



**Ciencia Latina**  
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), noviembre-diciembre 2024,  
Volumen 8, Número 6.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i6](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6)

**MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE  
ELECCIÓN EN EL POST ABORTO EN PACIENTES  
DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 20**

**FAMILY PLANNING METHOD OF CHOICE IN  
POST ABORTION IN PATIENTS OF THE GENERAL  
HOSPITAL OF ZONE 20**

**Dra. Cecilia Alejandra Beltrán Romero**

Hospital General de Zona número 20, México

**Dra. María Isabel Lobatón Paredes**

Hospital General de Zona número 35, México

**Dra. Adriana Domínguez Briones**

Centro Médico Nacional La Raza, México

**Dra. Julia Isis Parada López**

Hospital General de Zona número 20, México

**Dra. Almendra Ailed Gómez Acosta**

Hospital General de Zona número 20, México

**Dr. Daniel Canaán Pérez**

Hospital General de Zona número 20, México

## Método de Planificación Familiar de Elección en el Post Aborto en Pacientes del Hospital General de Zona 20

**Dra. Cecilia Alejandra Beltrán Romero<sup>1</sup>**

[ceci.belrom@gmail.com](mailto:ceci.belrom@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0003-1883-9966>

Hospital General de Zona número 20  
México

**Dra. María Isabel Lobatón Paredes**

[dra.isalobaton@gmail.com](mailto:dra.isalobaton@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-6968-4127>

Hospital General de Zona número 35  
México

**Dra. Adriana Domínguez Briones**

[adriana\\_db19@hotmail.com](mailto:adriana_db19@hotmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-2891-1426>

Centro Médico Nacional La Raza  
México

**Dra. Julia Isis Parada López**

[julia.isis.medicina@gmail.com](mailto:julia.isis.medicina@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0003-2408-968X>

Hospital General de Zona número 20  
México

**Dra. Almendra Ailed Gómez Acosta**

[almendraailed@hotmail.com](mailto:almendraailed@hotmail.com)

<https://orcid.org/0009-0006-0016-0137>

Hospital General de Zona número 20  
México

**Dr. Daniel Canaán Pérez**

[dancanaan78@gmail.com](mailto:dancanaan78@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-6743-0916>

Hospital General de Zona número 20  
México

### RESUMEN

Antecedentes: El aborto, tercera causa de muerte materna en México, subrayando la necesidad de promover métodos de planificación familiar en pacientes tras un aborto. Objetivo: Identificar el método de planificación familiar elegido por pacientes del Hospital General de Zona No. 20, IMSS, en Puebla después de un aborto. Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo en 2022, incluyendo a 202 pacientes de 18 a 45 años con diagnóstico de aborto completo o incompleto, quienes aceptaron o no algún método de planificación. Se excluyeron aquellas que no desearon participar o presentaron complicaciones graves; la selección fue mediante muestreo probabilístico aleatorio simple. Resultados: El 35.15% de las pacientes tenían entre 20 y 25 años, el 39.60% presentó aborto incompleto y el tratamiento más común fue LUI (62.87%). La asesoría sobre planificación familiar fue recibida por el 93.07% de las pacientes, las cuales el 84.65% optó por un método de planificación posaborto; DIU de cobre fue el más popular (26.73%). Conclusiones: Se observó que la cobertura de métodos de planificación estaba por debajo de la norma IMSS 2000-001-017, reflejando deficiencias en la reducción de la mortalidad materna por aborto.

**Palabras clave:** aborto, métodos anticonceptivos, cobertura de planificación familiar, asesoría posaborto

<sup>1</sup> Autor principal.

Correspondencia: [ceci.belrom@gmail.com](mailto:ceci.belrom@gmail.com)

## Family Planning Method of Choice in Post Abortion in Patients of the General Hospital of Zone 20

### ABSTRACT

Background: Abortion is the third leading cause of maternal death in Mexico, highlighting the need to promote family planning methods for patients after an abortion. Objective: To identify the family planning method chosen by patients at the General Hospital of Zone No. 20, IMSS, in Puebla after an abortion. Materials and Methods: A descriptive, observational, retrospective study was conducted in 2022, including 202 patients aged 18 to 45 with a diagnosis of complete or incomplete abortion who accepted or declined a family planning method. Those who did not wish to participate or had serious complications were excluded; the selection was made through simple random probabilistic sampling. Results: 35.15% of the patients were between 20 and 25 years old, 39.60% had an incomplete abortion, and the most common treatment was uterine curettage (62.87%). Family planning counseling was received by 93.07% of patients, of whom 84.65% opted for a post-abortion family planning method; the copper IUD was the most popular (26.73%). Conclusions: It was observed that the coverage of family planning methods was below the IMSS standard 2000-001-017, reflecting deficiencies in reducing maternal mortality due to abortion.

