy, 2 dijeron conocerlo, pero nunca lo utilizaron, y 4 indicaron que solían utilizarlo, pero dejaron de hacerlo debido a la falta de disponibilidad en la comunidad de Tarumandymi – Luque.

DISCUSIÓN

Características Sociodemográficas:

Las características sociodemográficas revelan que las mujeres participantes están casadas, siguiendo la religión predominante en la comunidad la cual es la religión Mbya. También resalta la presencia

significativa de participantes que indicaron que su ocupación es la de ama de casa, lo que podría sugerir una influencia de roles tradicionales en la dinámica familiar.

Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos:

El análisis del conocimiento revela una dispersión en las percepciones de las participantes. Dos participantes consideran su conocimiento como “bueno”, mientras que cinco lo describen como “regular”, y otras seis como “malo”. Cinco participantes se autocalifican con un nivel de conocimiento “muy malo”. De esta manera podemos destacar lo que decía un estudio publicado en 2004 factores asociados a los niveles más altos de fecundidad indígena están relacionados con el menor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos ²¹.

La diversidad de métodos anticonceptivos conocidos refleja la prevalencia de opciones hormonales, destacando la necesidad de ampliar la conciencia sobre otras alternativas. La información proveniente principalmente del personal de salud resalta la importancia de fortalecer la asesoría y los recursos educativos.

Vida Sexual y Uso de Métodos Anticonceptivos:

El análisis de la edad de inicio de la vida sexual revela una distribución que predomina entre los 12 y 16 años. En promedio, se verifica que las relaciones sexuales comienzan a una edad temprana o precoz en la comunidad, algunos estudios han determinado como inicio sexual coital, vaginal o anal temprano o precoz, aquel que ocurre antes de los 14 o 15 años, sin haber un consenso ^{22, 23}.

Los resultados del inicio de relación sexual en la población indígena de los Mbya Guaraní asemejan de gran manera a un estudio sobre sexualidad en adolescentes indígenas en Guatemala, Bolivia, Ecuador y el Perú, evidencia que hay deficiencias educativas sobre el tema de sexualidad sobre todo en grupos indígenas, ya que es un tema considerado como tabú para familiares y para los mismos pares, el trabajo añade que el inicio de la sexualidad de los indígenas adolescentes comienza entre los 13 - 14 años ²⁴.

La evidencia del inicio temprano de la vida sexual destaca la necesidad crítica de implementar programas educativos desde las primeras etapas de la adolescencia. Esto podría contribuir a una toma de decisiones más informada y responsable.



El análisis numérico muestra que, de las 18 participantes, 16 no utilizaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual. La diversidad actual de métodos utilizados indica una preferencia por opciones hormonales, con 12 participantes utilizando algún método actualmente.

La evolución en el uso de métodos anticonceptivos, desde una casi nula utilización en la primera relación sexual hasta una preferencia actual por opciones hormonales, refleja posiblemente cambios en la percepción de la planificación familiar a lo largo del tiempo para estas mujeres. Este fenómeno podría vincularse con transformaciones socioculturales y la disponibilidad de información sobre métodos anticonceptivos, subrayando la dinámica en constante cambio en las decisiones de salud reproductiva dentro de la comunidad.

La planificación familiar constituye una estrategia fundamental para mejorar la calidad de vida de las familias y por ende de las comunidades. Al adoptar este enfoque, las parejas pueden tomar decisiones informadas sobre la cantidad de hijos/as que desean tener y el momento más adecuado para concebir, evitando embarazos no deseados. Este proceso permite a las mujeres planificar la maternidad en edades que conllevan menores riesgos para la salud, generalmente entre los 20 y 35 años, asegurando así el bienestar tanto de la madre como del bebé. Esta medida permite, el espaciamiento adecuado de un parto a otro (de 2 a 3 años), de forma a favorecer la recuperación de la mujer de los desgastes ocasionados por el embarazo, y de esa forma, garantizar el cuidado del recién nacido en los primeros años de vida.

