

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

**FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y
SALUD PÚBLICA**

TESIS PROFESIONAL

**FACTORES QUE IMPIDEN LA
PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN
MUJERES PUÉRPERAS ATENDIDAS
EN LA UNIDAD MÉDICA RURAL 203
DEL EJIDO MANACAL DE
TUZANTÁN**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTAN

**JUCALI BINNIZA RÍOS VÁZQUEZ
REBECA SARAÍ JAIME ANGEL**

DIRECTOR DE TESIS

M.C. EMANUEL RIVAS ROBLES



AGRADECIMIENTOS

Aférrate a tus sueños, porque si los sueños mueren la vida es como un pájaro de alas rotas incapaz de volar. Aférrate a tus sueños, porque si los sueños se marchan la vida es como un campo yermo cubierto de escarcha (Langston, 1922).

La vida es un camino lleno de desafíos, aprendizajes y oportunidades que nos permiten crecer y evolucionar. A lo largo de este recorrido, he encontrado obstáculos, pero también he sido testigo de momentos de inmensa gratitud, de apoyo incondicional. Agradezco a Dios por la vida y oportunidades que me ha dado y permitido vivir, y aprender de ellos. A mis padres, Uriel Jaime Pérez y Mélida Angel Maldonado principalmente por su apoyo y comprensión en todo momento en este recorrido que es llamada “vida”.

A mi familia, mi mayor pilar, les debo todo. Su apoyo incondicional, sus palabras de aliento en los momentos difíciles y su amor han sido mi mayor motivación. Sin ustedes, este logro no habría sido posible. Gracias por creer en mí incluso cuando dudé de mis propias fuerzas.

A los maestros que incidieron en mi vida y aportaron sus conocimientos que paso a paso me permitieron llegar a este momento Y a mí asesor Emanuel Rivas Robles, que ha sido mi guía en mi enseñanza, su paciencia y sus consejos en mi formación.

Agradezco a mis compañeros y amigos en especialmente mi compañera de tesis Jucali Binissa Ríos Vázquez por su amistad y apoyo en este proyecto, en los momentos felices y desánimos tomamos fuerzas y recorrimos el camino haciendo todo más fácil, convirtiéndose en buenos momentos .

Este logro no es solo mío, sino de todos los que han estado a mi lado.

Gracias.

Con cariño Rebeca Saraí Jaime Ángel

AGRADECIMIENTOS

Antes que todo, agradezco a Dios por darme siempre fuerzas para continuar en lo adverso, por guiarme en el camino de lo prudente y darme sabiduría para mejorar día a día en mí que hacer profesional.

A mis maestros que estuvieron presentes en cada semestre, por sus enseñanzas para desarrollarme profesionalmente y haberme compartido sus conocimientos

Al mismo tiempo quiero agradecer sinceramente a mi asesor de tesis el Dr. Emmanuel Rivas Robles, por su esfuerzo, dedicación, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación académica en la cual ha logrado inculcarme la responsabilidad de la Licenciatura en Enfermería; Por lo que ha sido capaz de ganarse mi lealtad y admiración.

A mis amigas que han formado parte de mi vida durante estos 4 años las cuales me ayudaron siempre de manera incondicional y que le dieron sentido a mi vida, en especial a mi mejor amiga Rebeca Saraí Jaime Ángel, que gracias a ella logramos culminar esta investigación, a pesar de las inclemencias del tiempo, siempre he contado con ella.

A mis padres por ser la razón más grande para el cumplimiento de mis objetivos en especial a mi querida madre que ella ha sido la mujer más fuerte de mi mundo, la que ha aguantado todo el esfuerzo y sacrificio para brindarme todo su amor y esta oportunidad de culminar esta licenciatura. Estoy infinitamente agradecida por confiar en mí y hacerla sentir orgullosa que ha formado una hija profesionista.

A mi esposo Alexander Cupil por apoyarme en este camino que fue bastante largo lleno de sacrificios, dándome ánimos, motivándome y todo lo que ha luchado a mi lado para que hoy pueda estar aquí realizando todo lo que sea grande y beneficioso para mí.

Ser madre y estudiante es difícil sobre todo cuando se estudia una carrera profesional, en la cual tú, mi pequeño Gerxander Cupil, eres el mayor motivo por el

cual me orilló a retomar mis estudios para buscar el bienestar y un mejor futuro para ti, por lo que espero que estes orgulloso de tener una mamá que te adora demasiado, una mujer valiente y fuerte que siempre te respaldará.

Con cariño Jucali Binniza Ríos Vázquez.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

SECRETARÍA GENERAL

DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES

DEPARTAMENTO DE CERTIFICACIÓN ESCOLAR

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

Villa de Acapetahua, Chiapas
08 de mayo del 2025

C. Rebeca Sarai Jaime Ángel

Pasante del Programa Educativo de: Licenciatura en Enfermería

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:

Factores que impiden la planificación familiar en mujeres puérperas atendidas en la Unidad

Médica Rural 203 del Ejido Manacal de Tuzantán

En la modalidad de: Tesis profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Mtra. Giselle Ramos Cruz

Mtra. Neydi Rubenia Camacho Torres

Mtro. Emanuel Rivas Robles

Firmas:

Pueg

[Firma]

[Firma]

Ccp. Expediente



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACIÓN ESCOLAR
AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

Villa de Acapetahua, Chiapas
08 de mayo del 2025

C. Jucali Binniza Rios Vazquez

Pasante del Programa Educativo de: Licenciatura en Enfermería

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:

Factores que impiden la planificación familiar en mujeres puérperas atendidas en la Unidad

Médica Rural 203 del Ejido Manacal de Tuzantán

En la modalidad de: Tesis profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Mtra. Giselle Ramos Cruz

Mtra. Neydi Rubenia Camacho Torres

Mtro. Emanuel Rivas Robles

Firmas:







Ccp. Expediente

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	6
OBJETIVOS.....	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos.....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
Antecedentes.....	8
Mujeres fértiles.....	14
Aparato reproductor femenino.....	15
Etapa pubertad.....	18
Ciclo menstrual.....	20
Fertilidad.....	22
Atención en salud reproductiva.....	23
Planificación familiar.....	24
Métodos Anticonceptivos.....	25
Sexualidad.....	43
Reproducción sexual.....	44
Fecundación.....	44
Embarazo.....	45
Parto.....	46
Puerperio.....	46
Atención de la madre durante el puerperio.....	47
Depresión postparto.....	48
Lactancia materna.....	49
Recuperación física.....	50
Factores culturales.....	51
HIPÓTESIS.....	54
METODOLOGÍA.....	55
Contexto de la investigación.....	55
Imagen del mapa.....	55
Sujetos de la investigación.....	56

Paradigma de investigación.....	57
Método de investigación.....	58
Técnica de recolección de información.....	58
🕒 Evaluación diagnóstica antes de la promoción.....	58
🕒 Promoción.....	58
🕒 Encuesta.....	59
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	60
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES.....	71
GLOSARIO.....	72
ANEXOS.....	76
REFERENCIAS DOCUMENTALES.....	79

ÍNDICE DE FIGURA

Figura 1. Órganos sexuales internos de la mujer.....	15
Figura 2 Órganos sexuales externos de la (vulva).....	17
Figura 3 Ciclo sexual de la mujer.....	21
Figura 4 Condón femenino.....	27
Figura 5. Anillo vaginal.....	38
Figura 6. Localización geográfica del área de estudio.....	55
Figura 7. Conocimiento que tienen las mujeres puérperas respecto al uso de métodos anticonceptivos antes y después de realizar una promoción.....	63
Figura 8. Factores que impiden la planificación familiar en mujeres puérperas.....	65
Figura 9. Por que rechazaría el método anticonceptivo.....	67
Figura 10. Métodos anticonceptivos que prefieren las mujeres y hombres...	68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de las características sociodemograficas de las mujeres puérperas	60
---	-----------

INTRODUCCIÓN

Los nacimientos en el estado de Chiapas cada día ascienden más, derivado a que la mayoría de las parejas no planifican un embarazo, rechazando los métodos anticonceptivos que se promocionan en las unidades de salud por lo que esto con lleva a una problemática de años atrás que afecta a las mujeres fértiles, en ese sentido las mujeres se enfrentan a diversos riesgos como son; problemas que deterioran la salud física, mental, la mala alimentación, las carencias económicas y la violencia familiar. Se realizó la presente investigación para profundizar las causas del porque las mujeres no consideran la importancia de la planificación familiar y como este perjudica a largo plazo. Por este motivo, nos enfocamos en el ejido Manacal, municipio de Tuzantán Chiapas, que, mediante esta investigación, se pretenden concientizar conciencia a la población en estudio del porque no es conveniente tener una familia proliфера, por motivos de economía, las condiciones ambientales e incluso el entorno social no son los más adecuados para que un nuevo ser se resigne a la irresponsabilidad de los padres.

Se ha demostrado que el rechazo materno, el trato severo o desordenado y la falta de supervisión de los padres son factores que contribuyen a la participación de los niños en actividades delictivas durante la adolescencia. El bajo nivel educativo de la madre, el hecho de ser una madre adolescente, criada solo por uno de padres, los factores incluyen el hecho de que la madre no quería quedar embarazada (Langer, 2002). En relación a la problemática expuesta se interpreta como el número de mujeres fallecidas por problemas relacionados con el embarazo, el parto y puerperio, por cien mil nacimientos estimados. En 2009, en Chiapas, la RMM alcanzó el valor de 72.9 defunciones maternas por cien mil nacimientos estimados, que está por debajo del promedio de los estados con patrón en situación muy desfavorable de salud reproductiva, con 87.3, y mayor al promedio nacional, con 62.2 defunciones maternas por cada cien mil nacimientos. De manera que, para enfrentar ese enorme reto y procurar la reducción esperada de la mortalidad materna en los años siguientes conforme a los ODM, habría que fortalecer seriamente acciones tendientes a mejorar los procesos de atención

vinculados con el embarazo, parto y puerperio (Consejo Nacional de Población, 2011).

La presente investigación pertenece al método mixto en donde se describen las características y el grado de conocimiento que tienen las mujeres puérperas que acuden a la unidad médica rural número 203 ubicada en el ejido Manacal municipio de Tuzantán, Chiapas, tomando en cuenta los factores principales que influyen en la planificación familiar, e incluyendo también, la suficiente información, sobre los tipos de métodos anticonceptivos que pueden hacer uso con el fin de prevenir futuros embarazos no planificados, por esta razón se eligieron 40 mujeres puérperas para llevar a cabo la aplicación de este proyecto.

Se obtuvo en los resultados de las mujeres puérperas habitantes del lugar ya antes mencionado los siguientes datos respecto al estudio sociodemográfico: Representada por 9 mujeres puérperas entre 15 a 20 años corresponde a un (22.5%). Y otras 9 mujeres puérperas entre los 36 a 40 años que corresponde a (22.5%).

Los siguientes datos pertenecen al tipo de escolaridad:

El análisis identificó que 14 mujeres puérperas cuentan con un estudio mínimo de primaria terminada lo que corresponde a un (35%). 15 de las mujeres puérperas cuentan con preparatoria terminada lo que corresponde a un (37.5%). En función de lo resultados se obtuvieron otros datos; en el núcleo familiar 27 mujeres puérperas (67.5%) se encuentran en compañía con esposo e hijos; en el número de hijos 11 puérperas predominó con 2 hijos y con un hijo el (37.5%); en la religión sobre sale la religión católica en 12 mujeres que es un (30%). Por lo que el factor más predominante que se encontró fue que las mujeres no planificaron debido a la falta de información que corresponde (27%) también la falta de apoyo con la pareja corresponde a un (36%), en la cual ellas no planificaban por esas razones. Durante la primera encuesta se identificó que 31 mujeres puérperas que corresponde a un (77.5%) de ellas tenían conocimiento acerca de la planificación familiar. También se descubrió que las puérperas rechazan toda clase de métodos anticonceptivos debido a la falta de apoyo de la pareja con un numero de 14

mujeres que corresponde a un (34%). El uso de anticonceptivo de mayor preferencia son las inyecciones que corresponden a 9 mujeres puérperas a un (22.5%) y 10 mujeres puérperas que corresponde a un (25%) optan por el implante tomando en cuenta que estos dos datos son los que más resaltaron y en la elección del método anticonceptivo realizada a las mujeres participantes de la encuesta sobresalió que 23 mujeres que corresponde a un (57.5%) sus parejas no aceptan que ellas utilicen un método anticonceptivo.

En este estudio se identificó que el principal factor que tiene mayor relevancia es la falta de apoyo de las parejas que influye en las decisiones de las puérperas debido a los prejuicios que ejerce el hombre hacia ellas, también por la falta de información sobre la planificación familiar y los riesgos que pueden ocurrir durante un embarazo por estas razones las mujeres optan por rechazar un método anticonceptivo. En nuestra hipótesis se encuentra que hay ciertos factores que impiden la planificación familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La planificación familiar son los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos, identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, así como de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de atención materno infantil, constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de y el ejercicio de la sexualidad, así como al bienestar de la población (Secretaría de Salud, 2010).

En 2023, de las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años), 98.7 % conocía al menos un método anticonceptivo. Este porcentaje no presentó un cambio significativo respecto a 2018. Del total de mujeres con conocimiento de métodos anticonceptivos, 96.6 % sabía el uso correcto de al menos un método. Este porcentaje se mantuvo con respecto a 2018 (96.6 %). Destaca que 98.4 % de las mujeres de 30 a 34 años que conocía sobre métodos anticonceptivos, también sabía el uso correcto de al menos uno. En contraste, el porcentaje fue de 91.1 % entre el grupo de 15 a 19 años. En México, en 2023, 18.6 millones de mujeres en edad fértil eran sexualmente activas, con una prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de 74.5 %, valor similar al de 2018 (75.4 %). Dentro de este grupo, las mujeres de 15 a 19 años y las de 20 a 24 años registraron los menores porcentajes de uso de estos métodos, con 60.2 y 68.2 % (INEGI, 2024).

Según datos del INEGI en el 2020, Chiapas tenía la tasa de fecundidad adolescente más alta de México, con 64.83 nacidos vivos por cada 1,000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años (INEGI,2022). Anualmente, se reportan aproximadamente 27 nacimientos diarios de niñas de 10 a 14 años en México, muchos de los cuales pueden ser el resultado de violencia sexual y maternidades forzadas Para el 2022, 8,713 niñas y adolescentes se convirtieron en madres en Chiapas; esto equivale a 726 embarazos por mes. Ocosingo, Tapachula, Tuxtla y Las Margaritas fueron los municipios con más partos de niñas y adolescentes; el rango de edades va desde los 9 hasta los 17 años, siendo la edad promedio 16

años; en este mismo año se registraron seis embarazos forzados de niñas menores de 12 años. En el caso específico de Chiapas, cuenta con 123 municipios actualmente, divididos en 10 Distritos de Salud y 15 regiones. Datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), señalan que hay un total de 5,543,828 personas habitando el estado, de las cuales 2,837,881 son mujeres y 2,705,947 hombres, ocupando el octavo lugar con mayor población en el país. En el año 2020, el INEGI señaló que la tasa más alta de fecundidad en el grupo de las adolescentes fue en Chiapas con 64.83 nacidos vivos por cada 1,000 mujeres (Secretaría de Igualdad, 2023).

Las ETS pueden tener casi las mismas consecuencias en las mujeres embarazadas como en las que no lo están. Las ETS pueden causar cáncer del cuello uterino y otros tipos de cáncer, hepatitis crónica, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad y otras complicaciones. Muchas ETS que afectan a las mujeres son silenciosas, es decir, se presentan sin síntomas o signos. Una mujer embarazada puede transmitir una ETS a su hijo antes, durante o después del nacimiento del bebé. Ciertas ETS (como la sífilis) atraviesan la placenta e infectan al bebé mientras está en el útero (matriz). Otras ETS (como la gonorrea, la clamidia, la hepatitis B y el herpes genital) pueden ser transmitidas de la madre a su bebé al momento del nacimiento, cuando el bebé pasa por la vía del parto. El VIH puede atravesar la placenta durante el embarazo, infectar al bebé durante el trabajo de parto y, a diferencia de casi todas las otras ETS, puede infectar al bebé a través de la lactancia materna (Social, 2018).

La finalidad de esta investigación es involucra directamente el ejido Manacal municipio de Tuzantán Chiapas, en donde las mujeres puérperas no cuentan aun con la suficiente información, que les permita tomar decisiones, acerca del número de hijos que desean tener, pero para esto, “se identificaran los factores que impiden en la planificación familiar, los factores socioculturales”, es decir, la influencia que tienen los cónyuges hacia las puérperas, las costumbres y religiones que predominan en el criterio y en el escaso conocimiento y educación de ellas, todo tipo de factores que se pueda identificar en el entorno de las puérperas.

JUSTIFICACIÓN

La planificación familiar (PF) es una herramienta básica para el desarrollo de un país y, consiste que todo individuo tiene derecho a hacer uso de los métodos anticonceptivos más efectivos para tener una mejor salud sexual sin riesgos, embarazos no deseados, abortos y, por ende, una mejor salud reproductiva.

La presente investigación busca conocer cual es la situación de las mujeres puérperas, por lo cual no llevan a cabo la planificación familiar y esto es debido a que existe aún una pequeña brecha que influye en una planificación exitosa como: la falta de orientación y cultura, temor de eventos adversos que conlleva el método anticonceptivo seleccionado por ellas, e incluso el no tener opinión propia para poder decidir qué tipo de método se adapta mejor a ellas.

Por lo que se lleva a cabo mediante vivencias y promociones acerca de los métodos de planificación y los riesgos que conlleva al tener una numerosa familia creando así, consciencia, disminución en el índice de engendrar más hijos fuera de la estabilidad económica y emocional de igual forma ayudar aquellas mujeres a analizar y decidir el número de hijos que desee tener.

Como Licenciados en Enfermería es reglamentario desarrollar competencias formativas durante la práctica profesional para resolver los problemas y situaciones relacionadas directa o indirectamente con la salud en situaciones de riesgo aplicando los conocimientos en el área de la salud con amplio compromiso social y ético, con enfoque de sustentabilidad, interculturalidad y equidad de género.

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar los factores que impiden las planificaciones familiares en las mujeres puérperas del ejido de Manacal municipio de Tuzantán, Chiapas; obteniendo múltiples beneficios en la mejoría de la salud reproductiva como la prevención de complicaciones de enfermedades.

Objetivos específicos

- a) Describir las características sociodemográficas de las mujeres puérperas del ejido de Manacal.
- b) Evaluar los conocimientos que tienen las mujeres puérperas respecto al uso de métodos anticonceptivo antes y después de realizar una promoción.
- c) Determinar los factores que influyen en la planificación familiar.
- d) Identificar el método anticonceptivo de mayor uso de hombres y mujeres.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

Rivas-Robles et al, (2021). Determinaron e identificaron los factores que impide la planificación familiar en las mujeres puérperas, el perfil de las usuarias identificaron los factores asociados al abandono del Programa de Planificación Familiar (PPF) en el Centro de Salud Mazapa de Madero (Chiapas, México). El estudio descriptivo transversal a partir de una muestra no probabilística intencional de 37 mujeres en un rango de edad de 18 a 49 años. La recolección de datos se hizo a través de la revisión de la Tarjeta de Planificación Familiar (TPF), expediente clínico y encuesta cerrada. Los datos fueron procesados con el programa Epi Info versión 7.2.4.0. El mayor porcentaje de abandono del PPF se detectó en mujeres de 34 a 37 años (24.3%), con secundaria completa como último grado de estudios (40.5%), que ya cuentan con dos hijos (37.8%), de religión católica (37.8%); el método anticonceptivo más utilizado y abandonado fue la inyección mensual (40.5%), el factor predominante y asociado al abandonar el PPF son los Servicios de Salud (SS).

Cano-Collado y López-Wade, (2018). Determinaron e identificaron los factores que impiden la planificación familiar en las mujeres puérperas, en un estudio descriptivo, transversal y observacional, se trabajó a través de entrevista de campo con aplicación de encuestas en una muestra de 87 habitantes. La media de edad de las entrevistadas fue de 26 años. La causa más elegida de rechazo fue el temor a los efectos secundarios (28.7%), seguida por los mitos y rumores sobre los métodos (21.8%) y la tercera causa fue la falta de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar (19.5%).