**Keywords:** abortion, contraceptive methods, family planning coverage, post-abortion counseling

*Artículo recibido 02 noviembre 2024  
Aceptado para publicación: 28 noviembre 2024*



## INTRODUCCIÓN

La Mortalidad materna, dentro de las estadísticas según datos del Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica, hasta la semana 36 del 2024, se reportó una razón de mortalidad materna de 24.7 defunciones por cada 100 mil nacimientos, lo que demuestra una disminución del 6.1% respecto a la misma semana epidemiológica del año 2023, con una edad promedio de 45-49 años. Las principales causas de defunción son: Hemorragia obstétrica (17.4%); Enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio (12.6%); Aborto (10.3%) y Complicaciones en el Embarazo (8.0%) (1).

El comité de “Maternidad sin Riesgo” menciona que en México ocurren aproximadamente 4’200,000 embarazos por año, de los cuales el 60% llega al término del 3er trimestre de la gestación; mientras que el 40% de los embarazos terminan con abortos espontáneos o abortos inducidos (2).

En México, de acuerdo con la ENADID 2023, 979 mil mujeres de 15 a 49 años tuvieron un aborto como resultado de su último embarazo ocurrido durante el periodo de enero de 2018 a octubre de 2023. Según el tipo de aborto, 77.4 % de estas mujeres declaró que fue espontáneo, 20.6 % dijo que fue inducido y 1.9 % no aclaró la forma en que ocurrió. La población de mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA) fue de 18.6 millones. Para este grupo, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos fue de 74.5 por ciento (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al aborto como la terminación de un embarazo antes de las 22 semanas completas de gestación o cuando el producto pesa menos de 500 gramos (3).

Cada año se provocan alrededor de 73 millones de abortos en todo el mundo. El 61% de los embarazos no deseados (y, en conjunto, el 29% del total de embarazos) se interrumpen voluntariamente (4).

El aborto inducido es la interrupción del embarazo a través de la administración de medicamentos o procedimientos quirúrgicos antes de que el feto sea viable fuera del vientre materno. El aborto inducido puede ser seguro (terapéutico) o inseguro, y a su vez legal o ilegal dependiendo de las condiciones en las que se realice (5).

El Ministerio de Salud menciona que los Métodos Anticonceptivos (MAC) deben estar disponibles, en las instituciones de atención de las pacientes durante el proceso de aborto. Esta premisa conlleva a que

el 75% de las mujeres reinician el proceso de ovulación hasta seis semanas después de haber cursado con un aborto, lo que amerita el inicio precoz de la orientación sobre la anticoncepción (6,7).

La planificación familiar busca retrasar al máximo un nuevo embarazo para que se produzca en condiciones de salud óptimas. Tras un aborto, es importante ofrecer a la paciente orientación y asesoría especializada durante su hospitalización, para que pueda seleccionar un método anticonceptivo seguro y efectivo antes de ser dada de alta (8).

Se ha demostrado que proporcionar consejería y orientación tras un aborto, independientemente de la causa, incrementa significativamente la aceptación de métodos de planificación familiar. Las tasas de aceptación pueden pasar del 0-10% antes de la consejería al 50-80% entre el primer y segundo año después de recibir la orientación. Por lo tanto, es esencial que un profesional de la salud capacitado ofrezca los métodos anticonceptivos en la misma institución donde se atendió el aborto (9).

En México, el aborto representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna ocupando el 3er lugar, con alto impacto en la salud pública a nivel nacional, que condicionó una necesidad en el estudio de conocer y esclarecer las variables estudiadas como son las causas de aceptación, las características generales, reproductivas, el tratamiento quirúrgico más utilizado y los métodos de planificación familiar con mayor aceptación en nuestras derechohabientes, con el objetivo de identificar el método de planificación familiar elegido por las pacientes atendidas en Hospital General de zona No 20, ya que las complicaciones y muertes por aborto se consideran evitables, y permita así alcanzar el índice de cobertura recomendado por la Norma para otorgar servicios en el marco del programa de planificación familiar en las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social 2000-001-017, refiere debe ser mayor del 90% (10,11).

