



BUAP

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Medicina

Hospital General IMSS BIENESTAR de la Zona Norte

“Bicentenario de la Independencia”

Nombre de la Tesis

**Factores asociados a la aceptación de métodos anticonceptivos posevento
obstétrico**

**Tesis para obtener el Diploma de Especialidad:
Ginecología y Obstetricia**

Presenta:

Asesor Metodológico

Dra. Mariana Lee Miguel Sardaneta

Asesor Experto

Dra. Cristina Ruiz Díaz De León

Dra. Liliana de Jesús Revelo Imbacuan

H. Puebla de Z. Septiembre 2025



Dedicatoria

A mi madre, María Tulia, ejemplo de fortaleza, entrega y amor incondicional, cuyo apoyo ha sido la base que me sostiene y me impulsa a seguir adelante en cada etapa de mi vida.

Y a Dios, fuente de sabiduría, guía y esperanza, por concederme la oportunidad y la fortaleza de alcanzar este logro académico.

Agradecimientos

Agradezco profundamente a Dios, por darme la vida, la salud y la fortaleza necesarias para culminar este trabajo.

A mi madre, María Tulia, por su amor incondicional, sus enseñanzas y su apoyo constante, que han sido la base de cada uno de mis logros.

A mi novio, Jorge Reina, por su compañía, paciencia y apoyo inquebrantable en los momentos más difíciles de este camino.

A mis profesores Dr. Enrique Cervantes y Irvin Velez por compartir su conocimiento y guiarme con paciencia y dedicación durante mi formación.

A mi asesora metodológica, Dra. Mariana Lee Miguel Sardaneta, y a mi asesora experta, Dra. Cristina Ruiz Díaz de León, por su orientación y valiosas aportaciones que enriquecieron este trabajo de investigación.

Finalmente, al Hospital General de la Zona Norte “Bicentenario de la Independencia”, por abrirme sus puertas y brindarme el espacio para desarrollar este proyecto académico.

INDICE

1. Introducción.....	6
2. Marco teórico	7
2.1. Antecedentes Generales.....	7
2.1.1. Embarazo no deseado.....	7
2.1.2. Planificación familiar y anticoncepción	8
2.1.2.1. Concepto y relevancia en salud pública.....	8
2.1.2.2. Objetivos y beneficios de la planificación familiar	8
2.1.3. Anticoncepción posevento obstétrico (postparto y posaborto)	9
2.1.4. Métodos anticonceptivos posevento obstétrico	10
2.1.4.1. Clasificación de los métodos	10
2.1.4.2. Eficacia y seguridad	11
2.1.4.3. Indicaciones en puerperio y posaborto	11
2.1.5. Factores asociados a la aceptación de anticonceptivos	11
2.1.5.1. Factores institucionales.....	12
2.1.5.2. Factores culturales y religiosos	12
2.1.5.3. Factores psicosociales	12
2.1.6. Barreras y facilitadores en la aceptación anticonceptiva	12
Barreras.....	13
Facilitadores	13
2.2. Antecedentes Específicos	13
3. Justificación.....	17
4. Planteamiento del problema	17
5. Pregunta de investigación	18
6. Hipótesis de investigación.....	18
6.1. Hipótesis alterna (H_1):.....	18
6.2. Hipótesis nula (H_0):	19
7. Objetivos	19
7.1. Objetivo general	19
7.2. Objetivos específicos.....	19
8. Material y métodos	19
8.1. Diseño del estudio.....	19
8.2. Población	20

8.3.	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	20
8.3.1.	Inclusión:	20
8.3.2.	Exclusión:	20
8.3.3.	Eliminación:	20
8.4.	Operacionalización de variables	21
8.5.	Definición de la exposición y procedimientos	22
8.6.	Análisis estadístico	23
8.7.	Muestreo	23
9.	Logística	23
9.1.	Recursos humanos	23
9.2.	Recursos materiales	24
9.3.	Recursos financieros	24
9.4.	Cronograma de actividades	24
10.	Aspectos éticos	25
11.	Resultados	26
11.1.	Panorama general del hospital	26
12.	Discusión	36
13.	Limitaciones del estudio	39
14.	Implicaciones clínicas y de salud pública	40
15.	Conclusiones	40
16.	Recomendaciones	41
17.	Referencias bibliográficas	43
18.	Anexos	48
18.1.	Anexo 1. Instrumento de recolección de datos (cuestionario validado Morales et al.)	48
18.2.	Anexo 2. Consentimiento informado	49

Resumen

Introducción: En México, el embarazo no planeado continúa siendo un problema de salud pública con gran impacto en la salud materna e infantil. El periodo posterior a un parto o un aborto, representa un momento clave para ofrecer un método anticonceptivo eficaz; sin embargo, la aceptación no siempre ocurre de manera uniforme.

Objetivo: Asociar los factores sociodemográficos y obstétricos que influyen en la aceptación de anticoncepción posevento obstétrico en mujeres atendidas en un segundo nivel de atención.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico, longitudinal y prospectivo con 402 mujeres en edad reproductiva atendidas en el Hospital General de la Zona Norte durante marzo de 2024 y marzo de 2025. Los datos se analizaron con estadística descriptiva e inferencial considerando significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: El 59 % de las participantes aceptó un método anticonceptivo al egreso. El 38.9 % decidió no utilizar ningún método, mientras que entre quienes sí lo hicieron, predominó el implante subdérmico (23.5 %), seguido del dispositivo intrauterino (19.8 %) y la oclusión tubaria bilateral (17.9 %). Este patrón refleja la preferencia por métodos reversibles de larga duración (LARC) y resalta la necesidad de garantizar su disponibilidad inmediata, así como los tiempos quirúrgicos necesarios para la OTB cuando la paciente lo solicita. La aceptación se relacionó principalmente con una mayor edad materna, mayor número de hijos, nivel educativo superior, antecedente de uso de anticonceptivos y consejería brindada por personal médico.

Conclusiones: La consejería médica inmediata después del evento obstétrico resultó ser el factor con mayor influencia en la decisión de aceptar anticoncepción. Contar con personal capacitado y con disponibilidad permanente de métodos de larga duración es esencial para mejorar la cobertura de planificación familiar y reducir embarazos no planeados en esta población.

Palabras clave: anticoncepción postparto, anticoncepción posaborto, planificación familiar, aceptación anticonceptiva, consejería

1. Introducción

A nivel global, los embarazos no planeados representan un desafío central de salud pública por las consecuencias que generan en la salud de las mujeres, de los recién nacidos y en el entorno social y económico. De acuerdo con estimaciones de organismos internacionales como la OMS y el UNFPA, casi la mitad de los embarazos en el mundo ocurren sin haber sido planeados, lo que incrementa de manera importante el riesgo de complicaciones obstétricas, así como la morbilidad y mortalidad materna e infantil¹.

En América Latina y el Caribe, los embarazos no planeados siguen registrando cifras elevadas, en un contexto marcado por desigualdades en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, anticoncepción y atención segura del aborto². La región ocupa además el segundo lugar mundial en incidencia de embarazo adolescente, con aproximadamente 66,5 nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años³. Se estima que cada año cerca de 1,6 millones de adolescentes se convierten en madres en esta zona del continente⁴, lo que pone de manifiesto la especial vulnerabilidad de este grupo frente a barreras para acceder a información confiable, consejería y métodos anticonceptivos eficaces.

Aunque los servicios de salud ofrecen una amplia gama de métodos anticonceptivos, su aceptación no es homogénea. La decisión de las mujeres está influida por múltiples factores culturales, sociales e institucionales. Entre las principales barreras se encuentran las diferencias de idioma, la calidad del trato recibido por el personal, la falta de información clara y la dificultad para acceder a ciertos métodos. Todo ello evidencia que el contexto en el que se brinda la consejería anticonceptiva resulta determinante para la toma de decisiones⁵.

En el Hospital General de la Zona Norte “Bicentenario de la Independencia”, la aceptación de métodos anticonceptivos tras un evento obstétrico se sitúa en un nivel intermedio, lo que representa una oportunidad importante para fortalecer la cobertura de planificación familiar en la región. Con este estudio se busca identificar los factores que influyen en dicha aceptación, con el fin de aportar evidencia que apoye la mejora

de los programas de salud reproductiva y contribuya a disminuir la frecuencia de embarazos no planeados.

2. Marco teórico

2.1. Antecedentes Generales

2.1.1. Embarazo no deseado

El embarazo no deseado constituye un problema de salud pública a nivel mundial, con implicaciones médicas, sociales y económicas relevantes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 45 % de los embarazos en el mundo son no planificados, y de estos, más de la mitad culminan en abortos inducidos, muchas veces en condiciones inseguras que incrementan la morbilidad y mortalidad materna¹

En América Latina y el Caribe, la incidencia de embarazos no deseados se mantiene elevada, especialmente en adolescentes y mujeres jóvenes, lo cual repercute negativamente en la continuidad escolar, el acceso a oportunidades laborales y el desarrollo socioeconómico de las familias⁶.

En México, la magnitud de los embarazos no planeados ha sido documentada desde hace más de una década. Un análisis realizado por Juárez y colaboradores mostró que en 2009 el 55 % de los embarazos fueron no planeados, y más de la mitad de ellos culminaron en aborto, muchos en condiciones inseguras que representan un riesgo importante para la salud materna⁷. Además, las desigualdades sociales persisten: las mujeres con menor escolaridad, que residen en áreas rurales o que hablan lengua indígena enfrentan mayores barreras para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, lo que contribuye a una mayor probabilidad de embarazos no deseados⁸.

Entre las principales consecuencias del embarazo no planeado se encuentran: una mayor probabilidad de atención prenatal tardía o insuficiente, lo cual incrementa el riesgo de complicaciones maternas y perinatales⁷; el aumento en la incidencia de abortos inseguros, que representan una causa importante de morbilidad y mortalidad materna^{1,7}; un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, como hemorragia

posparto, preeclampsia y parto prematuro⁷; un impacto negativo en la salud mental de la madre, asociado con una mayor prevalencia de depresión posparto⁵; y la limitación en las oportunidades educativas, laborales y de desarrollo personal de las mujeres, lo que perpetúa ciclos de pobreza y desigualdad⁶.

De este modo, la prevención del embarazo no deseado a través del acceso oportuno a métodos anticonceptivos y a servicios de consejería posevento obstétrico se constituye como una estrategia prioritaria en la reducción de la mortalidad materna y neonatal, así como en la promoción de la salud reproductiva y el bienestar social^{1,2}.

2.1.2. Planificación familiar y anticoncepción

2.1.2.1. Concepto y relevancia en salud pública

La planificación familiar se define como el conjunto de prácticas que permiten a las personas y parejas decidir de manera libre, responsable e informada el número de hijos que desean tener y el intervalo entre cada embarazo⁹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconoce como un derecho humano fundamental y una intervención prioritaria en salud pública, dado que contribuye a la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil⁹.