Castañeda et al, (2008). Realizaron un estudio sobre los factores que impiden la planificación familiar en las mujeres puérperas para ello se realizó un estudio transversal descriptivo en una unidad de medicina familiar, de junio a octubre del 2004, se incluyeron aleatoriamente a mujeres en puerperio mediato que no habían aceptado algún método anticonceptivo. Las variables fueron: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, gestas, partos, cesáreas, abortos, métodos

conocidos, uso de anticonceptivos, reacciones secundarias, fuente de información y causas de no aceptación. Se entrevistaron 61 puérperas con edades entre los 17 y 37 años. Principales causas: los mitos y rumores (36.1%), temor a reacciones secundarias (19.7%), religión (14.8%) y falta de aprobación de la pareja (11.5%).

Vázquez et al, (2015). Determinaron un estudio que identifican los factores que impide la planificación familiar en las mujeres puérperas, en un estudio observacional, analítico y transversal en un periodo de un mes en mujeres que acudieron a atención medica después de un evento obstétrico. En los resultados no se encontró asociación significativa entre los métodos anticonceptivos y las creencias religiosas (0.75%), la falta de información sobre los métodos anticonceptivos (0.22%) y apoyo de la pareja (0.16%). En las mujeres donde no influyó la religión, indicaron que no utilizan ningún método anticonceptivo por no tener una vida sexual activa (0.00%). Las mujeres que no han utilizado un método anticonceptivo seguro en el transcurso de su vida sexual activa, son menos probables de utilizar algún método postevento obstétrico (0.04%).

Gadea-Rivera, Austragilda, Zavaleta-Lujan, (2018). Determinaron en la descripción que en las mujeres puérperas, en un estudio observacional, analítico y transversal, la población conformada por 251 puérperas inmediatas atendidas en el Servicio de Puerperio del Hospital María Auxiliadora en el periodo de mayo a junio, la edad promedio de las puérperas fue 28.2 años; asimismo, fueron mayormente de 20-34 años (73.3%), con secundaria (70.9%), convivientes (81.7%) y con estatus laboral empleadas (71.3%).

Ovando et al, (2022). Determinaron a través de un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, a las mujeres puérperas. Los resultados fueron: la religión más frecuente de las pacientes es el catolicismo y la mayor incidencia de rechazo de estas mujeres hacia los métodos anticonceptivos fue por temor a los efectos secundarios.

Villa-Narba, (2018). Realizó una descripción a las mujeres puérperas a través de una investigación correlacional y prospectivo en un total de 204 puérperas y tuvo como principal objetivo, determinar la relación entre los determinantes sociales de

la salud y el rechazo a los métodos anticonceptivos en puérperas hospitalizadas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cajamarca en el año 2018. Los resultados demuestran que: tener secundaria incompleta, ser amas de casa y pertenecer al nivel socioeconómico son los determinantes sociales estructurales de la salud más predominantes; entre los determinantes biológicos y condiciones de vida, destacan las puérperas de 14 a 19 años, primíparas que han tenido un parto vaginal. Además, se caracterizan por ser católicas, convivientes y proceder de la zona urbana; el 65.2% de las puérperas rechazan el uso de métodos anticonceptivos.

Sarria-Arguello, (2014). Realizó un estudio para evaluar los conocimientos que tienen las mujeres puérperas respecto al uso de métodos anticonceptivos, y un estudio descriptivo de corte transversal. El nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos es regular en 133 puérperas (44.33%), tuvieron un conocimiento malo 119 puérperas (39.66%) y solo 48 (16%) puérperas tuvieron buen conocimiento. Con relación al método de planificación familiar conocido por las pacientes se obtuvo como resultado que los métodos más conocidos son: la píldora e inyección en 210 casos (70%) para ambos, seguido del condón masculino en 172 casos (57.33%), DIU 166 (55.33%), ligadura tubárica 148 (49.33%).

INEGI, (2018). Realizaron un estudio en evaluar los conocimientos que tienen las mujeres puérperas respecto al uso de métodos anticonceptivo, la encuesta captó información sobre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos para evitar o postergar el embarazo de las mujeres de 15 a 49 años de edad. Para 2018, las mujeres de 15 a 49 años, (98.6%) conocen como mínimo un método anticonceptivo; de ellas, (95.6%) conocen el uso correcto de al menos un método, un punto porcentual más que en 2014 (94.4%).

Ticona-Chacón, Obando-Rodríguez, (2016). Realizaron un estudio en evaluar los conocimientos que tienen las mujeres puérperas respecto al uso de métodos anticonceptivos. El nivel de conocimiento se midió a través de una encuesta de 21 preguntas con cinco alternativas y de respuesta única. Se halló que el (53.8%) de

las puérperas tuvo un nivel de conocimiento deficiente; el (26.3%) tuvo un nivel de conocimiento regular; el (18.8%), el nivel de conocimiento bueno; y el (1.3%), nivel de conocimiento excelente. Existe relación entre grado de instrucción y el nivel de conocimiento ya que al realizar la prueba exacta de Fisher el valor de p fue de 0.006 ($0.006 < 0.05$) con lo que rechaza la hipótesis nula.

Guzmán-Raymundo, (2014). Obtuvieron los factores determinantes que influyen en la planificación familiar, estudio socio médico, observacional, analítico, descriptivo, prospectivo y transversal que se llevó a cabo en el servicio de ginecología del Hospital General Ticomán, en el período comprendido de mayo-junio 2013. Se incluyeron 236 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, pacientes cursando el puerperio inmediato postcesárea y postparto, mujeres adultas de 20 a 40 años. El grupo de edad que predominó en el estudio fue de 20 a 25 años. La aceptación de método de planificación familiar fue del (56.7%), encontrándose que hubo significancia importante entre factores culturales, la aceptación y rechazo de los métodos de planificación familiar, encontrándose que el (43.2%) de las pacientes contaba con nivel de secundaria, seguidas de nivel primaria con (28.4%), teniendo el mayor porcentaje de aceptación las de nivel bachillerato con (25.3%), las pacientes en el lugar se encontró (80%), de las cuales el (44.4%) aceptaron un método de planificación familiar, seguido en la que se dedicaba al comercio (7.1%), la religión fue otra de las variables que se asociaron encontrándose con un (59.3%) pacientes que practican alguna religión de las cuales (33.8%) aceptaron algún método, y el estado civil predominó en las pacientes en unión libre con un (66%) de todas las pacientes y aceptando (34.7%).

Cacma-Mamani, Soledad, Cutipe-Medina, (2014). Obtuvieron los factores determinantes que influyen en la planificación familiar. El estudio es de campo con un nivel de investigación explicativo, observacional, explicativo y transversal, se utilizó un muestreo estratificado de 373 usuarias a las cuales mediante una entrevista se aplicó un cuestionario estructurado con preguntas respecto a los factores socioculturales. Los resultados obtenidos, nos muestra que la edad oscila de 18 a 28 años (52%); proceden de la zona periurbana (48.3%), son de estado civil convivientes (50.4%); su ocupación es independiente y ama de casa (59.8%

acumulado); poseen nivel educativo de secundaria (52.5%); siendo su ingreso económico entre 750.00 a 1500.00 (43.4%), y la religión que afirmaron profesar fue la católica (84.5%). Tienen un nivel de conocimientos sobre Métodos Anticonceptivos deficiente (47.7%). El total de usuarias que usan métodos anticonceptivos corresponden al 72.1%, siendo el más utilizado el preservativo que corresponde el 27.9% de la población estudiada.

Castro y Castro, (2017). Determinaron que los factores que influyen en la planificación familiar, se realizó un estudio de tipo corte transversal analítico, que incluye apreciaciones de tipo cualitativo, en el albergue del ex aeropuerto Reales Tamarindos, en el periodo de julio y agosto del 2016, estuvo constituido por las 188 mujeres en edad fértil que se encontraban albergadas, y la muestra fue las 143 mujeres resultado del estudio obteniendo los siguientes resultados, el grupo etario que predominó fueron las mujeres entre 19 y 27 años para (23%), el (53%) presentó un nivel educacional de secundaria, el (51%) declaró que tenía pareja, las amas de casa representaron el (52%) de las encuestadas, el (94%) refirió influencia religiosa de las cuales el (69%) se declaró de religión católica, el condón y las pastillas anticonceptivas fueron los métodos anticonceptivos más conocidos referido por el (90% y el 86%) respectivamente, el (54%) de las encuestadas refirió el uso de algún método anticonceptivo predominando la ligadura tubárica de la mujer en el (26%).

Fernández, (2019). Analizó e identificó el método anticonceptivo de mayor uso de hombres y mujeres, con base en los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018 (ENADID) se presenta información sobre el acceso a la información y al uso de métodos anticonceptivos. Aproximadamente 17.6 millones de mujeres en edad fértil 15 a 49 años son usuarias de métodos anticonceptivos, esto es (53.4%) del total de mujeres. De ellas, (48.5%) usan la OTB, (2.7%) tienen pareja con vasectomía, (15.6%) métodos hormonales, (29.3%) métodos no hormonales y (3.9%) sólo usan métodos tradicionales. 16.8 millones de mujeres son usuarias de por lo menos un método anticonceptivo moderno, el (57.4%) con el fin de limitar embarazos, (32.6%) para espaciar embarazos y (8.9%) por indicación médica. De las mujeres usuarias de métodos modernos con

el fin de control de natalidad, (28.5%) lo obtuvieron en el IMSS, (35.8%) en hospitales y clínicas de la SSA, (3.0%) en el ISSSTE y (1.3%) en otras instituciones públicas; el (12.4%) en clínicas privadas, (17.9%) en farmacias y tiendas de autoservicio. (75.5%) de las mujeres en edad fértil sexualmente activas son usuarias de cualquier método anticonceptivo, en la misma situación (64.2%) de los hablantes de lengua indígena. A nivel nacional, (16.8%) de las parejas de las mujeres en edad fértil sexualmente activas participan en la anticoncepción sea con vasectomía (2.2%), condón (11.3%), ritmo o retiro (3.3%). La entidad con menor porcentaje de masculina Chiapas (10%) y Querétaro la más alta (23.2%).

Meneses Mendoza, (2016). Analizó e identificó el método anticonceptivo de mayor uso de hombres y mujeres. En la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo (cipd, 1994) se endosó la participación de los hombres en la salud sexual y reproductiva a fin de promover una alianza entre mujeres y hombres para decidir en conjunto y alcanzar metas (UNFPA, 2000). En Chiapas, el porcentaje de Mujeres Edad Fértiles que reportó haber usado métodos anticonceptivos porque su pareja se realizó la vasectomía, o bien porque utilizan el condón masculino o métodos tradicionales, se mantuvo constante, siendo de (10.4%) en 2009 a (10.5%) en 2014, entre las entidades que presentan el menor porcentaje respecto a nivel nacional en 2014 (18%). Cabe destacar que, en 2014, Chiapas presentó el menor porcentaje de participación masculina en el uso actual de métodos anticonceptivos (10.5%).

González et al, (2017). Analizaron e identificaron el método anticonceptivo de mayor uso de hombres y mujeres. Se estudio transversal analítico. Un cuestionario anónimo y autoadministrado se aplicó a 116 adolescentes que consultaron durante un año a un centro de salud sexual y reproductiva. El inyectable fue el método que más conocen y que más usan, seguido de la píldora. La eficacia, protección contra ITS y regular los períodos menstruales son las tres más importantes razones para elegir un MAC.

Mujeres fértiles

Las mujeres en edad fértil, son sin lugar a dudas un grupo etario fundamental en el logro de la salud global, y por ello debe hacerse énfasis en el logro de una buena etapa pre-concepcional femenina. Contar con mujeres educadas, motivadas y conscientes de lo que significa planificar su proyecto de vida y establecer los tiempos en los cuales desean asumir los retos como mujeres adultas, es fundamental para el éxito, pues cuando se desconocen o no se es consciente de las secuelas de los actos, la carga a sobrellevar a futuro puede ser grande creando brechas de desigualdad importantes donde las consecuencias incluyen la perpetuación de la pobreza, el deterioro de la salud y la interrupción del proceso educativo de la persona.

Una de las etapas de mayor vulnerabilidad en el curso vital de los seres humanos es la etapa de la adolescencia femenina. Si se ha sobrevivido a la primera infancia, a los años de la edad escolar, la adolescencia es la etapa que marca el comienzo de la fertilidad en ambos sexos y para el caso que nos ocupa, la femenina, es una fase donde la joven enfrenta cambios físicos y psicológicos fundamentales. Sin embargo, las niñas y jóvenes adolescentes, en algunos entornos deben enfrentar prácticas como el infanticidio femenino, el matrimonio forzado y precoz, la trata de personas, abusos sexuales, el embarazo precoz, deficiencias nutricionales y de atención en salud entre otras prácticas, comportamientos y entornos violentos y abusivos que pueden traer consecuencias negativas sobre la joven mujer, su futuro como madre y a sus futuros hijos.

Según la Organización Mundial de la Salud, la etapa reproductiva de la mujer se define entre los 15 a los 49 años de edad, dicha delimitación no incluye sin embargo la adolescencia temprana, donde se han reportado millones de casos de embarazos producto de diferentes circunstancias. El entorno vulnerable y de desventaja que puede acompañar la vida de una mujer en edad fértil, es de por sí un factor de riesgo para el estado de salud de cualquier individuo (Herrera, 2017).

Aparato reproductor femenino

La anatomía el aparato genital femenino se ubica en la cavidad pelviana y está compuesto por genitales externos e internos.

Los genitales internos son: vagina, útero, trompas y ovario, figura 1.

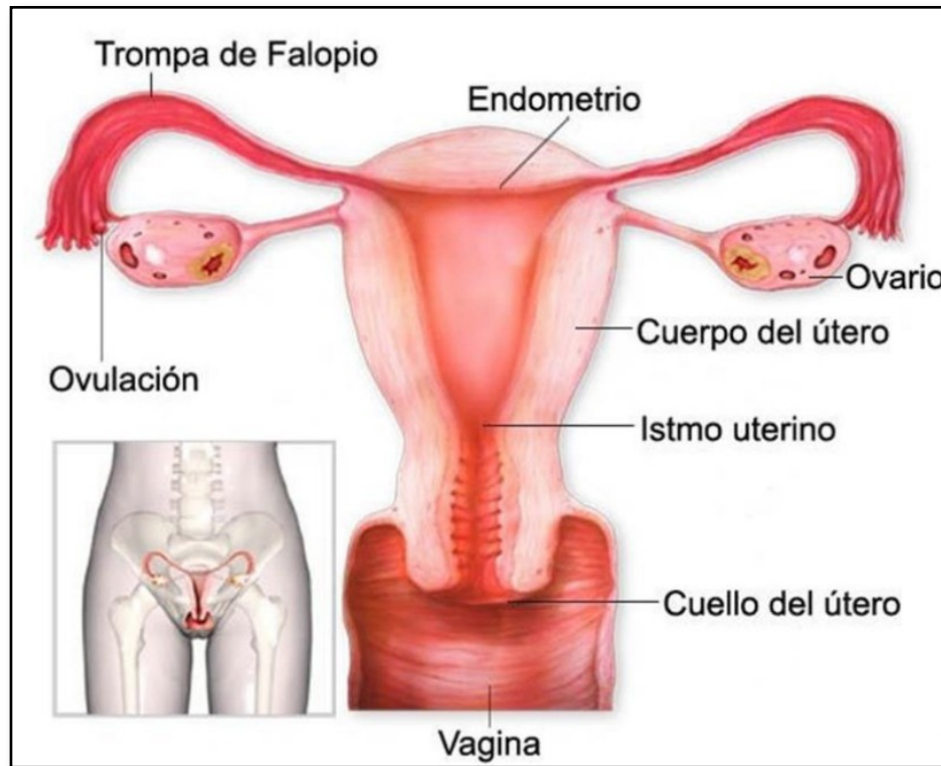


Figura 1. Órganos sexuales internos de la mujer (Castillo Cañadas, 2011).

La vagina: es un conducto músculo-membranoso que tiene una longitud de 7 – 9 cm se extiende desde cuello del útero hasta el vestíbulo. Tiene dos extremidades una superior o cúpula vaginal dividido en: Fornicep anterior, posterior y laterales (encargados de la fijación del cuello) y una inferior: rodeada por los labios menores de la vulva. La pared de la vagina es delgada, elástica y resistente; en ella se distinguen tres capas:

- Una mucosa interna, recubierta por epitelio escamoso estratificado que forma pliegues o arrugas transversales.
- Capa músculo liso

- Capa externa conectiva, rica en fibras elásticas.

El útero: es una víscera muscular hueca, de paredes gruesas que tiene forma de pera; y se sitúa en la pelvis menor, en la línea media, por detrás y parcialmente por encima de la vejiga y por delante del recto. Mide aproximadamente 7 a 8 cm de longitud, 5 cm de ancho en la base del cuerpo y 2 cm de grosor, y pesa unos 90 g, aunque este peso puede variar durante la gestación, el cual aumenta hasta llegar a un valor promedio de 1100 gramos, aumentando de manera proporcional su capacidad (de 500 a 1000 veces). El útero se divide en dos partes: el cuerpo del útero y el cuello uterino. El cuerpo se divide en: el fondo o parte redondeado del cuerpo, situado por encima de los orificios de las trompas uterinas. El istmo o región estrecha del cuerpo (longitud aproximada de 1 cm), justo por encima del cuello del útero. La pared de cuerpo posee tres tunicas:

- Túnica serosa externa o PERIMETRIO.
- Túnica muscular media o MIOMETRIO.
- Túnica mucosa interna o ENDOMETRIO.

El cuello uterino: Tiene una porción inferior cilíndrica y estrecha que hace prominencia en la porción más alta de la vagina, mide unos 2.5 cm de longitud. El útero en la mujer adulta está normalmente en anteversión y anteflexión. La anteflexión es la inclinación del cuerpo sobre el cérvix y determina un ángulo obtuso de unos 100°. La anteversión es la inclinación del cuerpo del útero y el cuello hacia delante sobre la vejiga, en relación con el eje de la vagina; esta inclinación es de unos 90°. El útero se fija a las paredes de la pelvis por medio de tres pares de ligamentos que son:

- Los ligamentos laterales o anchos del útero
- Los ligamentos anteriores o redondos del útero y
- Los ligamentos posteriores o pliegues recto uterinos.

Las trompas uterinas: (Trompas de Falopio) son dos conductos delgados que se extienden lateralmente desde los cuernos uterinos hasta la superficie del ovario. Las trompas uterinas tienen una longitud de 10 a 14 cm y se encuentra en el

mesosalpinx. La mucosa de la trompa esta provista de epitelio secretor y ciliado el cual constituye la nutrición y transporte del óvulo a la cavidad uterina. Las trompas uterinas están divididas en cuatro partes, desde la cara medial a la lateral en porción uterina, el istmo, la ampolla y el infundíbulo.

Los ovarios: Se encuentran alojados en las fosas ováricas situadas en la pared lateral de la pelvis. Tienen forma ovoide mide 3 cm de diámetro mayor, 2 cm el menor y 1cm de espesor. Antes de la pubertad, su superficie es lisa, luego al llegar esta etapa se vuelve más irregular, ya que están cubiertas por folículos ováricos (folículos de Graaf). Después de la menopausia, los ovarios disminuyen de volumen, los folículos salientes desaparecen, se acentúan las cicatrices y la superficie tiende a volverse lisa y regular.

Los genitales externos son: Monte de Venus, Vulva (labios mayores, labios menores, clítoris), Vestíbulo de la vagina, Bulbo del vestíbulo e Himen, figura 2.

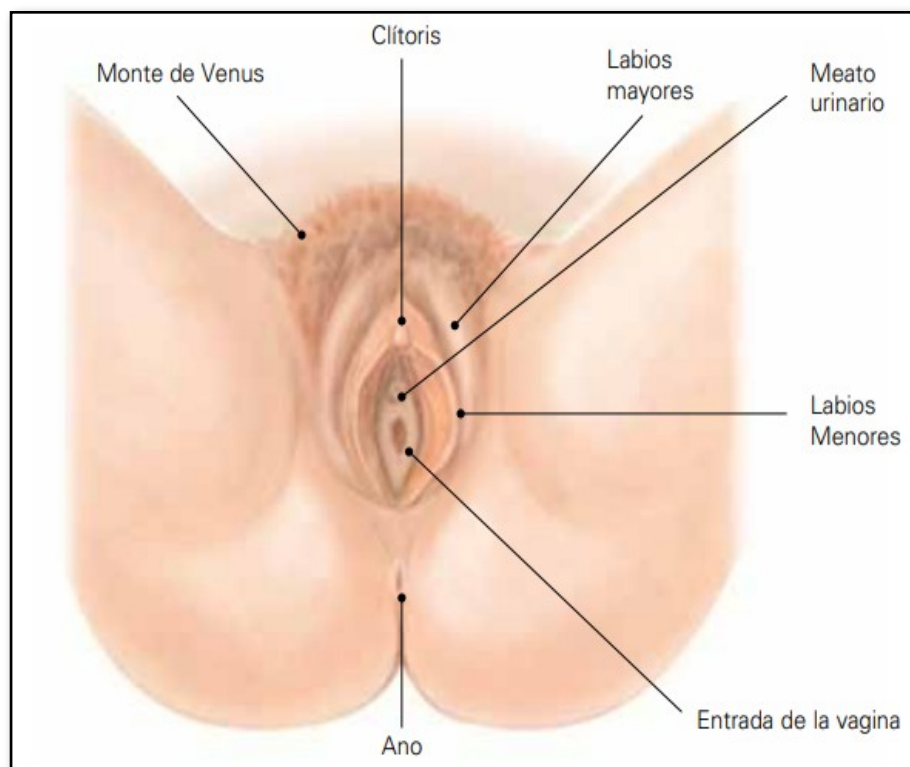


Figura 2 Órganos sexuales externos de la (vulva)(Orellana A., Diezma J., Lasheras M., 2013).