## **METODOLOGÍA**

Investigación de tipo descriptiva, observacional, transversal, prospectiva, homodémico y unicéntrico efectuado en el servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital HGZ No. 20 del IMSS, en el estado de Puebla, en el año 2022-2023. Donde se incluyeron a pacientes derechohabientes y no derechohabientes del IMSS con el diagnóstico aborto completo e incompleto de menos de 22 semanas de gestación que hayan aceptado o no algún método de planificación familiar, con promedio de edad de 18-45 años.



Se excluyeron pacientes que no aceptaran participar en el estudio, así como pacientes que ameritaron histerectomía posterior al aborto, o que hayan presentado complicaciones graves, criterios de eliminación pacientes más de 45 años, con embarazos más de 22 semanas de gestación. La selección de las pacientes se efectuó mediante muestreo probabilístico aleatorio simple. El presente estudio fue sometido a evaluación y autorización por parte del Comité Local de Ética e Investigación en Salud, obteniendo el número de registro R-2023-2108-058. Se reclutaron 202 pacientes como muestra representativa, calculada con la fórmula de población infinita.

Se acudió al área de Puerperio de Bajo Riesgo (PBR) del hospital General de Zona No 20 del IMSS, y se identificaron a las pacientes que fueron intervenidas por haber presentado un aborto.

Las participantes firmaron el consentimiento informado como aceptación voluntaria y con respeto a su autonomía, para posteriormente iniciar con la recolección de datos.

Los datos se recolectaron mediante una encuesta (cuestionario) levantada por el obstetra o la investigadora principal, interrogando el motivo de aceptación o rechazo de un método de planificación familiar, así como si recibieron o no asesoría previa, hasta obtener los datos solicitados en nuestra ficha de recolección de datos, conformada por 5 secciones: características generales, reproductivas, variantes de aborto, método de planificación familiar elegido, causas de aceptación y rechazo.

Para estimar las variables descriptivas y cualitativas, las frecuencias absolutas y relativas, que se distribuyeron adecuadamente en tablas univariadas, se recurrió al programa estadístico SPSS v29.

VARIABLES DE ESTUDIO: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, enfermedades crónicas, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, gestas, partos, abortos, cesáreas, tipo de aborto, y tratamiento, asesorías médicas, métodos de planificación familiar, causas de rechazo, embarazo planeado o no planeado.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Se incluyeron en el estudio 202 mujeres diagnosticadas con aborto. En la Tabla 1 se presentan las características demográficas: el 35.15% de las mujeres tenían entre 20 y 25 años, con una media de edad de aproximadamente 23 años y una desviación estándar de  $\pm 3.5$  años. El 34.65% completó la preparatoria, y el 41.58% vive en unión libre. La mayoría, con un 55.94%, son empleadas. En cuanto al estado nutricional, el 46.53% presenta sobrepeso y el 84.65% no tiene enfermedades crónicas.

Respecto a las características reproductivas, como se muestra en la Tabla 2, el 35.64% de las mujeres estaban en su segunda gestación. La mayoría, el 65.35%, inició sus relaciones sexuales entre los 16 y 20 años, con una mediana de inicio de alrededor de 18 años. Además, el 50% de las pacientes tuvo entre 4 y 6 parejas sexuales.

La Tabla 3 indica que el 100% de las mujeres experimentaron un aborto espontáneo, de los cuales el 39.60% fue incompleto, requiriendo tratamiento quirúrgico; el procedimiento más utilizado fue el Legrado Uterino Instrumentado (LUI), con un 62.87%. Esta elevada proporción se atribuye al tipo de aborto tratado como se muestra en la Figura 1, donde 37% fue aborto diferido, 17% embarazo anembriónico y 6% aborto séptico, indicaciones de Legrado uterino instrumentado, siendo esta necesaria para evitar complicaciones y garantizar una evacuación completa del contenido uterino, obteniendo que el 65% fueron embarazos planeados y el 35% embarazos no planeados que por alguna causa culminaron en aborto.

Se observó que el 93% de las mujeres recibieron asesoría sobre métodos de planificación familiar, mientras que el 7% de las pacientes no recibió asesoría, lo que llevó a que el 84.65% aceptara un método postaborto. Sin embargo, el 15.35% de las pacientes no eligió ningún método, y se identificaron razones como miedo a experimentar dolor y a los efectos secundarios y falta de información adicional lo que las hace sentirse inseguras.