La anticoncepción moderna, como componente esencial de la planificación familiar, incluye un amplio abanico de métodos temporales y permanentes que ofrecen a las mujeres y sus parejas la posibilidad de espaciar, limitar o posponer los embarazos⁹. Su disponibilidad y uso adecuado están directamente relacionados con la disminución de embarazos no deseados, abortos inseguros y complicaciones obstétricas⁹.

En términos de impacto en salud pública, se estima que el acceso universal a servicios de planificación familiar podría prevenir hasta el 30 % de las muertes maternas y una reducción significativa de la mortalidad infantil en países en desarrollo¹⁰. Asimismo, contribuye a mejorar la calidad de vida de las mujeres al permitirles mayor control sobre su proyecto reproductivo, incrementar las oportunidades educativas y laborales, y favorecer el desarrollo económico y social de sus comunidades¹⁰.

2.1.2.2. Objetivos y beneficios de la planificación familiar

La planificación familiar tiene como objetivo central garantizar que las mujeres y las parejas puedan ejercer su derecho a decidir sobre su reproducción de manera libre e

informada, eligiendo cuándo y cuántos hijos tener⁹. Esto implica no solo la disponibilidad de métodos anticonceptivos eficaces y seguros, sino también la provisión de consejería adecuada, acceso equitativo a los servicios y respeto a la autonomía reproductiva⁹.

Entre los beneficios en salud pública, destacan la reducción significativa de la mortalidad materna y perinatal, así como la prevención de embarazos no deseados y abortos inseguros⁹. Diversos estudios han demostrado que un adecuado espaciamiento intergenésico —de al menos 24 meses entre un nacimiento y el siguiente embarazo— disminuye el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y otras complicaciones obstétricas¹¹.

En el ámbito social y económico, la planificación familiar favorece la continuidad educativa de las mujeres, incrementa sus oportunidades de inserción laboral y contribuye a romper ciclos de pobreza intergeneracional^{3,4,6}. A nivel macroeconómico, se ha identificado que los programas efectivos de planificación familiar generan un retorno de inversión positivo, al reducir costos asociados a la atención de embarazos de alto riesgo, mortalidad materna y neonatal, así como a la carga sobre los sistemas de salud¹⁰.

Finalmente, desde una perspectiva de derechos humanos, la planificación familiar constituye un componente fundamental de la salud sexual y reproductiva, y está directamente vinculada con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular el ODS 3 (salud y bienestar) y el ODS 5 (igualdad de género)^{9,12}.

2.1.3. Anticoncepción posevento obstétrico (postparto y posaborto)

La anticoncepción posevento obstétrico se refiere al inicio de métodos anticonceptivos inmediatamente después de un evento obstétrico, ya sea un parto vaginal, una cesárea o un aborto espontáneo o inducido¹³. Diversos estudios han demostrado que el inicio inmediato de anticoncepción posaborto o posparto reduce significativamente la incidencia de embarazos no planeados repetidos, mejora la adopción de métodos de larga duración (como DIU) y disminuye los riesgos asociados a intervalos cortos entre gestaciones^{14,15}. Además, las directrices de la OMS y análisis recientes subrayan que proveer anticoncepción segura en este periodo es seguro, eficaz y constituye una estrategia clave de salud pública para reducir la mortalidad materna y neonatal¹⁶.

El periodo postparto constituye un momento crítico, ya que la mayoría de las mujeres retoma su actividad sexual antes de los seis meses posteriores al parto y la ovulación puede ocurrir tan pronto como a los 25 días si no existe lactancia exclusiva¹⁶. Sin un método anticonceptivo, muchas mujeres están en riesgo de un embarazo no planeado durante este intervalo. La anticoncepción inmediata posparto permite ofrecer protección temprana, aprovechando que las mujeres se encuentran en contacto con los servicios de salud¹⁶.

En el caso del posaborto, la aceptación de métodos anticonceptivos también es fundamental, dado que el riesgo de recurrencia de un embarazo no deseado es elevado en los meses siguientes. La evidencia muestra que la provisión inmediata de anticoncepción posaborto reduce significativamente la incidencia de abortos repetidos y mejora la continuidad anticonceptiva¹⁷.

Los métodos recomendados en el periodo posevento obstétrico incluyen dispositivos intrauterinos (DIU) —que pueden colocarse inmediatamente postparto o poscesárea—, implantes subdérmicos, anticonceptivos inyectables y, en determinados casos, anticonceptivos orales y métodos de barrera. La elección debe basarse en la seguridad del método, la condición clínica de la mujer y la consejería informada^{18, 19}.

2.1.4. Métodos anticonceptivos posevento obstétrico

2.1.4.1. Clasificación de los métodos

Los métodos anticonceptivos que pueden utilizarse en el periodo posevento obstétrico se clasifican en temporales y permanentes:

- Temporales: dispositivos intrauterinos (DIU), implantes subdérmicos, anticonceptivos inyectables, píldoras anticonceptivas orales y métodos de barrera.
- Permanentes: salpingoclasia y vasectomía, los cuales se consideran definitivos y solo deben indicarse en mujeres y parejas que hayan completado su deseo reproductivo²⁰.

La elección del método depende del momento en el que se indique (inmediato postparto, puerperio tardío o posaborto), del estado clínico de la paciente, de la lactancia y de la preferencia informada de la mujer²¹.

2.1.4.2. Eficacia y seguridad

Los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC), como el dispositivo intrauterino (DIU) y el implante subdérmico, son considerados de primera elección debido a su alta eficacia (índice de Pearl $<1\%$) y elevada continuidad en el tiempo²². La colocación del DIU inmediatamente después del alumbramiento o durante la cesárea ha demostrado ser un procedimiento seguro y efectivo, con tasas de expulsión aceptables y altos niveles de satisfacción entre las usuarias²³.

Los anticonceptivos inyectables y orales son eficaces cuando se utilizan de manera correcta y consistente; sin embargo, su efectividad puede verse comprometida por fallas de adherencia²⁴. En mujeres en lactancia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda priorizar métodos que no interfieran con la producción de leche, como los dispositivos intrauterinos (DIU), implantes subdérmicos y anticonceptivos inyectables de progestágeno²⁰.

2.1.4.3. Indicaciones en puerperio y posaborto

En el puerperio inmediato, los métodos preferidos son los dispositivos intrauterinos (DIU) y los implantes, ya que garantizan anticoncepción desde el inicio y no requieren visitas frecuentes al servicio de salud²². Los métodos combinados con estrógenos (anticonceptivos orales combinados, parche o anillo) no se recomiendan antes de las 6 semanas posparto en mujeres en lactancia, debido al riesgo de disminuir la producción láctea y aumentar la trombogenicidad²⁰.

En el posaborto, la OMS y la FIGO recomiendan la provisión inmediata de métodos anticonceptivos, dado que la ovulación puede presentarse en un plazo tan corto como dos semanas después del aborto²⁵. La oferta de dispositivos intrauterinos (DIU), implantes o anticonceptivos inyectables en este contexto ha demostrado ser altamente efectiva para prevenir recurrencias de embarazo no deseado^{22, 20}.

2.1.5. Factores asociados a la aceptación de anticonceptivos

La aceptación de métodos anticonceptivos posevento obstétrico no depende únicamente de la disponibilidad de los servicios, sino de una interacción compleja de factores individuales, sociales, culturales e institucionales⁴. A continuación, se describen los principales determinantes documentados en la literatura.

2.1.5.1. Factores institucionales

El acceso oportuno a los servicios de salud, la calidad de la consejería y la disponibilidad de los métodos son determinantes clave. La evidencia muestra que cuando la consejería se brinda en el mismo momento del evento obstétrico y se ofrece el método de manera inmediata, la probabilidad de aceptación aumenta significativamente^{4,20}.

Por el contrario, la falta de insumos, las barreras administrativas o la ausencia de personal capacitado limitan la continuidad en el uso y generan altas tasas de no aceptación^{4,20}.

2.1.5.2. Factores culturales y religiosos

Las creencias religiosas, las normas sociales y las percepciones culturales sobre la fertilidad influyen de manera directa en la decisión de aceptar o rechazar un método anticonceptivo. En algunos contextos, los métodos modernos son percibidos como contrarios a valores tradicionales o a la doctrina religiosa, lo que genera resistencia⁴.

El rol de la pareja es igualmente determinante: el desacuerdo conyugal o la desaprobación del cónyuge se identifican como barreras frecuentes para la aceptación, especialmente en entornos rurales o con fuerte influencia patriarcal⁴.

2.1.5.3. Factores psicosociales

El conocimiento previo sobre anticoncepción, las experiencias personales con efectos secundarios y los temores relacionados con un posible daño futuro en la fertilidad condicionan la aceptación. La presencia de mitos —como la idea de que el DIU provoca infertilidad o cáncer— sigue siendo un obstáculo recurrente, aun en poblaciones con acceso a servicios de salud^{4,20}.

La consejería personalizada, la empatía del personal de salud y el uso de estrategias de comunicación claras han demostrado ser factores que mejoran la confianza de las mujeres y favorecen la aceptación^{4,20}.

2.1.6. Barreras y facilitadores en la aceptación anticonceptiva

La decisión de aceptar un método anticonceptivo posevento obstétrico está mediada por la presencia de barreras y facilitadores, tanto a nivel individual como institucional.

Barreras

Entre las principales barreras se identifican:

- Falta de información o consejería deficiente, lo cual perpetúa mitos y temores acerca de los métodos anticonceptivos^{4,20}.
- Limitaciones de acceso, incluyendo escasez de insumos, costos asociados o distancia a los servicios de salud^{4,20}.
- Factores culturales y religiosos, que en ciertos contextos generan resistencia a la anticoncepción moderna⁴.
- Temor a efectos adversos y la percepción de que los métodos pueden afectar la fertilidad futura^{4,20}.

Facilitadores

Por el contrario, los factores que promueven la aceptación incluyen:

- Disponibilidad inmediata del método durante la atención obstétrica (postparto o posaborto) ²⁰.
- Consejería personalizada y empática, que refuerza la confianza de las mujeres en el personal de salud^{4,20}.
- Apoyo de la pareja o la familia, que disminuye la resistencia y facilita la continuidad en el uso⁴.
- Integración de servicios, cuando la planificación familiar se ofrece como parte de la atención obstétrica rutinaria, lo que incrementa la cobertura y la aceptación²⁰.

En conjunto, la identificación de barreras y el fortalecimiento de los facilitadores son componentes esenciales para diseñar estrategias efectivas que incrementen la aceptación anticonceptiva posevento obstétrico

2.2. Antecedentes Específicos

El embarazo no planeado sigue siendo un desafío central para la salud pública en todo el mundo, pues impacta no solo en la salud de las mujeres y los recién nacidos, sino también en el entorno social y económico de las familias. Cada año se presentan alrededor de 121 millones de embarazos no deseados a nivel global, lo que representa

casi la mitad del total. Una parte importante de ellos concluye en aborto, y muchos se realizan en condiciones inseguras, lo que aumenta de manera considerable el riesgo de complicaciones. Organismos internacionales como la OMS y el UNFPA han advertido que esta situación contribuye de forma importante a la mortalidad materna y a la morbilidad infantil, además de perpetuar ciclos de pobreza y desigualdad¹².