Los labios mayores: Son dos rodetes cutáneos ricos en grasa, con numerosas glándulas sebáceas y sudoríparas. Delimitan la hendidura de la vulva, cubre el resto de las estructuras internas.

Los Monte de Venus: Sínfisis cubierta por: piel, pelos, prominencias de células adiposas.

La Vulva: Es la hendidura sagital mediana se divide en: región labial de origen ectodérmico (labios mayores, labios menores, clítoris, capuchón de clítoris), región vestibular de origen endodérmico ubicada entre la sínfisis y el himen.

Labios menores: Son dos pliegues de piel delgada, sin pelos cubiertos por los labios mayores y a su vez separados de estos por el surco inter labial. Rodean el vestíbulo de la vagina y el orificio uretral. Limitan hacia atrás por un pliegue medial conocido como “frenillo u horquilla; hacia delante por dos pliegues: anterior que rodea dorsalmente el clítoris y posterior fijado a la cara inferior y originando su frenillo.

Clítoris: Órgano cilíndrico formado por tejido eréctil, consta de un cuerpo y una raíz esta última constituida por los cuerpos cavernosos. Localizado en la hendidura vulvar, por encima del meato urinario rodeado por los labios menores.

Vestíbulo de la vagina: Se encuentra situada entre los labios menores y el orificio de la vagina. Su aspecto es liso, rosado, con formaciones glandulares y eréctiles que rodean la entrada de la vagina y en él desemboca el meato uretral.

Himen: Es un repliegue membranoso de la mucosa vaginal que generalmente presenta una perforación que varía en su forma (Castillo Cañadas, 2011).

Etapas pubertad

Es un proceso biológico en el que se produce el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la maduración completa de las gónadas y glándulas suprarrenales, así como la adquisición del pico de masa ósea, grasa y muscular, El inicio de la pubertad es el resultado de la interacción de variables genéticas (70-80%) y factores reguladores -señales endógenas y ambientales- (20-30%):

alimentación, descriptores endocrinos, ciclos luz-oscuridad, lugar geográfico, estímulos psíquicos y sociales. En la infancia y época prepuberal la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) y las gonadotropinas hipofisarias (LH (hormona luteinizante) y FSH (hormona folículo-estimulante)) están inhibidas por acción de una supresión activa de la secreción de GnRH.

Se ha demostrado que las neuronas productoras de GnRH, son capaces de secretar GnRH de forma pulsátil, con autorritmicidad, y con independencia de estímulos externos. Sin embargo, la amplitud de los pulsos secretorios de GnRH, cuyo incremento es lo característico del inicio de la pubertad, está regulada por la acción de señales estimulantes. Genética: Se ha observado que el inicio de la pubertad está regulado por una red nodal de genes, que regulan los cambios en los circuitos neuronales del núcleo arcuato del hipotálamo. La GnRH induce, en las células gonadotropas hipofisarias, la síntesis y liberación pulsátil de las gonadotropinas hipofisarias, LH y FSH, que actúan en la gónada para inducir la maduración de las células germinales (óvulos o espermatozoides) y la producción de esteroides sexuales, así como de otros péptidos gonadales (inhibinas, actividad, folistatina)., y otras hormonas circulantes (leptina), que ejercen a través de mecanismos de retrocontrol, acciones estimulantes e inhibitoras, a diferentes niveles del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal.

El aumento de peso durante el estirón puberal llega a suponer alrededor del 50% del peso ideal del adulto. Las chicas acumulan más grasa que los chicos, y en éstos predomina el crecimiento óseo y muscular, produciendo al final del crecimiento un cuerpo más magro. En la edad adulta los hombres tienen un porcentaje de grasa entre el 12-16% mientras que las mujeres del 18-22%.

Durante esta época se produce aumento de los diferentes órganos (corazón, pulmones, hígado, bazo, riñones), se ensancha la pelvis en las mujeres y los hombros en los varones, aumenta la fosfatasa alcalina según el grado de maduración del individuo y se produce un aumento de los glóbulos rojos y la hemoglobina en los varones debido a que la testosterona estimula la secreción de factores eritropoyéticos renales.

Se pensaba que para la adolescencia inicial el cerebro había logrado ya casi su tamaño de adulto, hoy sabemos desde los trabajos que el cerebro madura de forma intermitente de la parte posterior a la anterior y no completa su maduración hasta los 25-30 años; depende de tres procesos:

- 1) El rápido crecimiento neuronal-glial y la formación de nuevas conexiones sinápticas.
- 2) La eliminación selectiva o poda de las sinapsis menos eficientes (lo que no se usa se elimina).
- 3) La mielinización de los axones para facilitar y hacer más rápida la transmisión neuronal entre las diferentes partes del sistema nervioso, lo cual no se completa hasta los 25-30 años (Güemes et al., 2017).

Ciclo menstrual

El ciclo sexual femenino o ciclo menstrual tiene como finalidad producir óvulos maduros y preparar al útero para un posible embarazo. Dura aproximadamente 28 días, aunque suele variar, por término medio, entre 21 y 35-40 días de una mujer a otra y también en una misma mujer a lo largo de su vida. Comienza el primer día del sangrado menstrual (lo que llamamos regla o menstruación) y finaliza el día anterior a la siguiente regla (figura 3). Puede haber ciclos regulares o irregulares con diferente duración. Todo el ciclo está controlado por la acción de varias hormonas moduladas por el sistema nervioso que, a su vez, se ve influenciado por estímulos externos a los que las personas estamos normalmente sometidas. Esto explica las frecuentes alteraciones que se producen en la duración del ciclo y en la ovulación, en una misma mujer. Durante el ciclo menstrual, las hormonas que lo regulan actúan simultáneamente sobre los ovarios (ciclo ovárico) y sobre la parte interna de las paredes del útero (ciclo uterino).

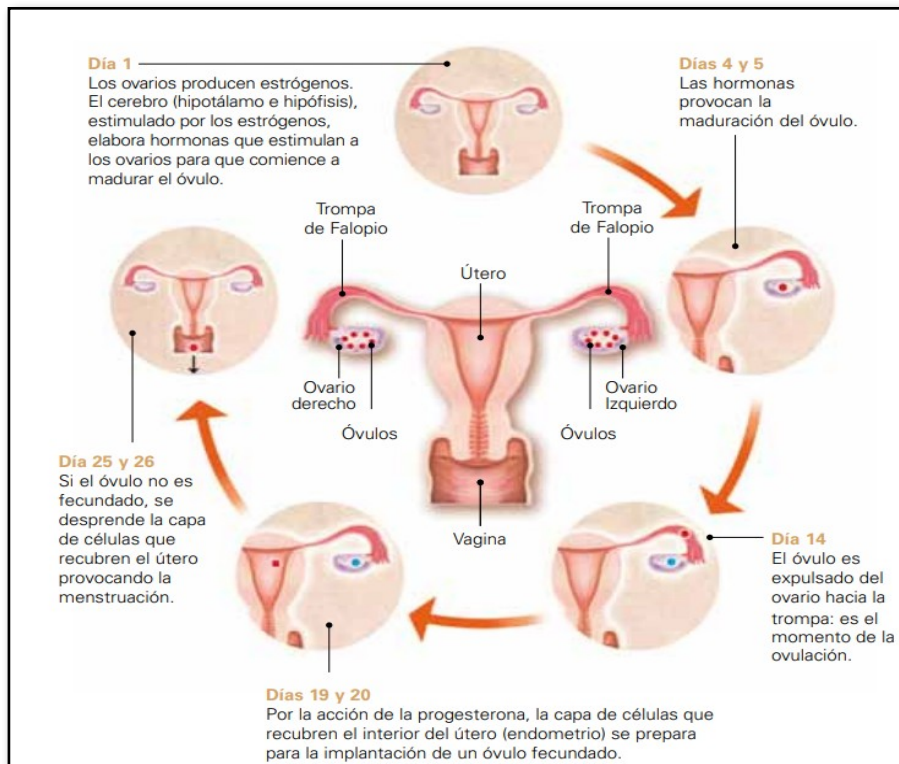


Figura 3. Ciclo sexual de la mujer (Orellana A., Diezma J., Lasheras M., 2013).

Ciclo ovárico: Comienza con la estimulación hormonal del ovario y el inicio de la maduración de un óvulo. Aproximadamente 14-15 días después (mitad del ciclo menstrual), el óvulo ha madurado y es expulsado del ovario para pasar a las trompas (ovulación), viajando por ellas hasta llegar al útero. El óvulo maduro puede unirse a un espermatozoide durante su tránsito por las trompas. Si esto ocurre se produce la fecundación y el ciclo menstrual se interrumpe.

Si ésta no se produce, en la segunda parte del ciclo (del día 15 al 28) este óvulo se descompondrá y será eliminado con la menstruación, en el inicio del siguiente ciclo menstrual.

Ciclo uterino: Durante la primera semana del ciclo, mientras sucede la maduración del óvulo en el ovario, en el útero ocurre la expulsión de la capa engrosada de células que recubren su interior (endometrio), y que se ha ido formando en el ciclo anterior por estímulo de las hormonas producidas por el ovario (estrógenos y progesterona). Es la regla o menstruación que suele durar entre 2 y 7 días. Acabada la regla y por acción de los estrógenos primero (primera

parte del ciclo) y de la progesterona después (segunda parte del ciclo) se empieza a regenerar y a engrosar la capa interna de la pared del útero. Si no hubo fecundación del óvulo, se frenará el estímulo hormonal y el endometrio se desprenderá (final del ciclo), apareciendo la regla (comienzo de uno nuevo).

En general, la fertilidad en la mujer (capacidad de producir óvulos maduros) comienza aproximadamente un año después de la primera regla (menarquia), entre los 12 y los 15 años, y perdura hasta la desaparición definitiva de la misma (menopausia), normalmente (Orellana A., Diezma J., Lasheras M., 2013).

Fertilidad

La fertilidad cambia con la edad. Los hombres y las mujeres se vuelven fértiles en la adolescencia, después de la pubertad. Para las niñas, el inicio de su vida reproductiva está marcado por el inicio de la ovulación y la menstruación. Normalmente se entiende que después de la menopausia, las mujeres ya no pueden quedar embarazadas. En general, el potencial de reproducción disminuye a medida que las mujeres envejecen.

Durante los años reproductivos, las mujeres tienen períodos menstruales regulares mensuales porque ovulan regularmente cada mes. Los óvulos maduran dentro de esferas llenas de líquido denominadas “folículos.” Al comienzo de cada ciclo menstrual, cuando una mujer tiene su período, una hormona producida en la glándula pituitaria, que se encuentra en el cerebro, estimula un grupo de folículos a crecer más rápidamente en ambos ovarios.

Los ciclos de una mujer seguirán siendo regulares, de 26 a 30 días, hasta principios de sus treinta o fines de sus cuarenta, cuando podrá notar que sus ciclos se acortan. A medida que pasa el tiempo, comenzará a perder ovulaciones, lo cual dará como resultado la pérdida de períodos. Finalmente, los períodos serán cada vez más infrecuentes hasta que desaparezcan por completo. A diferencia de los hombres, que continúan produciendo espermatozoides a largo de su vida, al nacer, una mujer tiene aproximadamente un millón de folículos. En la pubertad, esa cifra habrá disminuido a aproximadamente 300,000.

La atresia: Es un proceso degenerativo que se produce independientemente de que la mujer esté embarazada, tenga ciclos menstruales normales, utilice métodos anticonceptivos o reciba tratamiento de la infertilidad.

La fertilidad de la mujer al envejecer: La mejor edad reproductiva de una mujer es cerca de los 20 años. La fertilidad disminuye gradualmente después de los 35 años. Cada mes que lo intente, una mujer sana y fértil de 30 años de edad tiene una probabilidad del (20%) de quedar embarazada. Eso significa que por cada 100 mujeres fértiles de 30 años de edad que intentan quedar embarazadas en un ciclo, 20 tendrán éxito y los 80 restantes tendrán que intentarlo de nuevo. A la edad de 40 años, la probabilidad de una mujer es inferior al (5%).

La edad promedio de la menopausia es a los 51 años, pero la mayoría de las mujeres se vuelven incapaces de lograr un embarazo con éxito alrededor de los 45 años. Estos porcentajes son válidos tanto para la concepción natural como para la concepción por medio de un tratamiento de fertilidad, incluida la fertilización in vitro (FIV). Por lo tanto, la edad de la mujer es la prueba más precisa de la calidad del óvulo. Un cambio importante en la calidad del óvulo es la frecuencia con la que se producen las anomalías genéticas denominadas aneuploidía (demasiados o muy pocos cromosomas en el óvulo). La reserva ovárica disminuida por lo general está relacionada con la edad y se produce debido a la pérdida natural de los óvulos y a la disminución de la calidad media de los óvulos restantes (American Society for Reproductive Medicine, 2013).

Atención en salud reproductiva

Se refiere a la capacidad de cada persona de tomar decisiones informadas, libres y responsables respecto a su reproducción. Está relacionada con el acceso a información, bienes, establecimientos y servicios de salud que posibiliten tomar tales decisiones. Esto quiere decir que las personas tienen derecho a recibir información y acceso a métodos anticonceptivos seguros, así como a acudir a servicios de salud que les permitan llevar a cabo procesos reproductivos seguros y sanos. Los derechos reproductivos son derechos humanos. Implican un conjunto de libertades y derechos. Entre las libertades está el elegir de manera

responsable, sin que nadie te obligue o te presione, y con las mismas posibilidades que las de cualquier persona, sobre todo lo relacionado con tu cuerpo y tu salud reproductiva. Entre estos derechos se encuentra el de acceder a establecimientos, bienes, servicios e información relativos a la salud. Esto significa que tienes derecho a elegir si quieres o no embarazarte y a decidir en qué momento hacerlo. También tienes derecho a recibir una atención oportuna y de calidad durante el embarazo, el parto y el posparto (Reproductiva, 2022).

Planificación familiar

Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar: Las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar e incluye tanto la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, como la identificación, manejo y referencia de casos con esterilidad e infertilidad. Ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Esta Norma es obligatoria en todas las unidades de salud, para la prestación de los servicios de planificación familiar de los sectores público, social y privado del país.

Los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos, identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, así como de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de atención materno infantil, constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como al bienestar de la población.

Los servicios de planificación familiar que se imparten por personal médico y paramédico de las instituciones de salud, auxiliar comunitario y médicos privados (Secretaría de Salud, 2010).

Métodos Anticonceptivos

Son aquellos que tienen una eficacia anticonceptiva moderadamente alta, alta o muy alta.

Hay cuatro grandes grupos según sea su mecanismo de acción:

- De barrera
- Hormonales (sólo con progestágenos y combinados)
- Intrauterinos
- Permanentes

Métodos anticonceptivos de barrera: estos métodos interponen una barrera mecánica y/o química entre el pene y el cuello del útero, evitando la entrada de los espermatozoides. No todos son eficaces en la prevención de embarazos. Sólo son eficaces el preservativo y el diafragma asociado a un espermicida.

Son métodos seguros que no tienen las contraindicaciones ni los efectos secundarios de los otros métodos.

Tipos de métodos de barrera

- Preservativo masculino
- Preservativo femenino
- Diafragma + espermicida

Eficacia para la prevención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y de infecciones de transmisión sexual (ITS). Su gran ventaja es que, en el caso de los preservativos (tanto el masculino como el femenino), son los únicos métodos anticonceptivos que ofrecen protección.

Preservativo o condón masculino: es un método de barrera consistente en una fina funda de látex, impregnada de una sustancia lubricante, que se coloca sobre

el pene en erección. Tras la eyaculación retiene el semen, evitando que contacte con la vagina. Algunos tipos tienen espermicida. Al recubrir totalmente el pene, evita la transmisión de infecciones, tanto del hombre hacia la mujer (infecciones del pene o del semen) como de la mujer hacia el hombre (infecciones de la vagina o de las secreciones vaginales).

No tiene contraindicaciones salvo para quien sea alérgico al látex. En este caso, existen preservativos hechos de material sintético (poliuretano).

Eficacia anticonceptiva: es máxima eficacia se consigue si se utiliza siempre y de forma correcta.

Preservativo o condón femenino: es un método de barrera que consiste en una funda fina, suave y holgada, generalmente de plástico (poliuretano) lubricado por dentro y por fuera, con dos extremos, uno cerrado y otro abierto, cada uno con un anillo flexible figura 4. El anillo situado en el extremo cerrado se usa para colocarlo dentro de la vagina, tapando el cuello del útero, y el situado en el abierto, más grande, queda fuera y cubre los genitales externos. Al igual que el preservativo masculino, impide el paso del semen al interior del útero.

Eficacia anticonceptiva: su eficacia es algo menor que la del preservativo masculino y la del diafragma asociado a un espermicida. Debe utilizarse siempre y de forma correcta en cada encuentro sexual.

Eficacia para la prevención del VIH y de ITS: utilizado de forma correcta es eficaz en la prevención del VIH y del resto de ITS. ofrece una mayor protección frente al virus del papiloma humano que el condón masculino.



Figura 4. Condón femenino (Frenk et al., 2002).

Cómo utilizar el condón femenino

- Hay que comprobar la fecha de caducidad. Se facilita cuando se adoptan ciertas posiciones (sentada o recostada).
- Para colocarlo en la vagina, con una mano se sujeta y se presiona ligeramente el anillo cerrado (interior) con los dedos. Con la otra se separan los labios mayores y se fija la entrada a la vagina.
- Se introduce suavemente dentro de la misma lo más que se pueda.
- Una vez dentro, se mete el dedo índice por el interior del condón y se empuja hasta que toque el cuello del útero, asegurándose después que el anillo exterior quede fuera de la vagina, recubriendo los labios mayores.
- Puede permanecer dentro de la vagina hasta 8 horas. Entonces se dan dos vueltas al anillo externo para que no salga el semen y se tira del preservativo para sacarlo de la vagina.

Diafragma + espermicida: Es un método de barrera, consiste en una caperuza o casquete de látex blando, disponible en diferentes tamaños que, colocado dentro de la vagina, tapa el cuello del útero, impidiendo el paso de los espermatozoides. Su borde contiene un resorte firme y flexible que mantiene el diafragma en su lugar.

Requiere prescripción médica y un examen pélvico previo para determinar la medida del diafragma a utilizar y así ajustarse adecuadamente al cérvix. Un espermicida es una sustancia que destruye a los espermatozoides o enlentecen su movimiento, impidiendo que lleguen a contactar con un óvulo.

Cómo utilizarlos:

- Previamente a su manipulación, hay que lavarse las manos y comprobar la fecha de caducidad de ambos productos.
- Antes del coito, el espermicida se aplica por las dos caras del diafragma, extendiéndolo por toda su superficie.
- Ya con el espermicida, el diafragma se introduce en la vagina por la propia usuaria, plegado en forma de “8”. Ésta puede elegir la posición que le sea más cómoda (de pie con una pierna levantada, sentada o recostada).
- El diafragma se lleva hasta el fondo de la vagina, colocando un borde en la parte posterior/inferior del cuello del útero y otro en la parte anterior/superior del cuello.
- Siempre se tiene que comprobar, con los dedos, que el diafragma recubre todo el cuello uterino.
- Para extraerlo hay que deslizar suavemente un dedo por debajo del borde y empujar el diafragma hacia abajo y afuera, con cuidado de no romperlo.