La Tabla 4, muestra que las pacientes que optaron por un método, el 26.73% eligió el DIU de cobre y el 19.31% el DIU medicado, plasmado en Figura 2. Los métodos menos elegidos fueron la vasectomía (0.99%), los preservativos (2.97%) y la OTB (2.48%), con un 83.66% de las mujeres sin un motivo de rechazo claro. Un análisis de los datos revela que la mayoría de las mujeres que experimentaron el aborto no habían planeado el embarazo, lo que podría influir en la aceptación de métodos anticonceptivos, ya que las que buscaban evitar futuros embarazos mostraron una mayor disposición a adoptar un método.

El aborto y el post aborto representan condiciones clínicas con gran relevancia de salud sexual y reproductiva, y una gran oportunidad para que el profesional de la salud brinde una atención integral que garantice la recuperación física y mental adecuadas a cada paciente, para su próxima gestación ayudando a la prevención de la morbilidad materna y perinatal (12).

El índice de cobertura recomendado por la Norma para otorgar servicios en el marco del programa de planificación familiar en las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social 2000-001-017, refiere debe ser mayor del 90%, en nuestro estudio, el 93% de las pacientes recibieron una consejería acerca del amplio catálogo de métodos anticonceptivos que ofrece el Instituto mexicano del Seguro Social, sin embargo el 7% no recibió asesoría, obteniéndose un índice de cobertura del 84.65%, por lo que podemos considerar mejorar las estrategias en la consejería de planificación familiar de parte del personal de salud desde el primer nivel de atención así como durante su estancia hospitalaria previo a la resolución del padecimiento, además reforzar la capacitación al personal de salud que brindara la consejería para poder resolver ampliamente las dudas de las usuarias y así mejorar su índice de aceptación de método de planificación familiar post evento obstétrico (13).

En el estudio realizado en Somalia en el año 2017, se observó que el 98% de las mujeres recibieron consejería sobre anticoncepción post aborto, de las cuales el 88% aceptó un método anticonceptivo, el 30% eligió un método reversible de larga duración (LACR) y el 70% escogió un método reversible de corto plazo. En nuestro estudio, fue menor el porcentaje de pacientes que recibió asesoría, pero el porcentaje de aceptación de un método fue equivalente al porcentaje que recibió asesoría en mencionado estudio; 67% eligió métodos de larga duración, y el 17% de acción corta, se pudo observar que nuestras pacientes tuvieron mayor porcentaje de aceptación de los métodos de larga duración, lo que ayudaría a posponer el intervalo entre un embarazo y otro, esto puede deberse a que en los programas del IMSS ha incrementado su acceso a métodos anticonceptivos modernos y de alto costo-efectividad que garantizan una sexualidad placentera y saludable, así como reducir los embarazos no planeados (14).

Esta información indica que, en estos casos, la intervención del profesional de salud no fue suficiente para asegurar que las mujeres optaran por un método anticonceptivo, lo que afecta la planificación de su próximo embarazo. Es esencial implementar nuevas estrategias que mejoren esta situación. Un estudio de Hubert y su equipo muestra que la tasa de adopción de métodos anticonceptivos aumenta cuando se brinda consejería antes del legrado uterino. Además, el estudio enfatiza que la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) es un procedimiento seguro y efectivo, preferible al Legrado Uterino Instrumentado (LUI) para la evacuación uterina (15,16).



Tanto el LUI como la AMEU son procedimientos utilizados en el manejo de abortos y complicaciones uterinas. Aunque ambos son efectivos, el LUI ha mostrado un uso más elevado en ciertas circunstancias. Las razones detrás de esta preferencia incluyen su eficacia en la limpieza total del útero, lo cual es crucial en casos de aborto diferido, embarazo anembriónico y aborto séptico. Asimismo, en contextos con recursos limitados, el LUI puede ser preferido por su accesibilidad y la familiaridad de los profesionales con el procedimiento. A pesar de que la AMEU es menos invasiva, la necesidad de intervenciones rápidas en situaciones complicadas, como abortos sépticos, puede llevar a una mayor elección del Legrado uterino instrumentado (17,18).