Las razones detrás de un embarazo no planeado son múltiples y reflejan tanto factores individuales como estructurales. Entre ellas destacan el inicio temprano de la maternidad, la baja escolaridad, la falta de consejería en planificación familiar, las barreras para acceder a servicios de salud reproductiva y las inequidades de género y socioeconómicas. A esto se añaden creencias erróneas y mitos alrededor del uso de anticonceptivos, que siguen influyendo en la toma de decisiones en distintos contextos³.

Frente a este panorama, la anticoncepción posevento obstétrico ya sea después de un parto o de un aborto se reconoce como una estrategia clave para reducir la probabilidad de embarazos recurrentes y favorecer la continuidad en el uso de métodos anticonceptivos modernos⁴. Este momento resulta especialmente valioso, ya que la mujer se encuentra en contacto directo con los servicios de salud y puede recibir información clara junto con la oferta inmediata de un método eficaz. Dentro de estas opciones, los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) como el dispositivo intrauterino (DIU) y el implante subdérmico han mostrado una eficacia comprobada, altos niveles de seguridad y mejores tasas de continuidad en comparación con los métodos de corta duración, incluso entre poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad⁵.

Diversos estudios han documentado los factores asociados con la aceptación de anticonceptivos posevento obstétrico. Una revisión sistemática y metaanálisis realizada en países de ingresos bajos y medianos encontró que el uso de anticonceptivos posparto alcanzaba apenas el 41.2 %, y que los principales determinantes de aceptación eran la consejería recibida, la educación materna y el

uso previo de métodos, mientras que las principales barreras se relacionaban con el temor a efectos secundarios y la falta de información adecuada¹.

En Uganda, un estudio identificó que el nivel educativo, el número de hijos, la exposición a medios de comunicación y la consejería prenatal fueron predictores positivos de aceptación posparto². En Etiopía, un metaanálisis reportó que la provisión de cuidados posnatales aumentaba casi tres veces la probabilidad de uso de anticoncepción posparto (OR 2.92; IC95 %: 2.2–3.8)³. De igual manera, en Nigeria se observó que factores como la edad materna, la paridad y la ocupación estaban significativamente asociados a la elección de métodos posparto⁴.

Además, se ha evidenciado que los métodos reversibles de larga duración (LARC), como DIU e implantes, presentan tasas de continuidad superiores frente a métodos de corta duración, incluso en contextos de alta vulnerabilidad⁵.

En América Latina también se ha documentado la importancia de la anticoncepción posparto como estrategia para reducir embarazos no planeados y espaciar los intervalos entre nacimientos. En países como Brasil y Chile, los estudios han mostrado que la disponibilidad de implantes y dispositivos intrauterinos inmediatamente después del parto favorece una mayor continuidad en su uso y contribuye a disminuir las tasas de embarazo recurrente en adolescentes. En Colombia, por otro lado, se ha señalado que la falta de consejería integral sigue siendo una de las principales barreras para la adopción de métodos efectivos en el posparto, lo que refleja la necesidad de fortalecer los programas de planificación familiar en la región^{25,27}

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018–2019) reportó que 65 % de las mujeres recibió anticoncepción posparto inmediato, mientras que cerca del 35 % egresó sin un método anticonceptivo⁶. Sin embargo, la provisión varía según el tipo de institución: en hospitales de la Secretaría de Salud la cobertura fue menor que en instituciones de seguridad social, como el IMSS o el ISSSTE⁷.

Un estudio retrospectivo nacional encontró que hasta el 43 % de las mujeres egresa de las instituciones de parto sin anticoncepción⁸. Asimismo, la literatura ha

documentado que las adolescentes presentan mayores probabilidades de aceptar métodos de larga duración cuando reciben consejería, aunque en este grupo persisten barreras relacionadas con desconocimiento y rezago educativo⁹.

Históricamente, el uso de métodos reversibles de larga duración en México ha mostrado una tendencia creciente: pasó de 9 % en 1987 a 19 % en 2014, reflejando avances en políticas públicas, aunque con áreas de mejora en términos de equidad y acceso¹⁰.

De manera más amplia, la evidencia en América Latina y México muestra que brindar consejería adecuada y garantizar el acceso oportuno a métodos anticonceptivos de larga duración favorece que las mujeres los utilicen de forma continua y ayuda a reducir embarazos recurrentes. En sintonía con ello, a nivel local, un estudio realizado en el Hospital Regional ISSSTE Puebla comprobó que reforzar la información durante el puerperio incrementa de manera significativa la aceptación de un método anticonceptivo eficaz⁴².

En Puebla, se han desarrollado estudios que subrayan la importancia de garantizar la anticoncepción después de un evento obstétrico. Una investigación realizada en el Hospital de la Mujer de Puebla mostró que los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC), en particular el implante subdérmico y el dispositivo intrauterino, fueron los más aceptados por adolescentes en el posparto, con altas tasas de continuidad en su uso inmediato⁴¹. El estudio concluyó que recibir consejería adecuada y contar con la opción de un método en el momento oportuno influye de manera decisiva en la elección de un anticonceptivo eficaz en este grupo vulnerable. De manera consistente, la Secretaría de Salud de Puebla informó en 2019 que más de la mitad de las adolescentes aceptantes eligieron un LARC en el posparto inmediato¹¹. Estos resultados reflejan avances en la política pública estatal, aunque persisten retos en garantizar el acceso y la calidad de la consejería en anticoncepción posevento obstétrico^{41, 11}.

3. Justificación

El embarazo no deseado continúa siendo un problema de Salud Pública que afecta la salud materna, infantil y el bienestar social. En México, a pesar de la disponibilidad de métodos anticonceptivos, persisten altas tasas de embarazos no planificados, particularmente en mujeres que han tenido un evento obstétrico reciente.

El periodo post-evento obstétrico (postparto o posaborto) representa una oportunidad única para ofrecer métodos anticonceptivos eficaces, ya que las mujeres se encuentran en contacto con los servicios de salud y con una alta motivación para evitar embarazos inmediatos. Sin embargo, la aceptación de dichos métodos no es uniforme y depende de factores sociodemográficos, culturales, clínicos e institucionales.

Ante ello, resulta necesario identificar los factores asociados a la aceptación de métodos anticonceptivos en esta población. El conocimiento de estas variables, permitirá diseñar estrategias de intervención más efectivas, mejorar la cobertura de planificación familiar y contribuir al cumplimiento de objetivos nacionales e internacionales en materia de salud sexual y reproductiva.

De esta manera, el presente estudio aportará evidencia local que puede orientar políticas públicas, fortalecer la consejería anticonceptiva y optimizar la atención posevento obstétrico.

4. Planteamiento del problema

En México, a pesar de la disponibilidad de métodos anticonceptivos, los embarazos no planeados continúan representando un problema de salud, especialmente en el periodo posevento obstétrico. La falta de aceptación de métodos anticonceptivos durante este periodo favorece intervalos intergenésicos cortos, lo cual, incrementa el riesgo de complicaciones obstétricas, neonatales y de recurrencia de embarazos no deseados.^{2,3,26}

Ello, refleja una brecha importante en la cobertura de planificación familiar en un momento en que las mujeres se encuentran en contacto directo con los servicios de salud y en condiciones óptimas para iniciar anticoncepción.

La aceptación de anticonceptivos está determinada por una combinación de factores sociodemográficos (edad, escolaridad, número de hijos), obstétricos (antecedente de uso previo), institucionales (calidad y oportunidad de la consejería, disponibilidad de métodos) y culturales (creencias, rol de la pareja, barreras religiosas). Sin embargo, en la literatura se observa que el peso relativo de estos factores varía ampliamente según el contexto geográfico, social y cultural.^{4,28,34}

De ahí que sea necesario identificar cuáles son los factores más relevantes en la población local, con el fin de orientar la práctica clínica y las políticas de salud hacia estrategias que favorezcan una mayor aceptación anticonceptiva en el periodo posevento obstétrico.

5. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores asociados a la aceptación de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico en mujeres atendidas en el Hospital General de la Zona Norte “Bicentenario de la Independencia”, durante el periodo marzo de 2024 a marzo de 2025”?

6. Hipótesis de investigación

6.1. Hipótesis alterna (H_1):

Existen factores asociados a la aceptación de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico en un hospital de segundo nivel de atención

6.2. Hipótesis nula (H_0):

No existe asociación entre factores de riesgo con la aceptación de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico en un hospital de segundo nivel de atención

7. Objetivos

7.1. Objetivo general

Asociar los factores sociodemográficos y obstétricos con la aceptación de métodos anticonceptivos después de un evento obstétrico en un hospital de segundo nivel de atención durante el periodo marzo de 2024 a marzo de 2025.

7.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de las pacientes (edad, lugar de residencia y escolaridad).
- Identificar el número de hijos vivos y el número de gestas en la población de estudio.
- Demostrar el antecedente de uso previo de métodos anticonceptivos en las pacientes atendidas.
- Evaluar la influencia de la consejería anticonceptiva en la aceptación de un método posevento obstétrico.
- Estimar la proporción de aceptación de métodos anticonceptivos en la muestra

8. Material y métodos

8.1. Diseño del estudio

Se diseñó un estudio observacional y analítico, longitudinal y ambispectivo, homodémico y unicéntrico.

8.2. Población

La investigación incluyó a mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) que fueron atendidas después de un evento obstétrico (parto eutócico, cesárea o aborto) durante el periodo comprendido entre marzo de 2024 y marzo de 2025 en el hospital General de la Zona Norte.

8.3. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

8.3.1. Inclusión:

- Mujeres entre 15 y 49 años, consideradas en etapa reproductiva.
- Pacientes atendidas en el área de Tococirugía durante el periodo de estudio.
- Que aceptaron recibir la consejería anticonceptiva inmediatamente después del evento obstétrico (parto o aborto).
- Que respondieron de manera completa el cuestionario aplicado en la investigación.

8.3.2. Exclusión:

- Mujeres que tenían alguna contraindicación médica absoluta para el uso de anticonceptivos.
- Pacientes que decidieron no participar en el estudio.

8.3.3. Eliminación:

- Registros con encuestas incompletas.
- Casos en los que no se pudo confirmar si la mujer aceptó o rechazó un método anticonceptivo.

8.4. Operacionalización de variables

En este estudio, cada variable se definió tanto en su aspecto conceptual como en su forma operacional, precisando además el tipo de variable, la escala de medición y los indicadores correspondientes.