Métodos anticonceptivos hormonales sólo con progestágeno

Consisten en la administración de una hormona (un progestágeno) por diferentes vías. Su principal mecanismo de acción es impedir la ovulación. Además, espesan el moco cervical entorpeciendo el paso de los espermatozoides, inhiben el engrosamiento del endometrio y disminuyen las contracciones de las trompas de Falopio dificultando el paso del óvulo hacia el útero.

Tipos métodos hormonales:

De utilización diaria:

- Minipíldora

De larga duración:

- Implante subcutáneo (subdérmico)
- Inyección intramuscular de progestágeno
- DIU hormonal.

Eficacia anticonceptiva: su eficacia anticonceptiva es alta, especialmente los de larga duración (muy alta), aunque ninguno protege del VIH ni del resto de las ITS. Para obtener protección frente a este tipo de infecciones se recomienda el uso del “Doble Método”

Contraindicaciones de los métodos hormonales sólo con progestágenos:

- Ninguno se debe utilizar en mujeres con cáncer de mama.
- Tampoco se recomiendan en mujeres que padezcan alguna enfermedad hepática grave (cirrosis, tumores), que sufran problemas de coagulación (trombosis venosa, embolismo pulmonar), antecedentes de cardiopatía isquémica (angina o infarto de miocardio) o accidente cerebrovascular (ictus), que tengan lupus eritematoso sistémico, presenten sangrado vaginal no diagnosticado.

Ventajas e inconvenientes comunes a los métodos hormonales sólo con progestágenos:

- Se pueden utilizar durante la lactancia materna.
- Adecuados para cualquier mujer, incluidas las que no pueden tomar anticonceptivos hormonales con estrógenos.
- Dan protección frente a la enfermedad inflamatoria pélvica.
- Todos modifican la menstruación que suele ser irregular, sin ciclo identificable o incluso con desaparición del sangrado (amenorrea). Estos cambios no son perjudiciales para la salud, recuperándose el patrón de sangrado normal.
- Requieren indicación y control médicos.

Uso de los métodos hormonales sólo con progestágenos en relación al aborto, parto y lactancia:

- Se pueden utilizar en los días inmediatamente posteriores a un aborto, pero si se comienza a usar transcurrida una semana, se precisará además un preservativo durante los primeros 7 días.
- Si no hay lactancia materna se pueden utilizar en cualquier momento después del parto.
- Cuando se amamanta pueden usarse pasadas 6 semanas después del parto.

Minipíldora: Es un anticonceptivo hormonal oral con dosis muy bajas de progestágeno. Impide la ovulación y bloquea la llegada del espermatozoide al óvulo.

Eficacia anticonceptiva: sin olvidos en su toma, su eficacia anticonceptiva es alta en cualquier mujer, pero lo es aún más en aquellas que están amamantando.

Cómo utilizarla:

- Existe un único preparado de 28 pastillas conteniendo. Se debe tomar una pastilla cada día, a la misma hora y de forma continuada.

Al terminar un envase se comienza el siguiente, sin descansos.

- Se puede empezar a tomarla en cualquier momento. Si se hace después de los 5 primeros días del ciclo, será necesario utilizar un método de barrera adicional durante los 2 días siguientes, si en esos días se va a tener relaciones sexuales.
- Para evitar errores en la toma, se recomienda comenzar el primer día del ciclo (inicio de la regla). Qué hacer en caso de olvidos o retrasos.

Ante cualquier olvido hay que tomar la minipíldora lo antes posible.

- En el resto de los casos y si han pasado 3 o más horas desde la hora habitual sin tomar la pastilla, se deberá tomarla y ADEMÁS utilizar un método de barrera.

Implante subcutáneo: es un método hormonal consistente en una varilla de plástico flexible, del tamaño de una cerilla, que se inserta debajo de la piel

(normalmente en la cara interna del brazo) mediante anestesia local y que libera de forma constante una hormona (un progestágeno) a dosis muy bajas que impide el embarazo.

Su mecanismo de acción consiste en inhibir la ovulación y bloquear la llegada del espermatozoide al óvulo.

Eficacia anticonceptiva: es muy alta. ES EL MÉTODO MÁS EFICAZ QUE HAY ACTUALMENTE pues a su propio efecto anticonceptivo se une el hecho de que no existe la posibilidad de que se cometan olvidos ni fallos.

Cómo utilizarlo:

- Tiene que ser colocado y retirado por un médico.
- Se puede poner en cualquier momento, pero si se hace después de los 5 primeros días del ciclo y en el mes anterior.
- Cuando toque renovarlo, la siguiente varilla deberá colocarse en otro lugar diferente al anterior (p.ej., en el otro brazo).

Ventajas e inconvenientes

- Dura más tiempo (3 años) y de forma continua.
- Se puede extraer en cualquier momento, cuando la mujer quiera.
- Durante su utilización no se requiere control sanitario.
- Pueden presentarse pequeñas complicaciones locales, como hematomas, infección local, dolor o picor.

Inyección intramuscular de progestágeno (trimestral): Es un método hormonal el progestágeno se administra mediante una inyección intramuscular, almacenándose en el músculo. La hormona se libera desde aquí lentamente (durante semanas) hacia la sangre, impidiendo la ovulación.

Eficacia anticonceptiva: es muy alta y es óptima si no hay demoras en la aplicación.

Cómo utilizarla:

- La inyección se pone cada 12 semanas por un sanitario.
- La primera es conveniente administrarla en los primeros 7 días del ciclo menstrual.

La siguiente inyección y sucesivas se pueden aplicar con 2 semanas de adelanto o excepcionalmente con 4 de retraso.

- Si se comienza después de los 7 primeros días del ciclo y en el mes anterior no se estaba utilizando otro método hormonal, será necesario utilizar además un método de barrera eficaz adicional durante los 7 días siguientes.
- A los dos años de utilizar este método de forma continuada es recomendable acudir al médico para que evalúe la situación.

Qué hacer en caso de retrasos, si han pasado más de 4 semanas desde la fecha indicada para ponerse la siguiente inyección, a partir de este momento será necesario utilizar un método de barrera eficaz hasta que se reciba la inyección.

- Tampoco se debe utilizar este método en mujeres que tengan varios factores de riesgo cardiovascular a la vez (hipertensión, diabetes, que fumen, etc.), con hipertensión arterial no controlada, o diabetes con daño vascular o de larga evolución.

Métodos anticonceptivos hormonales combinados:

Consisten en la administración de dos tipos de hormonas similares a las que producen los ovarios (un estrógeno más un progestágeno) por diferentes vías. Su principal mecanismo de acción es impedir la ovulación (son anovulatorios).

Tipos:

- Píldora (combinada)
- Parche anticonceptivo
- Anillo vaginal

Eficacia anticonceptiva: su eficacia anticonceptiva es alta, aunque no protegen del VIH ni del resto de las ITS. Para obtener protección frente a este tipo de infecciones se recomienda el uso del “Doble Método”.

Qué hacer en caso de olvidos o retrasos, los olvidos o retrasos disminuyen su eficacia anticonceptiva requiriéndose, en algunos casos, el uso de un método de barrera eficaz adicional como método de apoyo durante una semana o el uso de la anticoncepción de urgencia.

Contraindicaciones de los métodos hormonales combinados. Ninguno de ellos se puede utilizar en mujeres:

- Con cáncer de mama.
- Fumadoras de 35 o más años.
- Con varios factores de riesgo cardiovascular.
- Hipertensas.
- Con problemas de coagulación (tromboembolismo).
- Con enfermedades del corazón (angina de pecho o infarto de miocardio).
- Con accidente cerebrovascular (ictus).
- Diagnosticadas de Lupus Eritematoso Sistémico.
- Con diabetes de larga evolución o mal controlada.
- Con enfermedades hepáticas.

Ventajas e inconvenientes comunes a los métodos hormonales combinados.

Su uso prolongado:

- Reduce la frecuencia de las menstruaciones, las cefaleas, el síndrome premenstrual (tensión mamaria, dolor abdominal) y los cambios de humor y sangrado profuso o doloroso. Regula los ciclos.
- También reduce el dolor de la ovulación.
- Da protección frente a la enfermedad inflamatoria pélvica.
- Disminuye los síntomas de la enfermedad benigna de la mama.
- Proporciona protección frente al cáncer de endometrio y de ovario que va aumentando con los años de utilización. Da protección de 10-15 años
- Da protección frente a los quistes ováricos.

- Tiene un efecto beneficioso sobre la piel y el cabello.
- Suelen alterar el sangrado menstrual. Pueden aparecer sangrados intermenstruales, especialmente en los primeros ciclos.
- También causan náuseas y vómitos que tienden a desaparecer con su uso continuado.
- Pueden disminuir el deseo sexual (la libido).

Uso de los métodos hormonales combinados en relación al aborto, parto y lactancia

- Después de un aborto se recomienda esperar a la primera menstruación.
- Tras el parto, en mujeres que no van a dar lactancia natural, se debe esperar a la primera menstruación o a que pasen las cuatro primeras semanas si éste fue vaginal o las seis primeras semanas si el parto fue por cesárea.
- No se deben utilizar durante la lactancia maternal hasta no haberse cumplido los seis primeros meses después del parto o hasta que la misma deje de ser el alimento principal del bebé (lo que sea primero).
- Si la lactancia es parcial, es decir, se complementa con otro tipo de alimentación (leche, papillas, purés, etc.) se podrá empezar a usar cualquiera de estos métodos pasadas seis semanas después del parto, no antes.

Píldora (combinada): Es un anticonceptivo hormonal oral que contiene distintas dosis de estrógeno y progestágeno. Funciona fundamentalmente impidiendo la ovulación (es un método anovulatorio). Existen muchos tipos de píldora anticonceptiva según la cantidad de hormonas que contenga y la forma en que éstas se dosifiquen en cada píldora a lo largo del ciclo (píldora monofásica, bifásica, trifásica o polifásica).

Eficacia anticonceptiva: su eficacia depende en gran parte de la mujer. Es óptima si no hay olvidos ni retrasos en la toma diaria de las pastillas.

Cómo utilizarla:

- Se puede empezar a tomarla en cualquier momento. Si se hace después de los 5 primeros días del ciclo, será necesario un método de barrera durante los 7 días
- Se recomienda empezar el primer día de la menstruación (primer día del ciclo).
- Para que sea efectiva hay que tomarla todos los días, a la misma hora

Hay presentaciones diferentes. Las más comunes son en blísteres con 21 o 28 píldoras.

Si el blíster del envase tiene 28 pastillas, se toma 1 cada día y cuando se acaba el envase, se comienza el siguiente sin día de descanso. En esta presentación y a excepción de los preparados con muy baja dosis de estrógenos, las últimas 7.

Si el blíster tiene 21 pastillas, se toma una cada día hasta terminarlo, se descansa los 7 días siguientes y a continuación (octavo día desde la última toma) se comienza con un nuevo envase.

Ante cualquier olvido hay que tomar la píldora lo antes posible.

- Si el retraso no supera las 24 horas (olvido de 1 pastilla o comienzo con 1 día de retraso un nuevo envase), se deberá tomar la píldora olvidada y continuar.

Olvido de 2 o más píldoras en días consecutivos: cuando esto sucede se deberá utilizar TAMBIÉN un método de barrera eficaz adicional durante los 7 días siguientes a la toma de la píldora olvidada, según los casos:

- Olvido de 2 o más pastillas de la primer o segunda semana del blíster de 21 o 28 pastillas o comienzo de uno nuevo 2 o más días tarde: se deberá tomar la píldora cuanto antes y continuar con la pauta habitual.
- Olvido de 2 o más pastillas de la tercera semana del blíster de 21 pastillas: en este caso se deberá tomar la píldora cuanto antes y seguir con la toma diaria del resto hasta acabarlas, comenzando un nuevo blíster después, sin esperar 7 días.

Parche transdérmico: es un método hormonal consistente en una pequeña lámina cuadrada adhesiva de plástico que contiene las dos hormonas, estrógeno y progestágeno, que impiden la ovulación. Esta lámina se pega a la piel.

Eficacia anticonceptiva: su eficacia es alta si no hay retrasos en los cambios del parche. En mujeres obesas de más de 90 Kg de peso la eficacia disminuye

Cómo utilizarlo

- Se pone un parche en la piel cada semana durante tres semanas seguidas (días 1, 8 y 15 del ciclo) y en la cuarta no se pone ninguno (se retira el tercer y último parche el día 22 y no se vuelve a poner uno nuevo hasta el día 1 del siguiente).
- El parche se aplica presionando sus bordes sobre piel limpia, seca (sin cremas) y sin vello, en zonas no expuestas al roce de la ropa (en nalgas, abdomen, parte superior de la espalda o del brazo en su lado exterior). Nunca en las mamas.
- Hay que vigilarlo cada día para comprobar que el parche está bien pegado porque si no lo está, pierde su eficacia.
- Cuando se comienza se debe utilizar además un método de barrera eficaz adicional durante los primeros 7 días de uso del primer parche, en las relaciones.

Qué hacer en caso de olvidos o retrasos. Como regla general, ante cualquier olvido hay que ponerse un parche lo antes posible.

- Retraso en la puesta del primer parche de un ciclo: hay que colocarlo inmediatamente y seguir con los demás con la pauta normal y además utilizar un método de barrera eficaz adicional durante los siguientes 7 días de su colocación
- Retraso en la puesta del segundo o tercer parche de un ciclo: si el retraso no supera las 48 horas, se sigue la pauta establecida, es decir, se pondrá el parche que corresponda (el olvidado). El siguiente se pondrá el día que se tenía señalado antes del olvido.

Anillo vaginal: Es un método hormonal que utiliza un anillo hecho de material plástico flexible que se coloca en el interior de la vagina. contiene un estrógeno y un progestágeno a dosis bajas que se van liberando de forma constante durante 21 días en la vagina y de allí pasan a la sangre, impidiendo la ovulación, figura 5.

Eficacia anticonceptiva: es alta, pero depende de que no se cometan olvidos en su reposición y se mantenga en la vagina todo el tiempo, sin superar las 3 horas fuera

Cómo utilizarlo:

- Se usa un anillo en cada ciclo. Hay que lavarse las manos antes de ponerlo o quitarlo y comprobar que no esté caducado. El anillo se coloca en la vagina por la mujer, que puede elegir la posición que le sea más cómoda.
- Se debe apretar con los dedos índice y pulgar dos puntos opuestos del anillo para aproximarlos y con suavidad presionarlo, introduciéndolo completamente.
- No importa la posición exacta, pero hay que colocarlo lo más profundo posible.
- El anillo se mantiene durante tres semanas de forma ininterrumpida, sin sacarlo durante ese tiempo. Luego se descansa una semana y se vuelve a introducir.
- Si durante el coito produce alguna molestia, se puede extraer sin que pierda eficacia, siempre que no permanezca más de tres horas fuera de la vagina.
- Durante la semana de descanso, a los 2 o 3 días de haberlo quitado, normalmente se produce un sangrado vaginal similar a la menstruación.
- Es recomendable comprobar regularmente que el anillo sigue insertado dentro de la vagina.

Qué hacer en caso de olvidos o retrasos

- Después de 7 días para colocarse un nuevo anillo o se mantiene más de 4 semanas, se tendrá que poner uno nuevo lo antes posible.
- Si se extrae el anillo por más de 3 horas en las dos primeras semanas del ciclo, deberá volverse a colocar lo antes posible y utilizar un método de barrera eficaz.

- Si se extrae el anillo por más de 3 horas en la tercera semana, se deberá interrumpir el ciclo de tratamiento. Pasada una semana sin anillo, se comenzará.

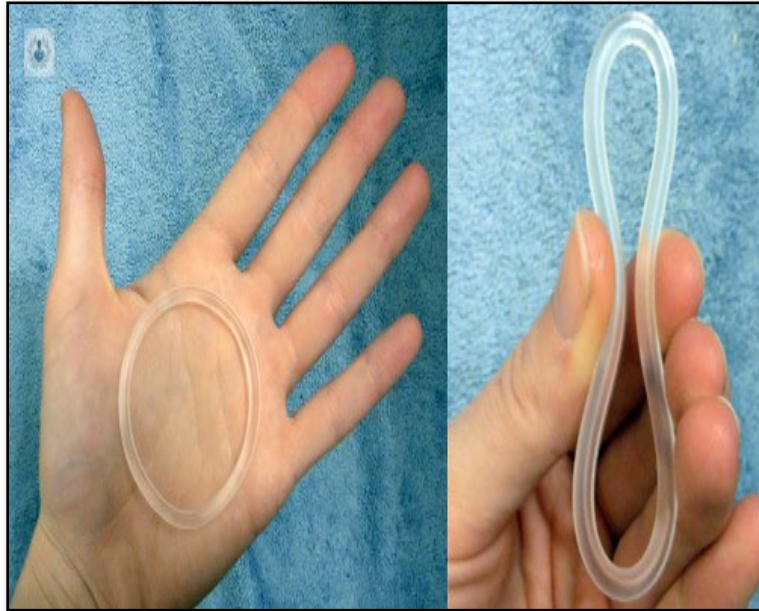


Figura 5. Anillo vaginal (Frenk et al., 2002).

Métodos anticonceptivos Intrauterinos (DIU): Consisten en la colocación dentro del útero, a través de la vagina, de un pequeño aparato flexible de plástico o de plata, normalmente con forma de T. En su extremo más largo tiene uno o dos hilos que quedan en la vagina y permiten verificar si está bien situado.

Su presencia en el útero provoca un espermicida y ovicida (destruye espermatozoides y óvulos).

Tipos: según su composición y mecanismo de acción, existen dos tipos:

- DIU de cobre
- DIU hormonal

Eficacia anticonceptiva: es muy alta, similar a los métodos permanentes, pero tampoco protegen del VIH ni del resto de las ITS. “Doble Método”.

Contraindicaciones de los métodos intrauterinos: ningún tipo de DIU se puede utilizar en mujeres con:

- Fibromas uterinos que alteren la cavidad del útero.
- Cáncer de cuello de útero (cérvix), endometrio u ovario.
- Infecciones vaginales o de transmisión sexual (gonorrea, clamidias).
- Sangrado vaginal de causa desconocida.

Ventajas e inconvenientes comunes a los métodos intrauterinos:

- Se pueden colocar en jóvenes y mujeres que nunca han estado embarazadas, aunque la respuesta suele ser algo peor (sangrado y dolor durante y después de la inserción).
- Cuando se quita, se recupera inmediatamente la fertilidad.
- Hay que controlar más que nunca cualquier pequeña infección vaginal.
- Pueden provocar hemorragias y efectos secundarios tales como un brusco descenso de la presión arterial, mareo y flojedad muscular durante su inserción.
- Los DIU sólo pueden colocarlos o retirarlos personal sanitario. Se pueden insertar en cualquier día del ciclo (1 día y el 14 día), sino hay un embarazo,
- Requieren control médico.

Dispositivo intrauterino de cobre (“D.I.U.”, “el aparatico”; “la T de cobre”):

Es un pequeño aparato de plástico flexible, normalmente con forma de “T”, rodeado de un alambre de cobre que a veces contiene plata en su centro. Su mecanismo de acción consiste en provocar un cambio químico, dentro del útero, que impide la unión del espermatozoide y el óvulo. En su extremo más largo tiene uno o dos hilos que quedan en la vagina y permiten verificar si su situación es la adecuada.

Eficacia anticonceptiva: es uno de los métodos de más alta eficacia anticonceptiva que existen. Una vez colocado, ésta dura normalmente 5 años, aunque hay DIU de cobre que protegen del embarazo durante 10-12 años.

Dispositivo intrauterino hormonal: Es un método mixto (intrauterino y hormonal) que consiste en la utilización de un pequeño aparato de plástico, con forma de “T”, que se introduce dentro del útero a través de la vagina y que libera de forma, todos los días, pequeñas cantidades de una hormona (un progestágeno) que impide la proliferación de las paredes del útero (endometrio). En su extremo más largo tiene uno o dos hilos que quedan en la vagina y permiten verificar que la situación.

Eficacia anticonceptiva: es uno de los métodos de más alta eficacia anticonceptiva que existen. Una vez colocado, su eficacia dura 5 años.

Contraindicaciones

- El DIU hormonal está contraindicado en el cáncer de mama.
- También está desaconsejada su inserción cuando la mujer tenga problemas de coagulación sanguínea (tromboembolismo), cardiopatía isquémica o tumores hepáticos.

Métodos anticonceptivos permanentes o irreversibles

Se consideran métodos anticonceptivos definitivos, es decir, una vez que se han practicado, su acción anticonceptiva se mantiene para siempre, sin que normalmente se pueda recuperar la fertilidad. No protegen del VIH ni del resto de las ITS. Para obtener protección antes de ITS se recomienda el uso “Doble Método”.