Conocimientos de Métodos Anticonceptivos:

Las respuestas numéricas subrayan brechas en el conocimiento, como el desconocimiento de qué método previene el VIH/SIDA (12 participantes) o si un mismo condón puede usarse más de una vez (14 participantes) coincidiendo con un estudio realizado el cual dice que Un elevado porcentaje de adolescentes no tiene un adecuado nivel de conocimiento y tienden a relaciones sexuales a más temprana edad, desprovistos de información acerca de su sexualidad y de sus responsabilidades ²⁵.

La falta de conocimiento sobre la prevención del VIH/SIDA y el uso adecuado del condón entre las participantes destaca preocupaciones significativas en la educación sexual. Estos hallazgos no solo resaltan las brechas en la información sobre salud sexual, sino también plantean la cuestión más amplia de cómo las deficiencias educativas contribuyen a comportamientos riesgosos en la actividad sexual .

Cultura y Uso de Métodos Anticonceptivos Naturales:



El análisis numérico destaca que, en promedio, solo el 44% de las participantes utiliza el “mburika ka’a”. Además, 4 participantes dejaron de usarlo debido a la falta de disponibilidad. El uso de métodos anticonceptivos naturales al parecer es muy común podemos observar esto en otro estudio realizado el cual menciona que las mujeres Mbya Guaraní utilizan el helecho, cuyo nombre científico es *Doryopteris raddiana* (C. Presl Fée) Pteridaceae como método anticonceptivo ²⁶.

La selección de un método anticonceptivo es una elección profundamente personal que debe alinearse con el estilo de vida, salud, edad, creencias y experiencias anticonceptivas de la pareja. No todos los métodos son adecuados para todas las personas, lo que subraya la importancia de una atención personalizada en la planificación familiar.

Es esencial abordar este tema mediante charlas educativas sobre el uso de métodos anticonceptivos, pero con la precaución de respetar y tener en cuenta la cultura y tradición de la comunidad. Estas charlas deberían ser diseñadas para adaptarse de manera gradual, integrando conocimientos y prácticas culturales mientras se promueve una transición informada hacia opciones modernas. La clave radica en crear un espacio que fomente el diálogo abierto y respetuoso, reconociendo la diversidad y singularidad de cada individuo y comunidad.

CONCLUSIÓN

La investigación en la comunidad de Tarumandymi - Luque ha proporcionado una mirada profunda a las dinámicas relacionadas con los métodos anticonceptivos. Esta exploración revela un panorama complejo, donde la diversidad sociodemográfica se entrelaza con brechas en el conocimiento y prácticas de planificación familiar.

La investigación ha revelado que el conocimiento sobre métodos anticonceptivos varía considerablemente, resaltando la importancia de personalizar las intervenciones educativas y diversificar las fuentes de información.

El inicio temprano de las relaciones sexuales subraya la necesidad de enfoques educativos tempranos y específicos para adolescentes.

La identificación de brechas en el conocimiento, como la falta de información sobre métodos preventivos del VIH/SIDA, destaca áreas críticas que requieren intervenciones educativas específicas y enfoques de salud pública más enfocados. Asimismo, la conexión entre la cultura y el uso de métodos



anticonceptivos naturales resalta la necesidad de equilibrar el respeto por las prácticas culturales con la superación de barreras logísticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Who.int. [citado el 30 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sh-linkages-rh/es/
2. Who.int. [citado el 30 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/topics/reproductive_health/es/
3. Planificación familiar/métodos anticonceptivos [Internet]. Who.int. [citado el 30 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
4. Globalhealth.org. [citado el 30 de diciembre de 2023]. Disponible en: http://www.globalhealth.org/images/gho/gho_rh_expenditures.pdf
5. Who.int. [citado el 30 de diciembre de 2023]. Disponible en: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_Unsafe_Abortion.pdf
6. Adolescent pregnancy [Internet]. Who.int. [citado el 30 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
7. Taxa de gravidez adolescente no Brasil está acima da média latino-americana e caribenha [Internet]. Brasil. [citado el 30 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://brasil.un.org/pt-br/79282-taxa-de-gravidez-adolescente-no-brasil-esta-acima-da-media-latino-americana-e-caribenha>
8. Guillaume A, Lerner S. Las estimaciones sobre el aborto: dificultades y limitaciones. En: El aborto en América Latina y El Caribe; 2006.
9. Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile, 2008 [Internet]. Issuu. 2009 [citado el 30 de diciembre de 2023]. Disponible en: http://issuu.com/flacso.chile/docs/embarazo_adolescente
10. ChartsBin. Average Age at first sex by Country [Internet]. ChartsBin. [citado el 30 de diciembre de 2023]. Disponible en: <http://chartsbin.com/view/xxj>