Tabla 1: Definición de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo / Escala	Indicador
Aceptación anticonceptivo	Aceptación consciente de un método para evitar embarazo	Respuesta a: “¿Desea usar anticonceptivo?”	Cualitativa nominal (Sí/No)	Frecuencia %
Edad	Tiempo desde el nacimiento	Años cumplidos referidos	Cuantitativa discreta (años)	Media, DE
Lugar de origen	Territorio de procedencia	Local / Foránea	Cualitativa nominal	Frecuencia %
Escolaridad	Nivel educativo alcanzado	Último grado concluido	Cualitativa nominal (Analfabeta, Primaria, Secundaria, Superior)	Frecuencia %
Nº de hijos	Hijos nacidos vivos	Nº referido por paciente	Cuantitativa discreta (0,1,2, ≥3)	Frecuencia %

Fuente de info.	Medio informativo sobre anticoncepción	Charlas, internet, ninguna	amigas, salud,	Cualitativa nominal	Frecuencia %
Antecedente uso	Historia previa de anticoncepción	Sí / No		Cualitativa nominal	Frecuencia %
Método deseado	Método elegido	Iny, píldoras, implante, DIU, OTB	MELA, condón,	Cualitativa nominal	Frecuencia %
Consejería	Orientación recibida	Sí, No, No recuerda (médico/enfermera)		Cualitativa nominal	Frecuencia %

8.5. Definición de la exposición y procedimientos

En primer lugar, el protocolo fue presentado ante el Comité de Investigación del hospital para su revisión y aprobación. Una vez obtenida la autorización, se conformó la muestra de estudio mediante la invitación directa a las pacientes que ingresaron por inicio de trabajo de parto y cumplieron con los criterios de inclusión previamente establecidos.

A cada participante se le explicó en qué consistía la investigación y, tras obtener el consentimiento informado, se aplicó una entrevista inicial utilizando el instrumento diseñado y validado por Morales et al.³⁵, con el propósito de recolectar datos sociodemográficos y explorar el deseo de la paciente de aceptar algún método anticonceptivo.

Posteriormente, la investigadora responsable de la tesis, impartió una sesión educativa de consejería anticonceptiva, basada en lo establecido por la NOM-005-SSA2-1993³⁶. Una vez concluida esta intervención, las pacientes fueron ingresadas a la sala de tococirugía para la resolución del embarazo.

En la visita de seguimiento intrahospitalario, posterior al evento obstétrico, se aplicó una segunda entrevista en la que se indagó nuevamente el deseo de la paciente de recibir un método anticonceptivo. Los datos obtenidos en ambas entrevistas fueron registrados en la hoja de recolección de datos (Anexo 1) y posteriormente digitalizados en el programa estadístico IBM SPSS para Windows, con el fin de realizar los análisis correspondientes.

8.6. Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo. Las variables cualitativas se presentaron como frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que las cuantitativas se resumieron con medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar).

En el análisis inferencial, las diferencias de muestras independientes se evaluaron con la prueba t de Student previa normalidad de datos, la asociación entre variables cualitativas se exploró mediante la prueba de Chi cuadrada (χ^2). En todos los casos se consideró como estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

El procesamiento y análisis de la información se llevó a cabo con el software IBM SPSS Statistics para Windows.

8.7. Muestreo

No probabilístico, a conveniencia del investigador.

9. Logística

9.1. Recursos humanos

Tesista: Dra. Liliana de Jesús Revelo Imbacuan.

- Asesor metodológico: Dra. Mariana Lee Miguel Sardaneta.
- Asesor experto: Dra. Cristina Ruiz de León.
- Personal de apoyo: Equipo del Servicio de Tococirugía y Planificación Familiar del Hospital General de la Zona Norte “Bicentenario de la Independencia”.

9.2. Recursos materiales

Instrumento de recolección de datos validado (Morales et al.).

- Hojas de consentimiento informado.
- Expedientes clínicos obstétricos (para corroboración de datos).
- Equipo de cómputo y software estadístico IBM SPSS Statistics para Windows.
- Bibliografía actualizada en bases de datos indexadas (PubMed, Cochrane, Scielo).

9.3. Recursos financieros

- Recursos propios de la tesista (impresiones, papelería, encuadernación, acceso a internet).
- Apoyo institucional no monetario (acceso a expedientes clínicos, espacio físico en hospital).

Cronograma de actividades

9.4. Cronograma de actividades

Tabla 2. Cronograma de actividades (Gráfica de Gantt)

Actividades	Feb 2025	Mar 2025	Abr 2025	May 2025	Jun 2025	Jul 2025
Elaboración del protocolo						
Aprobación por comité de ética e investigación						
Recolección de muestra (cuestionario, consejería, registro)						
Análisis de datos (SPSS)						

Obtención de resultados						
Redacción y entrega de tesis final						

10. Aspectos éticos

Este estudio se clasificó como investigación sin riesgo, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17)³⁷. Toda la información recolectada fue tratada con estricta confidencialidad, asegurando en todo momento el anonimato de las participantes.

Antes de aplicar el cuestionario y la consejería, se solicitó a cada mujer su consentimiento informado por escrito, explicando de manera clara los objetivos del estudio, la metodología, los posibles beneficios y el carácter voluntario de su participación.

Se garantizó que la decisión de participar o no hacerlo no tendría ninguna repercusión en la calidad de la atención médica recibida. Finalmente, se dejó constancia de que los datos recolectados serían utilizados únicamente con fines académicos y científicos, sin propósito de lucro, y que quedarían bajo resguardo de la tesista y del equipo investigador responsable.

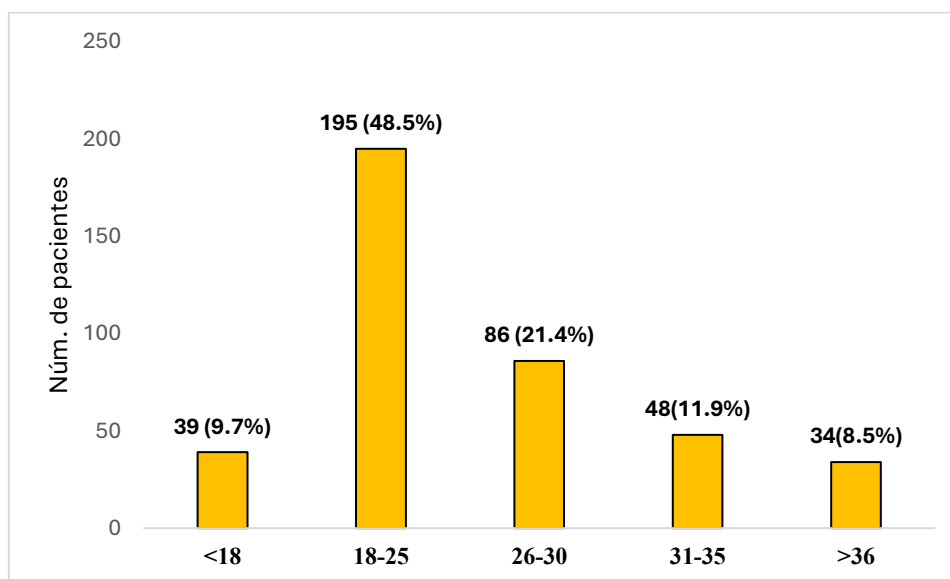
11. Resultados

11.1. Panorama general del hospital

Durante el periodo comprendido entre marzo de 2024 y marzo de 2025, se incluyeron en el estudio 402 mujeres que habían sido atendidas después de un evento obstétrico (parto o aborto) y que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

La población de estudio está predominantemente conformada por mujeres jóvenes en edad reproductiva. El rango de edad más frecuente es 18-25 años, que concentra a 195 pacientes (48.5%), es decir, casi la mitad de la muestra. Seguido de mujeres en el rango de 26-30 años con un 21.4%. Las mujeres entre 31 y 35 años, representan el 11.9%. También, se observa una proporción de adolescentes menores de 18 años (9.7%) y mujeres mayores de 36 años (8.5%). La edad media de la muestra apunta hacia un grupo con alto potencial reproductivo y posiblemente mayor riesgo de un nuevo embarazo no planificado en el corto plazo. (Figura 1).

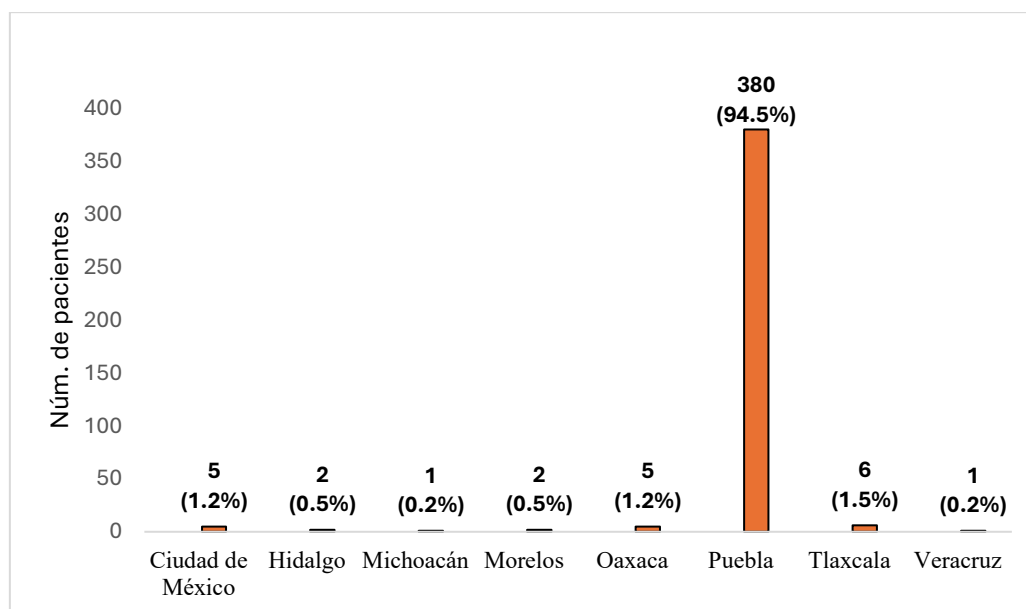
Figura 1. Distribución de las pacientes por rangos de edad



En cuanto al lugar de residencia, la gran mayoría de las participantes procedía del estado de Puebla (94.5 %; n=380). Además, en menor proporción se registraron casos provenientes de Tlaxcala (1.5 %; n=6), de Ciudad de México y Oaxaca (1.2 % cada

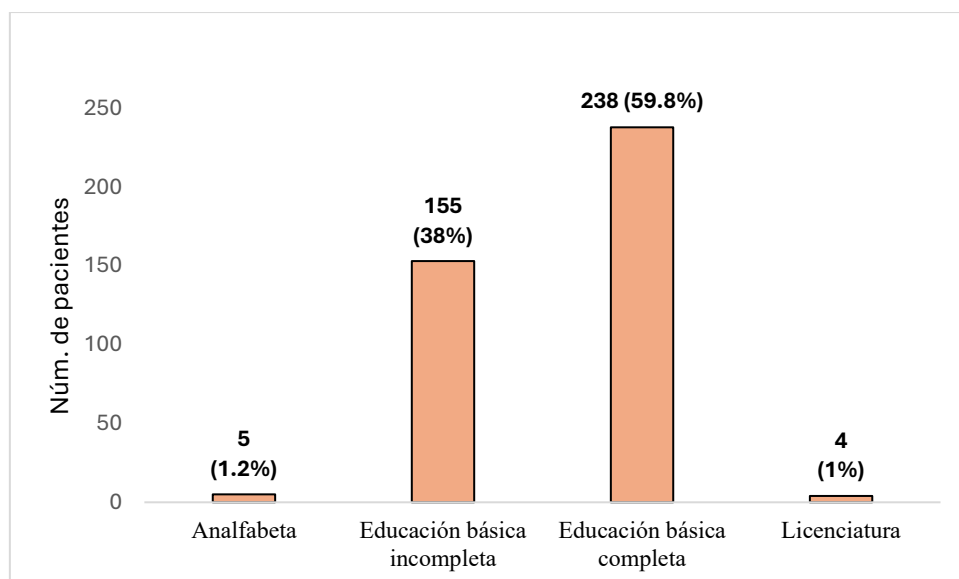
uno). El resto de los estados aportó menos del 1 % de los casos, lo que confirma que la población atendida fue predominantemente local (Figura 2).