Tipos:

Para la mujer (esterilización femenina):

- Oclusión tubárica quirúrgica.
- Dispositivo o implante intratubárico.

Para el hombre (esterilización masculina):

- Vasectomía.

Métodos permanentes para la mujer: Se basan en la obturación de las trompas de Falopio (oclusión tubárica) por vía quirúrgica o por vía vaginal (no quirúrgica).

Oclusión tubárica quirúrgica: Se trata de un método anticonceptivo quirúrgico permanente que consiste en taponar el interior de las trompas de Falopio, con lo que se impide el paso de los óvulos desde los ovarios hacia el útero y su contacto con los espermatozoides.

Eficacia anticonceptiva: es un método anticonceptivo altamente eficaz e irreversible.

Conviene saber:

- Se realiza mediante una pequeña intervención quirúrgica, normalmente bajo anestesia local, que ha de practicarse en un centro sanitario.
- En mujeres que dan a luz, puede hacerse bien en el momento del parto o la cesárea, o bien transcurridos 42 días, según sea la técnica quirúrgica utilizada.

Ventajas e inconvenientes:

- Una vez efectuada se sigue manteniendo la menstruación y la ovulación y no se ven afectados ni la capacidad ni el deseo sexual.
- Brinda cierta protección frente al cáncer de ovario.
- Hay que pasar por el quirófano, se considera un método irreversible.

Métodos permanentes para el hombre:

Vasectomía: Es un método anticonceptivo permanente que se realiza mediante una sencilla intervención quirúrgica con anestesia local. Consiste en cortar y ligar o cauterizar los conductos deferentes y así impedir la salida de los espermatozoides al exterior cuando se produce la eyaculación. Se puede hacer con o sin bisturí.

Eficacia anticonceptiva: Es muy alta e irreversible.

Conviene saber:

- Durante los tres primeros meses se debe usar un método anticonceptivo

- Pasados los tres primeros meses después de la intervención es conveniente hacerse un estudio del semen para comprobar que no contiene espermatozoides.

Ventajas e inconvenientes

- Después de practicarla no se afecta la potencia ni el deseo sexual, manteniéndose la capacidad para la erección y la eyaculación igual.
- Es un método seguro para el hombre y más sencillo que la oclusión tubárica.
- Se considera un método irreversible

Anticoncepción de urgencia: Consiste en el uso de un fármaco o un dispositivo intrauterino como medida de urgencia para evitar un embarazo no deseado en caso de coito no protegido por carencia de método anticonceptivo, por su uso inadecuado por fallo.

Los métodos para la anticoncepción de urgencia actualmente disponibles:

- Fármacos:
 - La “píldora postcoital”, “píldora del día después” o “píldora del día siguiente” (Levonorgestrel).
 - La “píldora de los cinco días después” (Acetato de Ulipristal).
- Dispositivo intrauterino de cobre (DIUCu).

Píldora postcoital (píldora del día siguiente): la píldora postcoital está compuesta por un preparado hormonal llamado Levonorgestrel que es un progestágeno que inhibe o retrasa la ovulación.

Cómo utilizarla

- El envase contiene una sola pastilla que hay que tomarla antes de que pasen 72 horas de la relación sexual no suficientemente protegida.
- Cuanto antes se tome la pastilla, más eficacia anticonceptiva se tiene. Pasadas 72 horas desde la relación sexual de riesgo (3 días), su eficacia no se puede garantizar y después de 120 horas (5 días), su toma no sirve de nada.

Conviene saber

- La píldora postcoital no interrumpe un embarazo establecido. NO ES, por tanto, un método abortivo.
- No tiene efectos perjudiciales para la salud.
- Puede administrarse durante la lactancia.
- Se puede adquirir en farmacias sin receta médica.

Dispositivo intrauterino de cobre: un DIU de alta carga de cobre insertado en las primeras 120 horas tras el coito de riesgo (5 días después), se puede utilizar como anticonceptivo de urgencia. Su inserción la tiene que hacer un sanitario. Su eficacia es elevada y puede mantenerse como método anticonceptivo a largo plazo (Orellana A., Diezma J., Lasheras M., 2013).

Sexualidad

Es la de que el comportamiento sexual depende, casi en exclusiva, de los instintos, de lo biológico, cuando en realidad los factores sociales tienen un peso muy importante. El papel de la sexualidad y de las relaciones sexuales varía de una cultura a otra. Cada sociedad ha establecido sus formas de conducta, códigos de comunicación y esquemas de pensamiento sobre la sexualidad; de igual forma cada sociedad define su propio concepto de masculino y femenino, su modelo de hombre y de mujer y cómo han de ser las relaciones entre unos y otros.

A lo largo de la socialización, las personas que incorporan las normas y valores de su sociedad respecto a la sexualidad aprenden, en la mayoría de los casos, a expresar su sexualidad de una forma socialmente aceptada. Este aprendizaje no es el mismo para los varones que para las mujeres; chicos y chicas van a recibir informaciones y mensajes distintos sobre cómo han de ser sus comportamientos, expectativas, valores y aspiraciones en todas las facetas de su vida y también respecto a su sexualidad. Los mecanismos para esta diferenciación van desde algo tan elemental como el azul para chicos y el rosa para chicas, hasta formas mucho más sutiles; por ejemplo, hay estudios que demuestran que los padres y madres acuden al llanto de su bebé con más rapidez si es niña que si es niño.

Estas diferencias, aprendidas en su mayor parte, están presentes en la forma de vivir y sentir la sexualidad por parte de hombres y mujeres (Luisi Frinco, 2018).

Reproducción sexual

Este proceso se deriva de una compleja y bien engranada sucesión de eventos biológicos, donde la unión del espermatozoide y el óvulo, juegan el papel fundamental, pero están regulados por diferentes factores. Este complejo sistema de glándulas que liberan diferentes hormonas controla las funciones de todo el organismo, y juega un papel importante en la fisiología reproductiva gonadal que implica intrincadas interacciones entre factores hormonales, metabólicos energético, epigenéticos, factores intra y extra gonadales y bioculturales.

La ovogénesis y la espermatogénesis son procesos endocrinos que comprenden una integración entre distintos componentes, y que está finamente controlada por el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal (HHG), y es el pilar fundamental en la regulación endocrina de la función reproductiva y el comportamiento sexual. Las neuronas hipotalámicas son reguladas, mediante efectos estimulatorios o inhibitorios, por neurotransmisores, hormonas (esteroides gonadales, hormonas tiroideas, cortisol, prolactina, entre otras), proteínas hipofisarias mediante acciones autocrinas o paracrinas, neuronas bioaminérgicas desde la circulación cerebral, y neuropéptidos moduladores.

En las mujeres que consiguen embarazarse la hormona tiroidea es aún más importante. La vitamina D puede aumentar la fertilidad a través de andrógenos, es un predictor de éxito la estimulación de la ovulación. Otro determinante en la reproducción es vinculación psicosocial y biocultural (Gámez, 2016).

Fecundación

Es un proceso complejo, crucial y fascinante en el desarrollo humano, donde ocurren cambios moleculares, bioquímicos y fisiológicos, existiendo una interacción entre ambas células sexuales (gametos: oocito secundario y espermatozoide); con la consiguiente fusión y mezcla de los caracteres hereditarios maternos y paternos, originando al huevo o cigoto totipotente, es

decir, la formación de un nuevo individuo. La fecundación, más que un simple proceso, son varios que se inician cuando el espermatozoide comienza a penetrar la corona radiada y la zona pelúcida, y termina con la mezcla de los cromosomas maternos y paternos, después que el espermatozoide ha penetrado en el oocito. Según Valdés en dicho proceso se describen las fases siguientes:

- Penetración a la corona radiada.
- Unión y penetración a la zona pelúcida.
- Unión y fusión de espermatozoide a la membrana celular del oocito.
- Prevención de la poliesperma.
- Activación metabólica del huevo.
- Descompensación del núcleo del espermatozoide (pronúcleo masculino).
- Completamiento de la meiosis.
- Desarrollo del pronúcleo femenino.
- Contacto de los pronúcleos y mezcla de los cromosomas maternos y paternos.
- Formación del huevo o cigoto
- Organización y preparación para la primera división mitótica.
- Segregación citoplasmática antes del clivaje

Sucedan una serie de eventos previos a nivel de los genitales femeninos y masculinos que garantizan que el encuentro de las células sexuales acontezca de manera armónica una vez que han sido transportados (Gutiérrez y Gutiérrez, 2018).

Embarazo

Es el desarrollo de una nueva vida comienza con la fecundación de un óvulo por un espermatozoide. Esto con lleva la formación de un embrión. En algunas ocasiones, un mismo óvulo fecundado produce dos embriones idénticos (gemelos monocigóticos). Otras veces, dos óvulos son fecundados simultáneamente cada uno por un espermatozoide, lo que produce dos embriones diferentes (gemelos dicigóticos o mellizos). Una vez iniciado el proceso, el óvulo fecundado anida en el útero de la embarazada y allí se va desarrollando durante el periodo embrionario

hasta convertirse en feto y, finalmente, nacer. El feto se halla unido a la madre a través del cordón umbilical y la placenta:

- El cordón umbilical contiene en su interior vasos sanguíneos que llevan la sangre de la placenta hasta el feto.
- La placenta conecta la sangre del feto con la de su madre y a través de ella realiza las funciones respiratoria, digestiva y excretora.

El feto se desarrolla en la cavidad amniótica (bolsa de aguas). La cavidad amniótica contiene el líquido amniótico que protege al feto contra posibles traumatismos (golpes, caídas, etc.), controla su temperatura, permite el crecimiento armónico y la libertad de movimiento. Se renueva continuamente y es tragado y excretado por el feto (Benito y Nuin, 2017).

Parto

El parto normal es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (entre las 37 y las 42 semanas cumplidas). Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento de un bebé sano y no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso. Después de dar a luz, tanto la madre como su bebé se encuentran en buenas condiciones. La evolución del parto está influida no sólo por factores biológicos propios de cada mujer y bebé, sino también por factores psicológicos, culturales y ambientales (Luisi Frinco, 2018).

Puerperio

La palabra puerperio se deriva del latín puer, niño, y parus, dar a luz. En la actualidad define después del parto durante el cual los cambios anatómicos y fisiológicos maternos inducidos por el embarazo regresan al estado basal antes de la gravidez. En consecuencia, su duración es poco precisa, pero se le considera de cuatro a seis semanas. A pesar de ser mucho menos complejo que el embarazo, el puerperio tiene una serie de cambios apreciables, algunos de los cuales son molestos o preocupantes para la nueva madre. Es importante señalar que en ocasiones aparecen complicaciones, algunas de las cuales llegan a ser

graves. El puerperio es el período de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de transición aproximadamente 6 a 8 semanas, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno.

Clínicamente, el puerperio puede dividirse en tres períodos sucesivos:

- Puerperio inmediato: las primeras 24 horas postparto.
- Puerperio temprano: incluye la primera semana postparto.
- Puerperio tardío: abarca el tiempo necesario para la involución completa de los órganos
- Genitales y el retorno de la mujer a su condición pregestacional (Peralta, 2018).

Atención de la madre durante el puerperio

Durante las primeras dos horas después del parto se debe medir la presión arterial y el pulso cada 15 min o con más frecuencia si está indicado. La temperatura se mide cada 4 h durante las primeras 8 h y luego cuando menos cada 8 h. También se vigila el volumen de la hemorragia vaginal y se palpa el fondo uterino para asegurar su contracción. En caso de identificar relajación, se aplica masaje al útero a través de la pared abdominal hasta que permanece contraído. Algunas veces se requiere la adición de uterotónicos. En ocasiones se acumula sangre dentro del útero sin que haya hemorragia externa.

Este fenómeno puede identificarse en forma inmediata al advertir aumento del volumen uterino durante la palpación del fondo en las primeras horas posparto. La posibilidad de una hemorragia abundante es mayor en el posparto inmediato e incluso en los casos normales el útero se vigila de manera estrecha cuando menos durante 1 h después del parto. Cuando se administra analgesia regional o anestesia general para el trabajo de parto o el parto, la madre debe permanecer bajo observación en un área de recuperación. La mujer empieza a caminar pocas

horas después del parto. La deambulaci3n de forma inmediata reduce la frecuencia de trombosis venosa puerperal y las embolias pulmonares.

Cuidados perineales: es importante instruir a la mujer para que limpie la vulva de la porci3n anterior hacia la posterior (de la vulva hacia el ano). La aplicaci3n de una bolsa de hielo en el perineo ayuda a reducir el edema y el dolor durante las primeras horas si hay una laceraci3n o una episiotomía. El dolor intenso perineal, vaginal o rectal siempre exige una inspecci3n y palpaci3n cuidadosas.

A partir de las primeras 24 h después del parto, el calor húmedo en forma de baños de agua tibia ayuda a reducir el dolor local. Tambi3n se permiten los baños de tina después de los partos sin complicaciones. Las m3s de las veces, la incisi3n de episiotomía cicatriza de manera firme y es casi asintomática para la tercera semana. El prolapso puerperal mejora con el tiempo conforme disminuye el peso del útero al involucionar (Ip et al., 2023).

Depresi3n postparto

De acuerdo al DSM-V4 la sintomatología de la depresi3n perinatal es similar a un episodio depresivo mayor, con la particularidad de que aparece en el embarazo o durante las primeras cuatro semanas posparto. No obstante, la especificaci3n de este lapso de tiempo, para fines de investigaci3n y atenci3n, el periodo perinatal generalmente abarca desde la gestaci3n hasta el primer ańo posparto. Adem3s de los sntomas específcos de la depresi3n mayor (ánimo depresivo, p3rdida de placer y alteraciones del sueńo y de la alimentaci3n, entre otras), en la edici3n IV del DSM6 se describen, muy acertadamente, sntomas propios de la Depresi3n Post-Parto (DPP) como ansiedad extrema, sentimientos de culpa, labilidad emocional, ideaci3n suicida y enorme preocupaci3n por la o el beb3. Algunos estudios cualitativos y cuantitativos identifican sntomas similares y sugieren que la depresi3n puede no ser, necesariamente, el sntoma m3s importante; sentirse abrumada, emocionalmente en una “montańa rusa,” irritable, sola y que no se es una persona normal son manifestaciones reportadas con mayor frecuencia por mujeres con depresi3n posparto.

Estos síntomas parecen estar más relacionados con la experiencia de sentirse deprimida lo cual contrasta con las expectativas sociales de la maternidad. Requiere de atención especializada, como se verá más adelante, ya que, por lo general, no se resuelve sin tratamiento. La tristeza posparto suele aparecer en los primeros diez días posnatales y se calcula que afecta del (30% al 70%) de las madres. Aunque también se caracteriza por labilidad emocional, irritabilidad, insomnio, llanto y ansiedad generalizada, dichos síntomas suelen resolverse dentro de las dos semanas posteriores a su aparición y no requieren intervención alguna más allá de comprensión y apoyo. La DPP puede demoler la vida de la madre, así como la de la pareja, infante y familia.

La DPP que no es atendida oportunamente es un obstáculo para que la madre pueda satisfacer las necesidades de las y los hijos, lo cual impacta, a su vez, en el desarrollo cognitivo, conductual y emocional de ellos y ellas. Aliviar el sufrimiento y reducir los síntomas de depresión que padece la madre tiene que ser el objetivo primario de las intervenciones para reducir las consecuencias de la DPP, lo que puede implicar romper con la construcción social de la maternidad como un vehículo para la reproducción y de la “buena madre” como alguien que debe sacrificar todo por el beneficio del hijo o hija (Lara et al., 2017).

Lactancia materna

La leche humana tiene propiedades inmunológicas, hormonales y nutricionales únicas; es un tejido vivo delicadamente ajustado a cada etapa de la vida del menor. Constituye un sistema desarrollado a través de millones de años para proteger la salud y estimular el desarrollo óptimo del niño. La lactancia materna protege a los niños en su primer año de vida contra las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil como muerte súbita, enterocolitis necrosante, diarreas, infecciones respiratorias de vías altas y bajas y otitis media.

El efecto protector de la lactancia no sólo está confinado a una menor morbilidad y mortalidad a corto plazo, pues éste se extiende a etapas posteriores y hay clara evidencia para enfermedades crónicas como dermatitis, asma, exceso de peso, diabetes tipos 1 y 2 y leucemia. El patrón de crecimiento de los niños alimentados

con leche humana es diferente a los alimentados con fórmula láctea, y éste junto con la composición de la leche humana ha sugerido a la lactancia materna como posible mecanismo protector contra el sobrepeso, la obesidad, al igual que otras enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición, como leucemia o diabetes.

Por otro lado, como se describe en detalle en la presente obra, la lactancia materna se asocia con efectos positivos en la salud materna también asociada con menor riesgo de sufrir cáncer de mama y ovarios, así como depresión posparto. Por último, la lactancia materna representa ahorros en la familia asociados con los gastos de fórmulas lácteas, consultas médicas y medicamentos. En México entre 1.1 y 3.8 millones de casos anuales reportados de enfermedades respiratorias agudas superiores e inferiores, otitis media y enfermedades gastrointestinales, y entre 933 y 5,796 muertes en niños menores de 1 año de edad se atribuyen a prácticas de lactancia inadecuadas. Esta enorme carga representa el (27%) de la carga anual total de dichas enfermedades,²⁰ y aunque significan una altísima carga por enfermedad y muerte en México, tales cifras son una cuenta incompleta (Kershenobich, 2017).

Recuperación física

Un hecho fisiológico como es el proceso de embarazo y parto, puede condicionar en gran medida la futura salud y calidad de vida de la mujer. Esto se debe en gran parte a que no existe otro proceso vital que implique similar cantidad y calidad de modificaciones orgánicas en el ser humano, las cuales exigen a la mujer gestante un constante ajuste anatómico- fisiológico e incluso psicológico y emocional.

El resultado es un cuerpo alterado y cambiante (lordosis lumbar aumentada, cambio del centro de gravedad, rotación pélvica, aumento de la curvatura cervical, hundimiento de la cintura escapular, relajación de la musculatura abdominal, aumento de la laxitud de la articulación sacroilíaca, aumento de la frecuencia cardíaca, disminución de la tensión arterial, aumento de peso, desajustes hormonales y aumento del estrés y la ansiedad). Fruto de esta problemática, y por la acción de factores ambientales pre y post gestacionales (mala alimentación, excesiva ganancia de peso gestacional, deficiente higiene postural, sedentarismo)

en los últimos años se ha producido un importante aumento de algunas patologías. Seguramente la pérdida de peso gestacional (recuperación del peso pregestacional), la depresión postparto y los problemas de incontinencia sean los ejemplos más válidos de cómo estas complicaciones se han convertido actualmente en una cuestión de salud pública. En la misma línea, la depresión postparto afecta a un (13%) de la población gestante, lo que la sitúa como una de las alteraciones de incidencia creciente que influye no sólo a la madre, sino también a su entorno y, por supuesto al recién nacido.

Por último, la prevalencia de los problemas de incontinencia y prolapso en mujeres gestantes y post-parturientas que afectan en torno al (20-30%) de la población, esto deja en la mujer de edad reproductiva una secuela, no únicamente en el plano fisiológico, que a menudo debe arrastrar a lo largo de toda su vida (Barakat, Ruben; Bueno, Clara; Díaz de Durana, Alfonso; Coterón, Javier; Montejo, 2013).

Factores culturales

Son acciones de los seres humanos que se puede definir como el desarrollo de usos, costumbres, religiones, valores, principios, organización social, tecnología, leyes, lenguaje y herramientas que se transmiten de generación en generación (Francisco y Letona, 2014).

Escolaridad: el bajo nivel escolar es una seria limitante para la aceptación de los métodos de planificación familiar, ya que al no lograr captar el mensaje los potenciales usuarios recurren a fuentes de información inapropiadas, como son amigos o familiares con un nivel educativo similar. El analfabetismo y la baja escolaridad tanto de la mujer como del cónyuge, influyen directamente en el no uso de los métodos de planificación familiar. La experiencia proveniente de países donde se ha estudiado la variable educación confirma esta hipótesis. El nivel escolar de las mujeres si tiene un efecto importante en el uso de anticoncepción, las mujeres sin escolaridad no incrementan su nivel de conocimiento entre 1997 y 2009, (82.4%), es decir, continua con 17 puntos porcentuales menos que las de secundaria y más cuyo porcentaje de conocimientos es de 99.4.