De acuerdo con la ENADID 2023, el método más utilizado entre las mujeres en edad fértil con vida sexual activa fue la oclusión tubaria bilateral, con 44.3 % a nivel nacional, mientras que nuestro estudio realizado a nivel regional Puebla, se reportó solo el 2.48% fue aceptado, el ofrecimiento de la Oclusión Tubárica Bilateral (OTB), es crucial en la atención postaborto. Sin embargo, se observa que entre las pacientes con tres gestaciones o más, puede haber una resistencia significativa a aceptar estos métodos (19,20).

Las razones de rechazo pueden variar e incluyen factores culturales, creencias personales sobre la anticoncepción, falta de información sobre los beneficios de la OTB, o experiencias negativas previas con métodos anticonceptivos. Es fundamental abordar estas preocupaciones de manera comprensiva, ofreciendo educación y apoyo emocional, para facilitar la toma de decisiones informadas que promuevan la salud reproductiva y el bienestar de las mujeres.

Estos aspectos destacan la importancia de personalizar la atención y asegurar que las pacientes reciban toda la información necesaria para tomar decisiones que se alineen con sus deseos y circunstancias personales.

La meta es la salud reproductiva de las mujeres y varones, por lo que la continua capacitación del personal de salud para la difusión de la información adecuada de los métodos anticonceptivos a las usuarias, y el formular nuevos enfoques que contribuyan a mejorar esta realidad, es el elemento clave para la aceptación libre, informada de un método de planificación familiar y así poder alcanzar el porcentaje de aceptación establecido por la Norma para otorgar servicios en el marco del programa de planificación familiar en las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social 2000-001-017.



## ILUSTRACIONES, TABLAS, FIGURAS.

**Tabla 1.** Características generales de las mujeres post aborto.

<b>Variables</b>	<b>frecuencia</b>	<b>porcentaje</b>	
<b>Edad</b>	<20 años	33	16.34%
	20-25 años	71	35.15%
	26-30 años	58	28.71%
	31-35 años	25	12.38%
	36-40 años	12	5.94%
	>40 años	3	1.49%
	<b>Escolaridad</b>	Analfabeta	6
Primaria		40	19.80%
Secundaria		69	34.16%
Preparatoria		70	34.65%
Licenciatura		14	6.93%
Posgrado		3	1.49%
<b>Estado civil</b>		Soltera	45
	Casada	73	36.14%
	Unión libre	84	41.58%
<b>Ocupación</b>	Ama de casa	89	44.06%
	Empleada	113	55.94%
<b>Índice de masa corporal</b>	Bajo peso	14	6.93%
	Normal	52	25.74%
	Sobrepeso	94	46.53%
	Obesidad	42	20.79%
<b>Enfermedades crónicas</b>	Ninguna	171	84.65%
	Hipertensión arterial crónica	6	2.97%
	Tiroideas	12	5.94%
	Cardiopatías	1	0.50%
	Autoinmune	1	0.50%
	Diabetes Mellitus 2	11	5.45%
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>100%</b>	

**Tabla 2.** Características reproductivas de las mujeres post aborto.

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Gestas	1	41	20.30%
	2	72	35.64%
	3	57	28.22%
	4	23	11.39%
	5	6	2.97%
	6	3	1.49%
Inicio de vida sexual	10 a 15 años	11	5.45%
	16 a 20 años	132	65.35%
	21 a 25 años	32	15.84%
	26 a 30 años	11	5.45%
	31 a 35 años	9	4.46%
	36 a 40 años	7	3.47%
Número de parejas sexuales	1 a 3	77	38.12%
	4 a 6	101	50.00%
	7 a 9	17	8.42%
	10 o más	7	3.47%
Total		202	100%