Figura 2. Distribución del estado de residencia en la cohorte de estudio



El nivel educativo de la población es mayoritariamente de educación básica con 238 pacientes (59.8%), seguido por la Educación básica incompleta con 153 pacientes (38%). Los niveles de analfabetismo (1.2%) y de Licenciatura (1%) son marginales. Esta distribución indica que casi la totalidad de la muestra tiene un nivel educativo formal limitado. (Figura 3).

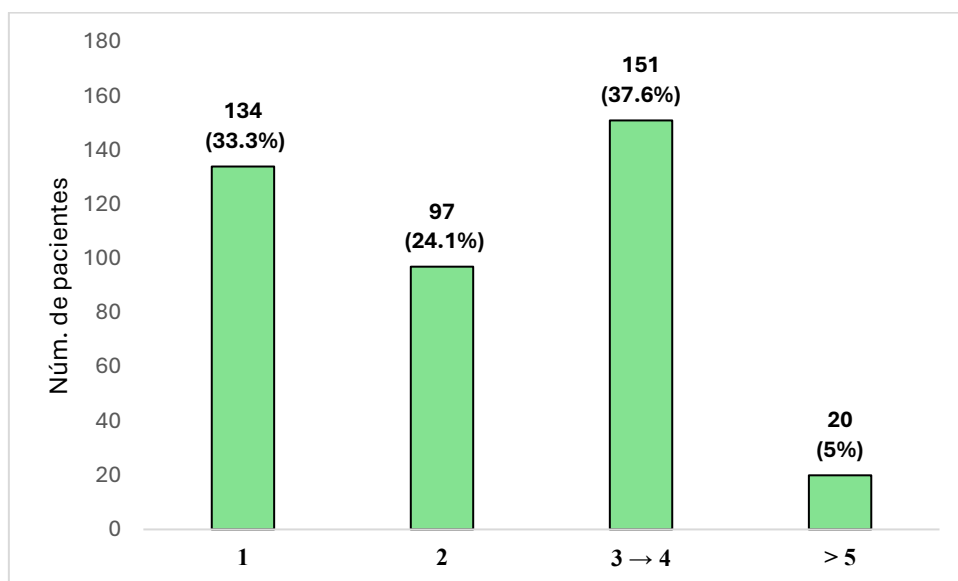
Figura 3. Distribución de la escolaridad



La paridad en la muestra es variada, pero se concentra en mujeres con uno a cuatro hijos. El grupo más grande corresponde a mujeres con 3 o 4 hijos, totalizando 151 pacientes (37.6%).

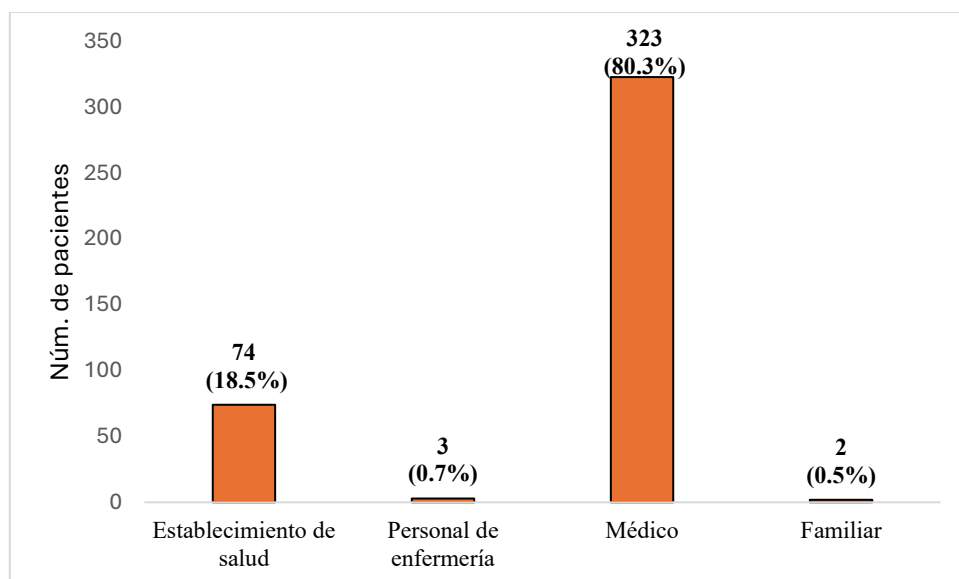
Las pacientes con un hijo también es relevante, con el 33.3%, seguido de las pacientes reportando reportando dos (24.1%). Un 5% presenta más de 5 hijos. Esta distribución muestra que la mayoría de las pacientes ya ha experimentado la maternidad, y muchas de ellas son multiparidad, lo que puede influir tanto en la motivación para limitar nuevos embarazos. (Figura 4).

Figura 4. Distribución del número de hijos



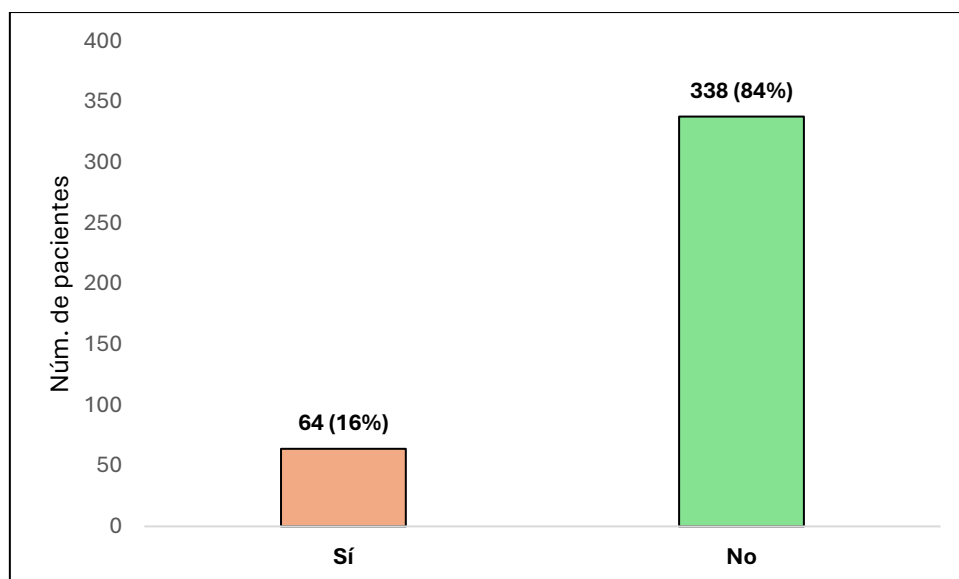
La principal fuente de información sobre anticoncepción reportada por las pacientes es el Médico, con 323 casos (80.3%), lo que subraya la importancia crítica del personal médico como educador primario en salud sexual y reproductiva. El Establecimiento de salud en general fue la fuente para 18.5% de las pacientes. Por contraste, otras fuentes como el personal de enfermería y la fuente familiar son prácticamente poco relevantes, lo que enfatiza el rol centralizado del médico en la provisión de esta información. (Figura 5).

Figura 5. Fuente de información sobre anticoncepción



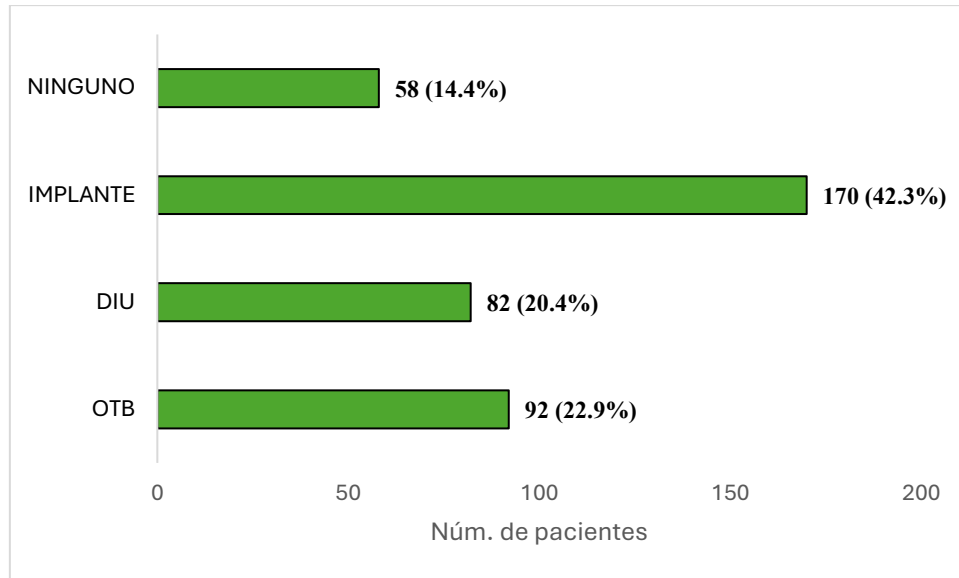
El antecedente de uso de métodos anticonceptivos antes de la consejería de prevención resultó ser muy bajo en la población analizada. Únicamente 64 mujeres (16%) mencionaron haber utilizado algún método previamente, mientras que la mayoría —338 mujeres (84%)— refirió no haber usado ninguno. Este hallazgo muestra la elevada vulnerabilidad de estas pacientes frente a un embarazo no deseado en el periodo posterior al evento obstétrico, considerando lo limitado que es el uso previo de anticonceptivos. (Figura 6).