Religión: en América Latina, la religión de manera general no aparenta ejercer gran influencia sobre la utilización de los métodos anticonceptivos. Sin embargo, aunque la religión no tenga efectos sobre las decisiones individuales, en algunos países ejercen un efecto importante sobre la disponibilidad de los métodos anticonceptivos, pues los dirigentes políticos y los proveedores de los servicios de planificación familiar vacilan en ofrecer este tipo de servicio por temor a enfrentarse a poderosas instituciones religiosas.

Es importante hacer hincapié en el hecho que los métodos aprobados por la Iglesia alcanzan apenas un (80%) de efectividad en condiciones óptimas, lo cual conlleva a un alto índice en embarazos no deseados especialmente entre los adolescentes.

El discurso de las iglesias cristianas se sigue articulando sobre tres ejes fundamentales:

- La mujer debe estar subordinada al hombre.
- La relación sexual tiene únicamente propósitos de reproducción biológica, la mujer no puede decidir cuántos hijos tener, dado que estos son voluntad de Dios.
- El destino de la mujer es ser esposa y cuidar de la familia y el hogar.
- Por otra parte, la falta de educación sexual humanizada y liberadora favorece la multiparidad; las patologías de origen sexual y las asociadas a la reproducción.

violencia: en la familia es una de las formas más insidiosas de violencia contra la mujer. Se define como todo acto de violencia basada en el género que tienen como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción, a la privación arbitraria de la libertad, en la vía pública o privada está asociada a riesgos en la salud reproductiva porque: es causa de embarazos no deseados, incrementa el riesgo de aborto provocado, incrementa el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, disminuye el poder de decisiones de las mujeres mediante la privación de la libertad de cuándo y cómo

utilizar métodos anticonceptivos, aumentando el riesgo de embarazos no deseados.

La violencia contra la mujer en la pareja está estrechamente relacionada con una serie de problemas de salud reproductiva y mental, la relación entre la violencia de género y la capacidad de la mujer para controlar su fecundidad, la falta de información, desconocimiento de sus derechos, aunado a la falta de conocimiento La relación entre el maltrato de la pareja y el uso de métodos masculinos (por que las mujeres suelen enfrentarse con la violencia cuando tratan de inducir el uso del condón (Guzmán-Raymundo, 2014).

HIPÓTESIS

La falta de educación sexual, la influencia cultural y religiosa son los principales factores que impiden la planificación familiar en las mujeres puérperas del ejido de Manacal municipio de Tuzantán, Chiapas, por otro lado, la falta de apoyo de los proveedores de atención médica y los sistemas de salud pueden impedir que las mujeres obtengan la información y los servicios necesarios para la planificación familiar efectiva.

METODOLOGÍA

Contexto de la investigación

El estado de Chiapas cuenta con 124 municipios; El municipio de Tuzantán, Chiapas siendo uno de ellos con una población de 30,302 el cual se sitúa en las inmediaciones de la Sierra Madre de Chiapas y la Zona Costa, en la región del Soconusco, con sólo 268.3 km² de extensión territorial, representando el 0.4% de la superficie total del Estado, con una densidad de población (Hab/ km²) 173.90, (INEGI 2020). En el municipio de Tuzantán, Chiapas, se localizan 115 localidades, para efectos de este proyecto nos localizaremos en la localidad de Manacal que se ubica en las coordenadas 15.15292"N y 92.42485"O, a 6.0 kilómetros, en dirección Sureste, del Municipio de Tuzantán, Chiapas, el Ejido Manacal cuenta con 615 habitantes, dentro de los cuales 312 son mujeres y 303 son hombre, donde su principal ruta de acceso es por la cabecera del municipio de Tuzantán, y posterior por la carretera urbana recorriendo un total de 55.23 kilómetros figura 6.

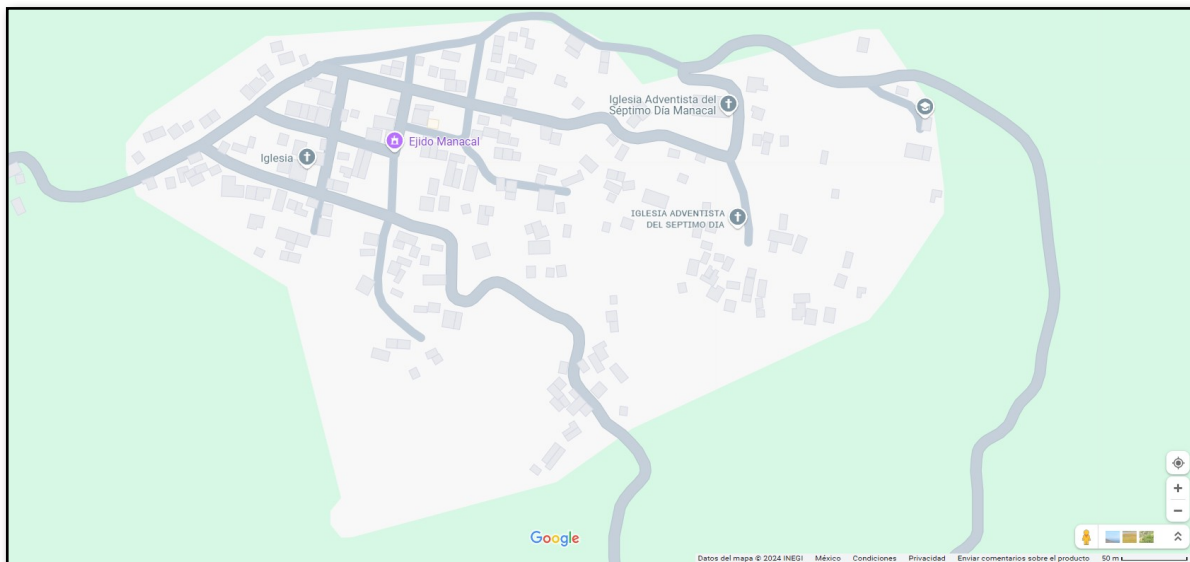


Figura 6. Localización geográfica del área de estudio (GOOGLE MAPS, 2024).

Sujetos de la investigación

Las mujeres puérperas son aquellas que han dado a luz recientemente y se encuentran en el período inmediatamente posterior al parto, “puerperio”. Durante esta etapa, el cuerpo de la mujer experimenta cambios físicos, hormonales y emocionales que son característicos de este periodo de adaptación y recuperación después del parto. Se tomaron como muestra 40 mujeres puérperas con nivel de estudios de educación media superior entre 20 a 40 años residentes del ejido Manacal del municipio de Tuzantán, Chiapas, llevando así su control del puerperio en la UMR 203. Durante el puerperio las mujeres sufren cambios entre los que destacan los cambios físicos, hormonales, emocionales, maternos y apoyo social.

Cambios físicos: durante el puerperio, las mujeres pueden experimentar cambios en su cuerpo, como la involución uterina (retorno del útero), la secreción de loquios (sangrado vaginal) y la presencia de dolor o molestias en el perineo o los senos.

Cambios hormonales: durante este período, los niveles hormonales de las mujeres puérperas experimentan fluctuaciones significativas, especialmente en lo que respecta a las hormonas relacionadas con la lactancia materna, como la prolactina y la oxitocina.

Adaptación emocional: las mujeres puérperas pueden experimentar una amplia gama de emociones, que van desde la felicidad y el amor hacia su bebé, hasta la tristeza, la ansiedad o el cansancio. También pueden experimentar cambios de humor y sentirse abrumadas por las demandas físicas y emocionales del posparto.

Lactancia materna: la investigación sobre mujeres puérperas también puede examinar la lactancia materna y la forma en que las mujeres se adaptan a esta nueva experiencia. Se pueden evaluar factores como la producción de leche, las dificultades o el éxito en el amamantamiento, y el apoyo recibido.

Apoyo social: es importante considerar el apoyo social disponible para las mujeres puérperas. Esto puede incluir el apoyo de la pareja, la familia, los amigos y los profesionales de la salud, así como el acceso a recursos y servicios comunitarios que puedan facilitar la transición al rol de madre.

Paradigma de investigación

Los métodos mixtos representa un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos tanto cuantitativos como cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (denominadas meta inferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (Hernández-Sampieri, 2018).

La información recabada para este proyecto es de tipo mixta, ya que se utiliza la descripción y la estadística. Esta información se ha recopilado debido a una problemática que se ha presentado en la clínica médica rural mencionada anteriormente. En esta clínica se han registrado varios casos de embarazos no planificados, lo que ha generado una urgencia de atención. Los embarazos no planificados pueden provocar una serie de problemas, como daño en la salud mental de las madres de familia, riesgo de muerte neonatal e incluso muerte materna, carencias, pobreza, mala alimentación y desnutrición. Por ello, es necesario tomar cartas en el asunto y verificar los motivos por los que están ocurriendo estos embarazos. Para ello, se utilizará la información recopilada para realizar un análisis de la situación. Este análisis se basará en los datos estadísticos, que permitirán identificar tendencias y patrones. Además, se utilizarán las descripciones de los casos individuales, que ayudarán a comprender las experiencias de las mujeres afectadas. Con la información recopilada, se espera poder identificar las causas de los embarazos no planificados y diseñar estrategias para prevenirlos. Estas estrategias podrían incluir educación sexual y reproductiva, acceso a métodos anticonceptivos y apoyo psicológico.

Por esta razón necesitábamos ser precisos en la medición del número exacto de mujeres puérperas que ha tenido embarazos no planificados y encontrar una alternativa para evaluar principalmente a estas mujeres.

Método de investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva Hernández-Sampieri, (2018). Menciona que en este tipo de investigación el investigador selecciona una serie de cuestiones (que, recordemos, denominamos variables) y después recaba información sobre cada una de ellas, para así representar lo que se investiga (describirlo o caracterizarlo). En el presente estudio se describió la edad, el grado de estudio, con quien vive, número de hijos que tienen, religión que profesan, dependencia económica, grado de conocimiento de la planificación familiar y la preferencia de método anticonceptivo, todo lo anterior, permitió especificar las propiedades, características y perfiles de las puérperas del Ejido Manacal del municipio de Tuzantán, Chiapas.

Técnica de recolección de información

- **Evaluación diagnóstica antes de la promoción**

Es la valoración de conocimientos, actitud y rendimiento de una persona, esta herramienta es de gran utilidad para llevar a cabo el nivel de conocimiento que tienen el número de evaluaciones fueron mediante unas preguntas que se realizaron antes de comenzar una promoción acerca de los métodos anticonceptivos y cuál de ellos utilizaron o utilizarían si tuvieran acceso.

- **Promoción**

Se realizó promoción a la salud utilizando como recurso didáctico un rotafolio con información sobre la planificación familiar, la norma que lo rige como también, los tipos métodos anticonceptivos y sobre el derecho que tiene de elegir por si solas, de ver el bienestar de ellas, así como de su familia. Llevando así una estrategia y un medio para alcanzar la salud y el bienestar, para avanzar en la construcción de

sociedades equitativas y plenas. Es indispensable la promoción de la salud para la prevención de la enfermedad (Arenas Monreal et al., 2020).

- **Evaluación**

Se aplicó una evaluación antes y después de la promoción con el fin de lograr así crear conciencia en las mujeres puérperas sobre los riesgos que pueden haber si no se lleva un control en un embarazo o a largo plazo donde los niños comiencen a sufrir mala alimentación, desnutrición, falta de atención, afecto o los cuidados necesarios que un niño necesita, pero esto es lo que sucede al incrementar el número de hijos en una familia llevando a este tipo de riesgos los cuales es mejor evitarlos antes.

La información adquirida fue que grado de conocimiento tienen acerca de los métodos anticonceptivos, cual es el número de hijos que piensan tener cual es el método anticonceptivo que les gustaría adquirir observar en que calidad se encuentran los otros hijos ya concebidos y así llevarles un control de peso, talla y alimentación.

- **Encuesta**

Se realizó la aplicación de un cuestionario mixto dirigido 40 puérperas citadas en la clínica en las cuales solo asistieron 15 mujeres y las otras 25 se les hizo una visita domiciliaria para llevar a cabo nuestra investigación. El cuestionario se conformó por 10 preguntas en las cuales 5 eran de preguntas abiertas y las otras 5 preguntas cerradas las cuales se aplicaron el día 25 de agosto del 2023 en nuestra segunda visita a la comunidad en el horario de 8:00 a 10:00. La encuesta es ampliamente utilizada como procedimiento de investigación, ya que permite obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz (Anguita et al., 2003).

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

a) Descripción de las mujeres puérperas del ejido de Manacal.

Se evaluaron a las puérperas del ejido Manacal, del municipio de Tuzantan, Chiapas. Los cuales llevaron control de puerperio en la unidad médica rural número 203; mediante la aplicación de una encuesta mixta dirigida a una población de 40 mujeres, este formulario está compuesto de 15 preguntas en las cuales 8 son preguntas opción múltiple y 7 son preguntas abiertas. mediante la aplicación resaltaron los datos más relevantes, en donde la edad sobresalió y 9 de ellas de 15 a 20 años, que corresponde al (22.5%) y otras 9 puérperas que se encuentran entre los 36 a 40 años que corresponde a un (22.5%) son las que tuvieron mayor predominancia en el control del puerperio; 14 mujeres puérperas que corresponde al (35%) de ellas cuentan con un estudio mínimo de primaria terminada y 15 mujeres puérperas corresponde a un (37.5%) más con preparatoria terminada; en el núcleo familiar 27 mujeres puérperas corresponde al (67.5%) de ellas se encuentran en compañía con esposo e hijos; en el número de hijos, de 11 mujeres que corresponden a un (27.5%) de puérperas que predominó con 1 hijo, de igual forma otras 11 mujeres puérperas que corresponden al (27.5%) cuentan con 2 hijos en la actualidad; en la religión la católica sobre salió 12 mujeres un (30%) de mujeres puérperas y 10 de mujeres corresponde al (25%) de religión pentecostés; y 31 mujeres puérperas corresponde a un (77.5%) ellas dependen económicamente del esposo.

Tabla 1. Descripción de las características sociodemográficas de las mujeres puérperas.

Edad	15 a 20	9	22,5
	21 a 25	8	20
	26 a 30	8	20
	31 a 35	3	7,5
	36 a 40	9	22,5
	41 a 45	1	2,5
	46 a 50	1	2,5
	51 a 55	0	0
	55 en adelante	1	2,5

Continuación...

Escolaridad	Ninguno	2		5
	Primaria	14		35
	Secundaria	9		22,5
	Preparatoria	15		37,5
Nucleo familiar	Esposo e hijos	27		67,5
	Papá y mamá	8		20
	Hijos	4		10
	Otros	1		2,5
Número de hijos	1	11		27,5
	2	11		27,5
	3	10		25
	4	3		7,5
	5	5		12,5
Religión	Ninguna	5		12,5
	Católica	12		30
	Adventista	5		12,5
	Pentescostes	10		25
	Presbiteriana	8		20
Dependencia económica	Pareja	31		77,5
	Ninguno	6		15
	Padres	2		5
	Papá y Esposo	1		2,5
Estado civil	Soltera	13		32,5
	Union libre	12		30
	Casada	15		37,5

Gadea-Rivera, Mariela Austragilda, Zavaleta-Lujan, (2018). Dicen que la edad promedio de las puérperas fue 28.2 años; asimismo, fueron mayormente de 20-34 años (73.3%), con secundaria (70.9%), convivientes (81.7%) y con estatus laboral empleadas (71.3%). La frecuencia de rechazo de método anticonceptivo moderno (MAC) fue del 16.7% en puérperas. Teniendo casi el mismo resultado en las edades que predomina a como el grado de estudio de ellas, pero la diferencia es que son empleadas y no depende de otras personas.

Ovando et al, (2022). Dicen que la mayoría las pacientes tienen una edad entre los 26 y 30 años (44.4%) El 51.1% de las pacientes tienen la secundaria concluida siendo estas la de mayor frecuencia, mientras que las de menor frecuencia fueron

las pacientes con la educación básica concluida. El 51.1% de ellas vive, en unión libre siendo este el estado civil con mayor frecuencia y el 13.3% esta soltera. La mayoría de las mujeres son empleadas siendo estas el 42.2% de la población estudiada, y como una minoría el 17% de las mujeres dijeron ser estudiantes. El 71.1% afirmó ser católica y una minoría respondieron a "Otro" representadas por el 4.4%. Menciona que la edad más alta es la de 26 y 30 años teniendo un resultado diferente y con la escolaridad tenemos diferente cuando en nuestra encuesta salió que el 37.5% de preparatoria tiene las puérperas teniendo igual la religión que practica que resalta el catolicismo como el estado civil que son en unión libre teniendo unos resultados diferente y algunos que se asimila un poco.

Marles et al,(2023). En un estudio donde entrevistado se analizaron 712 registros. Las características generales de la población se presentan el 15.7% (n=111) asistieron a consulta preconcepcional para la planeación del embarazo. 79.2% (n=564) entre 18 y 35 años con bachillerato completo, 79.2% pertenecían a familia nuclear y 63,5% estaban en el ciclo vital familiar en expansión. 15.7% asistieron a consulta preconcepcional pertenecía a una familia de tipología nuclear, seguida por monoparental materna 9% (n=64) y reconstituida 8% (n=57). Las demás tipologías familiares presentaban frecuencias menores de 2%. En cuanto a ciclo vital familiar, 63.5% (n=452) correspondió a expansión seguida por consolidación 29.91% (n=213). Comparando los estudios en este obtenemos la edad de las puérperas son el mismo resultado en que resalta las puérperas entre esa edad, como también el ultimo grado de estudio que termina las puérperas como el ciclo nuclear de la familia que sobre sale en esto estudios.

b) Conocimientos que tienen las mujeres puérperas respecto al uso de métodos anticonceptivos antes y después de realizar una promoción.

Mediante una evaluación de diagnóstico se presentó antes de realizar la promoción y al terminar se volvió a ejecutar otra encuesta (figura 5), para así obtener el conocimiento de ellas y analizar si pudieron captar la información dirigida a ellas, obteniendo los siguientes datos, durante la primera encuesta se identificó que 31 (77.5%) de ellas tenían conocimiento acerca de la planificación

familiar, de igual forma 32 (80%) puérperas afirmaron que habían recibido promoción acerca de la planificación familiar en la clínica ya antes mencionada y por Último 26 (65%) de las mujeres encuestadas mencionaron que el utilizar la

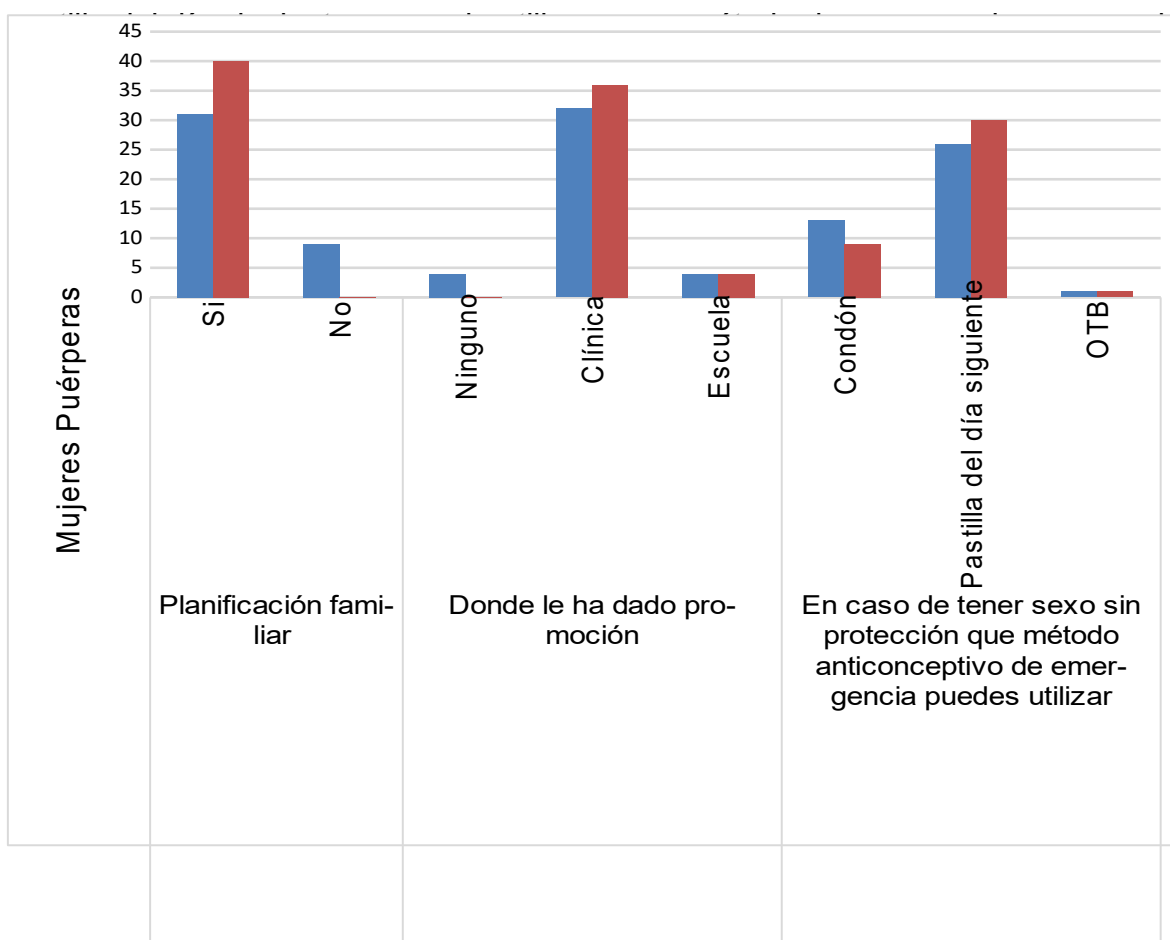


Figura 7. Conocimiento que tienen las mujeres puérperas respecto al uso de métodos anticonceptivos antes y después de realizar una promoción.