**Tabla 3.** Variante de aborto y el tratamiento más utilizado.

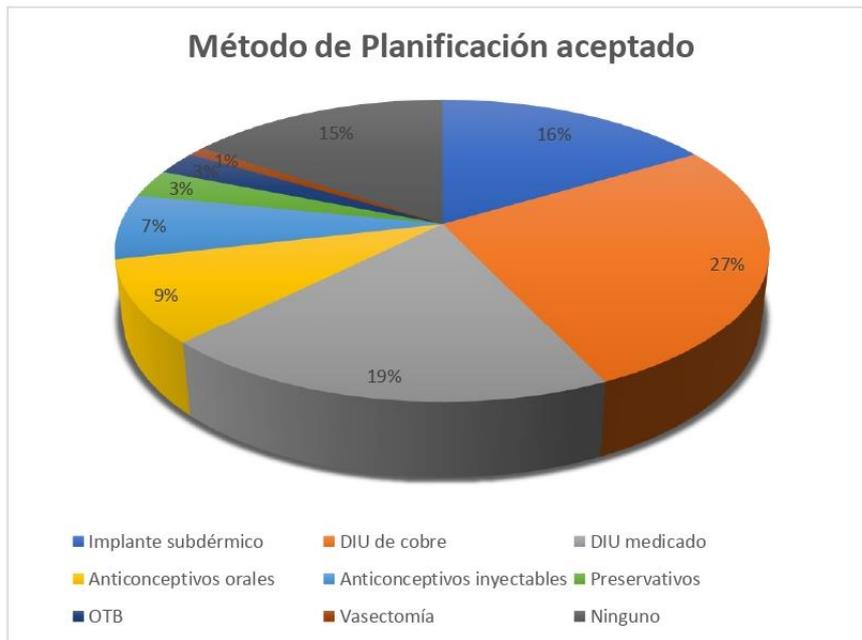
Variables		Frecuencia	Porcentaje
Tipo de aborto	Inducido	0	0.00%
	Espontáneo	202	100.00%
Variante de aborto	Aborto incompleto	80	39.60%
	Aborto diferido	75	37.13%
	Anembriónico	35	17.33%
	Aborto séptico	12	5.94%
Tratamiento recibido	Legrado uterino instrumentado	127	62.87%
	Aspiración manual endouterina	75	37.13%
	Histerectomía	0	0.00%
Total		202	100%

**Tabla 4.** Métodos de planificación. (MPF: Método de planificación familiar)

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Asesoría de mpf	Si	188	93.07%
	No	14	6.93%
Acepta mpf	Si	171	84.65%
	No	31	15.35%
Mpf aceptado	Implante subdérmico	33	16.34%
	Dispositivo intrauterino de cobre	54	26.73%
	Dispositivo intrauterino medicado	39	19.31%
	Anticonceptivos orales	18	8.91%
	Anticonceptivos inyectables	14	6.93%
	Preservativos	6	2.97%
	Oclusión tubaria bilateral	5	2.48%
	Vasectomía	2	0.99%
	Ninguno	31	15.35%
	Motivo de rechazo	No tiene pareja	0
No desea usarlo por cuestiones medicas		4	1.98%
No quieren experimentar dolor		15	7.43%
No se sienten seguras		10	4.95%
Desean comentarlo con su pareja		4	1.98%
No aplica		169	83.66%
Total		202	100%

**Figura 1.** Variantes de aborto

**Figura 2.** Método de planificación familiar aceptado



## CONCLUSIONES

En este estudio se pudo observar que la frecuencia de cobertura de métodos de planificación familiar en pacientes con antecedente de aborto, se encontró por debajo del porcentaje según lo establecido en la Norma para otorgar servicios en el marco del programa de planificación familiar en las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social 2000-001-017. Lo que nos hace hincapié en fomentar la aceptación de los métodos de planificación, siendo el método de planificación familiar el DIU de cobre el más elegido por nuestras pacientes, por sus beneficios a largo plazo. La atención multidisciplinaria debe incluir la consejería, apoyo psicológico y asesoría de métodos anticonceptivos, así como garantizar un seguimiento, una adecuada protección anticonceptiva y disminución de repercusiones en la esfera psicológica y obstétrica futuras.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Montoya Núñez, Y. A., Alomía Zegarra, J. L., Nucamendi Cervantes, G. C., Gutiérrez Sereno, J. J., Macías Gamiño, H., & Alaniz Cuevas, D. (2024). *Informe semanas de notificación inmediata de muerte materna, semana epidemiológica 26*. Dirección General de Epidemiología (DGE).
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2024, mayo 22). *ENADID 2023. Base de datos*. SNIEG. IIN. *Comunicado de prensa número 305/24*, 35–48.