Figura 6. Distribución del uso previo de anticonceptivos antes de la consejería de prevención



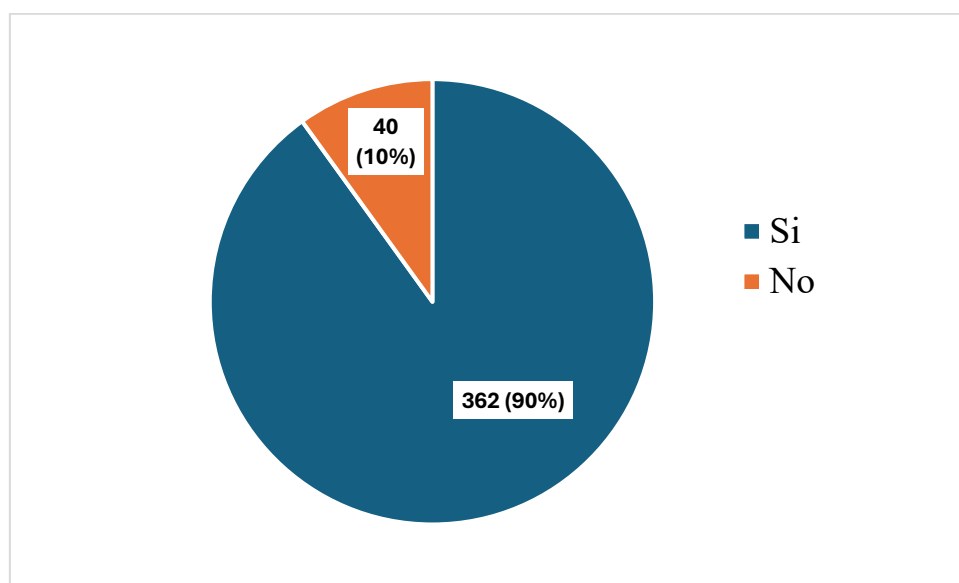
Tras la consejería, el método anticonceptivo de elección más frecuente fue el Implante subdérmico, seleccionado por 170 pacientes (42.3%). Le siguió la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB), que fue elegida por 92 pacientes (22.9%). El DIU (Dispositivo Intrauterino) fue la tercera opción, con 82 pacientes (20.4%). Solamente 58 pacientes (14.4%) se quedaron sin método ("Ninguno"). (Figura 7).

Fig 7. Distribución del método anticonceptivo post consejería



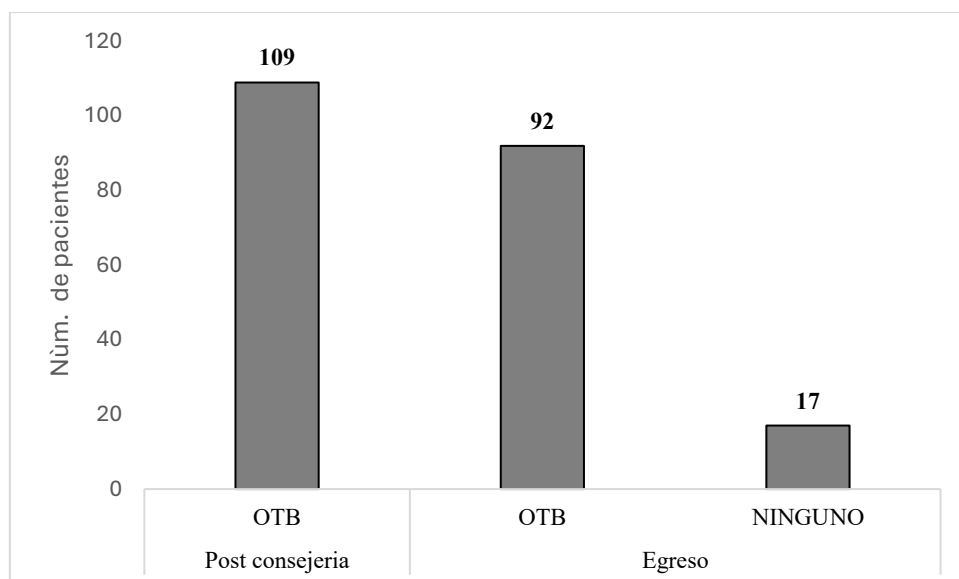
La consejería anticonceptiva post-evento obstétrico resultó en una alta tasa de aceptación por parte de las pacientes. Un total de 362 mujeres (90%) aceptaron un método anticonceptivo, mientras que solo 40 mujeres (10%) lo rechazaron. Esta distribución muestra la eficacia operativa de la intervención, demostrando que la consejería y la disponibilidad de métodos en el momento oportuno logran una cobertura anticonceptiva muy alta. (Figura 8).

Figura 8. Distribución del método anticonceptivo al egreso



Durante la postconsejería, 109 mujeres manifestaron su aceptación para OTB. Sin embargo, al egreso únicamente 92 recibieron el procedimiento, mientras que 17 egresaron sin método anticonceptivo alguno, a pesar de haber aceptado inicialmente. Esto representa una brecha del 15.6% (17/109) entre la intención de OTB y la realización efectiva del método. (Figura 9).

Figura 9. Discrepancia entre intención de OTB postconsejería y método anticonceptivo recibido al egreso



De las 112 mujeres que deseaban usar un método anticonceptivo antes de la intervención (Pre-intervención: Sí), 108 mantuvieron su decisión (Sí → Sí), mientras que solo 4 (10%) cambiaron a No (Sí → No). El mayor impacto se observa en las 290 mujeres que no deseaban usar un método anticonceptivo antes de la consejería (Pre-intervención: No). De estas, 254 (70%) cambiaron su decisión y aceptaron un método (No → Sí), mientras que 36 (90%) se mantuvieron en el No (No → No). Indicando que la intervención logró un cambio significativo en el deseo/aceptación de anticonceptivos, lo que se traduce en una reducción potencial de embarazos no planeados. La efectividad es estadísticamente significativa ($p < 0.001$). Tabla 3

Tabla 3. Cambios en el deseo de uso de métodos anticonceptivos antes y después de la intervención (consejería)

		Post- Intervención		Total	Valor de p
		Sí	No		
Pre-intervención	Sí	Sí → Sí 108 (30%)	Sí → No 4(10%)	112	< 0.001 ^a
	No	No → Sí 254 (70%)	No → No 36 (90%)		

No	No → Sí 254 (70%)	No → No 36 (90%)	290
Total	362	40	402

Nota: ^a Prueba de McNemar para comparación de proporciones relacionadas.

El análisis de asociación entre los factores sociodemográficos/obstétricos y la aceptación de anticoncepción post-evento obstétrico reveló que la mayoría de las variables no fueron estadísticamente significativas ($p > 0.05$), incluyendo la edad, el nivel educativo, el número de hijos y el uso previo de anticonceptivos. Sin embargo, la fuente de información sí mostró una asociación altamente significativa ($p \leq 0.001$): la información obtenida directamente del médico se asoció positivamente (80.8%) con la aceptación del método, mientras que la información procedente del establecimiento de salud se asoció negativamente (75% de las pacientes que no aceptaron obtuvieron su información de esta fuente). Lo anterior destaca que la interacción personal y la calidad de la consejería ofrecida por el médico son el factor más potente para lograr la aceptación de los métodos anticonceptivos, superando la influencia de las características basales de las pacientes. Tabla 5

Tabla 4. Asociación de factores relacionados con la aceptación de métodos anticonceptivos post- evento obstétrico

Variables	Sí = 362 (%)	No = 40 (%)	Valor de p*
Edad (años)			
Mediana	24	22	0.355
Grado escolaridad			0.745
Analfabeta	4 (1.1)	1 (2.5)	0.450

Educación básica incompleta	141 (39)	14 (35)	0.626
Educación básica completa	213 (58.8)	25 (62.5)	0.655
Licenciatura	4 (1.1)	0	1.00
Núm. de hijos			
Mediana	2	2	0.337
Fuente de información			0.455
Establecimiento de salud	65 (18)	30 (75)	0.000**
Médico	293 (80.8)	9 (22.5)	0.000**
Personal de enfermería	2 (0.6)	1 (2.5)	0.174
Familiar	2 (0.6)	0	0.637
Uso previo de anticonceptivos			
Sí	58 (16)	6 (15)	0.867
No	304 (84)	34 (85)	
Nota: (%) = porcentaje; ** = $p \leq 0.001$; ^a= Prueba de Chi cuadrada.			

12. Discusión

En este estudio, la aceptación global de métodos anticonceptivos posevento obstétrico fue del 59.7 % (≈ 60 %). Esta proporción se asemeja a la reportada por la ENSANUT 2018–2019, donde el 65 % de las mujeres egresaron con un método anticonceptivo, lo que sugiere que la cobertura institucional mantiene una tendencia comparable al promedio nacional. A pesar de ello, un hallazgo relevante fue que casi cuatro de cada diez mujeres (38.9 %) egresaron sin ningún método anticonceptivo, lo que pone en evidencia que aún persisten brechas en el acceso oportuno y la continuidad de la consejería posevento obstétrico. De ahí que sea necesario reforzar la oferta inmediata de anticonceptivos

durante la misma atención hospitalaria, evitando que las mujeres pierdan la oportunidad de elegir un método adecuado antes del alta.

Al comparar con experiencias internacionales, nuestros resultados guardan relación con lo descrito por Hernández et al. (EE. UU.), quienes evidenciaron que la consejería prenatal incrementa significativamente el uso de métodos eficaces, sobre todo en mujeres con bajo nivel educativo²⁸. En nuestra población, las mujeres que recibieron una consejería más personalizada aceptaron con mayor frecuencia métodos reversibles de larga duración, en especial el implante subdérmico (23.5 %) y el dispositivo intrauterino (19.8 %). Este patrón confirma la preferencia por alternativas seguras y de eficacia prolongada, así como el papel esencial de la comunicación médico-paciente para generar confianza y comprensión sobre el uso de estos métodos. En contraste, estudios como el de Akman et al. (Turquía) no encontraron diferencias entre la consejería prenatal y la entrega de folletos²⁷, lo cual pone de manifiesto que el impacto de la educación depende fuertemente del contexto cultural y del sistema de salud.

Respecto a la oclusión tubaria bilateral (OTB), el 17.9 % de las mujeres la eligió como método definitivo. No obstante, en varios casos el procedimiento no pudo realizarse debido a la falta de disponibilidad quirúrgica inmediata. Este hallazgo evidencia que, aunque las mujeres tomen decisiones firmes respecto a su planificación, la respuesta institucional aún puede limitar el acceso efectivo al método deseado, lo que representa una brecha tanto en la atención como en el respeto a la autonomía reproductiva.