11. Asut O, Ozenli O, Gur G, Deliceo E, Cagin B, Korun O, et al. The knowledge and perceptions of the first year medical students of an International University on family planning and emergency contraception in Nicosia (TRNC). *BMC Womens Health* [Internet]. 2018;18(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-018-0641-x>
12. Kumi-Kyereme A. Sexual and reproductive health services utilisation amongst in-school young people with disabilities in Ghana. *Afr J Disabil* [Internet]. 2021;10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4102/ajod.v10i0.671>
13. Coronado PJ, Delgado-Miguel C, Rey-Cañas A, Herráiz MA. Sexual and reproductive health in Spanish University Students. A comparison between medical and law students. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2017;11:97–101. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2016.11.004>
14. Lete I, Hassan F, Chatzitheofilou I, Wood E, Mendivil J, Lambrelli D, et al. Direct costs of unintended pregnancy in Spain. *Eur J Contracept Reprod Health Care* [Internet]. 2015;20(4):308–18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3109/13625187.2015.1028617>
15. Kawakita T, Wilson K, Grantz KL, Landy HJ, Huang C-C, Gomez-Lobo V. Adverse maternal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2016;29(2):130–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2015.08.006>
16. Yuce T. Obstetric and neonatal outcomes of adolescent pregnancy. *North Clin Istanbul* [Internet]. 2015; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14744/nci.2015.86158>
17. Neal S, Mahendra S, Bose K, Camacho AV, Mathai M, Nove A, et al. The causes of maternal mortality in adolescents in low and middle income countries: a systematic review of the literature. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016;16(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-1120-8>
18. Who.int. [citado el 30 de diciembre de 2023]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacenter/factsheets/fs364/en/index.html>
19. Mancilla Ramírez Javier. Embarazo en adolescentes: Vidas en riesgo. *Perinatol. Reprod. Hum.* [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2023 Dic 30]; 26(1): 05-07. Disponible en:



http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000100001&lng=es.

20. World Health Organization. Young people: health risks and solutions. [citado el 30 de diciembre de 2023]. Disponible en: . www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/
21. CONAPO, 2016, *Situación de la salud sexual y reproductiva. República Mexicana*, México, México, CONAPO.
22. Lara L, Abdo C. Mini-Review Age at Time of Initial Sexual Intercourse and Health of Adolescent Girls. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2016; 29, (5): 417-423
23. Godeau E, Vignes C, Duclos M, Navarro F, Cayla F, Grandjean H. Factors associated with early sexual initiation : French data from the international survey Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/ WHO. *Gynecol Obstet Fertil*.2008;36(2):176-82.
24. Maddaleno M, Casaus M, Hurtado A, Torres. (2010). *Salud Sexual, Reproductiva y VIH de los jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y el Perú*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
25. Mora-Cancino AM y Hernández-Valencia M. Embarazo en la adolescencia. *Ginecol Obstet Mex* 2015;83:294-301.
26. Céspedes de Zárate, CI; Fogel, R; Soria Rey, N; Valdez, S. 2016. *Etnomedicina de los pueblos Mbya Guaraní y Pañ Tavyterã: usos de 86 plantas medicinales*. Asunción, Paraguay: AGR.