3. Organización Mundial de la Salud. (2021, noviembre). *Prevención del aborto peligroso*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
4. Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A. B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L., & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: Estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Global Health*, 8(9), e1152–e1161. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30315-6)
5. Ohannessian, A., & Jamin, C. (2016). Contraception après interruption volontaire de grossesse [Post-abortion contraception]. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 45(10), 1568–1576. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.09.017>
6. Mielke, E., Huber, D., Curtis, C., & Malarcher, S. (2020). *Planificación familiar post aborto: Un componente crucial de la atención post aborto*. Family Planning High Impact Practices. Recuperado de <https://www.fphighimpactpractices.org/es/briefs/planificacion-familiar-post-aborto/>
7. Darney, B. G., Sosa-Rubí, S. G., Servan-Mori, E., Rodríguez, M. I., Walker, D., & Lozano, R. (2016). The relationship of age and place of delivery with postpartum contraception prior to discharge in Mexico: A retrospective cohort study. *Contraception*, 93(6), 478–484. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.01.015>
8. Pfitzer, A., Hyjazi, Y., Arnold, B., Aribot, J., Hobson, R. D., Pleah, T. G., Turke, S., O’Colmain, B., & Arscott-Mills, S. (2019). Findings and lessons learned from strengthening the provision of voluntary long-acting reversible contraceptives with postabortion care in Guinea. *Global Health: Science and Practice*, 7(Suppl. 2), S271–S284. <https://doi.org/10.9745/ghsp-d-18-00344>
9. Valverde-Espinoza, N., & Barja-Ore, J. (2019). Contraceptive method of choice post-abortion. *Ginecología y Obstetricia de México*, 87(12). <https://doi.org/10.24245/gom.v87i12.3436>
10. Flores Celis, K., et al. (2021, junio). *Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México* (p. 109).
11. Duque Molina, C., Collado Peña, S. P., González Barrera, M. P., Alcocer Varela, J., López Gatell Ramírez, H., & Berdichevsky Feeldman, K. (2023, abril 12). *Norma para otorgar servicios de planificación familiar en las unidades médicas de primer nivel, segundo nivel de atención y UMAE*



- del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2000-001-017. Recuperado de [https://imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/2000-001-017\\_6.pdf](https://imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/2000-001-017_6.pdf)
12. Mekuria, A., Gutema, H., Wondiye, H., & Abera, M. (2019). Postabortion contraceptive use in Bahir Dar, Ethiopia: A cross-sectional study. *Contraception and Reproductive Medicine*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/s40834-019-0099-8>
  13. Makenzius, M., Faxelid, E., Gemzell-Danielsson, K., Odero, T. M., Klingberg-Allvin, M., & Oguttu, M. (2018). Contraceptive uptake in post-abortion care—Secondary outcomes from a randomized controlled trial, Kisumu, Kenya. *PLOS ONE*, 13(8), e0201214. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201214>
  14. Chukwumalu, K., Gallagher, M. C., Baunach, S., & Cannon, A. (2017). Uptake of postabortion care services and acceptance of postabortion contraception in Puntland, Somalia. *Reproductive Health Matters*, 25(51), 48–57. <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1402670>
  15. Huber, D., Curtis, C., Irani, L., Pappa, S., & Arrington, L. (2016). Postabortion care: 20 years of strong evidence on emergency treatment, family planning, and other programming components. *Global Health: Science and Practice*, 4(3), 481–494. <https://doi.org/10.9745/ghsp-d-16-00052>
  16. Senlet, P., Cagatay, L., Ergin, J., & Mathis, J. (2001). Bridging the gap: Integrating family planning with abortion services in Turkey. *International Family Planning Perspectives*, 27(2), 90–95. Recuperado de [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article\\_files/2709001.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/2709001.pdf)
  17. Benson, J., Andersen, K., Brahmi, D., Healy, J., Mark, A., Ajode, A., & Griffin, R. (2016). What contraception do women use after abortion? An analysis of 319,385 cases from eight countries. *Global Public Health*, 13(1), 35–50. <https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1174280>
  18. Santamaría-Valdera, D., Zagaceta Guevara, Z., Barja-Ore, J., Heredia Olivera, K., & Valverde-Espinoza, N. (2023). Preferencias anticonceptivas según el entorno de la consejería en planificación familiar en mujeres peruanas. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 83(4), 417–424. <https://doi.org/10.51288/00830408>
  19. Mielke, E., Hempstone, H., & Williams, A. (2019). Strengthening social and behavior change in postabortion care: A call to action for health professionals. *Global Health: Science and Practice*, 7(Suppl. 2), S215–S221. <https://doi.org/10.9745/ghsp-d-18-00307>



20. Makins, A., & Cameron, S. (2020). Post pregnancy contraception. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 66, 41–54. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.01.004>