En nuestro análisis, variables como la edad, la escolaridad, el número de hijos y el antecedente de uso anticonceptivo no mostraron asociación estadísticamente significativa con la aceptación del método. Este resultado contrasta con lo reportado en otros contextos, como el estudio de Lauria et al., donde la escolaridad sí influyó en la aceptación. En nuestra población, la variable con mayor impacto fue la fuente de información, siendo la consejería brindada directamente por un médico el factor más claramente asociado con la aceptación anticonceptiva.

En el contexto africano, Ayiasi et al. (Uganda) señalan que la aceptación anticonceptiva posparto está fuertemente influida por la percepción social y el papel de la pareja³¹. Aunque en nuestro estudio este componente no se identificó como un factor determinante dado que no formó parte de las variables evaluadas, la comparación resulta útil para comprender cómo otras poblaciones enfrentan barreras distintas. Esto resalta la importancia de considerar que, en ciertos entornos, las dinámicas familiares y comunitarias pueden moldear la toma de decisiones reproductivas. Si bien nuestros datos no permiten medir este efecto, sí sugieren la oportunidad de explorar en investigaciones futuras la influencia del entorno social y, eventualmente, valorar estrategias de consejería que incluyan a la pareja o la red de apoyo, siempre que la mujer lo desee.

En cuanto a la elección de métodos, se observó una alta aceptación de métodos reversibles de larga duración, principalmente el implante subdérmico. Este hallazgo es consistente con lo descrito por la Secretaría de Salud del Estado de Puebla, que en su informe de 2019 señaló que más de la mitad de las adolescentes aceptantes optaron por implantes o DIU²⁶. Estos resultados son alentadores, ya que los métodos de larga duración son los que ofrecen mayor eficacia y continuidad, contribuyendo de manera directa a la reducción de embarazos no planeados y abortos inseguros.

Un hallazgo adicional fue que varias mujeres que solicitaron la OTB no pudieron acceder al procedimiento, ya que las emergencias obstétricas ocuparon el tiempo quirúrgico disponible, lo que obligó a dar de alta a las pacientes sin el método definitivo deseado. Esta situación también ha sido señalada en reportes nacionales²⁶. De manera similar, Lauria et al. en Italia observaron que la aceptación de un método no siempre garantiza su provisión²⁹. En otros contextos, como Uganda y la India, Ayiasi y Chhabra documentaron que, aun con consejería adecuada, las barreras logísticas y de recursos limitan el acceso real a la planificación familiar^{30, 31}.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra su diseño observacional y unicéntrico, lo que restringe la posibilidad de generalizar los hallazgos a otros contextos. Además, el análisis se basó en registros clínicos que pueden estar sujetos

a sesgos de información. No obstante, el tamaño de la muestra y el hecho de haberse realizado en un hospital de referencia brindan evidencia valiosa y pertinente para la región.

En síntesis, nuestros hallazgos muestran que la consejería inmediata, la disponibilidad real de los métodos y la sensibilidad hacia los factores socioculturales son elementos clave para favorecer la aceptación de la anticoncepción después de un evento obstétrico. Asimismo, los resultados resaltan la importancia de diseñar intervenciones dirigidas especialmente a adolescentes y a mujeres con menor nivel educativo, así como de incluir a la pareja y la familia cuando la mujer así lo desee. Integrar estas acciones en la práctica clínica cotidiana puede marcar una diferencia real en la reducción de embarazos no planeados y en el fortalecimiento de la salud reproductiva de nuestra población.

13. Limitaciones del estudio

Este estudio se realizó en un único hospital, lo que limita la posibilidad de generalizar los resultados a otras poblaciones. Asimismo, Cada región tiene dinámicas culturales, sociales y familiares propias que pueden influir en la decisión de aceptar o rechazar un método anticonceptivo.

Otra limitación importante radica en que todas las participantes recibieron consejería, lo que impidió contar con un grupo de comparación para medir de manera más precisa el impacto de esta intervención. De igual forma, el uso de cuestionarios abre la posibilidad de sesgo de deseabilidad social: algunas mujeres pudieron responder lo que consideraban más aceptable, más que lo que realmente pensaban o sentían.

Además, no se incluyeron variables como la religión, el apoyo de la pareja o experiencias previas negativas con anticonceptivos, que habrían permitido un análisis más completo de los motivos detrás de la aceptación o el rechazo.

Finalmente, en el caso de la oclusión tubaria bilateral (OTB), aunque varias mujeres manifestaron su deseo de acceder a este método, en algunos casos no se concretó por falta de tiempo quirúrgico o por la prioridad de urgencias obstétricas. Esta situación evidencia que la decisión de la mujer no siempre se traduce en acceso real al método, lo que constituye una limitación tanto del estudio como del propio sistema de salud.

14. Implicaciones clínicas y de salud pública

Los resultados de este estudio muestran que el posparto y el posaborto constituyen momentos estratégicos para promover la anticoncepción, ya que durante este periodo las mujeres mantienen un contacto directo con los servicios de salud y, en muchos casos, se encuentran más receptivas a recibir orientación.

El hecho de que la consejería personalizada, ofrecida directamente por personal médico, haya tenido un papel tan importante en la aceptación resalta la necesidad de fortalecer esta práctica en la atención cotidiana. Brindar a cada mujer información clara, empática y adaptada a su situación personal puede marcar una diferencia real en la continuidad de su cuidado y en su decisión de planificar.

Asimismo, la preferencia observada por métodos reversibles de larga duración subraya la importancia de garantizar su disponibilidad constante y de contar con personal capacitado para ofrecerlos y colocarlos de forma oportuna. Invertir en abastecimiento, capacitación y sensibilización del personal no solo mejora la experiencia de atención, sino que contribuye directamente a reducir los embarazos no planeados y las complicaciones asociadas.

Desde una perspectiva de salud pública, ampliar la cobertura anticonceptiva después de un evento obstétrico representa una oportunidad clave para fortalecer la seguridad materna y neonatal, al reducir los riesgos asociados con embarazos cercanos o no planeados. Asimismo, esta acción contribuye al bienestar de las familias y se alinea con los objetivos de salud reproductiva nacionales e internacionales, en especial con los Objetivos de Desarrollo Sostenible vinculados con la salud y la igualdad de género.

15. Conclusiones

Este estudio mostró que poco más de la mitad de las mujeres aceptó un método anticonceptivo después de un evento obstétrico. Aunque esta cifra refleja un avance, también evidencia que un número importante de mujeres aún egresa sin protección, lo que abre una ventana de oportunidad para reforzar la atención en este momento clave.

En este estudio, los factores sociodemográficos como la edad, escolaridad, número de hijos o antecedente de uso anticonceptivo no mostraron asociación significativa con la aceptación. En contraste, la consejería directa por un médico sí tuvo un impacto claro y estadísticamente significativo, lo que confirma que la calidad de la orientación influye más que las características individuales.

Aunque la experiencia previa con anticonceptivos podría facilitar la aceptación, en este estudio dicha variable no mostró una asociación significativa. Aun así, la evidencia internacional respalda la importancia de acompañar a las mujeres a lo largo de toda su vida reproductiva.

En cuanto a los métodos más elegidos, destacaron el implante, la oclusión tubaria bilateral y el dispositivo intrauterino. Esta preferencia por opciones de larga duración reafirma la necesidad de garantizar su disponibilidad continua y de contar con personal capacitado para ofrecerlos y colocarlos de manera oportuna³⁴.

En conjunto, los resultados muestran que no basta con ofrecer métodos anticonceptivos: la calidad de la comunicación, el trato humano y la capacidad institucional para respetar y respaldar la decisión de cada mujer son los elementos que marcan la diferencia. Reforzar la capacitación del personal y asegurar la disponibilidad de métodos reversibles de larga duración son pasos esenciales para ampliar la cobertura y reducir los embarazos no planeados en la población atendida.

Finalmente, estos hallazgos pueden servir como base para fortalecer los programas institucionales de planificación familiar y promover una atención más integral, empática y humanizada durante el periodo puerperio obstétrico.

16. Recomendaciones

A partir de los hallazgos de este estudio, se considera necesario reforzar la consejería anticonceptiva en el posparto y el posaborto. Lograr que la información sea clara, empática y adaptada al contexto de cada mujer puede marcar la diferencia en la aceptación y continuidad del método elegido.

Asimismo, resulta indispensable garantizar la disponibilidad permanente de los métodos de larga duración, como implantes y dispositivos intrauterinos, y asegurar que el personal de salud esté capacitado para colocarlos de manera inmediata. Invertir en abastecimiento y formación profesional no solo mejora la atención individual, sino que contribuye directamente a reducir los embarazos no planeados.

De igual forma, es fundamental sensibilizar al personal de salud sobre la importancia del trato humano y del acompañamiento cercano. Más allá de la técnica, lo que realmente genera confianza es que la mujer se sienta escuchada, respetada y acompañada en su decisión.

También se recomienda diseñar estrategias culturalmente adecuadas, que reconozcan la diversidad de procedencias y creencias, e involucren a la pareja o a la familia cuando la mujer así lo desee. La anticoncepción no ocurre en un vacío, sino dentro de un contexto social y emocional que debe ser comprendido y respetado.

Otro punto crítico identificado es asegurar que las mujeres que acepten la oclusión tubaria bilateral efectivamente tengan acceso al procedimiento. Para lograrlo, es necesario establecer mecanismos que prioricen su programación quirúrgica y evitar que egresen sin el método por razones logísticas.

Finalmente, se sugiere ampliar la investigación en diferentes contextos y con poblaciones más diversas, incluyendo variables sociales, culturales y familiares que en este estudio no fueron contempladas, con el fin de obtener una visión más integral de los factores que influyen en la aceptación anticonceptiva.