En un estudio hay comparaciones que refiere que ha recibido la información sobre la planificación familiar más en el centro salud como también en el conocimiento Rocha, (2015). En el estudio se encontró que el grupo etario predominante estuvo entre las mujeres de 20 a 24 años con 32.5%, las de 15 a 19 años 25% y las menores de 15 años representaron el 2.5%. El centro de salud fue el lugar donde más recibieron información 39.2%, el 21.7% refirió recibió información en el colegio, solamente el 10.8% dijo haber recibido información en el hospital, es de

notar que únicamente el 4.2% dijo haber recibido información en los controles prenatales. El 81.7% dijo tener suficiente información de los métodos de planificación para optar por uno de ellos, solamente el 18.3% refirió no contar con suficiente información. La gran mayoría 98.3% refirió conocer los métodos de planificación familiar o por lo menos han escuchado hablar de ellos, 1.7% manifestó no conocerlos.

Otro actor menciona que de los resultados obtenidos en el estudio sobre nivel de conocimientos Sarria-Arguello, Heaysell, (2014). Sobre métodos anticonceptivos es regular en 133 puérperas (44.33%), tuvieron un conocimiento malo 119 puérperas (39.66%) y solo 48 (16%) puérperas tuvieron buen conocimiento. Con relación al método de planificación familiar conocido por las pacientes obtuvimos como resultado que los métodos más conocidos son píldora e inyección en 210 (70%) para ambos, seguido de condón masculino en 172 casos (57.33%), DIU 166 (55.33%), Ligadura tubárica 148 (49.33%).

Menciona que en la investigación que pocas puérperas tiene el conocimiento sobre los métodos anticonceptivo Sánchez Díaz, (2022). Sobre la anticoncepción después del parto, hallándose que 59.8% de puérperas obtuvo un nivel medio de conocimiento, seguido por el 28.2% con nivel bajo y 12% con nivel alto. Es decir, que la mayoría de las puérperas conocen parcialmente los MAC que se pueden emplear después del parto, sus beneficios, ventajas y accesibilidad; en la investigación de Limaymata 16 se evidencia que 60% tienen un conocimiento medio, el 57.14% conocimiento alto sobre métodos de barrera, el 71.43% conocimiento medio sobre los métodos hormonales y por último 64.29% reflejan un conocimiento medio sobre métodos de larga duración.

C) Factores que influyen en la planificación familiar.

De las 40 mujeres puérperas entrevistadas, se identificaron los siguientes factores que influyen en la planificación familiar la cual destaca la gran falta de apoyo por parte de la pareja 16 de las mujeres (36%), como también falta de información sobre planificación familiar 12 de ellas (27%). Y el temor a los efectos secundarios: 8 mujeres (20%) como otros factores que identificamos fue la Influencia de la

religión 6 mujeres (15%) en los mitos y rumores 0 (0%) no se encontró en que este fuera un factor y sola una puérpera (2%) desconoce que influir en la planificación familiar.

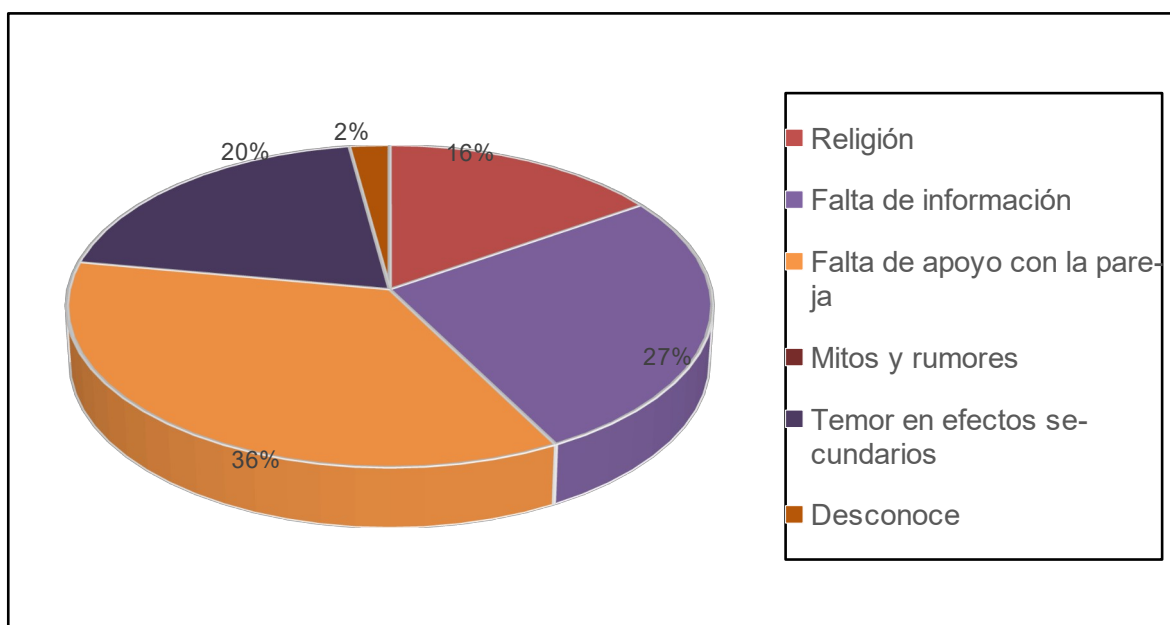


Figura 8. Factores que impiden la planificación familiar en mujeres puérperas.

Ku, (2010). Argumenta en su investigación sobre el temor por los efectos secundarios de los MAC fue la primera causa que determinó la necesidad insatisfecha en planificación familiar (92.2%) y su presencia fue un factor de riesgo para que la mujer no utilice la anticoncepción y acabe teniendo un embarazo no deseado (OR: 11.1, IC 95%: 2.1 - 59.3). La subestimación del riesgo de embarazo fue la segunda causa que determinó la necesidad insatisfecha en planificación familiar (71.6%), mas no tuvo influencia en el embarazo no deseado. La oposición de la pareja al uso de MAC determinó la necesidad insatisfecha en un 22.5%, su presencia fue riesgo para que la mujer no utilice la anticoncepción y tenga embarazo no deseado (OR: 6.4, IC95%: 2.3 - 18.2). La dificultad en el acceso y la falta de información no fueron estadísticamente significativas. En este estudio encontramos que mayormente fue por el temor de a los efectos secundarios, en la cual, en nuestra investigación no es de gran impacto, como también menciona la dificultad de obtener información ha sido un factor importante como de nosotros que ha sobre salido.

Cano-collado & López-wade, (2018). Obtuvo como resultado que la media de edad de las entrevistadas fue de 26 años. La causa más elegida de rechazo fue el temor a los efectos secundarios (28.7%), seguida por los mitos y rumores sobre los métodos (21.8%) y la tercera causa fue la falta de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar (19.5%). Teniendo casi el mismo resultado sobre los factores que encontró en su estudio, solo que no se encontró sobre la falta de apoyo en la pareja.

En otro estudio donde alguno factores en que impiden la planificación familiar Casanova Jiménez, (2012). Realizar el análisis e interpretación de datos de Abril a Agosto 2012, el 83% de las encuestadas tuvieron un nivel básico de conocimientos, la edad está dentro de un rango de 14 – 24 años, el 45% tiene de 1 – 2 hijos, la mayoría es de estado civil soltera con un 43%, el 27% no usa métodos anticonceptivos, el principal factor limitante para el no uso de métodos anticonceptivos es la religión en un 33%, la principal consecuencia psicológica del no uso de métodos anticonceptivos es el miedo en un 65%, el 55% de las pacientes opinan que los métodos anticonceptivos no causan enfermedades, un 68% refirió no haber padecido ninguna enfermedad debido al uso de anticonceptivos.

En las encuestas obtuvimos que las puérperas rechazan toda clase de métodos anticonceptivos debido a la falta de apoyo de la pareja con un numero de 14 (34%) mujeres, 13 (32%) por falta de información, 11 (27%) por problemas hormonales y 3 (7%) a causas de la religión que practican.

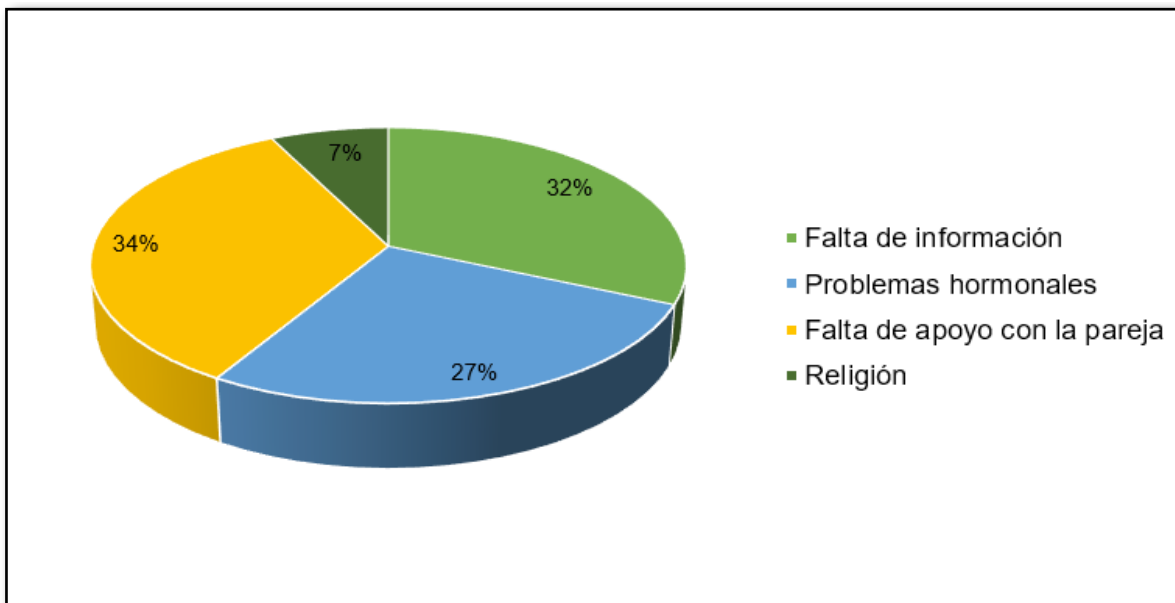


Figura 9. Por qué rechazaría el método anticonceptivo.

d) Método anticonceptivo de mayor uso de hombres y mujeres

Mediante la encuesta se obtuvieron datos acerca de cuál es el anticonceptivo de mayor uso en mujeres, de los siguientes mencionados, 7 (17.5%) puérperas asumieron que no utilizan ningún método, 9 (22.5%) prefieren las inyecciones y 10 (25%) optan por el implante tomando en cuenta que estos dos datos son los que más resaltaron, continuando, 4 (10%) de ellas respondió que el DIU es una buena opción, 3 (7.5%) se sometieron a la OTB, 3 (7.5%) utilizan las pastillas, 4 (10%) planifican con condón. Ahora, los datos obtenidos que refiere que su esposo prefiere que usen y sobresalió fue que 23 (57.5%) de ellos prefieren no utilizar ningún anticonceptivo, 3 (7.5%) optan porque sus esposas utilicen las inyecciones, 4 (10%) ya cuentan con implantes sus parejas, 1 (2.5%) el DIU, 5 (12.5%) utilizan las pastillas y por 4 último 4 (10%) de ellos escogen el condón.

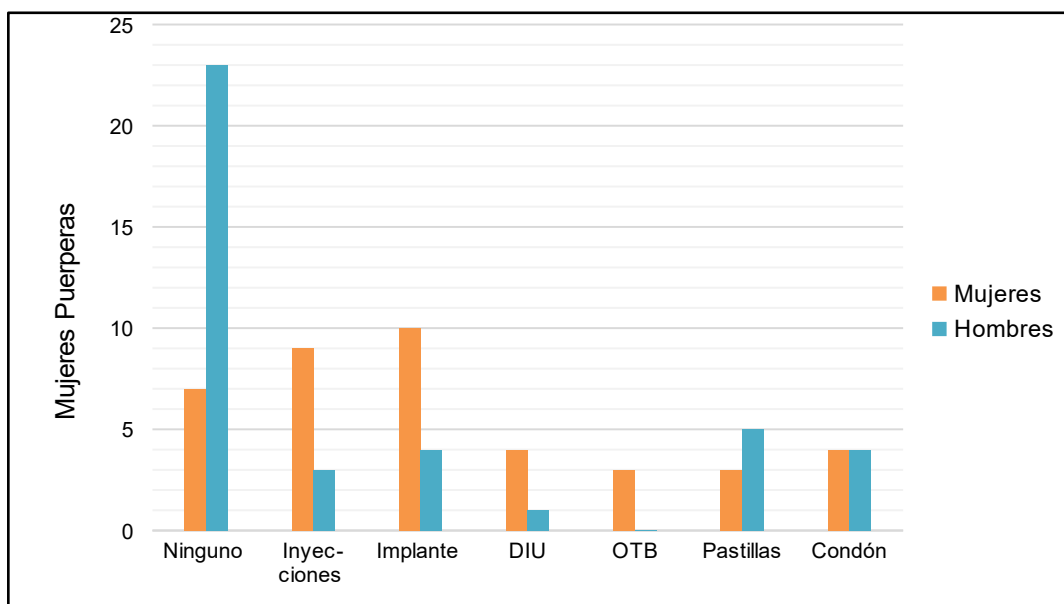


Figura 10. Métodos anticonceptivos que prefieren las mujeres y hombres.

En un estudio donde se encontraron las referencias de los métodos anticonceptivos, se observa que en cuanto al uso de los métodos anticonceptivos que decidieron las puerperas del servicio de recuperación del hospital regional de alta especialidad de la mujer el 28.3% deciden el implante subdérmico, el 25.8%, DIU el 22.5% optan por la OTB el 14.2% de las entrevistadas no están interesadas el 3,3% su pareja no requiere que utilicen algún método, en cambio el 5.8% menciona que no usa ningún método porque su pareja la va a cuidar. Teniendo que igual la pareja acepta no usar ningún método y que las va a cuidar en el momento de tener relaciones y que las puerperas si aceptan un método para cuidarse, aunque la pareja prefiera que no.

Un autor menciona sobre la preferencia del uso del método que obtuvo en un estudio dando el Barreto Yauri y Gonzáles Paucar, (2014). El 61% de usuarias consideró que la orientación y consejería fue inadecuada, sobre todo porque la obstetra no utilizó materiales educativos en su explicación (69%). El 65% de mujeres eligió algún método y un 35% no se decidió por ninguno. De las que eligieron algún método, la mayoría optó por el inyectable trimestral (35%), el preservativo masculino (28%) y el anticonceptivo oral combinado (24%). De las

mujeres que eligieron algún método el 39% recibió una adecuada orientación y consejería.

En otro estudio donde encuestaron sobre la decisión del uso del método anticonceptivo. Moras Rosado, (2015). Al momento de ser encuestadas, 140 pacientes ya habían escogido un método anticonceptivo para que se le sea aplicado o administrado antes del alta médica, esto equivale a un 89.7%. De este grupo de pacientes, el método que fue más escogido fue el Acetato de Medroxiprogesterona o ampolla trimestral con 66.7% que equivale a 104 pacientes; los siguientes métodos con mayor porcentaje de elección fueron la T de cobre y el bloqueo tubárico bilateral, ambos con 7.7% de púerperas.

Paz Ludeña, (2016). El 75.8% (157) de púerperas mediatas en el Hospital de Apoyo Huanta no acepta usar un método anticonceptivo (acetato de medroxiprogesterona y/o condón). El 24.2% (50) acepta usar un método, de las cuales el 13.5% (28) acepta usar condón y 10.6% (22) acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo. Los factores de riesgo a la no aceptación (acetato de medroxiprogesterona y/o condón) son: la no información previa sobre métodos anticonceptivos ($P < 0.05$, $RR = 2.94$); estado civil no estable ($P < 0.05$, $RR = 2.82$); no aprobación de la pareja ($P < 0.05$; $RR = 3.5$); no uso de método anticonceptivo anteriormente ($P < 0.05$; $RR = 5.74$); no haber recibido consejería sobre métodos anticonceptivos ($P < 0.05$, $RR = 2.26$).

CONCLUSIONES

La presente investigación abordó de manera detallada los factores que impiden la planificación familiar en mujeres puérperas atendidas en la Unidad Médica Rural 203 del Ejido Manacal de Tuzantán, destacando entre ellos la significativa influencia de la falta de apoyo por parte de la pareja fue (36%), y la falta de conocimiento de los métodos anticonceptivos. (27%) A lo largo del estudio, se evidenció que esta carencia de respaldo emocional y participación activa en las decisiones relacionadas con la planificación familiar constituye un obstáculo relevante para el desarrollo de estrategias efectivas en este ámbito. Y el método más usando es 9 (22.5%) prefieren las inyecciones y 10 (25%) optan por el implante tomando en cuenta que estos dos datos son los que más resaltaron, y en sus parejas fue que 23 (57.5%) de ellos prefieren no utilizar ningún anticonceptivo.

Las mujeres puérperas, al encontrarse en un periodo crucial de transición y adaptación a la maternidad, se ven afectadas de manera significativa por la ausencia de un respaldo sólido por parte de sus parejas. Este hallazgo resalta la importancia de involucrar a los compañeros en el proceso de toma de decisiones relacionadas con la planificación familiar, promoviendo la comunicación abierta y el entendimiento mutuo. Además, subraya la necesidad de implementar intervenciones y programas educativos que fomenten la participación activa de los hombres en la gestión de la salud reproductiva y la planificación familiar.

RECOMENDACIONES

Que con base a los resultados obtenidos y las conclusiones derivadas de la investigación realizada sobre los factores que impiden la planificación familiar en mujeres puérperas atendidas en la Unidad Médica Rural 203 del Ejido Manacal de Tuzantán se encontró que una de las razones principales de no planificar sea la falta de apoyo con la pareja e información lo cual ha sido un gran factor que una mujer puérpera planifique y al mismo tiempo desatienda su bienestar físico y mental.

Es fundamental fortalecer la presencia de profesionales de enfermería en el proceso de orientación y educación sobre planificación familiar. Esto incluye brindar información clara y accesible a las mujeres puérperas y a sus parejas, destacando la importancia de la planificación familiar en el bienestar materno-infantil. Implementar estrategias de comunicación efectiva que faciliten el diálogo abierto y la expresión de preocupaciones entre las mujeres puérperas, sus parejas y el personal de enfermería. Esto puede contribuir a superar barreras relacionadas con la falta de apoyo y promover una toma de decisiones informada y compartida. Esto permitirá adaptar las intervenciones de enfermería de manera continua, asegurando que se aborden de manera efectiva las problemáticas identificadas.

Desarrollar estrategias que promuevan la participación activa de ambos miembros de la pareja en la planificación familiar, con un enfoque particular en la inclusión activa de los hombres. Esto implica la implementación de programas específicos que resalten su rol fundamental en el apoyo emocional, la corresponsabilidad y la toma de decisiones conjuntas, promoviendo un enfoque integral y sostenible en la salud reproductiva.

Estas recomendaciones buscan orientar y fortalecer la práctica de enfermería en el contexto de la Unidad Médica Rural 203 del Ejido Manacal de Tuzantán, con el objetivo de superar los obstáculos identificados y mejorar la calidad de la atención en el ámbito de la planificación familiar.

GLOSARIO

Amnios: m. Membrana fetal que reviste el corion y delimita la cavidad amniótica, donde se encuentran el feto y el líquido amniótico que lo baña.

Andrógeno: Tipo de hormona que promueve el desarrollo y el mantenimiento de las características sexuales masculinas.

Aneuploidía: La aneuploidía es una alteración en el número de cromosomas en una célula debido a pérdida o duplicación.

Apoptosis: Tipo de muerte celular en la que una serie de procesos moleculares en la célula conducen a su muerte. Este es un método que el cuerpo usa para deshacerse de células innecesarias o anormales.

Autocrino: sustancia que ejerce su actividad sobre la misma célula por la que ha sido secretada.

Bacteriemia: Paso de bacterias al torrente sanguíneo, por inoculación directa, al puncionar venas o arterias, o espontáneamente, a partir de una infección de algún órgano o tejido del organismo.

Cérvix: Parte inferior del útero, situada en el fondo de la vagina, flexible, delgada y de unos tres centímetros de longitud.

Cetoesteroide: son compuestos esteroideos caracterizados por la presencia de un grupo cetona en el carbono.

Citoplasmática: La membrana de la célula, también llamada membrana citoplasmática, se encuentra en las células y separa su interior del medio exterior que las rodea.

Congénito: afección o rasgo que está presente en el momento del nacimiento. Puede ser el resultado de factores genéticos o no genéticos.

Cónyuge: Persona unida a otra en matrimonio.

Corioamnionitis: La corioamnionitis es una infección de la placenta y del líquido amniótico.

Dehidroepiandrosterona: es una hormona que el cuerpo produce naturalmente en la glándula suprarrenal. La DHEA ayuda a producir otras hormonas, incluidas la testosterona y el estrógeno.

Depleción: Pérdida o disminución.

Endometrio: Membrana mucosa que recubre la cavidad del útero.

Espermatogénesis: Proceso de formación de las células sexuales masculinas, desde la espermatogonia hasta los espermatozoides.

Epigenética: Estudio de los cambios que activan o inactivan los genes sin cambiar la secuencia del ADN, a causa de la edad y la exposición a factores ambientales (alimentación, ejercicio, medicamentos y sustancias químicas).

Episiotomía: La episiotomía es un corte realizado de manera controlada por parte del ginecólogo o de la matrona en determinadas situaciones durante el parto.

Eritematoso: Del eritema o que va acompañado de este enrojecimiento de la piel.

Estradiol: Hormona secretada por el ovario, responsable del desarrollo y del mantenimiento de los caracteres sexuales femeninos secundarios.

Funisitis: lesión del cordón umbilical caracterizado por bandas perivasculares de necrótico gelatina de Wharton que contienen células inflamatorias en diversas etapas de la degeneración.

Gameto génica: Proceso evolutivo de las células germinales en gametos masculinos o femeninos. "la gametogénesis masculina se llama espermatogénesis y la femenina, ovogénesis".

Gesta: es el número total de embarazos que ha tenido una mujer, sin importar el resultado.

Glándula pituitaria: glándula pequeña del tamaño de un guisado ubicada cerca del cerebro. Es parte del sistema endocrino, que regula las hormonas del cuerpo.

Glándula sebacea: se sitúan en la dermis y están compuestas por células llenas de lípidos. Su función es la de sintetizar el sebo, una sustancia producida por los lípidos que tiene como función hidratar la piel, aportarle los antioxidantes que necesita y protegerla de los gérmenes.

Glándula sudorípara: Tipo de glándula sudorípara simple que se encuentra en casi todas las áreas de la piel. Estas glándulas producen un sudor que llega a la superficie de la piel a través de conductos en forma de rosca (tubos). El cuerpo se enfría a medida que el sudor se evapora de la piel.

Gonadotropinas: Hormona elaborada por una parte del encéfalo que se llama hipotálamo. Esta hormona hace que la hipófisis elabore y libere la hormona luteinizante (LH) y la hormona foliculoestimulante (FSH). En los hombres, estas hormonas hacen que los testículos produzcan testosterona.

Hematógeno: Que se origina en la sangre o se disemina por la corriente sanguínea.

Hipófisis: Glándula de secreción interna del organismo que está en la base del cráneo y se encarga de controlar la actividad de otras glándulas y de regular determinadas funciones del cuerpo, como el desarrollo o la actividad sexual.

Hormona luteinizante: Hormona elaborada en la hipófisis. En las mujeres, actúa sobre los ovarios para hacer que los folículos liberen sus óvulos y producir hormonas que preparan al útero para estar listo para que se implante un óvulo fertilizado. En los hombres, actúa sobre los testículos para hacer crecer las células y producir testosterona.

Infertilidad: El término infertilidad se usa para describir a una pareja que no puede lograr el embarazo o a una mujer que no puede llevar un embarazo a término.

Infundíbulo: Cada una de las cavidades del organismo que tienen forma parecida a la del embudo.

ANEXOS

CUANTOS AÑOS TIENES:

CUAL ES TU ULTIMO GRADO DE ESTUDIO:

CON QUIEN VIVES

a) Papá y Mamá b) Esposo e hijos c) Hijos d) Otros: _____

CUANTOS HIJOS TIENES:

QUE TIPO DE RELIGION PRACTICAS:

DE QUIEN DEPENDES ECONOMICAMENTE:

SABES QUE ES LA PLANIFICACION FAMILIAR

a) Si b) No

DONDE TE HAN DANDO PROMOCION O QUE TE HAYA HABLADO SOBRE LA PLANIFICACION FAMILIAR O LOS METODOS ANTICONCEPTIVO

a) Clínica b) Escuela c) Casa d) Otro

¿CREE QUE EL DECIDIR DE MANERA LIBRE Y RESPONSABLE EL NÚMERO DE HIJOS EN EL MOMENTO ADECUADO ES UN DERECHO QUE TIENE TODA PERSONA? SUBRAYA TU RESPUESTA.

a. CIERTO b) FALSO

SI TE DIERAN LA OPCIÓN DE ESCOGER UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO.
¿CUÁL ELEGIRÍAS?

CUAL CONSIDERAS QUE ES UN FACTOR EN QUE IMPIDE LA
PLANIFICACION FAMILIAR

a) Religión b) Falta de información c) Falta de apoyo con la pareja d) Mitos y
rumores d) Temor en efectos secundarios e) Otros:

EN CASO DE TENER SEXO SIN PROTECCIÓN Y HAY RIESGO DE
EMBARAZO, ¿QUÉ TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO PUEDES UTILIZAR?
SUBRAYA TU RESPUESTA.

a) Condón b) Pastilla del día siguiente c) Ligadura de trompas

¿ESTÁS DE ACUERDO QUE SE TE BRINDE INFORMACIÓN SOBRE LOS
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS? ¿POR QUÉ?

¿DÓNDE PUEDES ACUDIR PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, ACERCA
DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN DISPONIBLE?

POR QUE RECHAZARIAS EL METODO ANTICONCEPTIVO

a) Falta de información b) Problemas hormonales c) Falta de apoyo d) Religión

CUAL MÉTODO PREFIERE TU PAREJA:



REFERENCIAS DOCUMENTALES

- American Society for Reproductive Medicine. (2013). Edad y Fertilidad. *Guía Para Pacientes*, 4–5. https://www.reproductivefacts.org/globalassets/rf/news-and-publications/bookletsfact-sheets/spanish-fact-sheets-and-info-booklets/edad_y_fertilidad-spanish.pdf
- Anguita, J. C., Labrador, J. R. R., & Campos, J. D. (2003). La encuesta como técnica de investigación . Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). Atención primaria, 31(8), 1–1. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)70728-8](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70728-8)
- Arenas Monreal, L., Arillo-Santillan, E., Francisco Betanzos-Reyes, A., Jiménez-Aguilar, A., Márquez-Serrano, M., Rangel-Flores, H., Rodríguez-Bolaños, R., & Rueda-Neria María Angeles Villanueva-Borbolla, C. M. (2020). *Promoción de la salud*. https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISS_Promocion_Salud.pdf
- Barakat, Ruben; Bueno, Clara; Díaz de Durana, Alfonso; Coterón, Javier; Montejo, R. (2013). Efecto de un programa de ejercicio físico en la recuperación postparto. Estudio piloto. *Archivos de Medicina Del Deporte*, 30(2), 97–97. http://femede.es/documentos/OR_03_Postparto_154.pdf.
- Barreto Yauri, N. M., & Gonzales Paucar, S. (2014). *Orientación y consejería sobre planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos de usuarias del centro de salud “Ernesto Guevara La Serna”*.
- Benito, A., & Nuin, B. (2017). Guía del Embarazo, preconcepción, parto y puerperio saludable. In *Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco* (Vol. 1). http://www.ogasun.ejgv.euskadi.eus/r51-catpub/es/k75aWebPublicacionesWar/k75aObtenerPublicacionDigitalServlet?R01HNoPortal=true&N_LIBR=051996&N_EDIC=0001&C_IDIOM=es&FORMATO=.pdf.
- Cacma-Mamani, soledad, Cutipe-Medina, F. S. (2014). *“Factores socio-culturales*

asociados al uso de Métodos Anticonceptivos en usuarios que acuden al departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General Delgado Espinoza, Agosto-Diciembre Arequipa-2013.”

- Cano-collado, L. A., & López-wade, A. (2018). Rechazo de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en Vicente Guerrero , Teapa , Tabasco , México. *Salud En Tabasco*, 24(1), 1–1.
- Casanova Jiménez, A. E. (2012). *Factores que influyen en la elección de métodos anticonceptivos en la población femenina de edad reproductiva que habita en el barrio Zalapa-Loja, periodo abril- agosto 2012.*
- Castañeda, O., Castro, L., & Lindoro, K. (2008). Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una Unidad de Medicina Familiar en Sonora, México. *Archivos En Medicina Familiar*, 10(3), 1-1-.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2008/amf082c.pdf>
- Castillo Cañadas, A. M. (2011). Anatomía del aparato reproductor femenino. In *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete* (Issue Seminario, pp. 7–12).
http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20111102_1.pdf
- Castro, K., & Castro, K. (2017). *Factores Socio Culturales Que Influyen En El Acceso Y Uso De Métodos Anticonceptivos En Mujeres En Edad Fértil.*
[http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12903/TESIS CASTRO %26CASTRO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12903/TESIS_CASTRO%26CASTRO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Consejo Nacional de Población. (2011). *Perfiles de salud reproductiva. Querétaro.*
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/90032/Perfiles_SR_22_QT.pdf
- David Vantman, B., & Margarita Vega, B. (2010). FISIOLÓGÍA REPRODUCTIVA Y CAMBIOS EVOLUTIVOS CON LA EDAD DE LA MUJER. In *Revista Medica Clinica Las Condes* (Vol. 21, Issue 3, pp. 348–351).
[https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(10\)70545-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70545-9)
- Fernández Moriano, C. (2019). Guía de Métodos Anticonceptivos. *Salud Sexual*, 43(420), 2–2.
<https://botplusweb.portalfarma.com/documentos/2019/2/21/131476.pdf>

- Francisco, L., & Letona, C. (2014). *“Factores Socioculturales Que Determinan El Uso De Los Metodos Anticonceptivos En Las Estudiantes De La Universidad De El Salvador De Las Facultades De Medicina Y Odontologia De Febrero a Junio 2014.”* [http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/13728/2/FACTORES SOCIOCULTURALES QUE DETERMINAN EL USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS ESTUDIANTES .pdf](http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/13728/2/FACTORES%20SOCIOCULTURALES%20QUE%20DETERMINAN%20EL%20USO%20DE%20LOS%20METODOS%20ANTICONCEPTIVOS%20EN%20LAS%20ESTUDIANTES.pdf)
- Frenk, J., Ruelas, E., Tapia, R., De Leon, M. E., Lomelin, G., & Quintanilla, M. de L. (2002). Introducción a los métodos anticonceptivos : Información general. En *Secretaria de Salud* (Vol. 1).
- Gadea-Rivera, Mariela Austragilda, Zavaleta-Lujan, J. E. (2018). *Factores asociados al rechazo de uso de métodos anticonceptivos después del parto en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2021.* 1, 5–5.
- Gámez, M. C. (2016). *Endocrinología y reproducción Endocrinology and reproduction.* 27(1), 1–3.
- Gómez Barroso, O., Gómez Toirac, Y., Legrá Delfino, R., & Martínez García, D. (2008). Infecciones perinatales transmitidas de madre a hijo. In *Revista de Información Científica* (Vol. 79, Issue 3). <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP1567.pdf>
- González E, Breme P, González D, Molina T, & Leal I. (2017). Determinantes en la elección de anticonceptivos en adolescentes consultantes en un centro de atención de salud sexual y reproductiva. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 82(6), 1–1. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v82n6/0048-766X-rchog-82-06-0692.pdf>
- Guanabara, E., Ltda, K., Guanabara, E., & Ltda, K. (2014). *MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Guia práctica para profesionales de la salud* (E. Provenzano, Belen, Amorin (Ed.); 2014th ed.). Amorin, Eva.
- Güemes, M., Ceñal, M., & Hidalgo, M. (2017). Pubertad y adolescencia. *Adolescere*, 1(1), 7–22. [https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22 Pubertad y adolescencia.pdf](https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf)
- Gutiérrez, R., & Gutiérrez, B. (2018). Human Fertilization. Molecular aspects. Bibliographic review. *Multimed*, 22(6), 1261–1262.
- Guzmán-Raymundo, G. (2014). *TESIS: FACTORES SOCIOCULTURALES QUE*

INFLUYEN EN LA NO ACEPTACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES ADULTAS EN PUERPERIO INMEDIATO.

- Hernández-Sampieri, R. (2018). Metodología de la investigación Las rutas Cuantitativa Cualitativa y Mixta. En *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. shorturl.at/mwS39
- Herrera, M. (2017). Mujeres en edad fértil: Etapa crucial en la vida para el desarrollo óptimo de las futuras generaciones. *An Venez Nutr*, 30(2), 112–119. [file:///C:/Users/usuario/Desktop/edad fértil.pdf](file:///C:/Users/usuario/Desktop/edad%20fertil.pdf)
- INEGI. (2018). *Principales resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018 Nota técnica*. 11–11. www.inegi.org.mx
- Ip, Y., Hill, M., Reserved, A. R., & Policy, P. (2023). *CAPÍTULO 36: Puerperio*. 13–13.
- INEGI. (2024). Enadid2023. *Comunicado de prensa número 305/24*, 12(página 16), 1–48. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENADID/ENADID2023.pdf>
- Kershenobich, D. (2017). Lactancia materna en México. In S. González-De cosio-Martinez, Teresita, Hernández-Cordero (Ed.), *Salud Publica de Mexico* (Vol. 59, Issue 3). <https://doi.org/10.21149/8800>
- Ku, E. (2010). Causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar en mujeres con embarazo no deseado del Instituto Nacional Materno Perinatal. *Rev. peru. epidemiol.* (Online), 14(2), 2–2. http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2010_V14_N02/6OR_Vol14_No2_2010_Necesidad_insatisfecha.pdf
- Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(9–9), 192–205. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892002000300013>
- Lara, M. A., Patiño, P., Navarrete, L., & Nieto, L. (2017). Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. *Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales*, 13–16.
- Luisi Frinco, V. del C. (2018). Sexualidad, Género y Educación Sexual. *Extramuros: Revista de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la*

- Educación*, 17, 97–107. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7862367>
- Marles, M. A., Ramírez, J. A., & Esquivel, F. M. (2023). *Características de mujeres en puerperio valoradas en el programa Cuidamujer*. 32(1), 1–1.
- Meneses Mendoza Eloina, H. L. M. F. (2016). Situación de la salud sexual y reproductiva. In *Locatel*. http://www.nl.gob.mx/sites/default/files/entidades_federativas_17.pdf
- Mora, J. F., Ruelas Barajs, E., Tapia Conyer, R., Castañón Romo, R., de León-May, M. E., Belsasso, G., & Uribe Esquivel, M. (2001). *Programa de Acción: Salud Reproductiva* (2001st ed.).
- Moras Rosado, M. M. (2015). *Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas del hospital nacional Daniel Alcides Carrión- Enero 2015*.
- OMS. (2000). Promoción de la salud sexual. In *Promoción de la salud sexual* (pp. 6–6). https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf
- Orellana A., Diezma J., Lasheras M., P. M. (2013). Los Métodos Anticonceptivos. In *salud Madrid*. http://ies.rosachacel.colmenarviejo.educa.madrid.org/documentos/AMPA/Metodos_Anticonceptivos.pdf
- Ovando, R. V., Lavariega, G. D. la R., Mora, G. L., Cordero, E. M., Hernández, G. E. R., Martínez, J. A. A., Gutiérrez, F. J. R., & Alarcón, C. R. O. (2022). Factores que motivan a las mujeres en puerperio inmediato a rechazar los métodos anticonceptivos en un hospital de Veracruz México. *South Florida Journal of Development*, 3(1), 2–2. <https://doi.org/10.46932/sfjdv3n1-012>
- Peralta, O. (2018). Aspectos Clínicos del Puerperio. *Instituto Chileno de Medicina Reproductiva*, 1–7. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/34283322/puerperio_.pdf?1406214741=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DASPECTOS_CLINICOS_DEL_PUERPE
- Moras Rosado, M. M. (2015). *Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas del hospital nacional Daniel*

Alcides Carrión- Enero 2015.

Paz Ludeña, E. Z. (2016). *"Factores que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos (acetato de medroxiprogesterona y / o condón) en puérperas mediatas . Hospital de Apoyo Huanta , diciembre 2015 - febrero 2016*

Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva. (2022). *Recomendaciones de La OMS Sobre Cuidados Maternos y Neonatales Para Una Experiencia Posnatal Positiva*, 1–1. <https://doi.org/10.37774/9789275326817>

RIO.pdf&Expires=1617997657&Signature=NFR-LCxERG6Uy8rue5WtPj8n0JqtJajgTFvUWTpuPI2VVr2XKwwqS-UkHN4bV~Mnck

Rivas-robles, E., Gómez-López, J., Arévalo-, C., & Posada-Toledo, A. (2021). *Perfil de usuarias e identificación de los factores asociados al abandono del programa de planificación familiar*. 1(2), 1–1.

Rocha, R. E. (2015). “ *Conocimiento , actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar en puérperas ingresadas en la sala de ginecología del Hospital Gaspar García Laviana del periodo de enero a febrero del 2015 ”*. <http://repositorio.unan.edu.ni/1591/1/63276.pdf>

Sánchez Díaz, S. D. (2022). *"CONOCIMIENTO Y ELECCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO EN PUÉRPERAS Tesis para optar el título profesional de: OBSTETRA Autora: Asesor*. <https://orcid.org/0000-0001-5056-9244>

Sarria-Arguello, Heaysell, B.-O. D. (2014). Nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos posparto en pacientes puérperas del servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderon Roque, Enero a Marzo 2014. En *Applied Microbiology and Biotechnology* (Vol. 85, Número 1).

Secretaría de Igualdad, de G. (2023). *Plan de trabajo de los grupos municipales para la prevención del embarazo en adolescente en chanal*.

Secretaría de Salud. (2010). Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA3-2010, de los servicios de planificación familiar. *Diario Oficial de La Federación*, 7–7.

Social, A. A. de la S. (2018). Enfermedades de transmisión sexual y embarazo. *National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention*.

<http://www.cdc.gov/std/spanish/STDs-and-pregnancy-fact-sheet-sp-February2012.pdf>

- Vázquez, R., Ruiz de Chávez, D., García, P. G., & Almeida, C. (2015). Determinantes del rechazo a la anticoncepción post – evento obstétrico en pacientes de Hospital de la Mujer Zacatecana. *Ibn Sina*, 6(1), 1–1. <http://revistas.uaz.edu.mx/index.php/ibnsina/article/view/7>
- Verónica, Ticona-Chacón Lidia, Obando-Rodríguez, J. A. (2016). *Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal*. 7–7. file:///C:/Users/katy/Downloads/Ticona_sl.pdf
- Villa-Narba, Diana Maria, V.-B. R. E. (2018). Determinantes sociales de la salud y rechazo a los métodos anticonceptivo en puérperas. Hospital regional docente de Cajamarca. 2018. *Cajamarca, Perú*, 3, 9.
- Zanin, L., Páez, A., Correa, C., & De Bortoli, M. (2018). Ciclo menstrual: sintomatología y regularidad del estilo de vida diario. Fundamentos en Humanidades. *Fundamentos En Humanidades*, XII (24), 105–108. <https://www.redalyc.org/html/184/18426920004/>