17. Referencias bibliográficas

1. WHO; Guttmacher Institute. First-ever country-level estimates of unintended pregnancy and abortion. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/24-03-2022-first-ever-country-level-estimates-of-unintended-pregnancy-and-abortion>
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS); Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. Washington, DC: OPS/UNFPA/UNICEF; 2018. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/29-9-2018-america-latina-caribe-tienen-segunda-tasa-mas-alta-embarazo-adolescente>
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Cada 20 segundos, una adolescente se convierte en madre en América Latina y el Caribe. Ginebra: UNFPA; 2025. Disponible en: <https://lac.unfpa.org>
4. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El embarazo en adolescentes le cuesta a América Latina y el Caribe USD 15,300 millones al año. Panamá: UNFPA; 2025. Disponible en: <https://lac.unfpa.org>
5. Mitchell A, Yu C, Ramos-Huertas M, Guerra-Reyes L, Nobles J, Smith A, et al. Contraceptive access experiences and perspectives of young Latinas in the United States: a qualitative study. *Contraception*. 2023;121:109993. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10281292/>
6. Rodríguez Vignoli J. Adolescent fertility in Latin America: trends and inequalities. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e125. doi: 10.26633/RPSP.2020.125. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2020.v44/e125/>
7. Juárez F, Singh S, García SG, Oláiz G. Unintended pregnancy, induced abortion, and contraceptive use in Mexico: changes over the past decade. *Int Fam Plan Perspect*. 2008;34(4):158-66. doi: 10.1363/ifpp.34.158.08

8. Hubert C, Romero M, Lozano R. Desigualdades sociales en salud materna en México: resultados de la ENSANUT 2022. *Salud Publica Mex.* 2023;65(Supl 1):S35-47. doi: 10.21149/15114
9. World Health Organization. Family planning/contraception. Fact sheet. Geneva: WHO; 2020 [citado 2025 Feb 20]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
10. Chola L, McGee S, Tugendhaft A, Srinivas G, Hofman K. Scaling up family planning to reduce maternal and child mortality: the implications for South Africa and Nigeria. *PLoS One.* 2015;10(6):e0128471. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4468244/>
11. Beyene GA, Tura AK, Fekadu GA, Andarge E, Asefa EY, Deressa ST, et al. Short interpregnancy interval and adverse perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2025;20(1):e0294747. doi: 10.1371/journal.pone.0294747
12. United Nations Population Fund (UNFPA). Family planning and the 2030 Agenda for Sustainable Development: Data Booklet. New York: UNFPA; 2019. Disponible en: <https://www.unfpa.org/publications/family-planning-and-2030-agenda-sustainable-development>
13. Gemzell-Danielsson K, Kopp Kallner H, Faúndes A. Contraception following abortion and the treatment of complications. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020;63:29-40. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.05.010
14. Kim C, Rocca CH, Mello MB, et al. Systemic hormonal contraception initiation after abortion: a systematic review. *Contraception.* 2021;104(1):1-9. doi: 10.1016/j.contraception.2021.02.001
15. Lou Y, Chen Y, Zhu L, et al. Immediate and delayed placement of the intrauterine device after abortion. *Sci Rep.* 2024;14:10234. doi: 10.1038/s41598-024-10234-7
16. Grandi G, Facchinetti F, Bitzer J, Cagnacci A. Postpartum contraception: a matter of guidelines. *Int J Gynaecol Obstet.* 2024;164(1):1-9. doi: 10.1002/ijgo.15010

17. Sothornwit J, Areepium N, Churin-Keratkhanel T, Kasatpibal N, Taneepanichskul S. Immediate versus delayed postabortal insertion of contraceptive implant: effects on repeat unintended pregnancy and unsafe abortion in women. *Contraception*. 2022;113:49-55. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9115762/>
18. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>
19. World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. 3rd ed. Geneva: WHO; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565400>
20. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016;65(3):1-104
21. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med*. 2012;366(21):1998-2007
22. López-Farfán JA, Ramírez-Rentería C, González-Santos G, González-Jiménez MA, Lira-Plascencia J. Dispositivo intrauterino posparto inmediato: seguridad, eficacia y satisfacción en usuarias. *Ginecol Obstet Mex*. 2019;87(10):663-72
23. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404
24. Schreiber CA, Sober S, Ratcliffe S, Creinin MD. Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception*. 2011;84(3):230-3
25. De la Vara-Salazar E, Hubert C, Saavedra-Avendaño B, Suárez-López L, Villalobos A, Ávila-Burgos L, et al. Provision of immediate postpartum contraceptive methods in Mexico, 2018–19. *Salud Publica Mex*. 2020;62(6):637-47

26. Secretaría de Salud del Estado de Puebla. Informe de salud reproductiva 2019: aceptación de anticoncepción posparto inmediato. Puebla: Secretaría de Salud; 2020.
27. Akman M, Tüzün S, Uzuner A, Başgul A, Kavak Z. The influence of prenatal counselling and a booklet on postpartum contraceptive use: a randomized controlled trial. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010;15(1):41-7
28. Hernandez ND, Sappenfield WM, Goodman D, Rankin KM, Rice ME, Clark KA, et al. Is prenatal contraceptive counseling effective? A multistate study of women who recently delivered. *Contraception*. 2012;85(5):468-74
29. Lauria L, Donati S, Spinelli A, Bonciani M, Grandolfo ME. The effect of prenatal advice on contraceptive use after delivery. *Health Policy*. 2014;117(1):23-31
30. Ayiasi RM, Muhumuza C, Bukenya J, Orach CG. The effect of enhanced family planning counseling on postpartum contraceptive use in rural Uganda: a randomized controlled trial. *Reprod Health*. 2015;12:31
31. Chhabra S, Mohanty IR, Singh A. Structured postpartum contraceptive counselling: effect on acceptance in India. *J Obstet Gynaecol India*. 2017;67(5):347-52
32. Camara BS, Delamou A, Diro ES, Béavogui AH, Sidibé S, Grovogui FM, et al. Influence of prenatal counseling on postpartum contraceptive use in Guinea: a randomized controlled trial. *Afr J Reprod Health*. 2018;22(1):51-62
33. Pfitzer A, Mackenzie D, Blanchard H, Hyjazi Y, Kumar S, Esantsi SF, et al. A facility birth can be the time to start family planning: postpartum intrauterine device experiences from six countries. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;130 Suppl 2:S54-61
34. Morales A, Pérez L, Sánchez G, Ramírez J. Diseño y validación de un cuestionario sobre aceptación de anticoncepción post-evento obstétrico. *Salud Publica Mex*. 2018;60(3):345-53
35. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar. México: SSA; 1994

36. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México: SSA; 1987.
37. Darney BG, Sosa-Rubí S, Servan-Mori E, Rodriguez MI, Walker D, Lozano R. The relationship of age and place of delivery with postpartum contraception prior to discharge in Mexico: a retrospective cohort study. *Contraception*. 2016;93(6):478-84. doi:10.1016/j.contraception.2016.01.015. PMID: 26828625.
38. Barber SL. Family planning advice and postpartum contraceptive use among low-income women in Mexico. *Int Fam Plan Perspect*. 2007;33(1):6-12. doi:10.1363/3300607. PMID: 17462989.
39. Sámano R, Martínez-Rojano H, Chico-Barba G, Sánchez-Jiménez B, Samper-Ternent R, Rodríguez-Ventura AL, et al. Sociodemographic factors associated with the knowledge and use of birth control methods in adolescents before and after pregnancy. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(6):1022. doi:10.3390/ijerph16061022
40. Potter JE, Hubert C, Coleman-Minahan K, White K, Hopkins K, Stevenson AJ, et al. The availability and use of postpartum LARC in Mexico and among Hispanics in the United States. *Matern Child Health J*. 2017;21(9):1744-52. doi:10.1007/s10995-016-2179-6
41. Cabrera Torres F. Uso de métodos anticonceptivos de larga duración en adolescentes puérperas en el Hospital de la Mujer Puebla [Tesis de Especialidad en Ginecología y Obstetricia]. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2018.
42. García Calderón A. Utilidad del reforzamiento de la información en planificación familiar durante el puerperio, para la aceptación de algún método anticonceptivo en mujeres derechohabientes del Hospital Regional ISSSTE Puebla [Tesis de especialidad]. Puebla: Hospital Regional ISSSTE Puebla; 2022.

18. Anexos

18.1. Anexo 1. Instrumento de recolección de datos (cuestionario validado Morales et al.)

(Ejemplo adaptado, puedes ajustar según la versión validada que tengas impresa)

Cuestionario de aceptación de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico

1. Edad: _____ años
2. Lugar _____ de _____ residencia:
☐ Local ☐ Foránea
3. Escolaridad:
☐ Analfabeta ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato ☐ Licenciatura o más
4. Número de hijos vivos: _____
5. Antecedente de uso de métodos anticonceptivos:
☐ Sí ☐ No
6. Fuente de información sobre anticonceptivos:
☐ Médico ☐ Enfermera ☐ Amigas ☐ Internet ☐ Otro: _____
7. ¿Acepta actualmente un método anticonceptivo post-evento obstétrico?
☐ Sí ☐ No
8. En caso afirmativo, ¿qué método elige?
☐ Implante ☐ DIU ☐ OTB ☐ Inyectable ☐ Pastillas ☐ Condón ☐ Otro: _____

18.2. Anexo 2. Consentimiento informado

Consentimiento informado para participación en estudio de investigación

Título del estudio: Factores asociados a la aceptación de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico en mujeres atendidas en el Hospital General de la Zona Norte “Bicentenario de la Independencia”.

Investigador responsable: Dra. Liliana de Jesús Revelo Imbacuan.

Yo, _____, declaro haber recibido información clara y suficiente sobre el estudio. Entiendo que:

- El estudio tiene como objetivo conocer los factores que influyen en la aceptación de anticoncepción después de un evento obstétrico.
- Mi participación consiste en contestar un cuestionario y recibir consejería en planificación familiar.
- El estudio no implica riesgo para mi salud ni para la de mi hijo/a.
- La información que proporcione será confidencial y utilizada únicamente con fines académicos.
- Mi participación es voluntaria y puedo retirarme en cualquier momento sin afectar mi atención médica.

Firma de la participante: _____

Firma del investigador: _____

Fecha: //2025



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



Cuatro veces Heroica Puebla de Zaragoza, Puebla a 19 de enero de 2026

OFICIO CE/JSAS/HGZN/CEyCEI/IMSS-BIENESTAR/020/2026

Asunto: AUTORIZACIÓN IMPRESIÓN DE TESIS

DRA. YANETH MARTÍNEZ TOVILLA

SECRETARIA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO FMBUAP

P R E S E N T E.

Por medio del presente, hago de su conocimiento que la C. Liliana de Jesús Revelo Imbacuan, del cuarto año de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia, realizó su Tesis con título: **"FACTORES ASOCIADOS A LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POST EVENTO OBSTÉTRICO"**, realizado en el Hospital General Zona Norte de Puebla, "Bicentenario de la Independencia", bajo la dirección de la Dra. Mariana Lee Miguel Sardaneta y Dra. Cristina Ruiz Díaz De León, ha sido revisada en su contenido y estructura, por lo que se autoriza para su impresión.

Sin más por el momento y agradeciendo su apoyo, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN"



DRA. MARIANA LEE MIGUEL SARDANETA
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HGZNP "BI"

DRA. MARÍA ELENA LUNA RUIZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE
INVESTIGACIÓN
DEL HGZNP "BI"

DRA. CRISTINA RUIZ DÍAZ DE LEÓN
ASESOR EXPERTO

DRA. MARIANA LEE MIGUEL
SARDANETA
ASESOR METODOLÓGICO



2026
año de
Margarita
Maza



COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL ZONA NORTE DE PUEBLA
PUEBLA, PUEBLA
CIVIL

Calle 88 Poniente y 7 Nte. Infonavit San Pedro CP. 72230, Puebla, Puebla. Tel: (222) 367 9284
direccionhgnorte.ssep@puebla.gob.mx